UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MARIANA SALOMÃO DAUD ARANTES

COACHING COMO FERRAMENTA DE ENSINO NA EDUCAÇÃO MÉDICA: PERCEPÇÃO DO DOCENTE

Ribeirão Preto
2024

MARIANA SALOMÃO DAUD ARANTES

COACHING COMO FERRAMENTA DE ENSINO NA EDUCAÇÃO MÉDICA: PERCEPÇÃO DO DOCENTE

Dissertação apresentada a Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Orientador: Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá.

Ribeirão Preto
2024

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

ARANTES, Mariana Salomão Daud, 1981-

A662 COACHING COMO FERRAMENTA DE ENSINO NA EDUCAÇÃO MÉDICA: PERCEPÇÃO DO DOCENTE / Mariana Salomão Daud Arantes. - Ribeirão Preto, 2024.
117 f. : il.

Orientador: Prof.º Dr.º Edilson Carlos Caritá.

Dissertacao (Mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, Medicina, 2024.

1. Educação médica. 2. Coaching. 3. Processo ensino aprendizagem. 4. Capacitação docente. II. Título.

CDD 616

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIANA SALOMÃO DAUD ARANTES

COACHING COMO FERRAMENTA DE ENSINO NA EDUCAÇÃO MÉDICA: PERCEPÇÃO DO DOCENTE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 16 de agosto de 2024

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Profa. Dra. Juliana Chiaretti Novi
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Profa. Dra. Noeli Prestes Padilha Rivas
FFCLRP/USP – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

RIBEIRÃO PRETO
2024

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos aqueles que acreditaram em mim, me apoiaram e me inspiraram ao longo desta jornada. Agradeço à minha família pelo amor incondicional, aos amigos pela paciência e compreensão, e ao meu orientador pelo apoio e orientação valiosa.

AGRADECIMENTOS

Ao alcançar este marco na minha jornada acadêmica, quero expressar minha profunda gratidão a Deus, cuja orientação e força constante me permitiram superar os desafios e seguir em frente. A Ele, dedico todo o mérito desta conquista.

À minha amada família, minha base e minha inspiração, não há palavras suficientes para expressar minha gratidão. O apoio inabalável, o amor e a paciência que vocês me proporcionaram foram fundamentais. Cada conquista minha é também de vocês.

E ao meu orientador, Dr. Edilson Carlos Caritá, que dedicou seu tempo, conhecimento e experiência para me guiar nesse caminho, quero expressar minha sincera apreciação. Suas orientações, críticas construtivas e mentorias foram inestimáveis na minha jornada de pesquisa.

Este é um momento de agradecimento e reconhecimento, a cada um que desempenhou um papel crucial nesta etapa da minha vida.

RESUMO

ARANTES, M. S. D. *Coaching* como Ferramenta de Ensino na Educação Médica: percepção do docente. 117 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2024.

O *coaching* tem sido empregado com sucesso no desenvolvimento de atletas, músicos profissionais e no segmento empresarial há mais de 20 anos. Neste sentido, contemporaneamente está emergindo como uma modalidade de treinamento empolgante na educação médica. Apesar do crescimento do *coaching* na educação médica, muitas questões permanecem sobre o processo de utilizar da abordagem como recurso didático-pedagógico no processo de ensinagem. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar o uso do *coaching* nos processos de ensino-aprendizagem sob a ótica de docentes médicos que atuam em cenários simulados em uma Instituição de Ensino Superior privada do interior mineiro. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa por meio de grupo focal. O estudo qualitativo de Intervenção Educacional ocorreu com 10 docentes médicos que atuam em cenários de simulação em uma Instituição de Ensino Superior privada do interior mineiro. Eles foram treinados em abordagens do *coaching* como ferramenta de ensino-aprendizagem, e após 30 dias participaram de grupos focais com a pesquisadora. Os dados foram analisados segundo Bardin, utilizando análise de conteúdo para interpretar qualitativamente as comunicações dos docentes em grupos focais e questionários. A análise incluiu a categorização de temas emergentes, permitindo uma compreensão aprofundada das falas dos docentes. Como resultados, destaca-se a importância das Zonas de Simulação para a aplicação eficaz do *coaching*, bem como a necessidade de flexibilidade entre os papéis de instrutor e *coach*. A formação docente e a criação de uma comunidade de prática foram consideradas essenciais para o aprimoramento contínuo. O engajamento dos alunos, facilitado por uma mentalidade de crescimento e experiências prévias, mostrou-se fundamental para o sucesso do uso das metodologias de *coaching*. O estudo gerou um material instrucional que servirá como referência para futuras capacitações de docentes médicos, apoiando o processo ensino-aprendizagem de alunos de cursos de medicina.

Palavras-chave: *Coaching*. Educação Médica. Capacitação Docente. Processo Ensino-aprendizagem.

ABSTRACT

ARANTES, M. S. D. *Coaching* como Ferramenta de Ensino na Educação Médica: percepção do docente. 117 p. Qualificação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2024.

Coaching has been successfully employed in the development of athletes, professional musicians, and in the business sector for over 20 years. In this context, it is now emerging as an exciting training modality in medical education. Despite the growth of coaching in medical education, many questions remain about the process of using this approach as a didactic-pedagogical resource in teaching-learning processes. Therefore, the objective of this study is to evaluate the use of coaching in teaching-learning processes from the perspective of medical faculty who work in simulated scenarios at a private higher education institution in the interior of Minas Gerais. This exploratory-descriptive study with a qualitative approach was conducted through a focus group. The qualitative study of educational intervention involved 10 medical faculty members who work in simulation scenarios at a private higher education institution in the interior of Minas Gerais. They were trained in coaching approaches as a teaching-learning tool, and after 30 days, they participated in focus groups with the researcher. The data were analyzed according to Bardin, using content analysis to qualitatively interpret the communications of the faculty in focus groups and questionnaires. The analysis included the categorization of emerging themes, allowing for an in-depth understanding of the faculty's statements. The results highlighted the importance of Simulation Zones for the effective application of coaching, as well as the need for flexibility between the roles of instructor and coach. Faculty development and the creation of a community of practice were considered essential for continuous improvement. Student engagement, facilitated by a growth mindset and prior experiences, proved fundamental to the success of using coaching methodologies. The study generated instructional material that will serve as a reference for future training of medical teachers, supporting the teaching-learning process of medical students.

Keywords: Coaching. Medical Education. Teacher Training. Teaching-learning process.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AMA	*American Medical Association*
CiM	*Coaching* no Momento
CBME	*Competency-Based Medical Education*
CNE	Conselho Nacional de Educação
CoT	*Coaching* ao longo do Tempo
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EUA	Estados Unidos da América
FIES	Programa de Financiamento Estudantil
IES	Instituição de Ensino Superior
SMART	*Specific, Measurable, Achievable, Relevant e Time-bound*
IMEPAC	Instituto Master de Educação Professor Antônio Carlos
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
ProUni	Programa Universidade para Todos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
WOOP	*Wish, Outcome, Obstacle and Plan*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparando Aconselhamento, Mentoria e Coaching 36
Tabela 2 - Caracterização dos participantes do estudo 49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
1.1 JUSTIFICATIVA 17
1.2 OBJETIVO GERAL 18
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 18
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO 18
2 REVISÃO DA LITERATURA 19
2.1 ENSINO MÉDICO NO BRASIL E NO MUNDO 19
2.2 METODOLOGIAS ATIVAS 23
2.2.1 Simulação na Educação Médica 29
2.3 *COACHING* 34
3 METODOLOGIA 39
3.1 NATUREZA DO ESTUDO 39
3.2 LOCAL DE INVESTIGAÇÃO E SUJEITOS 40
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 41
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS 42
3.4.1 Protocolo de Intervenção 42
3.4.2 Coleta de dados 43
3.4.3 Critérios de Inclusão 44
3.4.4 Critérios de Exclusão 44
3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS 44
3.6 FASE DE ANÁLISE 45
3.7 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA 47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 48
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES 48
4.2 CONHECIMENTO E CAPACITAÇÃO DOS DOCENTES 50

4.3 PERCEPÇÃO DO DOCENTE EM RELAÇÃO AO USO DO *COACHING* NOS PROCESSOS DE ENSINO APRENDIZAGEM EM CENÁRIOS SIMULADOS.....54
4.3.1 Dimensão Curricular - organização pedagógica em Zonas de Simulação, frequência de encontros e número de alunos por turma. 54
4.3.2 Dimensão Docente - flexibilidade entre os diversos papéis e suporte de uma comunidade de prática 58
4.3.3 Dimensão Aprendiz - engajamento com as atividades, experiência prévia com o Coaching e alunos com dificuldades de aprendizagem.....62
5 CONCLUSÃO.....67
REFERÊNCIAS.....70
APÊNDICE I 79
APÊNDICE II 81
APÊNDICE III 83
APÊNDICE IV.....84
ANEXO A 112
ANEXO B 113

APRESENTAÇÃO

Mariana Salomão Daud Arantes, formada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Uberlândia da Universidade de Federal de Uberlândia – FAMED/UFU, em 2007, com especialização em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Como médica, atuei por 13 anos na assistência à saúde em Serviços de Saúde Suplementar. Durante esse período me dediquei a aprimorar o Método Clínico Centrado na pessoa, o que me possibilitou conhecer o *Coaching* de Saúde e Bem-estar como abordagem inovadora para auxiliar os pacientes a alcançarem seus objetivos de saúde.

Há 5 anos iniciei minha jornada como docente tanto na graduação quanto em pós-graduação nas cidades de Uberlândia e Araguari em Minas Gerais. Durante os primeiros anos de dedicação a essa nobre atividade, me descobri curiosa sobre a motivação do estudante e a superação de seus desafios durante a formação. Nos anos de 2020 e 2021, me dediquei a conhecer a interface do *Coaching* na educação médica com a participação em duas formações internacionais nesta área e na construção de um programa de *coaching* acadêmico dentro do Curso de Medicina.

Naturalmente, escolhi seguir com a pesquisa me desenvolvendo no programa de Mestrado Profissional em Educação e Saúde nos últimos 2 anos. A escolha pelo Mestrado também foi motivada pela necessidade pessoal de complementar a minha formação e incentivada pela possibilidade de crescimento profissional dentro de um Plano de Carreira instituído pelo Centro Universitário IMEPAC, onde atuo como docente neste momento.

O tema desta dissertação ocorreu pela vivência e aprimoramento prático tanto na assistência quanto na docência, em que me identifiquei com várias técnicas de comunicação clínica para a promoção do engajamento do paciente em mudanças de comportamento, além do conhecimento das Metodologias Ativas de Aprendizagem fizeram surgir em mim a necessidade de conhecer e pesquisar sobre o *Coaching* na Educação Médica e seus impactos na graduação, especialmente, em cenários de simulação.

1 INTRODUÇÃO

A evolução da educação médica no Brasil nos últimos 100 anos tem sido marcada por significativas transformações e desafios. Inicialmente, a formação médica era tradicional e centrada no ensino teórico em salas de aula, com pouca ênfase em práticas clínicas. No entanto, ao longo do tempo, houve uma transição para metodologias mais ativas e inclusivas, incorporando tecnologias digitais e práticas inovadoras no processo de ensino-aprendizagem. Essa mudança reflete a necessidade de adaptar a educação médica às demandas contemporâneas e às novas formas de interação entre estudantes e conhecimento (SILVA *et al.*, 2022).

Além disso, a expansão do número de vagas e cursos de Medicina no país tem sido um aspecto relevante nesse processo evolutivo. A democratização do acesso à educação médica, juntamente com a busca pela qualidade dos cursos, tem sido uma preocupação constante. A introdução de políticas de inclusão e ações afirmativas também têm contribuído para diversificar o perfil dos estudantes de Medicina e promover uma formação mais abrangente e representativa da sociedade brasileira (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2021).

A implementação de políticas de ação afirmativa, como cotas étnicas e socioeconômicas têm permitido o acesso de estudantes de baixa renda às Instituições de Ensino Superior (IES), incluindo os cursos de Medicina. Essas ações visam não apenas aumentar o número de matrículas, mas também promover a inclusão social e a diversidade no ambiente acadêmico (MORAES; ZOMER; MENEGHEL, 2022). Políticas públicas de estímulo ao ingresso na educação superior, como o Programa Universidade para Todos (ProUni) e o Programa de Financiamento Estudantil (Fies), têm contribuído para a expansão da oferta de vagas, tanto em IES privadas quanto públicas (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2021). Essas medidas têm sido fundamentais para democratizar o acesso à formação médica e ampliar as oportunidades de educação para um número maior de estudantes. Essas ações têm como objetivo não apenas aumentar a quantidade de vagas, mas também garantir a permanência e o sucesso acadêmico dos estudantes ao longo de suas formações.

Seguindo o aumento de vagas e processo de inclusão e democratização da educação médica no Brasil tem-se observado a crescente integração de tecnologia e

humanidades no currículo acadêmico. A necessidade de formar profissionais de saúde mais eficientes e éticos, capazes de lidar com as complexidades do cuidado ao paciente, tem levado as IES a repensarem suas abordagens pedagógicas. A valorização das competências socioemocionais e éticas, aliada ao domínio das tecnologias médicas, tem se tornado uma tendência na formação dos futuros médicos (FERREIRA, 2017).

As diversas transformações em que o ensino médico passou ao longo dos anos proporcionou modificações nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para cursos de Medicina, em 2014. Tais modificações tiveram o intuito de implementar um ensino humanista, crítico, reflexivo e ético, com foco na solução de problemas reais, bem como na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde humana. Para garantir este escopo, a interdisciplinaridade e a participação ativa do aluno na construção do conhecimento foram priorizadas (BRASIL, 2014). Em 2022, na resolução CNE/CES 3, foram integradas às DCNs os conhecimentos, competências e habilidades da assistência ao paciente em cuidados paliativos (BRASIL, 2022).

E, assim, as IES que ofertam cursos de medicina instituíram seus ensinos baseados em problemas e diversas metodologias que colocam o aluno como protagonista no processo ensino aprendizagem.

As recomendações para o ensino médico no Brasil enfatizam a necessidade de uma formação mais integrada e humanizada, que contemple não apenas o aspecto técnico-científico, mas também as habilidades socioemocionais e éticas dos futuros profissionais de saúde (NERY FILHO *et al.*, 2013). Como dito anteriormente, as diretrizes curriculares nacionais do curso de Medicina têm sido fundamentais na orientação dos programas educacionais, buscando alinhar a formação dos estudantes com as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) e com as necessidades da população. A promoção da interdisciplinaridade e da prática baseada em evidências também tem sido destacada como uma recomendação essencial para a educação médica no país (COSTA *et al.*, 2018).

Outro ponto relevante nas atuais recomendações para o ensino médico no Brasil é a valorização da atenção primária à saúde, buscando formar profissionais capacitados para atuar de forma integral e preventiva, em sintonia com os princípios do SUS. A inclusão de disciplinas que abordam temas como saúde coletiva, bioética e humanidades médicas tem sido recomendada para ampliar a visão dos estudantes

sobre o papel social e ético da prática médica. Além disso, a inserção de tecnologias educacionais e práticas inovadoras no currículo médico tem sido apontada como uma forma de atualizar e enriquecer o processo ensino-aprendizagem na área da saúde (COSTA *et al.*, 2018).

Diante desta nova perspectiva do ensino médico, o estudante deixa de ser o sujeito passivo do ensino baseado no tecnicismo e memorização mecânica de conteúdos, ao que Paulo Freire (2004, p. 62) denominou de “educação bancária”, e passa a ter um papel ativo na construção do saber, desenvolvendo a crítica e atuando com problemas reais. Portanto, há a alteração dos papéis educacionais do estudante e professor, no qual o primeiro adquire o protagonismo na produção do conhecimento, enquanto o segundo atua como um tutor, auxiliando o primeiro na construção de competências. Este entendimento nos leva a compreender o conceito de autoeficácia acadêmica, que é “... a crença do estudante em sua capacidade de organizar e executar ações relacionadas às atividades acadêmicas” (LOPES *et al.*, 2020, p. 2). E o domínio desta habilidade funciona como construto auto motivacional e técnica de melhoria contínua.

Metodologias ativas de ensino têm se destacado como recursos pedagógicos modernos na educação médica, permitindo que os estudantes assumam esse papel mais ativo em seu processo de aprendizagem. Essas metodologias são descritas como ferramentas que possibilitam ao professor atuar como facilitador, orientando os alunos em suas pesquisas, incentivando a reflexão e a tomada de decisões para alcançar objetivos definidos. Elas dinamizam a prática pedagógica, proporcionando um espaço para a construção ativa do conhecimento pelo estudante (SILVA *et al.*, 2015).

A utilização de metodologias ativas na educação médica, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a sala de aula invertida, promove uma educação crítico-reflexiva, incentivando os alunos a buscar ativamente o conhecimento (SILVA *et al.*, 2015).

A Geração Z, composta por indivíduos nascidos entre 1997 e 2012, está hoje ingressando e cursando graduações e apresenta características distintas em seu perfil enquanto alunos de faculdades de medicina e futuros profissionais no mercado de trabalho. A análise do perfil dos jovens da Geração Z revela uma tendência à dependência e dificuldade na tomada de decisões, o que pode ser atribuído a fatores

como a exposição a um ambiente digital desde cedo e a influência de redes sociais na formação de opiniões e escolhas (GOH; LEE, 2018). Essa geração, criada em meio as incertezas econômicas globais, pode enfrentar desafios na construção de competências de tomada de decisão e resolução de problemas, o que pode impactar sua transição para o mercado de trabalho. A necessidade de compreender as diferenças geracionais e os valores dos jovens da Geração Z é crucial para os docentes, a fim de orientar estratégias eficazes de motivação e engajamento no ambiente educacional e profissional (MAGANO *et al.*, 2020).

No contexto específico da área da medicina, os estudantes da Geração Z podem demonstrar dificuldades em tomar decisões relacionadas à escolha de especializações e ao planejamento de suas carreiras (BARBER *et al.*, 2018). Além disso, a pandemia de Covid-19 trouxe novos desafios para essa geração, impactando suas percepções de segurança no emprego, satisfação profissional e comportamentos organizacionais (BHUSHAN, 2022).

Diante desses cenários, estratégias que promovam o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas, autonomia e pensamento crítico-reflexivo são essenciais para auxiliar os jovens da Geração Z a superar suas dificuldades na tomada de decisões. A criação de ambientes de aprendizagem e metodologias de ensino-aprendizagem que incentivem a participação ativa, o debate de ideias e o desenvolvimento de competências práticas pode contribuir significativamente para a formação de profissionais mais preparados e confiantes em suas escolhas (BHUSHAN, 2022).

O *coaching* tem sido empregado com sucesso no desenvolvimento de atletas, músicos profissionais e dentro do mundo empresarial há mais de 20 anos, e contemporaneamente, está emergindo como uma modalidade de treinamento empolgante na educação médica.

De acordo com Wang, Li e Pang (2016), o *coaching* é um mecanismo de facilitação do desenvolvimento cognitivo, estimulador do pensamento crítico ou da lógica clínica no processo de ensinagem. No entanto, para estes mesmos autores, o *coaching* é negligenciado e não é prática intrínseca na educação médica, sendo considerado um adicional construtivo. Há habilidades empáticas e de bem-estar psicológicos pessoais, conhecidas como *soft skills*[1], que podem ser habilmente

estimuladas pelo *coach*, funcionando, assim, como um facilitador no ensino baseado em problemas, proporcionando uma maior autoeficácia.

Jason *et al.* (2019) consideram que o *coaching* é mais do que dar *feedback* ao aluno. Embora o *feedback* forneça informações sobre o que o educador observou em comparação com um padrão esperado, o *coaching* fornece sugestões práticas de melhoria com o objetivo de aprimorar o desempenho do aluno em um determinado cenário.

Segundo Love *et al.* (2021), o *coaching* no contexto da educação médica tem sido conceituado em dois tipos:

- *Coaching* no Momento (CiM) que se refere ao *coaching* que ocorre entre um professor clínico e aluno dentro do ambiente de prática, e inclui observação, *feedback* e sugestões para melhoria de desempenho.
- *Coaching* ao Longo do Tempo (CoT) que se refere ao *coaching* que ocorre entre um supervisor e aluno fora do ambiente clínico. A observação é baseada principalmente em dados de desempenho do aluno que foram coletados e compilados. Semelhante ao CiM, *feedback* e sugestões para melhoria de desempenho permanecem componentes chave. O CoT é imperativo para orientar o aprendiz em seu progresso clínico e promovendo seu desenvolvimento como médico competente.

Deste modo, o *Coaching* na Educação Médica vem sendo estudado e implementado, principalmente, nos Estados Unidos da América (EUA), Canadá e China. Para Deiorio *et al*. (2022) e Hauer *et al.* (2018) esta abordagem consiste na busca de mudanças comportamentais, cognitivas e emocionais, proporcionando ao acadêmico a maximização de seu desempenho na busca por soluções práticas.

Ademais, diversos autores, como Lovell (2017) e Deiorio *et al.* (2016), mencionam que há escassez de estudos envolvendo o *coaching*, justamente por ser um tema novo e incipiente e, precipuamente, relatam a carência de estudos sobre a percepção dos docentes, o que justifica o presente estudo.

[1] Soft skills são habilidades interpessoais e comportamentais que facilitam a interação, comunicação e colaboração eficaz com outras pessoas. Elas não estão relacionadas a conhecimentos técnicos ou específicos de uma área, mas sim a competências como empatia, comunicação, trabalho em equipe, resolução de problemas, liderança, adaptabilidade e gestão do tempo.

1.1 JUSTIFICATIVA

A pesquisa sobre o uso do *coaching* como ferramenta educacional em cenários simulados na educação médica tem despertado crescente interesse devido aos potenciais benefícios que essa abordagem pode oferecer. O *coaching* na educação médica foi recentemente aplicado em residências e programas de pós-graduação (RASSEBACH, 2018; BUIS; ECKENHAUSEN; TEN CATE, 2018). Seu uso surgiu como uma estratégia para implementar uma educação individualizada, permitindo que o docente oriente o desempenho, as competências e a progressão na carreira do aluno.

Nas culturas de *coaching* no esporte, música e medicina, desenvolvimento de uma forte relação entre professor e aluno foram considerados essenciais para a facilitação do *feedback* significativo, possibilitando considerar o *coaching* como uma estratégia educacional eficaz, com evidências de melhor desempenho, bem-estar, autorregulação, autoeficácia, resiliência e alcance de objetivos (WOLFF, 2019b).

A implementação do *coaching* como ferramenta educacional em cenários simulados pode ser especialmente relevante devido à sua capacidade de proporcionar um ambiente controlado e realista para os alunos praticarem habilidades clínicas e tomada de decisões em um ambiente seguro. A simulação em saúde, quando combinada com o *coaching*, pode oferecer uma abordagem mais holística e personalizada para o desenvolvimento dos estudantes, permitindo que eles recebam *feedback* direcionado e orientação individualizada para melhorar seu desempenho (FEY *et al.*, 2022).

O desenvolvimento do corpo docente em *coaching* é necessário, pois muitos não conhecem seus princípios*,* podendo manter a relação apenas como mentor ou educador no processo ensino-aprendizagem.

Apesar do crescimento do *coaching* na educação médica, muitas questões permanecem abertas sobre o uso como ferramenta de ensino. É preciso compreender o processo pelo qual os docentes entendem o *coaching* e quais benefícios e desafios eles experimentam na implementação de tal metodologia, o que justifica a proposta deste estudo.

1.2 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é analisar a perspectiva do uso do *coaching* nos processos de ensino-aprendizagem sob a ótica de docentes médicos que atuam em cenários simulados em uma Instituição de Ensino Superior privada do interior mineiro.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- Avaliar o conhecimento e a capacitação dos docentes sobre o *coaching* como ferramenta de ensino médico;
- Analisar a percepção do docente em relação ao uso do *coaching* nos processos de ensino-aprendizagem em cenários simulados;
- Elaborar um treinamento na abordagem do *coaching* nos processos de ensino-aprendizagem em cenários simulados.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos, sendo que no primeiro capítulo apresenta-se a Introdução, a Justificativa, o Objetivo Geral, os Objetivos Específicos e a Estrutura da Dissertação.

No segundo capítulo há a revisão de literatura que contempla as temáticas: ensino médico no Brasil e no Mundo, metodologias ativas e *Coaching*.

No terceiro capítulo são descritas as metodologias que serão empregadas na realização da pesquisa.

No quarto capítulo são apresentados os resultados e a discussão do estudo, contemplando a análise qualitativa dos grupos focais.

No quinto capítulo apresenta-se a conclusão.

E, por último, são listadas as referências utilizadas para o desenvolvimento desta dissertação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo tem-se a revisão de literatura que contempla o ensino médico no Brasil e no mundo, metodologias ativas de aprendizagem e *coaching* como ferramenta educacional.

2.1 ENSINO MÉDICO NO BRASIL E NO MUNDO

A educação médica passou por mudanças significativas ao longo do último século, impulsionadas por vários fatores, como avanços tecnológicos, evolução das necessidades de saúde e reformas educacionais. Um aspecto-chave da educação médica que foi sujeito a reformas é o treinamento de médicos em escolas médicas e programas de residência.

No início do século XX, Abraham Flexner conduziu uma avaliação abrangente das escolas de medicina nos EUA, resultando em uma transformação significativa na educação médica (BARZANSKY; ETZEL, 2010). O relatório de Flexner enfatizou a importância de um currículo científico rigoroso, requisitos de admissão padronizados e a integração de ciências básicas e clínicas. Como resultado, o número de escolas de medicina diminuiu, e a qualidade da educação médica melhorou.

Nos últimos 40 anos a educação médica passou por uma evolução significativa com a introdução de várias metodologias, abordagens centradas no aluno e inovações (KAPITONOVA *et al*., 2020; ABBAS; OJHA, 2019). Uma mudança notável tem sido a transição de currículos baseados em disciplinas para currículos integrados. Na década de 1960, várias universidades em todo o mundo começaram a implementar a educação orientada por problemas, que formou a base da educação médica integrada. Essa abordagem se concentra em cenários clínicos de vida real e incentiva os alunos a aplicar seus conhecimentos para resolver problemas (KAPITONOVA *et al*., 2020).

A *Competency-Based Medical Education* (CBME), traduzindo educação médica baseada em competências, emergiu como um grande desenvolvimento no treinamento médico. A CBME se concentra na aquisição de competências e habilidades específicas, garantindo que os estudantes estejam preparados para o

cenário de saúde em constante evolução. Essa abordagem foi adotada em todo o mundo, refletindo a necessidade de uma abordagem mais orientada para resultados e individualizada na educação médica (KAGOMA; DOBRANOWSKI; PATLAS, 2023).

Uma área de foco tem sido a incorporação de tecnologia no treinamento médico, especialmente nos EUA e na China. As realidades virtual e aumentada em simulações surgiram como ferramentas promissoras na educação médica, permitindo que os estudantes pratiquem habilidades clínicas em um ambiente simulado. Essas tecnologias oferecem um ambiente seguro e controlado para os aprendizes desenvolverem suas habilidades e ganharem experiência antes de trabalharem com pacientes reais (SORENSEN *et al*., 2017).

Além disso, houve uma mudança em direção a uma abordagem mais centrada no paciente na educação médica. O ensino à beira do leito, defendido por figuras influentes como William Osler, tem sido reconhecido como um método valioso para ensinar habilidades clínicas e promover qualidades humanísticas nos futuros médicos (SKOCHELAK *et a*l., 2021). A importância da empatia, habilidades de comunicação e competência cultural na prática médica tem sido cada vez mais enfatizada nos currículos médicos.

Em cenário mundial, as reformas nas escolas de medicina e programas de residência, integração de tecnologia, ênfase no atendimento centrado no paciente e o impacto da pandemia de Covid-19 moldaram o cenário da educação médica. Essas mudanças refletem as necessidades em constante evolução do sistema de saúde e os esforços contínuos para formar médicos competentes e compassivos.

O ensino e a aprendizagem médica dependem da articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao futuro exercício da profissão também no Brasil (BRASIL, 2014; 2022). Ao longo das últimas décadas, o modelo de educação médica no país sofreu uma série de mudanças, principalmente após a criação do SUS em 1988. O modelo flexneriano que tornou obrigatório o ensino hospitalocêntrico com características mecanicistas, biologistas e individualizantes, focado no corpo humano e estudo dos órgãos e sistemas vem sendo substituído por uma prática clínica ampliada multidisciplinar e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento (NOGUEIRA, 2009; MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Diante deste cenário, em 2001 foram criadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Medicina, para guiar os projetos pedagógicos das escolas médicas. Segundo Meireles, Fernandes e Silva (2019), apesar das DCNs proporem habilidades específicas para a graduação em Medicina, representando uma revolução no ensino em saúde, incluindo o conceito de interdisciplinaridade, era possível perceber ainda a formação de médicos pouco envolvidos com uma visão histórico social e humanística dos seus pacientes.

Em 2014, foram publicadas novas DCNs, que apresentaram uma mudança de paradigmas na educação médica, incluindo a incorporação das metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem e favorecendo o desenvolvimento de competências discentes necessárias para a melhoria da prática médica (BRASIL, 2014). Essas diretrizes visam garantir a qualidade e a integralidade do ensino, abordando aspectos como a humanização do cuidado, a interdisciplinaridade e a ética profissional, fundamentais para a formação de médicos preparados para os desafios contemporâneos da área da saúde. Em 2022, foram integradas às DCNs os conhecimentos, competências e habilidades da assistência ao paciente em cuidados paliativos (BRASIL, 2022).

A necessidade de inovação pedagógica no curso de Medicina também está relacionada à saúde mental dos estudantes. Após a publicação das DCN de 2014, houve um aumento nos casos de doenças mentais entre os alunos, destacando a importância de abordagens pedagógicas que considerem o bem-estar dos estudantes (HERMES *et al.*, 2022). As metodologias de ensino-aprendizagem podem influenciar diretamente no desenvolvimento de fatores estressantes crônicos, como a síndrome de Burnout, evidenciando a relevância de estratégias pedagógicas que promovam um ambiente saudável de aprendizagem. A utilização dessas abordagens pedagógicas não apenas promove o desenvolvimento de competências clínicas e técnicas, mas também pode impactar positivamente a saúde mental dos estudantes, ao proporcionar um ambiente de aprendizagem mais dinâmico, participativo e estimulante (LIMA *et al.*, 2022).

A diversidade e a inclusão também têm sido temas centrais nas discussões em torno das DCN e da evolução da formação médica no Brasil. A análise crítica das diretrizes à luz das diversidades revela a importância de problematizar questões relacionadas à diversidade no ensino médico, buscando tornar mais evidente a busca

pela equidade e pela representatividade na formação dos profissionais de saúde (TOURINHO *et al.*, 2020). A humanização na educação médica, abordada nas DCN e nas discussões acadêmicas, tem sido um aspecto essencial na evolução da formação médica, promovendo valores como empatia, solidariedade e respeito à diversidade como pilares fundamentais da prática clínica (MEZZALIRA *et al.*, 2022).

A função de uma matriz de competências é expressar os consensos coletivos acerca do que é imprescindível e o que todos os alunos devem saber ao se formar (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018). Para tanto, as DCN preconizam que a formação médica deve se basear em competências. O ensino por competências implica desenvolver no estudante a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com situações, problemas e dilemas da vida real, e sua certificação expressa legitimação social de pessoas que passam a ser reconhecidas como capazes de atuar na carreira médica (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018).

O ensino baseado em competências na educação médica no Brasil tem se destacado como uma abordagem inovadora e eficaz para a formação de profissionais de saúde. Essa abordagem pedagógica visa não apenas à transmissão de informações, mas ainda ao desenvolvimento de competências essenciais para a atuação profissional, como o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a comunicação eficaz com pacientes e equipes de saúde (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

A integração de competências técnicas, éticas, humanísticas e de gestão da saúde tem sido um dos pilares desse modelo educacional, visando preparar os estudantes não apenas para lidar com as complexidades da profissão, mas também para atuar de forma ética, empática e eficaz em um cenário de constante evolução na área da saúde (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2021). Essas abordagens não apenas promovem o desenvolvimento de competências clínicas e técnicas, mas contribuem para a saúde mental dos estudantes, a humanização do cuidado e a formação de profissionais mais preparados para os desafios da prática médica contemporânea.

As metodologias a serem empregadas no ensino da medicina devem considerar o fato de que os alunos são adultos, com as suas necessidades e características particulares. A este respeito Newmann e Peile (2012) citam que é importante que sejam aplicados no ensino médico princípios que respeitem as características de aprendizagem do adulto, tornando-o mais adequado à população a

qual é dirigida. Estes autores mencionam alguns princípios básicos relacionados à aprendizagem de adultos, a saber:

- Os adultos são independentes e querem ter controle sobre o seu processo de ensino-aprendizagem.
- Existe uma maior resposta às motivações internas do que às externas, ou seja, a curiosidade intrínseca estimula mais a aprendizagem do que a necessidade de apreender para responder a uma prova, por exemplo.
- Os adultos têm necessidade de saber o motivo pelo qual um determinado assunto deve ser apreendido.
- Possuem grande quantidade de experiências acumuladas, podendo as mesmas serem utilizadas como rica fonte de aprendizagem.
- Valorizam a aprendizagem que está relacionada com assuntos do cotidiano, o que facilita a aplicação dos conhecimentos adquiridos.
- Apreciam abordagens centradas em problemas.

Ainda segundo Newman e Peile (2012), um modelo apropriado de ensino médico para adultos deve propiciar uma abordagem facilitadora e reflexiva dos problemas a serem abordados, em que a aprendizagem se faça a partir da experiência direta do sujeito com o objeto do conhecimento. Da mesma forma, o ensino de adultos deve ser preferentemente realizado em pequenos grupos, valorizando-se a experiência e o conhecimento que cada membro deste grupo possui.

2.2 METODOLOGIAS ATIVAS

As metodologias ativas são métodos de ensino que colocam o aluno no centro do processo ensino-aprendizagem, como protagonista da construção do seu conhecimento, sendo o professor o mediador desse processo. Fundamentadas no princípio da autonomia, invocado por Paulo Freire, são metodologias que atribuem ao discente um papel mais ativo, rompendo com a função de simples receptor de informações, e que colaboram com a formação de um aluno capaz de aprender a aprender. O educando e seus interesses e necessidades passam a ser o foco do processo de ensinagem. Quando se relaciona à educação de adultos, pensando no ensino superior, tem-se em Paulo Freire uma defesa para as metodologias ativas, visto sua afirmação sobre a educação de adultos, na qual o que move a aprendizagem

é a superação de problemas, de forma que a construção do novo saber se faz a partir dos conhecimentos e experiências prévios dos estudantes (BERBEL, 2011).

Em relação aos profissionais de saúde, particularmente médicos, a sociedade moderna exige não mais um profissional que veja e trate o ser humano de forma segmentada em órgãos e sistemas, mas que tenha visão holística, integrando as dimensões biológicas, psíquicas e espirituais do paciente. A regulamentação das DCNs de 2014 pelo Ministério da Educação (MEC) preconiza a formação de um profissional com habilidades comunicacionais, apto a tomar decisões após análise crítica do contexto científico, político e social em que se encontra, além de ter capacidade de gerenciamento e liderança, trabalhando em equipe, e com autonomia intelectual para cuidar de sua educação continuada após a graduação.

As metodologias ativas de aprendizagem na educação médica têm recebido atenção significativa pelo seu potencial de melhorar a experiência de aprendizagem e os resultados dos estudantes de medicina. A abordagem tradicional baseada em palestras está sendo gradualmente substituída por métodos de ensino inovadores que envolvem ativamente os alunos no processo ensino-aprendizagem. A mudança para a aprendizagem ativa na educação médica tem sido impulsionada pelo reconhecimento do seu potencial para melhorar o desempenho dos futuros médicos e promover uma compreensão mais profunda da prática (TUNE *et a*l., 2013).

A incorporação de metodologias ativas de aprendizagem tem mostrado resultados promissores na melhoria do desempenho de estudantes de graduação e pós-graduação em diversas disciplinas médicas. Esta abordagem tem sido particularmente eficaz na promoção do envolvimento dos alunos e na retenção de conhecimentos, destacando o seu potencial para transformar o panorama tradicional da educação médica (TUNE *et a*l., 2013).

Além disso, a integração da aprendizagem baseada em simulação foi identificada como uma ponte entre o conhecimento teórico e a aplicação prática no ensino de graduação em medicina (WELLER, 2004). Essa abordagem fornece aos alunos experiência prática e habilidades de trabalho em equipe, essenciais para suas futuras funções como profissionais médicos. A evolução dos currículos das escolas médicas para promover a autonomia dos alunos também têm tido um desenvolvimento significativo na educação médica, alinhando-se com os princípios das metodologias ativas de aprendizagem (WU; GRUPPUSO; ADASHI, 2021). O

currículo autodirigido do estudante de medicina capacitou os alunos a se apropriarem de seu aprendizado, promovendo uma cultura de auto aperfeiçoamento contínuo e investigação independente.

À medida que a educação médica continua a evoluir, os desafios e oportunidades associados às metodologias ativas de aprendizagem passaram a ocupar o primeiro plano. Acompanhar a aprendizagem ativa no currículo da escola médica e desenvolver uma estrutura de excelência como educador clínico são passos essenciais para garantir a implementação eficaz de metodologias de aprendizagem ativa na educação médica (MCCOY *et al*., 2018).

A relação entre as metodologias de aprendizagem e a saúde mental dos estudantes de medicina é um tema de extrema relevância. Estudos apontam que a metodologia de ensino-aprendizagem ativa pode desempenhar um papel significativo na saúde mental dos estudantes, pois a exposição a fatores estressantes crônicos, como os encontrados na síndrome de Burnout, pode estar associada à forma como as metodologias de ensino são estruturadas (LIMA *et al.*, 2022). Embora existam influências negativas, como o estresse, a ansiedade e a pressão acadêmica, o uso de metodologias ativas pode ter aspectos facilitadores, proporcionando conforto e adaptabilidade aos estudantes, o que pode resultar em uma melhora na qualidade de vida e na saúde mental (HERMES *et al.*, 2022).

As metodologias ativas, como a ABP, têm se mostrado como um novo paradigma na formação de médicos críticos e reflexivos, aproximando-os da realidade do exercício profissional e contribuindo para um aprendizado mais significativo e contextualizado (SOARES, 2022). A utilização dessas abordagens pedagógicas não apenas promove o desenvolvimento de competências clínicas e técnicas, mas também pode impactar positivamente a saúde mental dos estudantes, ao proporcionar um ambiente de aprendizagem mais dinâmico, participativo e estimulante (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Além disso, a inclusão de metodologias ativas na formação acadêmica em medicina pode contribuir para a humanização do cuidado, permitindo que os futuros profissionais desenvolvam habilidades de empatia, solidariedade e compaixão, essenciais para uma prática médica mais humanizada. A interação com situações reais ou simuladas, propiciada por essas metodologias, pode preparar os estudantes não apenas do ponto de vista técnico, mas também emocional, para lidar com as

complexidades e desafios da profissão médica, promovendo um cuidado mais integral e sensível aos pacientes (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018)

Nesse cenário, as metodologias ativas de ensino aparecem como forma de preparar o discente para que, de maneira criativa e resolutiva, aplique a teoria em sua prática profissional, e desenvolva todas as competências e habilidades preconizadas para o egresso da faculdade de Medicina. Várias são as metodologias ativas que podem ser aplicadas na educação médica para atingir o perfil do graduado estabelecido pelo MEC. Porém, algumas se destacam, como por exemplo, a aprendizagem baseada em problemas, a problematização, a aprendizagem baseada em equipes (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

A Metodologia da Problematização busca estimular nos alunos o encontro de soluções para os problemas concretos identificados na realidade, por meio de etapas que o permite refletir de modo complexo acerca do problema. Requer uma conduta dirigida do professor para que o aluno consiga ultrapassar a superficialidade e obter uma aprendizagem profunda e significativa. Ao mesmo tempo em que busca transformar a realidade estudada, o aluno é transformado em sua concepção, em sua práxis (MITRE *et al*., 2008).

A ABP é uma metodologia que tem como importante objetivo posicionar o estudante como figura central do aprendizado, desenvolvendo neste uma autonomia e responsabilidade sob seu aprendizado e tornando-os sujeitos ativos no processo de aquisição do conhecimento (MITRE *et al*., 2008). Diferente da problematização que busca problemas vivenciados na realidade, a ABP é desenvolvida por meio de problemas construídos pelo corpo docente, os quais possuem objetivos de aprendizagem a serem alcançados pelos discentes para uma aprendizagem significativa.

A ABP tem sido objeto de extensa pesquisa e implementação na educação médica, representando uma abordagem pedagógica centrada no aluno que enfatiza a aprendizagem ativa, o pensamento crítico e as habilidades de resolução de problemas. A adoção da ABP na educação médica tem sido um foco central, com numerosos estudos explorando a sua eficácia e impacto nos resultados da aprendizagem.

As abordagens à aprendizagem dos estudantes nas escolas médicas tradicionais e inovadoras baseadas em problemas têm sido objeto de investigação,

com resultados que sugerem que as estruturas curriculares e os métodos de ensino podem inibir a obtenção dos atributos de aprendizagem desejados em alguns estudantes. As inovações educacionais na medicina sublinharam a necessidade de ambientes centrados no aluno, guiados pela avaliação e situados numa comunidade de alunos, alinhados com os princípios da ABP (IRBY; WILKERSON, 2003).

Estudos comparativos exploraram a eficácia da aprendizagem híbrida baseada em problemas e em palestras *versus* a pedagogia da aprendizagem baseada em palestras na aprendizagem do currículo clínico para estudantes de medicina na China, destacando a tendência de adoção de ABP como uma nova abordagem pedagógica médica (LIU *et al*., 2020). O uso da ABP como estratégia educacional tem sido explorado, enfatizando o seu papel na promoção de habilidades de resolução de problemas e pensamento crítico na educação médica. Nos tempos modernos, a ABP tornou-se parte integrante dos currículos das escolas médicas, com muitas instituições construindo todos os seus procedimentos instrucionais em torno desta abordagem pedagógica (JONES, 2006).

Estudos destacaram o entusiasmo dos participantes na ABP, ressaltando a recepção positiva desta metodologia entre estudantes de medicina (SMITS *et al*., 2003). Além disso, a ênfase na ABP estendeu-se para além da educação médica, com a sua aplicação na promoção do desenvolvimento sustentável e na promoção de competências cognitivas e profissionais críticas nos estudantes (JONES, 2006).

A validação de medidas de estilo de aprendizagem numa população de estudantes de medicina estabeleceu construções de aprendizagem para identificar alunos que provavelmente beneficiaram de um currículo baseado em problemas ou assistido por computador, refletindo a exploração contínua de abordagens inovadoras e baseadas em problemas à pedagogia médica. O papel da ABP na educação médica de pós-graduação tem sido objeto de investigação, destacando a sua importância na formação das experiências de aprendizagem dos profissionais médicos (KARUNATHILAKE, 2019).

A Aprendizagem Baseada em Equipe é uma estratégia educacional que tem sido empregada na educação de profissionais de saúde para o desenvolvimento de competências fundamentais, como a responsabilização do aluno pela aquisição do próprio conhecimento, a tomada de decisão e o trabalho colaborativo e efetivo em equipe (RODRIGUES *et al.*, 2021). A Aprendizagem Baseada em Equipe é uma

metodologia constituída por um conjunto de práticas sequenciadas de ensino-aprendizagem. Ela visa promover o desenvolvimento de equipes de aprendizagem de alto desempenho e fornecer a estas equipes oportunidades para se envolver em tarefas de aprendizagem significativas, como em simulações de situações complexas (RODRIGUES *et al.*, 2021).

As metodologias ativas de aprendizagem na educação médica no Brasil apresentam algumas limitações que merecem atenção. Uma das principais questões é a necessidade de infraestrutura adequada para a implementação eficaz dessas metodologias, o que nem sempre está disponível em todas as IES. Além disso, a capacitação dos docentes para utilizar corretamente as metodologias ativas pode ser um desafio, pois requer uma mudança de paradigma no processo ensino-aprendizagem (SOARES, 2022).

Outra limitação das metodologias ativas na educação médica está relacionada à avaliação dos estudantes. A mensuração do aprendizado e das competências adquiridas por meio dessas abordagens pode ser mais complexa do que em métodos tradicionais, exigindo a criação de instrumentos de avaliação mais adequados e alinhados com os objetivos de aprendizagem propostos. Além disso, a necessidade de tempo adicional para planejar e executar atividades ativas pode ser um obstáculo, especialmente em cursos com carga horária densa e conteúdo extenso (HERMES *et al.*, 2022).

A falta de estudos e pesquisas que demonstrem de forma conclusiva a eficácia das metodologias ativas na formação médica também é uma limitação importante. A escassez de evidências científicas que comprovem os benefícios dessas abordagens pode gerar resistência por parte de alguns profissionais e IES, dificultando a sua implementação e disseminação. Além disso, a resistência à mudança e a cultura institucional podem representar barreiras significativas para a adoção generalizada das metodologias ativas na educação médica no Brasil (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Superar esses desafios requer um esforço conjunto das instituições de ensino, dos docentes e dos órgãos reguladores, visando promover uma educação médica de qualidade, inovadora e alinhada com as demandas da sociedade e do mercado de trabalho na área da saúde.

A simulação tem sido uma ferramenta eficaz para complementar as metodologias ativas de aprendizagem na educação médica no Brasil. A simulação de situações clínicas reais permite aos estudantes vivenciarem cenários práticos e complexos, promovendo a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos em um ambiente controlado e seguro. Essa abordagem contribui para o desenvolvimento de habilidades práticas, o aprimoramento do raciocínio clínico e a tomada de decisões assertivas, preparando os futuros profissionais de saúde para situações reais de atendimento (SOARES, 2022).

A integração da simulação com as metodologias ativas na educação médica também favorece a interdisciplinaridade e a colaboração entre os estudantes, promovendo o trabalho em equipe e a comunicação eficaz. A simulação de casos clínicos complexos e desafiantes estimula a resolução de problemas em grupo, incentivando a troca de experiências e o aprendizado colaborativo. Ademais, a simulação permite a avaliação do desempenho dos estudantes em um ambiente simulado, fornecendo *feedback* imediato e oportunidades de aprimoramento contínuo, contribuindo para uma formação mais completa e alinhada com as demandas da prática clínica (MAYA *et al.*, 2019).

2.2.1 Simulação na Educação Médica

A simulação é uma metodologia ativa de ensino que utiliza a aprendizagem baseada em tarefas em equipes num cenário prático controlado e protegido, com diferentes níveis de complexidade, autenticidade e competência. Para atingir essa finalidade, utiliza-se de simuladores, objetos ou representações parciais ou totais de uma tarefa a ser replicada, podendo adquirir diversos aspectos de acordo com a complexidade da tarefa a ser executada. A simulação é uma ferramenta de treinamento de competências porque permite ao aprendiz atuar em ambiente protegido, seguro e controlado, sem complicadores, de modo a repetir o desempenho de uma tarefa inúmeras vezes, seguido de *feedback* imediato, adequado e sistematizado (COOK *et al.*, 2018).

Gaba (2004, p. 12) define a simulação no ensino em saúde como um “processo educativo que substitui o encontro com o paciente real por modelos artificiais, atores ou pacientes virtuais”. Desta forma, a simulação ajuda os estudantes a desenvolver a

habilidade de reconhecer as próprias limitações e lacunas em seu processo ensino-aprendizagem sem colocar o paciente em risco.

Historicamente, o ensino médico tem sido pioneiro na adoção de novas metodologias e tecnologias educacionais. Considerando que a atuação do médico requer domínio de conhecimentos e habilidades específicas – como a comunicação com o paciente, o exame físico, o raciocínio clínico e a execução de medidas diagnósticas e terapêuticas – e que tem a peculiaridade de ocorrer em contextos que exigem integração de diferentes saberes, os processos de formação têm incorporado o uso de metodologias ativas de ensino e a prática em serviço como elementos fundamentais da aprendizagem (FLATO; GUIMARÃES, 2011).

A simulação tem sido utilizada como uma metodologia que se caracteriza pelo aprendizado ativo em ambiente livre de risco, no qual se pode construir o conhecimento, a habilidade técnica, a comunicação, a liderança e o trabalho em equipe. Neste contexto, a simulação médica apresenta-se como uma estratégia de ensino potencial, por permitir que a aprendizagem ocorra em ambiente seguro, possibilitando a demonstração de múltiplas patologias e facilitando que conhecimentos e habilidades sejam experimentados tal como na prática clínica (COOK *et al*., 2018).

A aprendizagem baseada em simulação emergiu de fato como uma pedra angular da educação médica moderna, revolucionando a abordagem tradicional de ensino e aprendizagem na área da saúde. A integração da aprendizagem baseada em simulação tem sido amplamente reconhecida pela sua capacidade de preencher a lacuna entre o conhecimento teórico e a aplicação prática, proporcionando aos alunos oportunidades de aprendizagem imersiva e experiencial. Os estudantes de medicina têm expressado uma grande consideração pela aprendizagem baseada em simulação, reconhecendo o seu valor na melhoria da sua experiência educacional (WELLER, 2004).

No entanto, a adoção da aprendizagem baseada em simulação na educação médica apresenta desafios, especialmente em termos de alocação de recursos. Observou-se que a aprendizagem baseada em simulação requer significativamente mais recursos do que a educação tradicional, colocando considerações econômicas para as instituições educativas. Apesar disso, os educadores têm demonstrado uma forte orientação para os benefícios da aprendizagem baseada em simulação,

reconhecendo o seu potencial para enriquecer o currículo e melhorar os resultados de aprendizagem dos estudantes de medicina (ALOTAIBI; AGHA; MASUADI, 2022).

A utilização de treinamento baseado em simulação tornou-se uma fonte vital de aprendizagem experiencial na educação médica, oferecendo um ambiente seguro e controlado para os alunos desenvolverem competências clínicas e habilidades de tomada de decisão. Os benefícios da aprendizagem baseada em simulação foram reconhecidos pelos estudantes de medicina, que enfatizaram o seu papel na melhoria da qualidade da educação em saúde e no aumento da segurança do paciente (ABAS; JUMA, 2016).

Outrossim, o desenvolvimento de simuladores de baixo custo promoveu a implementação generalizada da aprendizagem baseada em simulação, permitindo aos indivíduos progredir através de estágios hierárquicos de competência, combinando conhecimento teórico com raciocínio diagnóstico em ambientes educacionais realistas. O impacto da aprendizagem baseada em simulação estendeu-se a várias especialidades médicas, incluindo medicina de emergência, farmácia e cuidados intensivos, demonstrando a sua versatilidade e aplicabilidade em diferentes domínios da educação em saúde (MORETZA-BAGI *et al.*, 2021; MARVANOVA; HENKEL, 2017).

A criação de centros de simulação e a integração de currículos educacionais baseados em simulação expandiram ainda mais o alcance da aprendizagem baseada em simulação, proporcionando aos alunos oportunidades para melhorar as suas competências e conhecimentos clínicos num ambiente controlado (ALOTAIBI; AGHA; MASUADI, 2022).

Em relação aos avanços pedagógicos, Roussin e Weinstock (2017) projetaram as “zonas de simulação” na educação em saúde para proporcionar aos aprendizes um ambiente realista e seguro para aprimorar suas habilidades e conhecimentos. Essas zonas atendem às necessidades específicas dos participantes, oferecendo uma plataforma para aprendizado experiencial e desenvolvimento de habilidades (FEY *et al.*, 2022).

Segundo Roussin e Weinstock (2017), a estrutura de simulação deve ser composta por três zonas distintas, cada uma com suas características e objetivos específicos.

A Zona 1 corresponde ao nível inicial, destinado à introdução dos aprendizes à simulação e ao ambiente clínico simulado. Nesse estágio, o foco está na aquisição de habilidades básicas e na familiarização com os procedimentos clínicos fundamentais. Os aprendizes nesta zona estão desenvolvendo competências iniciais e ganhando confiança em um ambiente controlado e de baixa pressão (ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017).

A Zona 2 representa um nível intermediário de simulação, no qual os aprendizes já possuem um certo domínio das habilidades básicas e estão prontos para desafios mais complexos. Nessa fase, o foco se desloca para a aplicação prática de conhecimentos e habilidades em cenários clínicos mais realistas e desafiadores. Os aprendizes são incentivados a integrar conceitos e a tomar decisões clínicas mais avançadas (ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017).

Por fim, a Zona 3 é o nível avançado de simulação, reservado para aprendizes que demonstraram proficiência nas habilidades clínicas e estão prontos para situações clínicas complexas e desafiadoras. Nessa zona, os aprendizes são expostos a cenários mais realistas e multidisciplinares, nos quais devem demonstrar não apenas habilidades técnicas avançadas, mas também habilidades de liderança, trabalho em equipe e tomada de decisão sob pressão (ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017).

O líder de aprendizado dentro das zonas de simulação assume um papel multifacetado, responsável pelo conteúdo curricular, pela criação de um ambiente de aprendizagem propício, garantindo a segurança psicológica e liderando atividades pré e pós-simulação. Ao assumir essas responsabilidades, os líderes de aprendizado guiam os participantes em direção à conquista de objetivos e facilitam uma experiência de aprendizagem abrangente. O papel do líder de aprendizado varia em cada zona de simulação, desempenhando funções específicas de acordo com o nível de habilidade e complexidade dos aprendizes e cenários (FEY *et al.*, 2022).

Na Zona 1, o líder de aprendizado desempenha um papel fundamental na orientação e suporte dos aprendizes iniciantes. Ele é responsável por introduzir os participantes à simulação e ao ambiente clínico simulado, auxiliando na aquisição de habilidades básicas e na familiarização com os procedimentos clínicos fundamentais. Neste estágio, o líder atua como um facilitador que cria um ambiente acolhedor e de

baixa pressão para que os aprendizes possam desenvolver confiança e competência nas habilidades iniciais (ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017).

Já na Zona 2, o líder de aprendizado assume um papel mais desafiador, orientando os aprendizes em cenários clínicos mais complexos e realistas. Neste nível intermediário, o líder auxilia os participantes na aplicação prática de conhecimentos e habilidades adquiridos, incentivando a integração de conceitos e a tomada de decisões clínicas mais avançadas. Ele atua como um guia que estimula o pensamento crítico e a resolução de problemas em situações mais desafiadoras (ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017).

Por fim, na Zona 3, o líder de aprendizado desempenha um papel de destaque na facilitação de simulações avançadas e multidisciplinares. Neste nível, os aprendizes demonstram proficiência nas habilidades clínicas e são expostos a cenários complexos que exigem não apenas habilidades técnicas avançadas, mas também habilidades de liderança, trabalho em equipe e tomada de decisão sob pressão. O líder atua como um facilitador experiente que promove discussões reflexivas, explorando modelos mentais, suposições e vieses que influenciam a tomada de decisão clínica, permitindo uma aprendizagem profunda e significativa ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017).

A implementação de programas de simulação na educação médica, utilizando as zonas de simulação como estrutura organizacional, tem se mostrado crucial para o treinamento eficaz de profissionais de saúde. Através da progressão das zonas de simulação, desde o nível básico até o avançado, os aprendizes têm a oportunidade de adquirir e aprimorar habilidades clínicas de forma gradual e estruturada. Os líderes de aprendizado desempenham um papel fundamental em cada zona, orientando os aprendizes, facilitando discussões reflexivas e promovendo a integração de conhecimentos e habilidades. Além disso, a prática do *debriefing*, guiada por facilitadores treinados, permite a reflexão crítica sobre as ações realizadas durante as simulações, contribuindo para a melhoria contínua da prática clínica e para o desenvolvimento de competências interpessoais e de trabalho em equipe (ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017).

Através da simulação, os profissionais de saúde têm a oportunidade de vivenciar cenários desafiadores e multidisciplinares, preparando-se para situações do mundo real com segurança e eficácia. A integração de tecnologias de simulação de

alta fidelidade e a prática do *debriefing* estruturado proporcionam um ambiente propício para a aprendizagem ativa e reflexiva. No entanto, desafios como a otimização da mistura de participantes, a gestão do treinamento de docentes em simulação e a alocação de recursos limitados ainda são questões a serem enfrentadas pelos programas de simulação. A contínua pesquisa e avaliação dos benefícios da simulação na educação médica são essenciais para garantir a qualidade e eficácia desses programas, contribuindo para a formação de profissionais de saúde mais competentes e preparados para os desafios da prática clínica (FEY *et al*., 2022).

2.3 *COACHING*

O *coaching* tem sido empregado com sucesso no desenvolvimento de atletas, músicos profissionais e dentro do mundo empresarial há mais de 20 anos, e contemporaneamente, está emergindo como uma modalidade de treinamento empolgante na educação médica. Ele difere do ensino na medida em que não se concentra em transmissão de conhecimento. Difere da mentoria na medida em que não se concentra em aconselhamentos. O *coaching* exige o fornecimento de *feedback* frequente e individualizado sobre o comportamento observado e o uso de estímulos com observações desafiadoras para maximizar o potencial do aprendiz (THORN; RAJ, 2012).

O paradigma do *coaching* é: o estudante realiza uma tarefa ou atividade, ou aplica seu conhecimento em um cenário real ou simulado. O *coach*/professor observa o estudante e usa uma combinação de provocação, questionamentos, desafios e encorajamentos para ajudar o aprendiz a alcançar uma melhor performance. O mesmo então realiza a atividade novamente e o ciclo se repete. O objetivo é gerar uma melhoria mensurável de desempenho de forma contínua (DEIOIRIO, 2016).

Os métodos usados pelo *coach*/professor variam continuamente para impulsionar o aluno para o seu melhor. Stoddard e Borges (2015, p. 280), em sua tipologia dos papéis e relacionamentos para a educação médica, afirmam: “um *coach*/treinador se esforça para extrair o mais alto nível de desempenho possível do aluno. Isso pode ser realizado por uma ampla variedade de meios que são únicos como os professores e alunos envolvidos”.

A escassez de pesquisas em educação médica e *coaching* é intrigante, considerando sua longa e eficaz utilização em domínios como esporte, música, estilo de vida e liderança. Se atletas, músicos e executivos usam o *coaching* para buscar a excelência, professores, médicos e cirurgiões também não deveriam fazê-lo? (GAZELLE; LIEBSCHUTZ; RIESS, 2015).

Comparando médicos e músicos, Stoddard e Borges (2015), observam que os médicos geralmente falam de “competência”, que tem conotações de adequação, enquanto músicos falam da “melhor performance” e a necessidade constante de aprimorar o seu melhor. Embora "o seu melhor" não seja sinônimo de “excelência”, há vantagens evidentes em incentivar os médicos a melhorarem constantemente, em vez de apenas atingir um nível predeterminado de competência.

Muitos princípios do treinamento esportivo são transferíveis para o cuidado na saúde, como planejamento, pré-atendimento, *debriefing* pós-atendimento e treinamento da equipe. Embora as atividades dos atletas e médicos sejam diferentes, há atributos psicológicos, comportamentais e socioculturais comuns a ambas as “arenas”, como resistência, dedicação, sacrifício, trabalho em equipe e pensamento rápido e lento. As tentativas de integrar as metodologias empregadas por *coaches* esportivos em estrutura pedagógica pode ajudar a influenciar esses atributos, que podem promover a resiliência emocional, destreza técnica e habilidades não técnicas nos médicos (DEIORIO *et al.*, 2016).

Alguns estudos envolveram o *coaching* dentro do paradigma de aprendizagem baseada em problemas, facilitando a construção do conhecimento centrada no aluno (WANG; LI; PANG, 2016). Outros testaram “*coaching* de carreira” para acadêmicos de medicina, mas não delinearam como esses *coaches* diferem dos tradicionais supervisores (CLAY *et al.*, 2017).

O desafio em realizar uma revisão das abordagens educacionais com *coaching* é que os autores costumam usar o termo “*coaching*” de forma intercambiável com os de “ensino” e “mentoria”. As principais características do *coaching*, em comparação com o ensino e tutoria ou mentoria, segundo Launer (2014), estão detalhados na Tabela 1.

Tabela 1 - Comparando Aconselhamento, Mentoria e *Coaching*

	Aconselhamento (postura tradicional do professor)	Tutoria ou mentoria	*Coaching*
Foco	Foco em muitos indivíduos	Foco em um indivíduo ou pequeno grupo	Foco em um indivíduo ou pequeno grupo
Objetivo	Aquisição ou construção de conhecimento	Aconselhamento e orientação	Abordar áreas específicas para melhoria
Tempo	Geralmente durante um determinado período	Sem limitações de tempo, exceto quando os programas são curriculares	Geralmente durante um determinado período
Avaliação	Avaliação Formativa e somativa	Nenhuma observação das habilidades é feita	Observação de habilidades e comportamentos; gera evolução, feedback e avaliação formativa
Técnicas	Técnicas pedagógicas para aumentar o conhecimento dos alunos	Aconselhamento e orientação	Autorreflexão crítica, diálogo socrático e método de auto exploração para aperfeiçoamento contínuo
Abordagem	Várias abordagens baseadas em teorias da educação heterogênea.	Baseada em discussão	Colaborativa
Metas	Resultados de aprendizagem pré-definidos	Pode ou não definir metas individualizadas e com limite de tempo	Sempre com definição de metas individualizadas
Propósito	Os alunos devem atingir um objetivo predefinido	Usa experiências pessoais como método para motivar e orientar os aprendizes	Constantemente impulsiona melhorias no desempenho técnico e pessoal

Fonte: Adaptado de LAUNER (2014)

Para fins deste estudo, o *coaching* será definido segundo Wolff *et al.* (2019a) e terá os seguintes atributos:

1) O *coach* fornece informações em tempo real com comentários individualizados. O *feedback* é específico e focado no aluno. O *coach* fornece avaliação formativa e *feedback* imediatamente após a observação dos comportamentos para ajudar o aprendiz a descobrir o que funciona ou

não para o inspirar a atingir seu potencial máximo. O ciclo de observação-*feedback* se repete até que ele atinja seu melhor desempenho possível.

2) O *coach* e o aprendiz estabelecem metas individualizadas. Os *coaches* enfatizam objetivos e resultados em vez de processos. Em vez de gerenciar o aprendizado, o *coach* usa desafios e apoio para auxiliar o estudante a resolver problemas e pensar criativamente para alcançar seus objetivos.
3) O *coach* facilita o desenvolvimento de novos comportamentos, *insights* e abordagens para o trabalho. O *coaching* é centrado no aluno: a responsabilidade da descoberta educacional, resolução de problemas e crescimento está com o aprendiz. Essas atividades são facilitadas pelo *coach*, que oferece *feedback* para desenvolver um ciclo de constante melhoria.
4) O *coach* tem conhecimento e experiência relevantes no campo de aprendizado. Ele “tem uma capacidade analítica e compreensão do ‘jogo’ e capacidade de motivar o aluno rumo à excelência” (STODDARD; BORGES, 2015, p. 4).

Em nosso foco, identificou-se que a mudança na ênfase curricular, tanto na graduação quanto na pós-graduação, da simples aquisição de conhecimento para a necessidade de demonstrar competências, a necessidade, quase imperativa, da profissão em garantir que os profissionais se mantenham aprendizes ao longo de toda vida e, por fim, a nova geração de aprendizes; “nativos digitais”, que esperam que sua educação reflita sua experiência em diferentes níveis de integração com a tecnologia faz sentido entender como as intervenções educacionais com o *coaching* podem acontecer na educação médica em nossa realidade (WOLFF *et al.*, 2019a).

Stoddard e Borges (2015) citam que nos últimos anos, o *coaching* tornou-se mais comum nos currículos de educação médica. Está comprovado que o *coaching* individual apoia o sucesso acadêmico dos alunos de medicina e facilita o autoconhecimento individual, o estabelecimento de metas, o equilíbrio entre vida pessoal e profissional e a reflexão (REGO, 2009).

O *coaching* contribui para a proteção contra o Burnout e promove o profissionalismo, ajudando os alunos a desenvolver hábitos saudáveis e abordando as preocupações no início do contexto de um relacionamento de confiança (WOLFF

et al., 2019a). O manual de *Coaching* da American Medical Association (AMA) identificou o *coaching* como uma “nova e significativa oportunidade na educação médica” (DEIORIO *et al.*, 2016, p. 4).

A literatura mostra evidências mais fortes de *coaching* para habilidades técnicas em comparação com habilidades não técnicas e exige mais pesquisas sobre o “poder” do *coaching* na educação médica (STODDARD; BORGES, 2015). Uma questão central em torno da implementação do *coaching* é como o corpo docente competente está mudando dos papéis tradicionais de professor e mentor para um de *coaching* no qual eles coletam informações de forma iterativa e fornecem *feedback* de maneira individualizada.

Segundo Brooks, Istas e Barth (2020), embora os primeiros relatórios mostrem os benefícios potenciais do *coaching,* sua adoção na educação médica é relativamente recente.

Uma questão central em torno da implementação do *coaching* é como o docente percebe a mudança dos papéis tradicionais de professor e mentor para um de *coaching* em quais eles coletam informações e fornecem *feedback* de forma individualizada.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia que foi utilizada para o desenvolvimento do estudo.

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa por meio de questionário e grupo focal.

O caráter exploratório deste estudo envolve uma abordagem qualitativa que busca compreender um fenômeno de forma aprofundada e descritiva. A pesquisa exploratória é particularmente útil quando há pouca teoria ou literatura de pesquisa pré-existente sobre o fenômeno em estudo, permitindo uma investigação inicial e ampla do tema, sem a necessidade de hipóteses rígidas buscando compreender um fenômeno de forma mais abrangente (BRITO; PONCIANO, 2021).

A abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória, considerada como adequada diante do objetivo de compreender a percepção do docente médico sobre o uso do *coaching* como ferramenta em suas práticas educacionais em cenários simulados. Segundo Yin (2016), a abordagem qualitativa tem como características, estudar através do cotidiano das pessoas o seu significado de vida, representando as opiniões e perspectivas, abrangendo as condições dentro do contexto do dia a dia dos participantes.

Gil (2002) entende que a pesquisa descritiva estabelece relação entre as variáveis, descrevendo as características de uma população e em muitas vezes acabam proporcionando uma nova visão da situação, aproximando-se assim, das pesquisas exploratórias. As pesquisas descritivas e exploratórias são frequentemente utilizadas por pesquisadores preocupados com a atuação prática, sendo por esse motivo bastante solicitadas por instituições educacionais.

Um benefício do caráter exploratório de uma pesquisa com base em Bardin (2011) é a possibilidade de promover o desenvolvimento profissional e a formação autônoma e reflexiva dos pesquisadores, permitindo uma maior imersão no processo formativo e na transformação das ações no cotidiano (BRITO; PONCIANO, 2021).

Essa abordagem também favorece a construção de novas possibilidades de sentido e a ampliação do conhecimento sobre o fenômeno em estudo.

3.2 LOCAL DE INVESTIGAÇÃO E SUJEITOS

O Centro Universitário IMEPAC, uma IES privada situada em Araguari, Minas Gerais, Brasil, foi estabelecido há 23 anos. Oferece os cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Direito, Agronomia, Medicina Veterinária, Educação Física e Engenharia Civil. A IES sempre valorizou a capacitação de seus docentes, investindo na formação continuada em grandes instituições nacionais e internacionais e na utilização de metodologias ativas.

A matriz curricular inovadora do curso de Medicina do Centro Universitário IMEPAC, instituída em 2018, é baseada em uma abordagem integradora que alinha as exigências acadêmicas e profissionais contemporâneas à formação médica. Esta matriz é estruturada em eixos temáticos que perpassam toda a trajetória do estudante, enfatizando não apenas o conhecimento técnico, mas também o desenvolvimento de habilidades essenciais para a prática médica.

Os eixos de comunicação, profissionalismo, humanização, gestão e educação são integrados de maneira que os alunos desenvolvam uma capacidade de interação eficaz, ética e empática com os pacientes e colegas de trabalho. Ademais, o eixo do cuidado com a pessoa em todas as fases de sua vida assegura que os futuros médicos possam acompanhar e tratar os pacientes desde a infância até a terceira idade, considerando as particularidades de cada etapa.

A implementação dessa matriz curricular veio acompanhada de inovações metodológicas, como as metodologias ativas alinhadas ao uso de simulações realísticas e laboratórios especializados, permitindo que os alunos experienciem práticas médicas em ambientes controlados que simulam desafios reais do mundo do trabalho. Isso é complementado por uma forte ênfase na reflexão crítica sobre a prática e a constante busca por melhorias, seguindo um ciclo contínuo de aprendizado e adaptação.

Outrossim, o curso oferece aos estudantes oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo e de aprendizado interdisciplinar, promovendo a colaboração

entre diferentes áreas da saúde. Este enfoque interdisciplinar é vital para a formação de um profissional capaz de atuar em um sistema de saúde complexo e integrado.

Em particular, na educação médica, o IMEPAC é reconhecido pelo uso de ferramentas pedagógicas cientificamente validadas que asseguram uma formação de excelência. Este compromisso com a inovação foi evidenciado em 2019 com a inauguração do Centro de Simulação Realística, destinado a aprimorar o aprendizado prático em saúde. O corpo docente do curso de Medicina, composto por 168 profissionais, utiliza essas metodologias em diversos cenários educacionais, sejam reais ou simulados.

O estudo foi realizado no Centro Universitário IMEPAC, em Araguari, interior de Minas Gerais - Brasil, com docentes médicos que atuam no Curso de Medicina em cenários de simulação ou laboratório.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os vinte e cinco (25) docentes médicos que atuam no curso de Medicina do Centro Universitário IMEPAC com discentes em cenários simulados, público alvo que constituiu a população do estudo, foram convidados a participarem de treinamento em *coaching* como ferramenta de ensino-aprendizagem em dois momentos distintos nos meses de fevereiro e março de 2024.

O convite foi realizado pessoalmente e na sequência foi enviado *e-mail* a cada professor, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a descrição da capacitação com as datas e os horários previstos.

Dos 25 docentes médicos que atuam no curso de Medicina do Centro Universitário IMEPAC, 14 manifestaram interesse e aceitaram participar do treinamento. Após a assinatura do TCLE, esses docentes foram formalmente incluídos no processo de capacitação. No entanto, dos 14 professores que inicialmente confirmaram participação, apenas 10 efetivamente realizaram o treinamento conforme planejado. Esses 10 docentes também participaram dos grupos focais organizados após a conclusão do treinamento, contribuindo com *insights* valiosos sobre uso do *coaching* no contexto educacional do curso de Medicina.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Neste item serão descritos os procedimentos de coleta de dados do estudo.

3.4.1 Protocolo de Intervenção

A capacitação foi realizada com a participação voluntária durante 04 horas nos meses de fevereiro e março de 2024 através de 2 encontros com a pesquisadora e facilitadora do treinamento, que ocorreram mediados por tecnologia. Os conteúdos e a abordagem metodológica da capacitação foram elaborados pela pesquisadora utilizando como referência o documento "*Coaching in Medical Education*" da American Medical Association (DEIORIO, 2017).

O treinamento foi construído para capacitar os docentes a estarem aptos a realizar as seguintes intervenções, características do *Coaching* no Momento (CiM):

1) auxiliar o aluno a imaginar seu futuro por meio de uma parceria para trabalhar em conjunto em direção aos objetivos do aluno com base no que funcionou no passado, em vez de "consertar" imediatamente as dificuldades do aprendiz (SANDARS; MURDOCH-EATON, 2017);
2) promover um ambiente de segurança, confiança, e respeito, criando uma atmosfera de igualdade, honestidade e autonomia (GIFFORD, 2014);
3) facilitar encontros orientados para o discente, em que o aprendiz define a agenda e seja encorajado a definir cronogramas para metas e expectativas (GUARINO *et al.*, 2017);
4) auxiliar na definição de metas e fornecer responsabilidade usando estruturas concretas, como *Wish, Outcome, Obstacle e Plan* (*WOOP*) ou metas *Specific, Measurable, Achievable, Relevant e Time-bound* (*SMART*) (AGHERA *et al.*, 2018; GUARINO *et al.*, 2017).

A capacitação em *Coaching* na educação médica foi estruturada para equipar os docentes com as ferramentas e técnicas necessárias para melhorar o desenvolvimento profissional e acadêmico dos alunos de medicina alcançando os objetivos listados acima. Na parte teórica, com duração de aproximadamente duas horas, os participantes foram introduzidos ao conceito de *coaching* na educação médica, aprendendo sobre a sua relevância e os benefícios da mesma. Esta seção

também abordou as diferenças fundamentais entre *coaching*, mentoria e aconselhamento, e discutiu-se as características essenciais que um “bom” *coach* docente deve desenvolver. Também apresentou-se para os docentes as ferramentas WOOP e SMART, estruturas práticas que os ajudam a orientar os alunos na definição e realização de seus objetivos.

Finalmente, o treinamento concluiu com um momento de reflexão, em que os participantes puderam compartilhar suas impressões. Os materiais de apoio, como *slides* e leituras complementares, foram fornecidos para auxiliar no processo ensino-aprendizagem.

Os docentes foram convidados a utilizarem do modelo *WOOP* (GUARINO *et al.*, 2017) em suas intervenções educacionais nos 15 a 30 dias que sucederam a capacitação. Após esse período, os docentes participaram de grupos focais conduzidos pela pesquisadora com o objetivo de entender como utilizaram dos conhecimentos e estruturas apresentadas na capacitação em suas intervenções educacionais.

3.4.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. No primeiro momento, foi solicitado aos participantes da pesquisa que respondessem um formulário com três perguntas antes e após o treinamento para avaliar o conhecimento e a capacitação dos docentes sobre o *coaching* como ferramenta de ensino médico.

O questionário inicial foi enviado por *e-mail* e os participantes puderam responder as seguintes perguntas antes de participarem da capacitação:

1. Descreva com suas palavras o que você sabe sobre o *Coaching* na Educação Médica.
2. Como você imagina que a abordagem do *coaching* pode ser utilizada em suas práticas na simulação?
3. Quais as suas expectativas em relação ao treinamento proposto?

Ao final do treinamento, os participantes responderam as questões apresentadas a seguir no momento de reflexão e fechamento da capacitação:

1. Descreva com suas palavras o que você aprendeu sobre o *Coaching* na Educação Médica.

2. Como você imagina que a abordagem do *coaching* pode ser utilizada em suas práticas na simulação?
3. Complete a frase: Eu pensava que o *coaching* era.... agora eu penso ....

O segundo momento da coleta de dados ocorreu com a pesquisadora se encontrando uma vez pessoalmente com grupos de 4 e 8 participantes do estudo. Os participantes tiveram de 60 a 90 minutos para relatarem suas experiências e perspectivas com uso do *coaching* em suas ações educacionais. Os encontros tiveram áudio gravado com consentimento dos participantes registrado no TCLE para posterior análise dos dados.

3.4.3 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os docentes médicos que atuam em cenários simulados no Curso de Medicina do Centro Universitário IMEPAC e que realizaram a capacitação em *coaching* como ferramenta de ensino aprendizagem e participaram dos grupos focais. Além de terem assinado o TCLE apresentado no momento do aceite ao treinamento (Apêndice I).

3.4.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os docentes que não participaram da capacitação e aqueles que se recusaram a assinar o TCLE, após ciência dos objetivos da pesquisa.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O tipo de abordagem desenvolvida neste estudo se classifica como de mínimo risco de desconforto ou constrangimento, de acordo com a Resolução n° 466/2012, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a condução de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os procedimentos foram realizados para preservar os seguintes princípios da Bioética: beneficência, através da proteção dos sujeitos da pesquisa contra danos físicos e psicológicos; respeito à dignidade humana, estando o mesmo livre para

controlar suas próprias atividades, inclusive, de sua participação neste estudo; e justiça, sendo garantido o direito de privacidade, através do sigilo de sua identidade.

O estudo cumpriu as seguintes etapas: solicitação de autorização da coordenação geral de cursos de graduação da IES onde será realizado o estudo (Apêndice II), encaminhamento do projeto para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNAERP (Apêndice III), análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNAERP; obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos sujeitos (Apêndice I).

O estudo foi autorizado pela pró-reitora de Ensino, Pesquisa e Extensão do IMEPAC, em 11 de julho de 2023 (Anexo A).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto sob o CAAE nº 74025323.1.0000.5498 e parecer nº 6.516.877, em 21 de novembro de 2023 (Anexo B).

3.6 FASE DE ANÁLISE

Após a coleta de dados, os mesmos foram analisados de acordo com Bardin (2011). A análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin, possibilita a interpretação do material de forma qualitativa, garantindo uma descrição sistemática e objetiva, o que contribui para uma compreensão mais aprofundada do conteúdo analisado (HSIEH; SHANNON, 2005).

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que analisa o que foi dito nos grupos focais e respostas aos questionários. Na análise dos dados, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. O tratamento do *corpus* discursivo coletado na pesquisa realizou-se a partir das respostas aos questionamentos apresentados antes e após a capacitação, bem como os diálogos registrados nos grupos focais

Para analisar este *corpus* discursivo utilizou-se a Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (2011). Neste sentido, fez-se as inferências sobre os elementos de comunicação proferidos pelos docentes: “O que se fala? O que se escreve? Com que intensidade? Que tipo de símbolos figurativos são utilizados para expressar suas ideias? E o silêncio? E as entrelinhas?” (FRANCO, 2003, p.19).

Fundamentados em Bardin (2011), foram usados os princípios básicos da análise de conteúdo: **a exclusão mútua**, em que cada elemento só pode existir em uma categoria; **a homogeneidade**, em que há uma única forma de classificar a organização das categorias; **a pertinência,** em que foram consideradas as categorias pertencentes ao referencial teórico; **a objetividade**, que diz respeito às diferentes partes de uma mesma categoria com análises diferentes entre elas, mas que são codificadas da mesma maneira; **e a fertilidade**, no qual se refere ao conjunto de categorias que fornecem resultados ricos.

Para analisar o conteúdo das respostas aos questionários aplicados antes e depois do treinamento, comparou-se as respostas com a definição de *coaching* utilizada neste estudo e explorada na revisão da literatura. O objetivo foi identificar nas respostas dos participantes os seguintes itens:

1. Percepção da relação entre *feedback* imediato e personalizado focado no aluno.
2. Necessidade de estabelecer metas personalizadas, em que o docente desempenha um papel de apoio, e não de “corretor de erros”.
3. Reconhecimento de que o aprendiz é responsável pela descoberta educacional e resolução de problemas.

A pesquisadora realizou esta análise, identificando em cada resposta os conteúdos que evidenciam pelo menos dois dos itens mencionados.

Para analisar os conteúdos dos grupos focais, adotou-se o princípio organizador da categorização, definindo três dimensões para a discussão: curricular, docente e aprendiz. Essas dimensões serviram como base para a análise deste estudo. As categorias não foram pré-definidas, mas emergiram das falas dos participantes durante a coleta do *corpus* discursivo e foram posteriormente interpretadas à luz do referencial teórico.

Na perspectiva de Bardin, a inferência na análise de conteúdo envolve a capacidade dos pesquisadores de extrair significados subjacentes ao material analisado, indo além do conteúdo manifesto para identificar nuances e padrões latentes. Essa etapa requer uma interpretação cuidadosa e reflexiva dos dados, permitindo aos pesquisadores chegar a conclusões fundamentadas e significativas sobre o fenômeno em estudo (ABADIA; SOUSA, 2023).

Ainda conforme Abadia e Sousa (2023), a interpretação na análise de Bardin é um processo complexo que envolve a atribuição de significados aos dados, a identificação de relações entre as diferentes categorias de análise e a contextualização dos resultados dentro do quadro teórico e conceitual estabelecido. A interpretação dos dados requer uma abordagem crítica e reflexiva, que considere não apenas o conteúdo em si, mas também o contexto em que foi produzido e as possíveis influências externas que podem afetar a compreensão do material analisado.

Portanto, o processo de inferência e interpretação na análise de Bardin foi essencial para a produção de um conhecimento significativo e aprofundado.

3.7 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

O participante poderia rever seu consentimento a qualquer momento para deixar de participar deste estudo, sem que isto lhe trouxesse prejuízo ou penalização, conforme estava contemplado no TCLE.

Não houve suspensões ou encerramentos nesta pesquisa, permitindo, portanto, a realização de todas as etapas propostas no estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos a partir da coleta de dados, bem como a discussão dos mesmos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O estudo envolveu 10 (40%) dos docentes médicos do curso de medicina que atuam em cenários de simulações educacionais, conforme detalhado na Tabela 2. Esses dados foram coletados no momento do aceite para participação do treinamento. Os resultados caracterizam os participantes quanto ao sexo, idade, especialidade médica, tempo de docência, treinamento prévio em simulação e a titulação.

Entre os participantes, 8 (80%) são do sexo feminino, com a maioria (70%, 7 docentes) na faixa etária de 41 a 50 anos, 2 (20%) entre 51 a 60 anos e 1 (10%) na faixa etária de 21 a 30 anos, sendo a idade média 45,7 anos com desvio padrão de 7,87 anos. Esse dado reflete a feminização crescente no ensino superior, corroborando com as tendências observadas no censo da educação superior de 2022, que aponta um aumento na presença feminina no corpo docente, especialmente em IES privadas (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA - INEP, 2024)

A maioria dos docentes na faixa etária de 41 a 50 anos (70%) coincide com as tendências demográficas gerais do relatório da Demografia Médica 2023 apresentado pela Associação Médica Brasileira, que mostra uma concentração significativa de médicos nessa faixa etária, indicando uma estabilização profissional, e possivelmente, maior envolvimento em atividades acadêmicas e de especialização (SCHEFFER *et al.,* 2023).

No que tange ao tempo de experiência na docência, 4 (40%) dos docentes têm entre 5 a 10 anos de experiência, enquanto 3 (30%) têm de 1 a 4 anos e outros 3 (30%) possuem mais de 11 anos de experiência.

Em relação as especialidades médicas, 3 (30%) dos docentes são pediatras, 3 (30%) são endocrinologistas, 2 (20%) médicos clínicos e 2 (20%) médicos de família.

Todos os participantes já passaram por treinamento formal sobre o uso de simulações na educação médica. O fato de todos os participantes terem passado por treinamento formal em simulação destaca a importância atribuída a essa metodologia no ensino da medicina. O fato de todos os participantes terem treinamento formal em simulação médica destaca a crescente valorização dessa metodologia no ensino de medicina, algo que a Demografia Médica 2023 também menciona como parte das transformações na formação médica, com ênfase na integração de práticas simuladas e tecnologia educacional (SCHEFFER *et al.*, 2023).

Em relação a titulação, 2 (20%) dos docentes são especialistas, 4 (40%) são mestres e 4 (40%) de doutores. Esses dados corroboram com o Resumo Técnico do Censo da Educação Superior 2022 (INEP, 2024), em que alta qualificação reflete uma tendência identificada, em que pode se observar um aumento na qualificação do corpo docente no Brasil, especialmente em instituições públicas, que promovem a qualificação contínua dos seus profissionais.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes do estudo

Variáveis		**n**	**%**
Sexo	Feminino	8	80
	Masculino	2	20
Faixa Etária	21- 30 anos	1	10
	31- 40 anos	0	0
	41- 50 anos	7	70
	51 - 60 anos	2	20
	61 anos ou mais	0	0
Especialidade Médica	Pediatria	3	30
	Clínica Médica	2	20
	Medicina de Família e Comunidade	2	20
	Endocrinologia	3	30
Tempo de docência	1 a 4 anos	3	30
	5 a 10 anos	4	40

	Mais de 11 anos	3	30
Treinamento em simulação	Sim	10	100
	Não	0	0
Titulação	Especialista	2	20
	Mestre	4	40
	Doutor	4	40

Fonte: Autoria Própria

4.2 CONHECIMENTO E CAPACITAÇÃO DOS DOCENTES

Para avaliar o treinamento na abordagem do *coaching* na capacitação dos docentes, foi implementada uma estratégia de verificação do conhecimento antes e após a intervenção. Esta avaliação consistiu em três perguntas abertas que foram respondidas no início e no final do treinamento. O objetivo dessas perguntas era aferir o conhecimento adquirido pelos docentes sobre as técnicas e princípios de *coaching* e entender como eles percebiam a aplicabilidade dessas abordagens em suas atividades de simulação.

Este método de verificação de conhecimento permitiu identificar as mudanças nas percepções e na compreensão dos docentes sobre o *coaching*. As perguntas foram elaboradas para explorar o conhecimento proporcionado pelo treinamento e como os participantes poderiam integrar as técnicas de *coaching* em cenários de simulação, que são críticos na formação médica.

Nas respostas às perguntas apresentadas antes da capacitação procurou-se verificar o conhecimento e as expectativas em relação ao *coaching* na educação médica, identificando-se grande desconhecimento na maioria das respostas como os relatos “Pra ser sincero, nada” e “É o profissional que pode ajudar tanto alunos como professores a lidar com suas dificuldades e atingir seu potencial e objetivos" foram respostas a solicitação - Descreva com suas palavras o que você sabe sobre o *Coaching* na Educação Médica.

O desconhecimento dos docentes sobre o *coaching* como abordagem educacional é evidenciado pela falta de clareza na definição dos papéis de mentores,

orientadores e *coaches* no ensino médico (SANTIESTEBAN *et al.*, 2022). Enquanto o aconselhamento e a mentoria são mais instrucionais e direcionados, o *coaching* é facilitador e orienta o aprendiz na identificação de suas próprias necessidades e metas, desenvolvendo um plano realista (ORR; SONNADARA, 2019). A necessidade de desenvolvimento de docentes em abordagens de *coaching* é ressaltada, uma vez que os processos e as ferramentas para orientar os aprendizes em direção à competência estão evoluindo (ORR; SONNADARA, 2019).

Além disso, a literatura destaca a importância de programas de desenvolvimento para capacitar os educadores a desempenhar efetivamente seus papéis como *coaches* (DEIORIO; JUVE, 2016). Wolff *et al.* (2019b) demonstram que o *coaching* está sendo utilizado para melhorar o desempenho, profissionalismo e formação de identidade profissional no ensino médico de graduação. No entanto, é fundamental que os docentes compreendam as distinções entre mentoria, orientação e *coaching*, bem como adquiram as habilidades necessárias para implementar com sucesso cada forma de condução no ambiente educacional (SANTIESTEBAN *et al.*, 2022).

Nas respostas a pergunta “Quais as suas expectativas em relação ao treinamento proposto?” observou-se abertura e entusiasmo em aprender novas abordagens educacionais como nos relatos “Melhorar minhas práticas de ensino em simulação” e “Aprender estratégias a serem utilizadas em aula, especialmente na ideia de aumentar o engajamento”.

Como evidenciado por Veloso, Pequeno e Negreiros (2019), os docentes brasileiros estão cada vez mais interessados em aprimorar suas práticas pedagógicas, especialmente por meio da adoção de metodologias ativas de ensino. Em um cenário em que o ensino médico tradicional ainda é predominante, a aplicação de metodologias ativas é reconhecida como fundamental para assegurar a qualidade do ensino atual, incentivando a participação ativa dos estudantes no processo de ensino aprendizagem e promovendo uma abordagem mais dinâmica e eficaz (MOURA *et al.*, 2022).

Para analisar o conteúdo das respostas aos questionários aplicados após o treinamento, comparou-se as respostas com a definição de *coaching* utilizada neste estudo que é explorada na revisão da literatura. O objetivo foi identificar nas respostas dos participantes os seguintes itens:

- Percepção da relação entre *feedback* imediato e personalizado focado no aluno.
- Necessidade de estabelecer metas personalizadas, em que o docente desempenha um papel de apoio, e não de “corretor de erros”.
- Reconhecimento de que o aprendiz é responsável pela descoberta educacional e resolução de problemas.

Ao analisar os conteúdos das respostas ao questionário após o treinamento, encontrou-se elementos que permitiram identificar a percepção da relação entre o *feedback* imediato e personalizado focado no aluno em vários relatos como:

> “O *coaching* na educação médica me mostrou a importância de *feedback* contínuo durante as simulações, motivando os alunos a melhorarem constantemente”

> “Reconheci que o *feedback* constante e positivo é essencial para estimular os alunos a se aperfeiçoarem.”

Em relação a compreensão da necessidade de construção de metas individualizadas em que o docente tem um papel de apoio e não de “corretor de erros” encontrou-se elementos que permitiram identificá-lo em vários relatos como:

> “Eu pensava em algo que fosse ensinado ao aluno, com ênfase na perspectiva do professor e sem abordar muito os objetivos do aluno. Agora vejo o *coaching* como uma maneira de preparar os alunos antes das simulações, estabelecendo objetivos claros e discutindo estratégias para alcançá-los.”

> “O *coaching* permite uma abordagem personalizada ao ensino, ajudando-me a adaptar as abordagens às necessidades individuais de cada aluno.”

E por fim, ao analisar os conteúdos das respostas encontrou-se elementos que permitiram identificar o reconhecimento do aprendiz como responsável pela descoberta educacional e resolução dos problemas em vários relatos como:

> “Entendi a abordagem como estratégia para estimular o acadêmico de medicina a se tornar o agente principal da sua formação.”

> “Entendi que é uma estratégia para desenvolver habilidades de autoavaliação dos alunos, preparando-os para uma prática médica reflexiva e consciente. Pretendo aplicar o *coaching* para incentivar a reflexão pós-simulação, ajudando os alunos a identificar pontos fortes e áreas de melhoria.”

A análise das respostas após o treinamento ofereceu uma visão clara sobre o deslocamento cognitivo e prático dos docentes se aproximando da definição do *coaching* utilizada por Wolff *et al*. (2019a), e neste treinamento, além de evidenciar como eles refletiram sobre como incorporar o *coaching* em suas práticas educacionais.

Atkinson, Watling e Brand (2021) e Armson *et al.* (2019) oferecem *insights* valiosos sobre o conhecimento dos docentes em relação ao *coaching* na educação médica. Atkinson, Watling e Brand (2021) destacam a importância do desenvolvimento de habilidades dos professores para fornecer *feedback* e *coaching* eficazes, ressaltando que a eficácia do *coaching* depende da promoção de relacionamentos sólidos entre os aprendizes e supervisores, garantindo *feedback* de alta qualidade e fomentando uma mentalidade de crescimento. Essa abordagem ressalta a necessidade de capacitar os docentes para adotar práticas de *coaching* de forma eficaz e integrada ao processo educacional.

Por outro lado, Armson *et al.* (2019) enfatizam que os resultados positivos do *coaching* na educação médica dependem da capacidade dos docentes de manter um equilíbrio entre *coaching* e aconselhamento, incentivando a autodireção dos aprendizes e garantindo a progressão para a competência. Essa perspectiva destaca a importância de os educadores médicos compreenderem a importância do *coaching* como uma ferramenta complementar às práticas de ensino tradicional, promovendo o desenvolvimento de habilidades práticas e a autonomia dos aprendizes.

Ao considerar as percepções de Atkinson, Watling e Brand (2021) e Armson *et al.* (2019), fica evidente que o conhecimento dos docentes sobre o *coaching* na educação médica desempenha um papel crucial na eficácia dessa abordagem. Capacitar os professores para fornecer *feedback* de qualidade, promover relacionamentos construtivos com os aprendizes e equilibrar *coaching* e ensino são elementos essenciais para maximizar os benefícios do *coaching* no desenvolvimento clínico e profissional dos futuros médicos.

Ressalta-se que a análise das respostas dos participantes forneceu dados valiosos para melhorias no programa de treinamento, como a necessidade de enfatizar as formas de oferecer *feedback* em cenários simulados de acordo com a zona de simulação utilizada, assegurando que ele continue relevante e eficaz na preparação dos docentes para aplicar *coaching* em ambientes de simulação. Essas melhorias já ficaram evidentes na construção do "Manual de Treinamento na Abordagem do *Coaching* na Simulação em Saúde", que é produto desse estudo (Apêndice IV).

4.3 PERCEPÇÃO DO DOCENTE EM RELAÇÃO AO USO DO *COACHING* NOS PROCESSOS DE ENSINO APRENDIZAGEM EM CENÁRIOS SIMULADOS

Para compor a última etapa do estudo, analisou-se, a partir da técnica do grupo focal, a percepção do docente em relação ao uso do *coaching* nos processos de ensino-aprendizagem em cenários simulados. Os passos de como se realizou esta técnica estão explícitos no Capítulo 3. Na análise dos conteúdos dos grupos focais, adotou-se o princípio organizador da categorização, definindo três dimensões para a discussão: curricular, docente e aprendiz.

Os eixos de discussão envolvendo essas dimensões se deram em decorrência das falas dos professores, o que nos conduziu a fazer uso de algumas categorias para orientar as discussões em cada dimensão.

4.3.1 Dimensão Curricular - organização pedagógica em Zonas de Simulação, frequência de encontros e número de alunos por turma.

Nesta dimensão foram envolvidos os diversos discursos dos professores como: frequência de encontros, número de alunos por turma e organização pedagógica em Zonas de Simulação. Dentre esses temas, a organização pedagógica em Zonas de Simulação alcançou maior visibilidade e demandou mais tempo na discussão entre os docentes no grupo focal.

a) Organização pedagógica em Zonas de Simulação.

Na perspectiva dos docentes, a organização curricular em Zonas de Simulação pode ser um fator facilitador para uso da abordagem do *coaching* especialmente se forem classificadas como em Zona 2 e 3, conforme relatam a seguir:

> "Nós temos essas atividades que são de zona um, que são muito procedimentais, outras que já são mais contextualizadas, que é a zona um contextualizada. Nesses cenários penso que tenho que fazer *feedbacks* mais diretivos e usar o *coaching* fica sem propósito."

> "Quando chega ali na zona dois e na três e que são de simulação realística, que aí o aluno realmente precisa estar mais maduro… os desafios são maiores…aqui eu vou usar mais essa faceta aqui do *coaching*, acho que aqui. Penso que no debriefing da Zona dois…fica melhor nas minhas atividades"

A percepção de que as abordagens de *coaching* são mais adequadas para simulações nas Zonas 2 e 3 é corroborada por algumas pesquisas (EPPICH *et al*., 2015; LANDREVILLE *et al.*, 2019). Isso pode estar relacionado aos objetivos de aprendizagem mais técnicos das simulações na Zona 1 e ao nível de formação dos aprendizes que participam de cenários de simulação nas Zonas 2 ou 3.

A abordagem do *coaching* pode ser aplicada de forma eficaz em cada uma das zonas de simulação na educação médica, contribuindo para o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades dos aprendizes. Na Zona 1, utilizada para orientar os aprendizes iniciantes na aquisição de habilidades básicas, o *feedback* deve ser mais diretivo e específico a habilidade a ser desenvolvida e as abordagens do *coaching* devem ser usadas para ajudá-los a ganhar confiança em um ambiente controlado e se tornarem mais receptivos ao *feedback* (ARMSON *et al.*, 2019).

Na Zona 2, o *coaching* desempenha um papel crucial ao auxiliar os aprendizes a aplicar conhecimentos e habilidades em cenários clínicos mais complexos. Nesse estágio, o *coaching* pode ser direcionado para o desenvolvimento de competências avançadas, a tomada de decisões clínicas e a promoção da reflexão crítica. Ao pausar as simulações para sessões de micro-*debriefing* ou envolver-se em conversas de *coaching* pós-simulação, os docentes podem oferecer suporte direcionado aos aprendizes aprimorando sua capacidade de fazer julgamentos clínicos (FEY *et al.*,

2022). Os docentes podem utilizar técnicas de *coaching* para incentivar a autonomia e a autorreflexão dos aprendizes, contribuindo para a melhoria contínua do desempenho clínico (ATKINSON; WATLING; BRAND, 2021).

O *coaching* pode ser empregado para preparar os aprendizes para situações clínicas desafiadoras e multidisciplinares nos cenários de Zona 3. Nesse nível avançado, o *coaching* pode focar no desenvolvimento de habilidades de liderança, trabalho em equipe e tomada de decisão sob pressão (FEY *et al.*, 2022).

Sessões de *debriefing*, um componente fundamental da educação baseada em simulação, são guiadas por facilitadores treinados para provocar a descoberta de suposições e valores que influenciam o comportamento da equipe (ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017). Ao elicitar comportamentos autênticos durante as simulações e facilitar *debriefings* reflexivos, os participantes são encorajados a compartilhar abertamente suas experiências e *insights*, levando ao aprimoramento do aprendizado e do desenvolvimento de habilidades (ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017).

As abordagens de *coaching* integradas na comunicação dentro das zonas de simulação são essenciais para otimizar os resultados de aprendizagem e o envolvimento dos participantes. Por meio de estratégias de *coaching,* os líderes de aprendizado podem oferecer suporte personalizado aos aprendizes, ajudando-os a navegar por desafios, aprimorar suas habilidades e refletir sobre seu desempenho. O *coaching* dentro das sessões de *debriefing* permite a exploração de modelos mentais, suposições e preconceitos, promovendo uma compreensão mais profunda dos processos de tomada de decisão e fomentando a melhoria contínua (ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017).

Na perspectiva dos docentes, a organização curricular em Zonas de Simulação pode facilitar o uso da abordagem de *coaching*, especialmente nas Zonas 2 e 3. Docentes relatam que, em atividades de Zona 1, que são mais procedimentais, o *feedback* deve ser mais diretivo e o *coaching* parece menos adequado. Já nas Zonas 2 e 3, com simulações mais realistas e desafios maiores, o *coaching* é mais aplicável, ajudando no desenvolvimento de competências avançadas e na reflexão crítica. Eppich *et al*. (2015) e Landreville *et al*. (2019) corroboram que o *coaching* é mais apropriado para essas zonas devido aos objetivos de aprendizagem e ao nível de maturidade dos alunos.

b) Frequência de encontros e número de alunos por turma

Na perspectiva dos docentes, a frequência de encontros com os alunos e o número de aprendizes por turma pode impactar no uso da abordagem do *coaching*, conforme relatam a seguir:

> "Acho que o limite de alunos é uma dificuldade e que o segmento é uma dificuldade. Por exemplo, a **colega 1** passa o semestre com os alunos, a gente na urgência e emergência tem dois encontros com cada turma. Então para nós, tem que ser assim: tem que abrir e fechar o WOOP no mesmo dia, né? Na hora do briefing, o aluno coloca o objetivo dele e eu coloco o da aula. E no final terminamos a simulação discutindo todo o caso e aquele objetivo, que pode ser diferente para os 12 lá, como foi, se foi alcançado ou não,.... não consegui acompanhar…. Medir isso num ambiente de muita variabilidade… é muito complicado. Então, se tivéssemos menos alunos e mais encontros penso que poderia ser muito bom…"

> "No oitavo período fico com eles no laboratório com duas turmas o semestre todo. O que eu senti agora fazendo as anotações… que eu anoto, né? Eles estão tendo muita dificuldade no exame físico, interpretando como adulto, errando classificações. E eu tenho certeza que a gente já falou porque eu falo no sexto. Então, eu acho que … talvez tenha que dar o feedback do que melhorar mesmo, pedir para refletir, traçar o plano e retomar em 3 semanas com eles… Assim acho que pode dar certo."

Os docentes acreditam que a frequência dos encontros com os alunos e o tamanho das turmas afetam o uso do *coaching*. Em estágios em que acontecem poucos encontros com o mesmo docente é necessário realizar a abordagem do *coaching* completa no mesmo dia, tornando difícil avaliar o progresso de cada aluno. Em contraste, nos estágios, com mais encontros e turmas menores, mesmos os alunos enfrentando dificuldades únicas, é mais factível o uso do *coaching* nos cenários de simulação.

A frequência dos encontros usando abordagem do *coaching* na educação médica varia de acordo com os objetivos do processo de *coaching*. Como já evidenciado no capítulo 2, estudos como o de Atkinson, Watling e Brand (2021) destacam que o *coaching* pode ser fornecido de duas maneiras distintas: no momento e ao longo do tempo. No momento, o *coaching* envolve *feedback* imediato sobre as atividades realizadas naquele cenário, levando à melhoria do desempenho, mesmo

com interações breves com um docente. Por outro lado, ao longo do tempo, o *coaching* estabelece um relacionamento mais duradouro com um professor ou preceptor, permitindo a reflexão sobre o desenvolvimento do aprendiz e a cocriação de novas metas de aprendizado (ATKINSON; WATLING; BRAND, 2021).

Além disso, Armson *et al.* (2019) enfatizam a importância de desenvolver um relacionamento longitudinal no *coaching* na educação médica. Embora bons relacionamentos de *coaching* não dependam necessariamente de interações anteriores, uma vez que a parceria de *coaching* é estabelecida, construir um relacionamento de longo prazo é identificado como um componente crucial para uma experiência de *coaching* bem-sucedida. Essa continuidade no *coaching* permite um acompanhamento mais aprofundado do progresso do aprendiz e a adaptação das estratégias de *coaching* conforme as necessidades evoluem (ARMSON *et al.*, 2019).

A definição do tamanho dos grupos de alunos em simulações na área da saúde é um aspecto crucial a ser considerado para garantir a eficácia do processo de aprendizagem. Estudos como o de Rezmer *et al.* (2011) exploram o impacto do tamanho do grupo na eficácia de uma atividade simulada em ressuscitação cardiovascular para estudantes de medicina. Embora a literatura tenha investigado principalmente o efeito do tamanho do grupo em contextos de aprendizagem não baseados em simulação, como a ABP, foi observado que um aumento no tamanho do grupo está associado a uma diminuição na participação dos alunos.

Além disso, estudos como o de Karbage *et al.* (2022) destacam a realização de atividades de simulação realística de alta fidelidade, Zona 2 e 3, com grupos de cinco ou seis alunos. Essa abordagem permitiu uma interação mais próxima entre os participantes, facilitando a comunicação, o trabalho em equipe e a resolução de problemas de forma colaborativa. A interação em grupos menores durante as simulações pode promover um ambiente mais participativo e favorecer a troca de conhecimentos e experiências entre os alunos e preceptores.

4.3.2 Dimensão Docente - flexibilidade entre os diversos papéis e suporte de uma comunidade de prática

Nesta dimensão foram envolvidos os diversos discursos dos docentes como: flexibilidade entre os diversos papéis docente e o suporte de uma comunidade de

prática. Dentre esses temas, tanto a flexibilidade entre os diversos papéis e a percepção da necessidade de uma comunidade de prática fortalecem a discussão da dimensão docente como essencial nessa discussão.

a) Flexibilidade entre os diversos papéis docente

Na perspectiva dos docentes, a alcançar flexibilidade entre os papéis de instrutor e *coach* nos cenários simulados é importante para alcançar os objetivos de aprendizagem, conforme relatam a seguir:

> "A minha impressão foi que mesmo quando você está com uma abordagem com *coaching*, você vai acabar usando o "chapéu" de instrutor. Tem hora… porque tem coisa que é muito diretiva, e outros momentos queremos entender o que o aluno quer ou entende de tudo aquilo… não tem? Aí, vem o "chapéu" do *coaching*…"

> "Hoje a gente tem um pouco mais de clareza dos objetivos específicos que queremos alcançar… a gente vai pedir também para o aluno trazer os objetivos dele. E assim quando ele precisar de intervenção eu estou pronta, quando vejo que ele já teve o conhecimento sedimentado eu vou pedir para ele pensar nas soluções dele…A nossa atividade hoje foi treinar técnicas de intubação. O nosso objetivo de aprendizagem foi esse. No início refleti com eles: Como você deseja chegar ao final da nossa aula? O que você deseja desenvolver até o final da nossa aula? Como você vai se sentir? E aí, usando o WOOP… Muito bem, então vamos lá…. Aí a gente observa o aluno fazendo e aí a gente volta com ele… Olha o que aconteceu …em alguns o objetivo da simulação dele foi alcançado com a instrução direta. Mas aí você tem aquele aluno repetidamente cometendo erro. Aí sim o *coaching* vai ser importante, pois já instrui e não houve melhora. A reflexão dele nesse momento foi para alcançar as respostas dele."

Na perspectiva dos docentes, a flexibilidade entre os papéis de instrutor e *coach* em cenários simulados é crucial para alcançar os objetivos de aprendizagem. Eles relatam que, mesmo usando uma abordagem de *coaching*, há momentos em que a instrução direta é necessária. E quando um aluno já com conhecimento e experiência continua a cometer erros, o papel de *coach* é essencial para promover a reflexão e ajudar o aprendiz a encontrar suas próprias soluções, destacando a importância de adaptar a abordagem conforme a necessidade do aprendizado.

Estudos destacam que o *coaching* educacional é uma abordagem eficaz para o desenvolvimento do corpo docente em programas de educação médica baseados em competências (ORR; SONNADARA, 2019). Os docentes que se tornam *coaches* relatam benefícios significativos, como orientação dos alunos, identificação precoce de problemas de aprendizagem e promoção da conexão dos aprendizados, resultando em benefícios mútuos para alunos e docentes (BROOKS; ISTAS; BARTH, 2020).

A formação de novos docentes como *coaches* em programas de educação médica é recomendada pela Associação Médica Americana (AMA) para garantir o desenvolvimento eficaz dos aprendizes (TIPPIT; CHI; SERVEY, 2024). Além disso, a definição clara das ações de aconselhamento, *coaching* e mentoria pode beneficiar os docentes, fornecendo uma percepção clara de seus papéis (SANTIESTEBAN *et al.*, 2022).

Além disso, o *coaching* é uma abordagem única que difere de outros papéis de educadores clínicos, com um foco autorreflexivo e orientado para o desempenho (ELSTER *et al.*, 2021). Essa abordagem pode contribuir para o aumento da autoeficácia e satisfação no trabalho dos docentes, ao mesmo tempo em que auxilia no gerenciamento do esgotamento profissional, proporcionando um ambiente mais saudável e produtivo para o ensino-aprendizagem.

O treinamento de professores em *coaching* na educação médica passa a ampliar e promover flexibilidade na atuação docente. Os benefícios incluem melhor orientação dos alunos, identificação precoce de problemas, promoção da conectividade clínica, aumento da autoeficácia e satisfação no trabalho, e prevenção do esgotamento profissional.

b) Suporte de uma comunidade de prática

Na perspectiva dos docentes, o suporte de uma comunidade de prática pode contribuir para a implantação e o aprimoramento da abordagem do *coaching* em cenários de simulação, conforme relato a seguir:

> “Eu penso que uma comunidade de prática é algo que pode ajudar. Um espaço que eu possa discutir as dificuldades que tive. Por exemplo, eu apliquei e tive dificuldade com dois alunos lá e eu não

soube o que fazer. Então eu acho que se a gente tiver uma comunidade de prática, ajuda muito…. tanto para começar a usar como para ganhar experiência."

Uma comunidade de prática é um grupo de pessoas que compartilham um interesse ou paixão por algo que fazem e aprendem a fazê-lo melhor à medida que interagem regularmente. No contexto da educação médica, uma comunidade de prática pode ser formada por educadores, profissionais de saúde e estudantes que buscam aprimorar suas habilidades e conhecimentos por meio da colaboração e do compartilhamento de experiências (SADOWSKI *et al.*, 2018).

Em relação à abordagem de *coaching* na educação médica, uma comunidade de prática pode desempenhar um papel fundamental na implementação e no uso dessa metodologia. Através da interação regular entre os membros da comunidade, é possível compartilhar melhores práticas, discutir desafios comuns e aprender uns com os outros, promovendo um ambiente de aprendizado colaborativo e apoio mútuo (ELSTER *et al.*, 2021).

Uma comunidade de prática pode ser um espaço onde os educadores têm a oportunidade de desenvolver suas habilidades de *coaching*, trocar experiências e receber apoio para aprimorar suas práticas. Ao interagir com colegas experientes em *coaching*, os educadores podem adquirir novas perspectivas, estratégias e técnicas para orientar melhor os estudantes no processo de aprendizado (CUTRER *et al.*, 2017).

Além disso, uma comunidade de prática pode facilitar a disseminação de informações e recursos sobre *coaching* na educação médica, promovendo a padronização de práticas e a melhoria contínua na qualidade do ensino. A troca de conhecimentos e experiências entre os membros da comunidade pode contribuir para criar um ambiente de aprendizado mais dinâmico, colaborativo e centrado no estudante (ORR; SONNADARA, 2019).

4.3.3 Dimensão Aprendiz - engajamento com as atividades, experiência prévia com o Coaching e alunos com dificuldades de aprendizagem

Nesta dimensão envolveu-se os diversos discursos dos professores como: engajamento dos aprendizes com as atividades em cenários simulados e a experiência prévia com o *coaching*.

a) Engajamento dos aprendizes com as atividades em cenários simulados

Na perspectiva dos docentes, o engajamento dos aprendizes com as atividades em cenários simulados pode impactar no envolvimento dos discentes em abordagens do *coaching*, conforme relatam a seguir:

> "Notei que nem todos estão participando ativamente das simulações. Estou preocupado com a falta de perguntas durante as atividades. Parece que talvez não estejam se envolvendo tanto quanto deveriam. Fico preocupada em trazer mais uma ferramenta e eles não se engajarem em nada…."

Na perspectiva dos docentes, o engajamento dos alunos em cenários simulados pode afetar seu envolvimento em abordagens de *coaching*. Eles observam que nem todos participam ativamente das simulações e expressam preocupação com a falta de perguntas durante as atividades, o que indica um baixo nível de envolvimento. Há receio de que a introdução de novas ferramentas, como o *coaching*, não consiga engajar os alunos de maneira eficaz. No entanto, essa percepção contradiz a literatura, que destaca um impacto positivo da abordagem do *coaching* no engajamento dos alunos em atividades acadêmicas. O entendimento de baixo engajamento pode estar mais relacionado a uma percepção geracional dos docentes em relação aos aprendizes.

A percepção do professor em relação ao engajamento dos alunos da geração Z é um tema relevante e complexo que envolve diversos aspectos do processo educacional. A literatura oferece *insights* valiosos sobre como os educadores podem compreender e promover o engajamento dos estudantes dessa geração. O engajamento do aluno no ensino superior é considerado um indicador crucial de

avaliação. Esse engajamento é influenciado pela interação do aluno com a aprendizagem, o ambiente institucional, os recursos educacionais e, especialmente, pelos professores, que desempenham um papel fundamental no estímulo ao envolvimento dos estudantes (MARTINS; RIBEIRO, 2017).

A geração Z apresenta características específicas que influenciam sua forma de aprendizado e interação com o ambiente educacional. As metodologias ativas de ensino têm se mostrado eficazes para atender às demandas dessa geração, considerando suas particularidades (ANDRADE *et al.*, 2020). A interação entre docentes e aprendizes, especialmente no contexto das metodologias ativas, desempenha um papel crucial no engajamento dos estudantes. A co-construção do conhecimento e a troca de experiências entre professores e alunos são fatores que favorecem o envolvimento dos estudantes e contribuem para sua satisfação com o processo educacional (PAULA; SCHMIDT; BOHNENBERGER, 2021).

A gestão de pessoas desempenha um papel essencial no engajamento da geração Z, especialmente no ambiente de trabalho e na interação com outras gerações (COLET; MOZZATO, 2019). Estudos sobre a relação professor-aluno indicam que a qualidade percebida dessa relação influencia o engajamento comportamental e o senso de pertencimento dos alunos (VALLE; WILLIAMS, 2021).

Para aumentar o engajamento dos alunos nas atividades educacionais, o uso do *coaching* tem se mostrado uma estratégia eficaz. Estudos com estudantes do ensino médio demonstram que o *coaching* pode contribuir significativamente para o engajamento dos aprendizes, promovendo o desenvolvimento de sistemas e estratégias próprias para que os mesmos se envolvam de forma eficaz em sua formação acadêmica e maximizem seu desempenho. Além de auxiliar os alunos a examinar seu ambiente de aprendizagem, identificar fatores que impactam seu progresso, engajar-se em atividades acadêmicas, aumentar a autoconsciência, a responsabilidade pessoal e o estabelecimento de metas (PECHAC; SLANTCHEVA-DURST, 2019).

Entende-se que através da abordagem do *coaching*, os alunos podem desenvolver habilidades de autorregulação, aumentar a motivação intrínseca, melhorar a qualidade da relação professor-aluno e sentir-se mais conectados com a comunidade de aprendizagem.

b) Alunos com dificuldades de aprendizagem

Na perspectiva dos docentes, a abordagem do *coaching* pode contribuir de forma mais profunda nos alunos que apresentam dificuldades de aprendizagem, conforme relatam a seguir:

> "Mas se existe algo específico que a gente identifica, né? Então, por exemplo, a gente tem um aluno que está pela segunda vez fazendo a mesma disciplina. Então não é só uma questão em relação ao estudo, existe algo também em relação a questão prática dele conseguir realizar uma série de procedimentos e comportamentos. Aí me veio à mente a questão da monitoria ou suporte, né? Desses alunos que vão precisar de algum resgate, aí em termos de gaps (lacunas) e até mesmo das metas que esse aluno tenha para sua vida acadêmica. ….Nesses alunos que não estão conseguindo essa evolução. Então acho que aí seria uma oportunidade excelente usar a abordagem do coaching."

Na perspectiva dos docentes, a abordagem do *coaching* pode ser especialmente benéfica para alunos com dificuldades de aprendizagem. Eles observam que, para alunos repetentes ou com dificuldades em realizar procedimentos práticos, o *coaching* pode fornecer o suporte necessário para superar lacunas e alcançar metas acadêmicas. A abordagem do *coaching* tem se mostrado uma estratégia eficaz para auxiliar alunos com dificuldades de aprendizagem na educação médica. Estudos como o de Deiorio *et al.* (2016) destacam a importância do *coaching* para orientar os alunos em seu desempenho acadêmico, desenvolvimento de competências e progressão na carreira.

A abordagem do *coaching* na educação, quando aplicado de forma adequada, segue os princípios de aprendizagem de adultos, como reflexão, estabelecimento de metas e *feedback*, como discutido por Orr e Sonnadara (2019). Além disso, Parsons et al. (2020) descrevem um programa abrangente de *coaching* clínico para estudantes de medicina, projetado para apoiar a formação de identidade profissional dos alunos e promover efetivamente sua competência emergente.

A abordagem do *coaching* também pode ser benéfica para alunos com dificuldades de aprendizagem ao promover o engajamento dos alunos e melhorar o desempenho acadêmico. Farghaly e Abdelaziz (2017) destacam a importância do engajamento dos alunos com seus pares e com o educador, atuando como *coach*,

para motivá-los a alcançar um bom desempenho acadêmico. Esses mesmos autores mencionam que o *coaching* pode ser uma ferramenta eficaz para o desenvolvimento pessoal e profissional em um currículo médico baseado em ABP.

c) Experiência prévia com o *Coaching*

Na perspectiva dos docentes, a experiência prévia com as abordagens do *coaching* pode contribuir para a implantação e o aprimoramento mesmo em cenários de simulação, conforme relatam a seguir:

> "Penso que se for implantado a partir do básico para o final do curso, talvez o aluno do primeiro ao oitavo período. Ele teria essas 20 semanas com um mesmo professor que vai dar um acompanhamento para ele. E aí depois, no internato, mesmo com os encontros menos frequentes, ele já tem experiência com a ferramenta. E assim, pode ter mais facilidade de utilizar com autonomia a ferramenta do coaching. (..)"

> "A conexão do aluno com a ferramenta, com a abordagem toda do coaching, precisa de ter uma experiência positiva para que esse engajamento se transforme num positivo e aí ele consiga transportar isso para outros setores, outras experiências. (...)"

Na perspectiva dos docentes, a experiência prévia com abordagens de *coaching* pode ser fundamental para a implantação e o aprimoramento da metodologia em cenários de simulação na educação médica. Eles sugerem que a introdução do *coaching* desde o início do curso, com acompanhamento contínuo de um mesmo docente, pode facilitar o uso autônomo da ferramenta durante o internato, mesmo com encontros menos frequentes. Além disso, enfatizam que uma experiência positiva com o *coaching* é crucial para que os alunos se engajem e transfiram essa abordagem para outros contextos e experiências. Essas percepções ressaltam a necessidade de criar uma cultura de uso do *coaching* na educação médica, garantindo que os alunos se familiarizem e se beneficiem plenamente dessa metodologia ao longo de sua formação.

A implementação do *coaching* na educação requer a criação de uma cultura que valorize e promova a prática do *coaching* como uma ferramenta eficaz para o desenvolvimento dos alunos. A autopercepção de competência dos alunos

desempenha um papel crucial no interesse e na persistência dos mesmos na busca pelo aprendizado Henrique e Januário (2006). Nesse sentido, a criação de uma cultura que incentive os estudantes a reconhecerem suas competências e acreditarem em seu potencial pode contribuir significativamente para o sucesso do *coaching* na educação.

A mentalidade de crescimento, conceito popularizado por Carol Dweck, refere-se à crença de que as habilidades e inteligência podem ser desenvolvidas por meio do esforço, da prática e da aprendizagem contínua. Quando os estudantes reconhecem suas competências e acreditam que seu esforço pode levar ao crescimento e desenvolvimento, estão mais propensos a se engajar ativamente no processo de aprendizagem e a buscarem o apoio necessário para superar desafios (DWECK, 1986).

Essa mentalidade de crescimento está diretamente relacionada à disposição para enfrentar desafios, persistir diante de obstáculos e ver os erros como oportunidades de aprendizado (MEMARI; GAVINSKI; NORMAN, 2023). Ao implementar o *coaching* na educação em um ambiente que promove a mentalidade de crescimento, os professores podem ajudar os alunos a desenvolver habilidades socioemocionais, como resiliência, perseverança e autoeficácia. A cultura institucional que valoriza o crescimento pessoal e o desenvolvimento contínuo dos alunos é fundamental para o sucesso do *coaching* na educação (POLETTO; KOLLER, 2008).

Construir uma cultura educacional baseada na mentalidade de crescimento é não apenas possível, mas também altamente benéfico para o desenvolvimento dos estudantes e profissionais de saúde (MEMARI; GAVINSKI; NORMAN, 2023).

A abordagem do *coaching* na educação médica também desempenha um papel fundamental na promoção da mentalidade de crescimento. Programas de *coaching* longitudinal e planos de aprendizagem individualizados têm sido identificados como promotores da formação da identidade profissional, aprendizagem autodirigida, crescimento profissional e resiliência dos aprendizes. Combinar a mentalidade de crescimento com o *coaching* pode ajudar a superar barreiras existentes, como a ênfase em notas e classificações, que podem reforçar uma mentalidade fixa nos estudantes de medicina (MEMARI; GAVINSKI; NORMAN, 2023).

5 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitiram analisar a perspectiva do uso do *coaching* nos processos de ensino-aprendizagem médico do ponto de vista docente em cenários simulados de uma IES privada em Minas Gerais. Esses resultados revelaram várias dimensões de discussão entre os membros do corpo docente.

Na dimensão curricular, as discussões compreenderam da organização pedagógica nas Zonas de Simulação, frequência das reuniões e número de alunos por turma. Os docentes destacaram que a organização curricular nas Zonas de Simulação, particularmente nas Zonas 2 e 3, facilitou o uso do *coaching*, especialmente em cenários de simulação mais realistas. A integração do *coaching* nas sessões de simulação foi destacada como essencial para otimizar os resultados de aprendizagem e o engajamento dos participantes.

O estudo também explorou a dimensão do corpo docente, enfatizando a flexibilidade necessária entre os papéis de instrutor e *coach* em cenários simulados. Os achados ressaltaram a importância da flexibilidade na transição entre os papéis de instrução e *coaching* para atingir efetivamente os objetivos de aprendizagem. As percepções coincidiram com a literatura destacando os benefícios da formação do corpo docente em *coaching*, enfatizando o impacto positivo na orientação dos alunos, na identificação precoce de problemas de aprendizagem e no fortalecimento da relação com os aprendizes.

Adicionalmente, o estudo discutiu a importância de uma comunidade de prática no apoio à implementação e ao aprimoramento do *coaching* em cenários de simulação. Uma comunidade de prática foi vista como uma plataforma valiosa para educadores compartilharem experiências, melhores práticas e desafios, promovendo um ambiente de aprendizagem colaborativa.

Na dimensão do aprendiz, o estudo destacou o possível impacto do engajamento dos alunos em atividades simuladas na receptividade às abordagens de *coaching*. Embora os docentes expressassem preocupações sobre o engajamento dos alunos, a literatura sugeriu que o *coaching* poderia aumentar o engajamento e o desempenho acadêmico dos alunos. Além de enfatizar a importância da experiência

prévia com *coaching* para facilitar a implementação e o aprimoramento das metodologias de *coaching* na educação médica.

Os docentes sugeriram que a exposição precoce ao *coaching* poderia aumentar o engajamento dos alunos e a autonomia na utilização de ferramentas de *coaching*. A literatura apoiou a ideia de que uma mentalidade de crescimento, aliada ao *coaching*, poderia promover o desenvolvimento dos alunos, resiliência e autoeficácia.

Em relação ao treinamento na abordagem do *coaching,* a capacitação dos docentes demonstrou ser eficiente na formação dos profissionais para aplicar as ferramentas do *coaching* em cenários de simulação médica. Inicialmente, os docentes apresentaram desconhecimento sobre o *coaching* como abordagem educacional, evidenciado pela falta de clareza na definição dos papéis de mentores, orientadores e treinadores no ensino médico. No entanto, após o treinamento, houve uma evolução significativa na compreensão e na capacidade de incorporar o *coaching* nas práticas educacionais, conforme evidenciado pelas respostas pós-treinamento.

Os relatos dos docentes após o treinamento destacaram a importância do *coaching* na educação médica, ressaltando a relevância do *feedback* contínuo e construtivo para motivar os alunos a melhorarem constantemente, bem como a estratégia para desenvolver habilidades de autoavaliação dos estudantes, preparando-os para uma prática médica reflexiva e consciente. Essas percepções dos docentes demonstram não apenas a aquisição de conhecimento sobre o *coaching*, mas também a compreensão da sua aplicabilidade e benefícios no contexto da simulação médica.

Evidencia-se que os objetivos do estudo estão intimamente alinhados com os achados, destacando o papel crítico do *coaching* na educação médica, a importância da formação e flexibilidade do corpo docente, o valor de uma comunidade de prática, o impacto do engajamento dos alunos e os benefícios da experiência prévia com *coaching* no aprimoramento dos processos ensino-aprendizagem em cenários simulados.

Considerou-se como limitação deste estudo o número de participantes, ainda que o mesmo tenha ocorrido com 40% dos docentes que atuam em cenários simulados, enfatizando a importância da inclusão de abordagens educacionais

modernas na educação médica, seria interessante uma maior participação dos docentes em treinamentos como esse.

Esse estudo possibilitou o desenvolvimento do produto: “Manual para Treinamento em *Coaching* na Educação Médica”, que será utilizado nas futuras capacitações da IES onde o estudo foi realizado.

Conclui-se que este estudo pode subsidiar e fundamentar novos treinamentos e pesquisas sobre a temática, orientando a inclusão da abordagem do *coaching* nos cenários de simulação na educação médica. Esse estudo oferece uma base sólida para futuras iniciativas, promovendo a implementação eficaz do *coaching* e melhorando a qualidade da ensinagem.

REFERÊNCIAS

ABADIA, L. R.; SOUSA, C. Como fazer análise de conteúdo? **ETD. Educação Temática Digital**, Campinas, v. 25, p. e023003, 31 mar. 2023.

ABAS, T.; JUMA, F. Z. Benefits of simulation training in medical education. **Advances in Medical Education and Practice**, Auckland, v. 7, p. 399–400, 2016.

ABBAS, N.; OJHA, U. Not Just a Medical Student: Delivering Medical Education through a short video series on social media. **JMIR Medical Education**, Toronto, v. 5, n. 1, p. e11971, 2019.

AGHERA, A. et al. A Randomized Trial of SMART Goal Enhanced Debriefing after Simulation to Promote Educational Actions. **Western Journal of Emergency Medicine**, Orange, v. 19, n. 1, p. 112–120, jan. 2018.

ALOTAIBI, F. Z.; AGHA, S.; MASUADI, E. Orientation of healthcare educators towards using an effective medical simulation-based learning: A Q-methodology study. **Advances in Medical Education and Practice**, Auckland, v. 13, p. 507–519, 2022.

ANDRADE, L. G. DA S. B. et al. Geração Z e as Metodologias Ativas de Aprendizagem: desafios na educação profissional e tecnológica. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, São Paulo, v. 1, n. 18, p. e8575, 30 mar. 2020.

ARMSON, H. et al. Identifying coaching skills to improve feedback use in postgraduate medical education. **Medical Education**, Edinburgh, v. 53, n. 5, p. 477–493, 18 fev. 2019.

ATKINSON, A.; WATLING, C. J.; BRAND, P. L. P. Feedback and coaching. **European Journal of Pediatrics**, Heidelberg, v. 181, n. 2, p. 441–446, 21 maio 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70ª ed. São Paulo Editora, 2011.

BARZANSKY, B.; ETZEL, S. I. Medical schools in the United States, 2009-2010. **JAMA**: the journal of the American Medical Association, [s.l.], v. 304, n. 11, p. 1247–1254, 2010.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina**: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25–40, 2011.

BHUSHAN, B. Developing generation Z employees: a two-stage mediation model. **Development and Learning in Organizations**: an international journal, Inglaterra, v. 37, n. 1, p. 5-7, 14 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação.** Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view>. Acesso em: 01 set. 2023.

BRITO, E. J.; PONCIANO, E. L. Estar em Grupo: psicoeducação para experienciar sensações corporais e emoções. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 14, n. 3, 14 dez. 2021.

BROOKS, J. V.; ISTAS, K.; BARTH, B. E. Becoming a coach: experiences of faculty educators learning to coach medical students. **BMC Medical Education**, Berlim, v. 20, n. 208, p. 1-7, 1 jul. 2020.

BUIS, C. A. M.; ECKENHAUSEN, M A W; TEN CATE, O. Processing multisource feedback during residency under the guidance of a non-medical coach. International **Journal of Medical Education**, Londres, v. 9, n. 1, p. 48–54, 23 fev. 2018.

CLAY, A. S. et al. CaPOW! Using Problem Sets in a Capstone Course to Improve Fourth-Year Medical Students' Confidence in Self-Directed Learning. **Academic Medicine**, Quebec, v. 92, n. 3, p. 380–384, mar. 2017.

COOK, D. A. et al. The value proposition of simulation-based education. **Surgery**, Nova Iorque, v. 163, n. 4, p. 944–949, abr. 2018.

COLET, D. S.; MOZZATO, A. R. "Nativos digitais": características atribuídas por gestores à Geração Z. **Desenvolve Revista de Gestão do Unilasalle**, Canoas, v. 8, n. 2, p. 25, 1 ago. 2019.

COSTA, G. P. O. et al. Enfrentamentos do Estudante na Iniciação da Semiologia Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 79–88, jun. 2018.

CUTRER, W. B. et al. Fostering the Development of Master Adaptive Learners. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 92, n. 1, p. 70–75, jan. 2017.

DEIORIO, N. M. Accessible Feedback and Coaching Techniques for Everyday Clinical Faculty. **Journal of Graduate Medical Education**, Chicago, v. 12, n. 1, p. 36–37, fev. 2020.

DEIORIO, N. M. et al. **Coaching in Medical Education**. [s.l.]: Elsevier Health Sciences, 2022.

DEIORIO, N. M. et al. Coaching: a new model for academic and career achievement. **Medical Education Online**, Chicago, v. 21, n. 1, p. 33480, 1 jan. 2016.

DEIORIO, N. M., FOSTER, K. W.; SANTEN, S. A. Coaching a Learner in Medical Education. **Academic Medicine**, Quebec, v. 96, n. 12, p. 1758–1758, 18 maio 2021.

DEIORIO, N.; MILLER JUVE, A. Developing an academic coaching program. **MedEdPublish**, Londres, v. 5, n. 3, p. 10-17, 2016.

DWECK, C. S. Motivational processes affecting learning. **American Psychologist**, Washington, v. 41, n. 10, p. 1040–1048, 1986.

ELSTER, M. J. et al. Does being a coach benefit clinician-educators? A mixed methods study of faculty self-efficacy, job satisfaction and burnout. **Perspectives on Medical Education**, Dordrecht, v. 10, n. 4, 18 ago. 2021.

EPPICH, W. J. et al. Structuring Feedback and Debriefing to Achieve Mastery Learning Goals. **Academic Medicine**, Washington, v. 90, n. 11, p. 1501–1508, nov. 2015.

ECKLEBERRY-HUNT, J.; LICK, D.; HUNT, R. Is Medical Education Ready for Generation Z? **Journal of Graduate Medical Education**, Chicago, special article, p. 378-381, ago. 2018.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A L A R; CRISTO, C. S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 1, p. 143–150, mar. 2015.

FARGHALY, A.; ABDELAZIZ, A. Coaching as a Tool for Personal and Professional Development in a Problem-Based Learning (PBL) Medical Curriculum: A Qualitative Study. **Education in Medicine Journal**, Kelantan, v. 9, n. 3, p. 45–53, 30 set. 2017.

FERREIRA, M. A. Educação Médica no Século XXI: O Desafio da Integração da Tecnologia e Humanidades. **Gazeta Médica**, 27 set. 2017.

FEY, M. K. et al. Teaching, coaching, or debriefing With Good Judgment: a roadmap for implementing “With Good Judgment” across the SimZones. **Advances in Simulation**, Londres, v. 7, n. 1, p.10-17, 26 nov. 2022.

FLATO, U. A. P.; GUIMARÃES, H. P. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 5, p. 360-364, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

FREITAS, L.; RIBEIRO, M.; BARATA, J. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, e-1949, 2018.

GABA, D. M. The future vision of simulation in health care. **Quality and Safety in Health Care**, Londres, v. 13, suppl.1, p. i2–i10, 1 out. 2004.

GAZELLE, G.; LIEBSCHUTZ, J. M.; RIESS, H. Physician Burnout: Coaching a Way Out. **Journal of General Internal Medicine**, Dundas, v. 30, n. 4, p. 508–513, 20 dez. 2015.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 1ª ed. São Paulo: Editora Silva, 2002.

GIFFORD, K. A.; FALL, L. H. Doctor coach: a deliberate practice approach to teaching and learning clinical skills. **Academic Medicine**: journal of the Association of American Medical Colleges, Washington, v. 89, n. 2, p. 272–276, 2014.

GOH, E.; LEE, C. A workforce to be reckoned with: The emerging pivotal Generation Z hospitality workforce. **International Journal of Hospitality Management**, Oxford, v. 73, p. 20–28, jul. 2018.

GUARINO, A. et al. Changing Resident Physician Studying Behaviors: A Randomized, Comparative Effectiveness Trial of Goal Setting Versus Use of WOOP. **Journal of Graduate Medical Education**, Chicago, v. 9, n. 4, p. 451–457, ago. 2017.

HAUER, K. E. et al. Fostering medical students' lifelong learning skills with a dashboard, coaching and learning planning. **Perspectives on Medical Education**, Londres, v. 7, n. 5, p. 311–317, 5 set. 2018.

MAYA, P. et al. O Uso das Metodologias Ativas de Ensino na Formação Acadêmica Neurocirúrgica. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 629–633, 23 out. 2019.

HENRIQUE, J; JANUÁRIO, C. A competência percebida pelos alunos, as expectativas do professor e o desempenho académico: como se relacionam na disciplina de educação física? **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Porto, v. 2006, n. 2, p. 194–204, 1 jan. 2006.

HERMES, F. S. et al. Saúde mental e as metodologias ativas na graduação médica. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 15, p. e12111536859, 8 nov. 2022.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. **Qualitative Health Research**, Califórnia, v. 15, n. 9, p. 1277–1288, nov. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA - INEP. **Resumo técnico do Censo da Educação Superior 2022**. Brasília: INEP, 2024.

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

JASON, J. et al. A definition for coaching in medical education. **Canadian Medical Education Journal**, Montreal, v. 10, n. 4, p. e109–e110, 28 nov. 2019.

JONES, R. W. Problem-based learning: Description, advantages, disadvantages, scenarios and facilitation. **Anaesthesia and Intensive Care**, Califórnia, v. 34, n. 4, p. 485–488, 2006.

KARBAGE, N. et al. A importância do centro de treinamento por simulação no ensino de medicina intensiva: relato de experiência. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 62, n. 1, supl 1, p. 1–5, 3 jun. 2022.

KAGOMA, Y. K.; DOBRANOWSKI, J.; PATLAS, M. N. Competency-based medical education in radiology - planning for the immediate and long-term future of radiology education. **Canadian Association of Radiologists Journal**, Canadá, v. 74, n. 3, p. 474–475, 2023.

KAPITONOVA, M. Y. et al. Is it time for transition from the subject-based to the integrated preclinical medical curriculum? **Russian Open Medical Journal,** Rússia, v. 9, n. 2, p. 1-7, 2020.

KARUNATHILAKE, I. Role of problem-based learning (PBL) in postgraduate medical education. **Journal of the Postgraduate Institute of Medicine**, Sri Lanka, v. 6, n. 1, p. 91, 2019.

LANDREVILLE, J. et al. A definition for coaching in medical education. **Canadian Medical Education Journal**, Ottawa, v. 10, n. 4, p. e109–e110, 28 nov. 2019.

LAUNER, J. Supervision, mentoring and coaching. **Understanding Medical Education**, Oxford, v. 12, n. 4, p. 111–122, 1 nov. 2014.

LIMA, L. C. R. et al. Burnout e metodologia ativa de ensino-aprendizagem entre estudantes de Medicina de universidade em tríplice fronteira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 1-10, 2022.

LIU, C. X. et al. Comparing hybrid problem-based and lecture learning (PBL + LBL) with LBL pedagogy on clinical curriculum learning for medical students in China: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Medicine**, Baltimore, v. 99, n. 16, p. 1-9, 2020.

LOPES, J. M. et al. Self-Efficacy of Medical Students in Two Schools with Different Education Methodologies (Problem-Basead Learning versus Traditional). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 2, p. e047, 2020.

LOVE, L. M. et al. Archetypes of Coaching Across the Medical Education Continuum. **Academic Medicine**, Quebec, v. 96, n. 12, p. 1757–1757, 18 maio 2021.

LOVELL, B. What do we know about coaching in medical education? A literature review. **Medical Education**, Chicago, v. 52, n. 4, p. 376–390, 11 dez. 2017.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 66–73, dez. 2018.

MAGANO, J. et al. Generation Z: Fitting Project Management Soft Skills Competencies—A Mixed-Method Approach. **Education Sciences**, Basel, v. 10, n. 7, p. 187, 21 jul. 2020.

MARTINS, L. M. de; RIBEIRO, J. L. D. Engajamento do estudante no ensino superior como indicador de avaliação. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 223–247, abr. 2017.

MARVANOVA, M.; HENKEL, P. J. Collaborating on medication errors in nursing. **The Clinical Teacher**, Oxford, v. 15, n. 2, p. 163–168, 2018.

MCCOY, L. et al. Tracking active learning in the medical school curriculum: a learning-centered approach. **Journal of Medical Education and Curricular Development**, [s.l.], v. 5, p. 1-9, 2018.

MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. E. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 67–78, jun. 2019.

MEMARI, M.; GAVINSKI, K.; NORMAN, M. Beware False Growth Mindset: Building Growth Mindset in Medical Education Is Essential but Complicated. **Academic Medicine**, Philadelphia, PA, 31 ago. 2023.

MEZZALIRA, D. P. et al. A humanização na educação médica no Brasil. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. e57711125337, 15 jan. 2022.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional de saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, p. 2133–2144, 1 dez. 2008.

MORAES, M. V.; ZOMER, T. B.; MENEGHEL, S. M. Qualidade dos projetos pedagógicos dos cursos da educação superior no Brasil – proposta metodológica. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, Vitória da Conquista, v. 9, n. 19, 26 jul. 2022.

MORETZA-BAGI, H. R. et al. The effect of teacher-made simulation moulage on learning cricothyrotomy skills in emergency medicine physicians. **Journal of Emergency Practice and Trauma**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 3–7, 2021.

MOURA, B. O. et al. Adaptação metodológica docente em tempos de pandemia de Covid-19 **Brazilian Journal of Health Review**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 2237–2246, 4 fev. 2022.

NERY FILHO, A. N. et al. Bioética e literatura: relato de experiência do Eixo ético-humanístico FMB-UFBA. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 344–349, 1 ago. 2013.

NEWMAN, P.; PEILE, E. Valuing learners' experience and supporting further growth: educational models to help experienced adult learners in medicine. **BMJ**, Londres, v. 325, n. 7357, p. 200–202, 27 jul. 2002.

NICHOLS, D.; KULAGA, A.; ROSS, S. Coaching the coaches: targeted faculty development for teaching. **Medical Education**, Oxford, v. 47, n. 5, p. 534–535, 10 abr. 2013.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 262–270, jun. 2009.

ORR, C.; SONNADARA, R. Coaching by design: exploring a new approach to faculty development in a competency-based medical education curriculum. **Advances in Medical Education and Practice**, Auckland, v. 10, p. 229–244, maio 2019.

PAULA, L.; SCHMIDT, S.; BOHNENBERGER, M. C. Cocriação de Valor e Satisfação do Cliente na Educação Profissional: O Caso do Senac-RS. **Desenvolvimento em Questão**, Ijui, v. 19, n. 55, p. 189–208, 12 ago. 2021.

PARSONS, A. S. et al. You can have both: Coaching to promote clinical competency and professional identity formation. **Perspectives on Medical Education**, Utrecht, v. 10, n. 1, p. 57–63, 17 ago. 2020.

PECHAC, S.; SLANTCHEVA-DURST, S. Coaching toward completion: Academic coaching factors influencing community college student success. **Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice,** Ohio, v. 23, n. 3, p. 152102511986984, 21 ago. 2019.

POLETTO, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 405–416, set. 2008.

REZMER, J. et al. Impact of Group Size on the Effectiveness of a Resuscitation Simulation Curriculum for Medical Students. **Teaching and Learning in Medicine**, Abingdon, v. 23, n. 3, p. 251–255, jul. 2011.

RODRIGUES, C. L. et al. A importância da disciplina Educação em Saúde na Amazônia para docentes da área da saúde: Um relato de Experiência. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 8, p. e46410817572, 16 jul. 2021.

ROUSSIN, C. J.; WEINSTOCK, P. SimZones. **Academic Medicine**, Washington, v. 92, n. 8, p. 1114–1120, ago. 2017.

SANDARS, J.; MURDOCH-EATON, D. Appreciative inquiry in medical education. **Medical Teacher**, Londres, v. 39, n. 2, p. 123–127, 17 nov. 2016.

SANTIESTEBAN, L. et al. Defining Advising, Coaching, and Mentoring for Student Development in Medical Education. **Cureus**, Palo Alto, v. 14, n. 7, p. e27130, 27 jul. 2022.

SADOWSKI, B. et al. Leadership Training in Graduate Medical Education: A Systematic Review. **Journal of Graduate Medical Education**, Chicago, v. 10, n. 2, p. 134–148, abr. 2018.

SILVA, D. S. M. et al. Metodologias ativas e tecnologias digitais na educação médica: novos desafios em tempos de pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 1-10, 11 mar. 2022.

SILVA, S. L. et al. Estratégia Educacional Baseada em Problemas para Grandes Grupos: Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 4, p. 607–613, dez. 2015.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023. 344 p.

SKOCHELAK, S. E. et al. Realizing the vision of the Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century: Transforming medical education through the Accelerating Change in Medical Education Consortium. **Medical Teacher**, Londres, v. 43, suppl. 2, p. S1–S6, 2021.

SORENSEN, J. L. et al. Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. **BMC Medical Education**, Berlim, v. 17, n. 20, p.1-9, 2017.

STODDARD, H. A.; BORGES, N. J. A typology of teaching roles and relationships for medical education. **Medical Teacher**, Londres, v. 38, n. 3, p. 280-285, 15 jun. 2015.

THORN, P. M.; RAJ, J. M. A Culture of Coaching. **Academic Medicine**, Quebec, v. 87, n. 11, p. 1482–1483, nov. 2012.

TIPPIT, T. L.; CHI, I.; SERVEY, J. T. A Model Curriculum for New Faculty Coaches in Undergraduate Medical Education. **Journal of Medical Education and Curricular Development**, Thousand Oaks CA, v. 11, p. 1-15, 1 jan. 2024.

VALLE, J. E.; WILLIAMS, L. C. A. Engajamento Escolar: revisão de literatura abrangendo relação professor-aluno e bullying. **Psicologia**: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 37, p. e37310, 3 fev. 2021.

VELOSO, M. D.; PEQUENO, A. M. C.; NEGREIROS, F. D. S. Metodologias ativas de aprendizagem no ensino superior de saúde: o fazer pedagógico. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 14, n. 2, p. 354–370, 1 jan. 2019.

WANG, Q.; LI, H.; PANG, W. From PBL tutoring to PBL coaching in undergraduate medical education: an interpretative phenomenological analysis study. **Medical Education Online**, Chicago, v. 21, n. 1, p. 31973, jan. 2016.

WELLER, J. M. Simulation in undergraduate medical education: bridging the gap between theory and practice. **Medical Education**, Oxford, v. 38, n. 1, p. 32–38, 2004.

WOLFF, M. et al. Coaching in undergraduate medical education: a national survey. **Medical Education Online**, Abingdon, v. 25, n. 1, p. 1699765, 3 dez. 2019a.

WOLFF, M. et al. Coaching to improve self-directed learning. **The Clinical Teache**r, Londres, v. 17, n. 4, p. 408–412, 20 nov. 2019b.

WU, J. H.; GRUPPUSO, P. A.; ADASHI, E. Y. The self-directed medical student curriculum. **JAMA**: the journal of the American Medical Association, [s.l.], v. 326, n. 20, p. 2005-2006, 2021.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: 2016.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador(es): Mariana Salomão Daud Arantes
Orientador(es): Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá
Título da Pesquisa: *Coaching* Como Ferramenta De Ensino Na Educação Médica: PERCEPÇÃO DO DOCENTE.
Nome do participante:

Caro participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada ***Coaching* como Ferramenta de Ensino na Educação Médica**: percepção do docente, que se refere a uma pesquisa de Mestrado da aluna Mariana Salomão Daud Arantes, que pertence ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP.

O objetivo deste estudo é avaliar o uso do *coaching* nos processos de ensino-aprendizagem sob a ótica de docentes médicos que atuam em cenários simulados em uma Instituição de Ensino Superior privada do interior mineiro. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato.

O estudo não oferecerá riscos à integridade física das pessoas, podendo ocorrer risco mínimo apenas de desconforto ou constrangimento em relação a sua participação neste estudo. Não será cobrado nada; não haverá gastos, portanto, não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. Neste sentido, cumpriram-se as medidas que devem ser observadas quando se realizam pesquisas com seres humanos, regulamentadas pelas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados contribuirão para identificar a percepção de docentes em relação ao uso do coaching em suas abordagens educacionais em cenários simulados.

Gostaríamos também de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim preferir. Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora Mariana Salomão Daud Arantes pelo telefone (34) 99102-6473 ou pelo endereço eletrônico mariana.daud@imepac.edu.br.

O CEP é um colegiado criado para defender os seus interesses em sua integridade e dignidade conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Esse documento será gerado em duas cópias, sendo que uma cópia ficará de posse do participante e a outra permanecerá com os pesquisadores, após ambos tomarem ciência do conteúdo e assinarem o Termo.

Eu,

_____

RG n°_____, confirmo que a Srª Mariana Salomão Daud Arantes me explicou os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação, incluindo a gravação de áudio dos grupos focais. As alternativas para minha participação também foram discutidas.

Eu li e compreendi este termo de consentimento, assim, concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá
Orientador
RG: 28.344.853-2
CPF: 202.798.308-23
Telefone: (16) 99231-3122

Mariana Salomão Daud Arantes
Pesquisadora
CPF: 054.293.576-77
RG: MG 11.262.042
Telefone: (34) 9 91026473
E-mail: mariana.daud@imepac.edu.br

_____
Assinatura do participante

Araguari, 20 de março de 2024.

APÊNDICE II

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilma Profª Divânia Freitas
Pró-reitora de Ensino, Pesquisa e Extensão do Centro Universitário Imepac - Araguari,

Eu, Mariana Salomão Daud Arantes, médica e professora, portadora do RG nº 11.262.042, regularmente matriculada no Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, nesse ano corrente, pesquisadora do projeto de Mestrado tenho a intenção de realizar a investigação intitulada: ***Coaching* como Ferramenta de Ensino na Educação Médica**: percepção do docente, orientada pelo Professor Doutor Edilson Carlos Caritá, cujos sujeitos da pesquisa propomos ser os docentes médicos que atuam no curso de Medicina em cenários simulados no Centro Universitário IMEPAC – Araguari.

O objetivo deste estudo é avaliar o uso do *coaching* nos processos de ensino-aprendizagem sob a ótica de docentes médicos que atuam em cenários simulados em uma Instituição de Ensino Superior privada do interior mineiro. O nome dos pesquisados não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Não será cobrado nada; não haverá gastos e não oferecerá riscos à integridade física das pessoas, podendo ocorrer risco mínimo apenas de desconforto ou constrangimento em relação a sua participação neste estudo; não estão previstos ressarcimento ou indenizações; não haverá benefícios imediatos na participação dos mesmos. Os resultados contribuirão para identificar a percepção de docentes em relação ao uso do *coaching* como ferramenta de ensino em suas abordagens educacionais.

Gostaríamos de deixar claro que a participação dos docentes é voluntária e que poderão recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim preferir.

A pesquisa será realizada em salas pré-determinadas do Centro de Simulação Realística do Centro Universitário IMEPAC e, em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa poderão entrar em contato com a pesquisadora Srª Mariana Salomão Daud Arantes, por meio do telefone (34) 99102-6473, no endereço Rua Flávio Canesin, nº 650, casa 1406 - Recreio da Acácias - Ribeirão Preto/SP ou pelo endereço eletrônico mariana.arantes@imepac.edu.br ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto, telefone (16) 3603-6915.

Esse documento será gerado em duas cópias, sendo que uma cópia ficará de posse do participante e a outra permanecerá com os pesquisadores, após ambos tomarem ciência do conteúdo e assinarem o Termo.

Os sujeitos terão os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação no estudo, esclarecidos pelo pesquisador, e somente participarão após a assinatura do termo de consentimento.

Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá
Orientador
RG: 28.344.853-2
CPF: 202.798.308-23
Telefone: (16) 99231-3122

Mariana Salomão Daud Arantes
Pesquisadora
CPF: 054.293.576-77
RG: MG 11.262.042
Telefone: (34) 9 91026473
E-mail: mariana.daud@imepac.edu.br

Araguari- MG, 10 de agosto de 2023.

APÊNDICE III

Ilma Srª
Profª Drª Adriana Aparecida Lopes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado**: *Coaching* como ferramenta de ensino na educação médica**: percepção do docente, a ser desenvolvido pela mestranda Mariana Salomão Daud Arantes, médica e portadora do RG nº 11.262.042, regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, para apreciação deste Comitê.

As atividades serão desenvolvidas no município de Araguari, em salas pré-determinadas do Centro Universitário IMEPAC - Araguari.

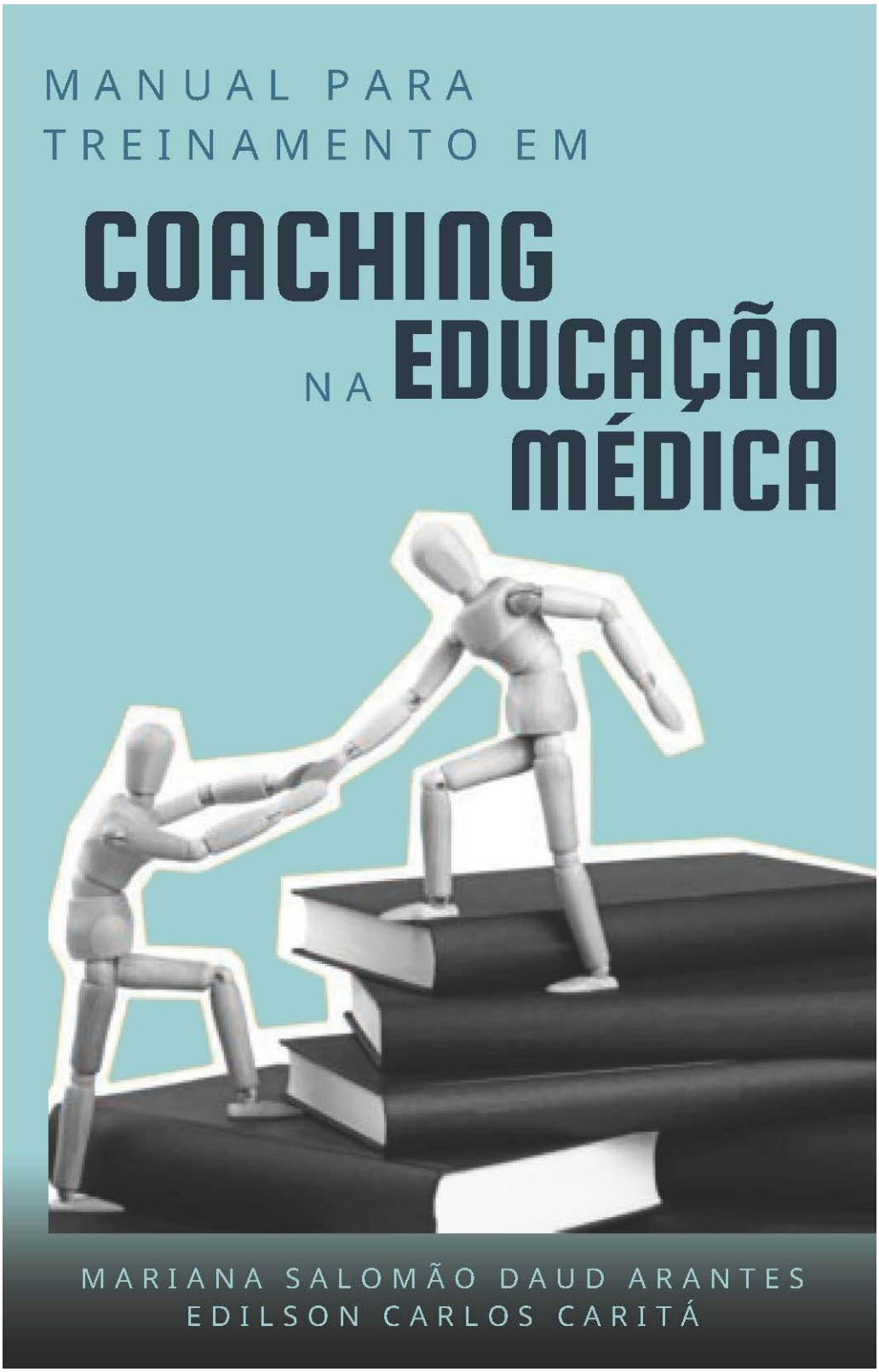
Atenciosamente,

_____
Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá
Pesquisador Responsável

Araguari- MG, 10 de agosto de 2023.

APÊNDICE IV

PRODUTO



MANUAL PARA
TREINAMENTO EM

COACHING NA EDUCAÇÃO MÉDICA

MARIANA SALOMÃO DAUD ARANTES
EDILSON CARLOS CARITÁ

Este Manual é parte do projeto de Mestrado Profissional "COACHING COMO FERRAMENTA DE ENSINO NA EDUCAÇÃO MÉDICA: PERCEPÇÃO DO DOCENTE" e foi escrito para nortear o treinamento com objetivo de introduzir e aprofundar o uso do coaching como uma abordagem educacional inovadora nos cursos de Medicina. Este manual é destinado a professores, coordenadores e todos aqueles envolvidos na formação médica, buscando equipá-los com ferramentas eficazes para potencializar o aprendizado e o desenvolvimento de futuros médicos.

Acreditamos que esta abordagem inovadora no Brasil tem potencial para melhorar significativamente o cenário da educação médica no país. Por isso, recomendamos que as instituições de ensino considerem uma avaliação cuidadosa dessa abordagem. É fundamental valorizar o desenvolvimento docente dentro das instituições, assegurando que a inovação metodológica prevaleça sobre a tecnológica, determinante crucial para a formação de médicos tecnicamente proficientes, humanizados, éticos e saudáveis.

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....6

2 - FUNDAMENTOS DO COACHING NA EDUCAÇÃO MÉDICA.....11

3 - ABORDAGENS DO COACHING NA SIMULAÇÃO EM SAÚDE.....14

4 - FEEDBACK E AUTOAVALIAÇÃO NO COACHING NA EDUCAÇÃO MÉDICA.....18

5 - INSTRUÇÕES PARA O FACILITADOR.....24

6 - REFERÊNCIAS.....26

I – INTRODUÇÃO

O coaching na educação médica representa uma oportunidade significativa de transformação no processo educativo de estudantes de medicina. Neste contexto, o coaching emerge como uma estrutura para fornecer desenvolvimento profissional e assistência aos aprendizes, diferenciando-se de práticas tradicionais como mentoria e aconselhamento. A introdução do coaching no ambiente acadêmico médico visa, principalmente, facilitar a jornada dos estudantes rumo à auto atualização e ao aprendizado adaptativo, preparando-os para enfrentar os desafios de uma carreira na medicina com maior eficácia e satisfação pessoal.

1.1 Importância do Coaching na Educação Médica

A medicina, como campo de conhecimento e prática, está em constante evolução, demandando dos profissionais uma capacidade contínua de aprendizado e adaptação. Nesse cenário, o coaching oferece uma abordagem centrada no estudante, focada em promover reflexão, autoconhecimento e planejamento estratégico para alcançar metas pessoais e profissionais. Diferente da mentoria, que muitas vezes se baseia na transmissão de conhecimento de mentor para aprendiz, o coaching enfatiza a autonomia do aprendiz na identificação de suas próprias necessidades de desenvolvimento e na construção de planos de ação para atendê-las (BROOKS et al, 2020).

1.2 Benefícios do Coaching

Segundo Diário e Juve (2016), os benefícios do coaching na educação médica são vastos e impactam não apenas os estudantes, mas também os professores, as instituições e o sistema de saúde como um todo. Entre os principais benefícios, destacam-se:

- Desenvolvimento de Habilidades Reflexivas e Autoavaliação: O coaching estimula os estudantes a desenvolverem habilidades de autoavaliação crítica e reflexão sobre suas práticas, contribuindo para um aprendizado mais profundo e significativo.
- Promoção da Autoeficácia: Ao empoderar os estudantes na definição de metas e na superação de obstáculos, o coaching fortalece a crença em suas próprias capacidades, essencial para o enfrentamento dos desafios da carreira médica.

- Adaptação e Resiliência: Através do coaching, os estudantes aprendem a gerenciar melhor o estresse e a adaptar-se às mudanças e demandas do ambiente médico, promovendo uma carreira mais sustentável e satisfatória.
- Melhoria no Desempenho Acadêmico e Clínico: O acompanhamento personalizado oferecido pelo coaching permite identificar lacunas de conhecimento e habilidades, orientando os estudantes em sua superação, o que se reflete em melhor desempenho acadêmico e clínico.

1.3 O Papel do Coach

O coach na educação médica atua como um facilitador do processo de aprendizagem, oferecendo suporte, orientação e feedback construtivo, sem, contudo, impor direções ou soluções. A relação de coaching é caracterizada pela colaboração, confiança e respeito mútuo, onde o coach desempenha um papel crucial na motivação e no encorajamento do desenvolvimento contínuo do estuda. Ao adotar essa abordagem, os educadores podem oferecer orientação aos alunos, identificar precocemente possíveis problemas, auxiliar no equilíbrio entre vida profissional e pessoal dos estudantes, e promover a conexão entre os cenários clínicos, o que é percebido como benéfico tanto para os alunos quanto para os docentes (BROOKS et al., 2020). Além disso, o coaching é reconhecido como uma forma inovadora de guiar os estudantes de medicina para se tornarem médicos competentes e reflexivos, além de mestres em aprendizado adaptativo (CARNEY et al., 2019).

Ao adotar a prática do coaching, os docentes podem não apenas auxiliar os alunos em seu desenvolvimento acadêmico e profissional, mas também aprimorar sua própria eficácia, satisfação no trabalho e evitar o esgotamento profissional. Estudos demonstram que o coaching pode contribuir para a autoeficácia dos educadores, aumentar a satisfação no trabalho e reduzir o burnout (ELSTER et al., 2021). Além disso, ao se envolverem ativamente no coaching, os docentes têm a oportunidade de aprimorar suas habilidades de feedback e técnicas de orientação, o que pode melhorar sua capacidade de liderança e desenvolvimento profissional contínuo (DEIORIO, 2020). Dessa forma, a implementação do coaching não só beneficia os alunos, mas também proporciona um ambiente mais enriquecedor e gratificante para os docentes no contexto educacional(BROOKS et al, 2020).

1.4 Características Fundamentais do Coaching na Educação Médica

Segundo Deiorio et al.(2016), o coaching na educação médica apresenta várias características distintas que o diferenciam de outras formas de apoio educacional, como a mentoria e o aconselhamento. Aqui estão as principais características do coaching na educação médica:

I. Foco no Desenvolvimento Individualizado

O coaching na educação médica enfatiza o desenvolvimento individualizado do aprendiz, concentrando-se nas suas necessidades específicas, objetivos e desafios. Diferente da mentoria, que pode ter um escopo mais amplo, o coaching é altamente personalizado e adaptado para atender aos objetivos de aprendizagem do indivíduo.

II. Promoção da Autoeficácia e Autonomia

Uma característica central do coaching é a promoção da autoeficácia e autonomia do aprendiz. Coaches encorajam os estudantes de medicina a estabelecerem seus próprios objetivos, desenvolverem planos de ação e refletirem sobre suas práticas de aprendizagem. Isso ajuda a construir confiança em suas habilidades e promove uma abordagem mais proativa em relação ao seu desenvolvimento profissional.

III. Abordagem Baseada em Metas

O coaching utiliza uma abordagem baseada em metas, frequentemente empregando a metodologia SMART (Específicos, Mensuráveis, Atingíveis, Relevantes, Temporais) para definir objetivos claros e alcançáveis. Isso fornece uma estrutura para o progresso contínuo e a avaliação do desenvolvimento do estudante de medicina.

IV. Desenvolvimento de Habilidades de Reflexão

Uma parte integral do coaching é o desenvolvimento de habilidades de reflexão. Coaches docentes incentivam os estudantes a refletirem sobre suas experiências, sucessos e desafios, o que promove um aprendizado mais profundo e a capacidade de aplicar lições aprendidas em contextos futuros.

V. Suporte Emocional e Bem-estar

O *coaching* também aborda o suporte emocional e o bem-estar dos estudantes de medicina, reconhecendo os desafios únicos enfrentados durante a educação médica. O coach deve fornecer um espaço seguro para discussões abertas sobre estresse, burnout e outros problemas relacionados ao bem-estar, além de estratégias para gerenciá-los eficazmente.

VI. *Feedback* Construtivo e Contínuo

Feedback construtivo e contínuo é uma característica chave do *coaching*, permitindo que os estudantes recebam orientações regulares sobre seu desempenho e progresso. Isso facilita a melhoria contínua e ajuda os estudantes a ajustarem suas estratégias de aprendizagem conforme necessário.

VII. Parceria Colaborativa

Finalmente, o *coaching* é caracterizado por uma parceria colaborativa entre o *coach* e o aprendiz. Essa relação é baseada no respeito mútuo, confiança e comprometimento com o desenvolvimento profissional do estudante, diferenciando-se de relações mais hierárquicas tradicionais na educação médica.

Estas características destacam o valor único do *coaching* na educação médica, oferecendo um suporte abrangente que aborda tanto o desenvolvimento profissional quanto o pessoal dos estudantes de medicina.

1.5 Conclusões

A introdução do *coaching* na educação médica apresenta uma mudança paradigmática na forma como os futuros médicos são preparados para enfrentar os desafios da profissão. Através do coaching, os estudantes de medicina são capacitados a tornarem-se aprendizes autônomos, reflexivos e resilientes, com habilidades aprimoradas para a autoavaliação e o desenvolvimento contínuo, essenciais para a prática médica eficaz e humanizada. Assim, o coaching não apenas beneficia os estudantes individualmente, mas também contribui para a elevação dos padrões de educação médica e para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde.

REFLEXÕES

O coaching acadêmico é reconhecido como uma oportunidade significativa na educação de estudantes de medicina, oferecendo uma ferramenta poderosa para auxiliar os aprendizes na reflexão e auto-realização. É essencial que o papel do coach seja claramente definido para ampliar os benefícios dessa relação além do mentoring e aconselhamento tradicionais (BROOKS et al, 2020). Deiorio et al. 2019 definiram o coaching acadêmico como um processo que visa facilitar que os aprendizes alcancem seu potencial máximo, trabalhando com eles para identificar necessidades, criar planos de ação e promover a responsabilidade, visando melhorar o auto-monitoramento e beneficiar suas carreiras.

Para estabelecer uma relação eficaz de coaching com os aprendizes, é fundamental que haja confiança e rapport, com expectativas claramente definidas para ambos os participantes. O aprendiz deve liderar a definição da agenda e dos objetivos, enquanto o coach foca em maximizar as forças identificadas pelo aprendiz para ajudar a alcançar tais objetivos. Além disso, a relação de coaching demanda habilidades de comunicação únicas por parte do coach, juntamente com atenção à privacidade e confidencialidade(BROOKS et al, 2020).

Preparar o coach envolve treinamento de desenvolvimento docente que abordam temas como escuta ativa, psicologia positiva, compreensão dos próprios vieses e prática de habilidades de comunicação. Programas bem-sucedidos geralmente continuam esses treinamentos de forma longitudinal, criando uma comunidade de aprendizagem de coaches/docentes que se apoiam mutuamente.

Por outro lado, o engajamento do aprendiz requer uma orientação clara sobre o processo de coaching, podendo ser introduzido em sessões informativas que destacam os objetivos e suas diferenças em relação a experiências anteriores dos aprendizes. Estabelecer um acordo escrito, como um "Contrato de Coaching", pode ser benéfico, desde que não comprometa a centralidade do estudante na relação. Esse acordo define responsabilidades mútuas, expectativas e limites, sendo essencial para guiar o relacionamento desde a primeira sessão.

2- FUNDAMENTOS DO COACHING NA EDUCAÇÃO MÉDICA

O coaching na educação médica tem emergido como um paradigma transformador, enfocando o desenvolvimento profissional contínuo de estudantes de medicina. Este capítulo explora os fundamentos do coaching, distingue entre coaching, mentoria e aconselhamento, e delineia as características essenciais de um bom coach.

2.1 Diferença entre Coaching, Mentoria e Aconselhamento(DEIORIO et al., 2016)

- Coaching: Centra-se no desenvolvimento de competências e na realização de objetivos específicos. Diferentemente da mentoria e do aconselhamento, o coaching é uma parceria colaborativa em que o coach apoia o coachee (aprendiz) a descobrir respostas por meio de questionamento e reflexão. O foco é no futuro e na otimização do desempenho pessoal e profissional.

- Mentoria: Tradicionalmente, envolve uma relação de longo prazo onde o mentor, que possui mais experiência ou conhecimento, oferece conselhos, orientação e suporte ao mentee (aprendiz). A mentoria foca mais no desenvolvimento de carreira e crescimento pessoal, com ênfase na transferência de conhecimento e sabedoria.

- Aconselhamento: Tende a se concentrar na resolução de problemas específicos, superação de obstáculos pessoais e emocionais, e desenvolvimento de estratégias para lidar com situações difíceis. O aconselhamento pode abordar questões do passado e trabalhar para curar feridas emocionais, diferentemente do coaching, que é orientado para o futuro.

2.2 Características de um Bom Coach

- Escuta Ativa: Um bom coach é um excelente ouvinte, capaz de ouvir não apenas o que é dito, mas também o que não é dito, interpretando a linguagem corporal e o tom de voz para compreender profundamente o coachee.

- Empatia: A capacidade de se colocar no lugar do outro, entendendo suas emoções e perspectivas, é crucial para criar uma relação de confiança e segurança.

- Capacidade de Fazer Perguntas Poderosas: Um coach eficaz sabe como fazer perguntas que provocam reflexão, que desafiam e que ajudam o coachee a ver as coisas sob novas perspectivas.

- Imparcialidade e Não Julgamento: Manter uma postura neutra, oferecendo um espaço seguro para exploração sem julgamento, é essencial para o sucesso do processo de coaching.

- Flexibilidade: Cada coachee é único, e um bom coach adapta sua abordagem para atender às necessidades individuais, estilos de aprendizagem e objetivos pessoais.

- Confidencialidade: Garantir a privacidade e a confidencialidade das informações compartilhadas fortalece a relação de coaching e promove um ambiente de abertura e honestidade.

- Orientado para Soluções: Enquanto o aconselhamento pode se concentrar em explorar problemas, o coaching é orientado para a ação e soluções, ajudando o coachee a mover-se em direção a seus objetivos.

- Desenvolvimento Contínuo: Um bom coach também é um aprendiz perpétuo, comprometido com seu próprio desenvolvimento pessoal e profissional para aprimorar constantemente suas habilidades de coaching.

2.3 Conclusões

O coaching distingue-se significativamente da mentoria e do aconselhamento pela sua estrutura colaborativa, foco no futuro e na otimização do desempenho. Um bom coach possui uma combinação de habilidades interpessoais, éticas e práticas que facilitam o desenvolvimento pessoal e profissional do coachee, promovendo uma jornada de autoconhecimento, aprendizado e crescimento. No contexto da educação médica, o coaching surge como uma ferramenta poderosa para preparar os estudantes de medicina para os desafios e as exigências da profissão médica, equipando-os com as competências necessárias para um aprendizado autônomo e contínuo ao longo de suas carreiras.

REFLEXÕES

O coaching em cenários simulados tem se destacado como uma abordagem eficaz em diversos contextos, especialmente na educação médica. Ao adotar estratégias de coaching, os educadores têm a oportunidade de facilitar o desenvolvimento dos aprendizes, auxiliando-os na identificação de suas próprias necessidades e metas, e na criação de planos realistas para alcançá-las (SADOWSKI et al., 2018). Além disso, a implementação de programas de treinamento específicos em habilidades de coaching, como simulações com alunos padronizados, tem se mostrado essencial para o desenvolvimento de novos educadores médicos, contribuindo para a melhoria do desempenho, profissionalismo e formação de identidade profissional na área da saúde (WOLLF et al., 2019).

A motivação dos aprendizes desempenha um papel fundamental no processo educacional, e a aplicação de técnicas de coaching em cenários simulados pode influenciar positivamente essa motivação. Estudos indicam que as respostas ao inventário de motivação acadêmica refletem as percepções dos aprendizes sobre o valor do aprendizado, relacionando-se diretamente com suas reações afetivas, o que ressalta a importância de abordagens que estimulem a motivação intrínseca dos estudantes (SOBRAL, 2003). Dessa forma, o coaching em cenários simulados não apenas promove o desenvolvimento de habilidades práticas, mas também contribui para o engajamento e a motivação dos aprendizes, elementos essenciais para o sucesso educacional.

Para garantir a eficácia dos programas de coaching em cenários simulados, é crucial investir na formação contínua dos educadores, fornecendo-lhes as habilidades e ferramentas necessárias para desempenhar seu papel de forma eficaz. A literatura destaca a importância do desenvolvimento profissional dos coaches, por meio de sessões regulares baseadas em práticas de pesquisa, a fim de manter esses profissionais atualizados e alinhados com as melhores práticas em coaching educacional (DEIORIO e JUVE, 2016). Portanto, ao integrar o coaching em cenários simulados, as instituições de ensino não apenas promovem o crescimento e desenvolvimento dos aprendizes, mas também investem na capacitação e aprimoramento contínuo de seus educadores, fortalecendo assim a qualidade do processo educacional como um todo.

3 – ABORDAGENS DO COACHING NA SIMULAÇÃO EM SAÚDE

A simulação em saúde é uma ferramenta poderosa na formação de profissionais da área médica, permitindo que os aprendizes pratiquem habilidades clínicas em ambientes controlados e realistas. Nesse contexto, o uso de coaching na educação médica em cenários simulados emerge como uma abordagem complementar, na qual os docentes desempenham um papel semelhante ao de um coach, fornecendo orientação, feedback e suporte individualizado aos aprendizes (TIPPIT, 2024).

Através do coaching, os líderes de aprendizagem, como são chamados os docentes em cenários simulados, podem ajudar os aprendizes a identificar metas, desenvolver planos de ação e aprimorar suas habilidades clínicas, promovendo um ambiente de aprendizado colaborativo e focado no desenvolvimento profissional (TIPPIT, 2024; WOLFF et al., 2019). A integração do coaching nas práticas de simulação pode enriquecer a experiência educacional dos participantes, contribuindo para o desenvolvimento de competências clínicas e para a formação de profissionais de saúde mais competentes e preparados para os desafios da prática clínica. Recomenda-se o uso de algumas ferramentas para a dar suporte a abordagem de coaching nas atividades educacionais, como a metodologia SMART e WOOP que seguem descritas abaixo.

3.1 Metodologia S.M.A.R.T

O acrôio SMART, que significa Specific (Específico), Measurable (Mensurável), Achievable (Alcançável), Relevant (Relevante) e Time-bound (Com prazo definido), é uma abordagem eficaz para orientar o docente e estudante em atividades na educação médica (AGHERA et al., 2018). Ao aplicar o conceito SMART, o docente poderá auxiliar o estudante a estabelecer metas claras e objetivas para seu desenvolvimento durante as simulações ou laboratórios. Essa abordagem permite que o aprendiz defina critérios específicos de seu sucesso, mensure seu progresso, estabeleça metas alcançáveis e relevantes para a prática clínica, e defina prazos para a realização de seus planos de aprimoramento. Ao adotar o modelo SMART, o docente pode auxiliar no direcionamento mais eficaz do processo de ensino e aprendizagem em cenários simulados, promovendo o desenvolvimento de habilidades clínicas e aprimorando a experiência educacional dos participantes (NICHOLS et al. ,2013).

Estrutura sugerida para a construção das metas SMART

META:.....

Descrição SMART da meta

eSpecífica O que, exatamente, quer alcançar na atividade de hoje ou deste estágio?	Mensurável Como saberá se alcançou?	Atingível É atingível nesse momento e com os esforços que consigo empreender?	Relevante Por que quero alcançar essa meta? É realmente importante para minha vida profissional?	Tempo determinado Em quanto tempo conseguirei alcançar essa meta?

Plano de Ação para alcançar a meta SMART

Tarefas	Data de início	Data de término

3.2 Metodologia WOOP (Wish, Outcome, Obstacle, Plan)

WOOP (Wish, Outcome, Obstacle, Plan) é uma estratégia de autorregulação que tem se mostrado eficaz em aumentar a realização de metas em comparação com o simples estabelecimento de metas. Esta ferramenta, desenvolvida pela psicóloga Gabriele Oettingen, baseia-se na ciência da motivação e pode ser particularmente benéfica na educação médica, onde alunos enfrentam desafios acadêmicos e pessoais complexos. As descrições abaixo se baseiam no livro "Rethinking Positive Thinking Inside The New Science of Motivation" da mesma autora.

No contexto da educação médica, especialmente para estudantes de medicina envolvidos em cenários simulados, a utilização do WOOP pode ser altamente benéfica. Os estudantes de medicina frequentemente enfrentam demandas acadêmicas intensas e horários desafiadores, tornando crucial para eles gerenciar efetivamente seu tempo de estudo e objetivos de aprendizagem. A capacidade do WOOP de preencher a lacuna entre intenção e ação, ajudando os indivíduos a identificar obstáculos e criar planos específicos para superá-los, pode melhorar significativamente o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento pelos alunos (GUARINO et al., 2017) .

A aprendizagem autorregulada é um aspecto fundamental da educação médica, exigindo que os estudantes estabeleçam e alcancem autonomamente seus objetivos de aprendizagem. A ênfase do WOOP não apenas no estabelecimento de metas, mas também na visualização de resultados e no planejamento de obstáculos, está alinhada com os princípios da aprendizagem autorregulada. Ao incorporar o WOOP em suas rotinas de estudo, os estudantes de medicina podem aprimorar seu comprometimento com os objetivos e melhorar sua capacidade de lidar com desafios que possam surgir durante cenários simulados ou prática clínica . O impacto duradouro do WOOP na mudança de comportamento, mesmo para tarefas que os alunos possam considerar desagradáveis, destaca ainda mais seu potencial para apoiar os estudantes em persistir em seus esforços de aprendizagem ao longo do tempo (GUARINO et al., 2017)

Estrutura sugerida para aplicação do WOOP

Wish (Desejo): O primeiro passo envolve os alunos identificando um desejo desafiador, mas alcançável, que eles querem realizar.	
Outcome (Resultado): Em seguida, os alunos visualizam o melhor resultado possível de seu desejo se tornando realidade. Imaginar o sucesso ajuda a aumentar a motivação e a clarificar o valor do objetivo.	
Obstacle (Obstáculo): Identificar o principal obstáculo interno que impede a realização do desejo. Isso pode incluir hábitos de procrastinação, ansiedade, falta de conhecimento específico, etc. Reconhecer esses obstáculos é crucial para planejar como superá-los.	
Plan (Plano): Por último, os alunos desenvolvem um plano de ação usando a estratégia "se-então" para superar o obstáculo identificado. Isso envolve especificar uma ação ou pensamento que será adotado em resposta ao obstáculo, facilitando a superação de barreiras à realização do desejo.	Se...(obstáculo)....., então irei.....(ação para superação do obstáculo).....

A implementação do WOOP na educação médica pode ser estruturada em torno de workshops, sessões de coaching e atividades de aprendizado autodirigido. Os docentes podem introduzir a ferramenta WOOP em sessões iniciais de orientação, integrá-la em programas de desenvolvimento pessoal e profissional e usá-la para apoiar os alunos na definição de objetivos de estudo e estratégias de enfrentamento para o estresse.

Ao adotar a WOOP, os alunos podem melhorar significativamente sua capacidade de enfrentar desafios acadêmicos, aumentar a resiliência e promover uma abordagem proativa ao aprendizado e ao desenvolvimento pessoal. Além disso, ao trabalharem com obstáculos internos de forma estratégica, os estudantes podem aprimorar suas habilidades de autoreflexão e autogestão, elementos cruciais para profissionais médicos bem-sucedidos.

3.3 Conclusões

A integração da ferramenta WOOP na educação médica, juntamente com a teoria de estabelecimento de metas, oferece uma abordagem robusta para o coaching de estudantes de medicina. A implementação dessas estratégias na educação médica pode melhorar significativamente o engajamento dos estudantes, a eficácia do aprendizado e o bem-estar geral, preparando-os melhor para suas futuras carreiras.

4 – FEEDBACK E AUTOAVALIAÇÃO NO COACHING NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Feedback desempenha um papel crucial na melhoria do desempenho dos alunos, especialmente em contextos como exames físicos e prática clínica. Estudos revelam que os alunos consideram o feedback uma ferramenta de aprendizagem fundamental, sendo altamente valorizado quando fornecido de forma eficaz pelos professores.

A prática de fornecer feedback não é recente, remontando aos escritos de Hipócrates e outros médicos gregos. Atualmente, há uma mudança de paradigma no ensino, passando de um modelo centrado no professor para um focado no aluno, destacando a importância das perspectivas dos alunos nas conversas de feedback. No contexto da educação clínica, especialmente em cenários simulados, as conversas de feedback são diálogos entre líderes de aprendizagem e alunos, visando revisar eventos clínicos e atividades de aprendizagem. Essas interações ajudam os alunos a identificar lacunas de desempenho, promovendo reflexão e melhorias futuras.

É essencial que as conversas de feedback sejam eficazes, envolvendo descrições claras das lacunas de desempenho e investigações sobre suas origens. Além de abordar deficiências, o feedback também pode explorar pontos fortes, incentivando o desenvolvimento contínuo. Ao fornecer feedback específico e preciso, os instrutores estimulam o engajamento dos alunos, contribuindo para a melhoria das habilidades e a aplicação prática do conhecimento em situações clínicas futuras (BOSSE et al., 2015).

Orientações para um feedback eficaz:

1. Seja específico e objetivo- Ao fornecer feedback, é essencial ser claro e específico sobre os comportamentos ou ações que estão sendo abordados, se possível forneça antecipadamente os comportamentos esperados para cada atividade. Evite generalizações e forneça exemplos concretos para que o aluno possa entender exatamente o que precisa melhorar (ORR e SONNADARA, 2019).

2. Foque no comportamento, não na pessoa: Concentre-se nos comportamentos observados e evite fazer críticas pessoais. O feedback deve ser construtivo e direcionado para a melhoria das ações, não para julgar a pessoa (DEIORIO, 2020).

3. Estabeleça metas e planos de ação: Após identificar áreas de melhoria, trabalhe em conjunto com o receptor do feedback para estabelecer metas claras e um plano de ação para alcançá-las. Isso ajuda a orientar o desenvolvimento e a monitorar o progresso ao longo do tempo (TIPPIT, 2024).

4. Promova a comunicação bidirecional: O feedback eficaz envolve uma troca aberta de informações. Encoraje o receptor a fazer perguntas, esclarecer pontos e expressar suas próprias percepções. A comunicação bidirecional ajuda a garantir que o feedback seja compreendido e bem recebido (WOLFF et al., 2019).

5. Ofereça feedback regularmente: O feedback deve ser um processo contínuo e não apenas um evento isolado. Programas de coaching e mentoria podem ajudar a integrar o feedback de forma consistente na prática profissional, permitindo ajustes e melhorias constantes (WOLFF et al., 2019).

A integração do feedback e autoavaliação na educação médica desempenha um papel crucial no desenvolvimento de habilidades de aprendizado autodirigido nos aprendizes. A aprendizagem autodirigida é essencial no treinamento médico, permitindo que os indivíduos identifiquem lacunas de conhecimento, estabeleçam metas de aprendizado, ajam sobre essas metas e avaliem os resultados para garantir a preparação contínua ao longo da carreira (ZEFERINO et al, 2007). Nesse contexto, a autoavaliação informada surge como uma estrutura valiosa para ensinar habilidades de aprendizado autodirigido, envolvendo a busca e interpretação de informações, resposta e filtragem dessas informações, e equilíbrio das tensões resultantes da avaliação interna e externa (ZEFERINO et al., 2007).

Os docentes coaches desempenham um papel fundamental ao orientar os estudantes nesse processo de autoavaliação e aprendizado autodirigido. Eles devem estar atentos às necessidades motivacionais dos estudantes ao fornecer feedback, especialmente para aqueles com desempenho abaixo do esperado e que não estão cientes de suas deficiências. Em situações em que os estudantes não reconhecem suas lacunas de aprendizado, o foco inicial deve ser no processo da tarefa ou habilidade, e não apenas no resultado final, permitindo uma abordagem mais eficaz para o desenvolvimento individual (SADDAWI-KONEFKA et al., 2016).

Além disso, os coaches têm a responsabilidade de ajudar os estudantes a identificar fontes de informação, interpretar o feedback recebido, equilibrar as tensões criadas pela informação e criar planos de ação para responder de forma sistemática a essas informações (CUTRER et al., 2017).

3.1 Conclusões

Em um cenário educacional cada vez mais complexo e dinâmico, a combinação da autoavaliação, feedback e coaching na educação médica não apenas promove o desenvolvimento de habilidades essenciais nos estudantes, mas também capacita os educadores a desempenharem um papel mais eficaz no processo de ensino e aprendizagem. Ao adotar abordagens que incentivam a aprendizagem autodirigida e a autoavaliação informada, as instituições de ensino médico podem preparar os futuros profissionais de saúde para enfrentar os desafios de um sistema médico em constante evolução, promovendo assim a excelência na formação e na prática clínica.

REFLEXÕES

Roussin e Weinstock (2017) projetaram as "zonas de simulação" na educação em saúde para proporcionar aos aprendizes um ambiente realista e seguro para aprimorar suas habilidades e conhecimentos. Essas zonas atendem às necessidades específicas dos participantes, oferecendo uma plataforma para aprendizado experiencial e desenvolvimento de habilidades (FEY et al, 2022).

Segundo Roussin e Weinstock (2017), a estrutura de simulação deve ser composta por três zonas distintas, cada uma com suas características e objetivos específicos.

A Zona 1 corresponde ao nível inicial, destinado à introdução dos aprendizes à simulação e ao ambiente clínico simulado. Nesse estágio, o foco está na aquisição de habilidades básicas e na familiarização com os procedimentos clínicos fundamentais. Os aprendizes nesta zona estão desenvolvendo competências iniciais e ganhando confiança em um ambiente controlado e de baixa pressão psicológica (ROUSSIN e WEINSTOCK, 2017).

A Zona 2 representa um nível intermediário de simulação, no qual os aprendizes já possuem um certo domínio das habilidades básicas e estão prontos para desafios mais complexos. Nessa fase, o foco se desloca para a aplicação prática de conhecimentos e habilidades em cenários clínicos mais realistas e desafiadores. Os aprendizes são incentivados a integrar conceitos e a tomar decisões clínicas mais avançadas (ROUSSIN e WEINSTOCK, 2017).

Por fim, a Zona 3 é o nível avançado de simulação, reservado para aprendizes que demonstraram proficiência nas habilidades clínicas e estão prontos para situações clínicas complexas. Nessa zona, os aprendizes são expostos a cenários mais realistas e multidisciplinares, nos quais devem demonstrar não apenas habilidades técnicas avançadas, mas também habilidades de liderança, trabalho em equipe e tomada de decisão sob pressão (ROUSSIN e WEINSTOCK, 2017).

O Líder de Aprendizado dentro das zonas de simulação assume um papel multifacetado, responsável pelo conteúdo curricular, pela criação de um ambiente de aprendizagem propício, garantindo a segurança psicológica e liderando atividades pré e pós-simulação. Ao assumir essas responsabilidades, os Líderes de Aprendizado guiam os participantes em direção à conquista de objetivos e facilitam uma experiência de aprendizagem abrangente. O papel do líder de aprendizado varia em cada zona de simulação, desempenhando funções específicas de acordo com o nível de habilidade e complexidade dos aprendizes e cenários (FEY et al, 2022).

Na Zona 1, o líder de aprendizado desempenha um papel fundamental na orientação e suporte dos aprendizes iniciantes. Ele é responsável por introduzir os participantes à simulação e ao ambiente clínico simulado, auxiliando na aquisição de habilidades básicas e na familiarização com os procedimentos clínicos fundamentais. Neste estágio, o líder atua como um facilitador que cria um ambiente acolhedor e de baixa pressão psicológica para que os aprendizes possam desenvolver confiança e competência nas habilidades iniciais (ROUSSIN e WEINSTOCK, 2017). Nesse cenário, o feedback é essencial para fornecer orientação e suporte aos aprendizes iniciantes, ajudando-os a adquirir habilidades básicas e a ganhar confiança em um ambiente controlado. O feedback específico e construtivo nessa fase é crucial para corrigir erros, reforçar comportamentos positivos e direcionar o progresso dos aprendizes de forma eficaz (FEY et al, 2022).

Já na Zona 2, o líder de aprendizado assume um papel mais desafiador, orientando os aprendizes em cenários clínicos mais complexos e realistas. Neste nível intermediário, o líder auxilia os participantes na aplicação prática de conhecimentos e habilidades adquiridos, incentivando a integração de conceitos e a tomada de decisões clínicas mais avançadas. Ele atua como um guia que estimula o pensamento crítico e a resolução de problemas em situações mais desafiadoras (ROUSSIN e WEINSTOCK, 2017). Nesses cenários, o feedback assume um papel mais avançado, auxiliando os aprendizes a aplicar conhecimentos e habilidades em cenários clínicos mais complexos. O feedback deve ser mensurável e relevante para avaliar o desempenho dos aprendizes, identificar áreas de melhoria, além de auxiliar na reflexão crítica sobre a prática clínica. O feedback oportuno e personalizado permite que os aprendizes avancem em suas habilidades e tomem decisões clínicas mais avançadas com confiança (FEY et al, 2022).

Por fim, na Zona 3, o líder de aprendizado desempenha um papel de destaque na facilitação de simulações avançadas e multidisciplinares. Neste nível, os aprendizes demonstram proficiência nas habilidades clínicas e são expostos a cenários complexos que exigem não apenas habilidades técnicas avançadas, mas também habilidades de liderança, trabalho em equipe e tomada de decisão sob pressão. O líder atua como um facilitador experiente que promove discussões reflexivas, explorando modelos mentais, suposições e vieses que influenciam a tomada de decisão clínica, permitindo uma aprendizagem profunda e significativa (ROUSSIN e WEINSTOCK, 2017).

Na Zona 3, o feedback desempenha um papel crucial na preparação dos aprendizes para situações clínicas desafiadoras e multidisciplinares. O feedback detalhado e com prazo definido é essencial para promover a excelência clínica, a liderança e o trabalho em equipe. Nesse nível avançado, o feedback contínuo e adaptativo permite que os aprendizes integrem habilidades técnicas avançadas com competências interpessoais, preparando-os para enfrentar com sucesso os desafios da prática clínica do mundo real (FEY et al, 2022).

Esse feedback contínuo e adaptativo permite que os aprendizes integrem habilidades técnicas avançadas com competências interpessoais, preparando-os para enfrentar com sucesso os desafios da prática clínica do mundo real. Assim, o líder desempenha um papel essencial na orientação e no desenvolvimento dos aprendizes em cada etapa da simulação, garantindo um ambiente de aprendizado eficaz e colaborativo.

5 – INSTRUÇÕES PARA O FACILITADOR DO TREINAMENTO EM ABORDAGENS DO COACHING NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Estas instruções detalham cada etapa do treinamento, visando otimizar o engajamento dos participantes e a eficácia da aprendizagem.

Parte Teórica (2 a 3 horas)

1 - Introdução ao Coaching na Educação Médica:

- Objetivo: Introduzir a importância e benefícios do coaching no desenvolvimento profissional dos alunos de medicina.
- Método: Apresentação em PowerPoint e discussão dirigida.
- Atividade: Discussão em grupo sobre experiências pessoais com coaching e expectativas para o treinamento.

2 - Fundamentos do Coaching:

- Objetivo: Explicar a diferença entre coaching, mentoria e aconselhamento e descrever as características de um bom coach.
- Método: Apresentação interativa com exemplos práticos e estudos de caso.
- Atividade: Análise de vídeos curtos mostrando diferentes estilos de coaching e debatendo suas eficácias.

3 - Introdução às Ferramentas SMART e WOOP:

- Objetivo: Ensinar os conceitos SMART e WOOP e suas aplicabilidades na educação médica para ajudar os alunos a alcançarem seus objetivos acadêmicos e pessoais.
- Método: Demonstração e explicação detalhada das técnicas
- Atividade: Exercício individual onde cada professor aplica o WOOP ou SMART para um objetivo pessoal relacionado ao ensino.

Parte Prática (2 a 3 horas)

1. Exercícios Práticos com SMART e WOOP:
   - Objetivo: Aplicar as metodologias em cenários práticos relacionados à educação médica.
   - Método: Trabalho em grupo para criar planos para cenários hipotéticos.
   - Atividade: Cada grupo apresenta seu cenário e discussão sobre a aplicabilidade das soluções propostas.

1. Feedback e Reflexão:
   - Objetivo: Compartilhar experiências e receber feedback sobre as técnicas de coaching praticadas.
   - Atividade: Discussão aberta onde cada participante compartilha suas experiências e aprendizados.

1. Plano de Ação:
   - Objetivo: Desenvolver um plano de ação para implementar técnicas de coaching nas atividades educacionais.
   - Atividade: Elaboração de um plano de ação individual ou em grupo para implementação imediata no contexto educacional.

6 – REFERÊNCIAS

- AGHERA, A. et al. A Randomized Trial of SMART Goal Enhanced Debriefing after Simulation to Promote Educational Actions. Western Journal of Emergency Medicine, v. 19, n. 1, p. 112–120, jan. 2018.

- BICUDO, M.; LEITE, C.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. Revista Brasileira De Educação Médica, v. 31, n. 2, p. 176–179, 1 ago. 2007.

- BOSSE, H. M. et al. The benefit of repetitive skills training and frequency of expert feedback in the early acquisition of procedural skills. BMC Medical Education, v. 15, n. 1, 19 fev. 2015.

- BROOKS, J. V.; ISTAS, K.; BARTH, B. E. Becoming a coach: experiences of faculty educators learning to coach medical students. BMC Medical Education, v. 20, n. 1, 1 jul. 2020.

- CUTRER, W. B. et al. Fostering the Development of Master Adaptive Learners. Academic Medicine, v. 92, n. 1, p. 70–75, jan. 2017.

- CARNEY, P. A. et al. Measuring Coaching in Undergraduate Medical Education: the Development and Psychometric Validation of New Instruments. Journal of General Internal Medicine, v. 34, n. 5, p. 677–683, 16 abr. 2019a.

- DEIORIO, N. M. et al. Coaching: a new model for academic and career achievement. Medical Education Online, v. 21, n. 1, p. 33480, 1 jan. 2016.

- DEIORIO, N. M. Accessible Feedback and Coaching Techniques for Everyday Clinical Faculty. Journal of Graduate Medical Education, v. 12, n. 1, p. 36–37, fev. 2020.

- DEIORIO, N.; MILLER JUVE, A. Developing an academic coaching program. MedEdPublish, v. 5, n. 3, 2016.

- ELSTER, M. J. et al. Does being a coach benefit clinician-educators? A mixed methods study of faculty self-efficacy, job satisfaction and burnout. Perspectives on Medical Education, 18 ago. 2021a.

- FEY, M. K. et al. Teaching, coaching, or debriefing With Good Judgment: a roadmap for implementing "With Good Judgment" across the SimZones. Advances in Simulation, v. 7, n. 1, 26 nov. 2022.

- NICHOLS, D.; KULAGA, A.; ROSS, S. Coaching the coaches: targeted faculty development for teaching. Medical Education, v. 47, n. 5, p. 534–535, 10 abr. 2013.

- ORR, C.; SONNADARA, R. Coaching by design: exploring a new approach to faculty development in a competency-based medical education curriculum. Advances in Medical Education and Practice, v. Volume 10, p. 229–244, maio 2019.

- SADDAWI-KONEFKA, D. et al. Changing Physician Behavior With Implementation Intentions. Academic Medicine, v. 91, n. 9, p. 1211–1216, set. 2016.

- SOBRAL, D. T. Motivação do aprendiz de medicina: uso da escala de motivação acadêmica. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 19, n. 1, p. 25–31, abr. 2003.

- TIPPIT; CHI, I.; SERVEY, J. T. A Model Curriculum For New Faculty Coaches in Undergraduate Medical Education. Journal of medical education and curricular development, v. 11, 1 jan. 2024.

- WOLFF, M. et al. Coaching in undergraduate medical education: a national survey. Medical Education Online, v. 25, n. 1, p. 1699765, 3 dez. 2019.

ANEXO A

IMEPAC CENTRO UNIVERSITÁRIO — Conceito máximo do MEC nota 5 — bem imepac

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

O **Centro Universitário IMEPAC de Araguari** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado " ***Coaching*** **como Ferramenta de Ensino na Educação Médica** : percepção do docente", coordenado pela pesquisadora Mariana Salomão Daud e orientado pelo professor Doutor Edilson Carlos Caritá.

O **Centro Universitário IMEPAC de Araguari** assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados até 31/10/2023 como previsto no cronograma.

Declaramos ciência de que nossa instituição é co-participante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contratadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Araguari - MG, 11 de julho de 2023.

Divânia Araújo Freitas
Pró-Reitoria Ensino, Pesquisa e Extensão
Centro Universitário IMEPAC

Assinatura/carimbo do responsável pela Instituição pesquisada

ANEXO B

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Coaching como Ferramenta de Ensino na Educação Médica: percepção do docente

Pesquisador: EDILSON CARLOS CARITA
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 74025323.1.0000.5498
Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.516.877

Apresentação do Projeto:
O projeto Coaching como Ferramenta de Ensino na Educação Médica: percepção do docente, está bem escrito e bem delineado, com uma proposta clara e citando uma referência bibliográfica condizente.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário: O objetivo deste estudo é avaliar o uso do coaching nos processos de ensino aprendizagem sob a ótica de docentes médicos que atuam em cenários simulados em uma Instituição de Ensino Superior privada do interior mineiro.
Objetivo Secundário: Os objetivos específicos deste estudo são: Avaliar o conhecimento e a capacitação dos docentes sobre o coaching como ferramenta de ensino médico; Analisar a percepção do docente em relação ao uso do coaching nos processos de ensino-aprendizagem; Analisar a efetividade do uso do coaching nos processos de ensino-aprendizagem em cenários simulados.

Endereço: Av.Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O tipo de abordagem desenvolvida neste estudo se classifica como de mínimo risco de desconforto ou constrangimento, de acordo com a Resolução n° 466/2012, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a condução de pesquisa envolvendo seres humanos. Os procedimentos a serem realizados devem preservar os seguintes princípios da Bioética: beneficência, através da proteção dos sujeitos da pesquisa contra danos físicos e psicológicos;

respeito à dignidade humana, estando o mesmo livre para controlar suas próprias atividades, inclusive, de sua participação neste estudo; e justiça, pois será garantido o direito de privacidade, através do sigilo e sua identidade.

Benefícios: Haverá benefícios diretos desta pesquisa para a IES onde o estudo será realizado, pois seus docentes serão capacitados para utilizar o coaching como ferramenta educacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo os autores O coaching tem sido empregado com sucesso no desenvolvimento de atletas, músicos profissionais e no segmento empresarial há mais de 20 anos.

Neste sentido, contemporaneamente está emergindo como uma modalidade de treinamento empolgante na educação médica. Apesar do crescimento do coaching na educação médica, muitas questões permanecem sobre o processo de utilizar da abordagem como recurso didáticopedagógico

no processo de ensinagem. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar o uso do coaching nos processos de ensino-aprendizagem sob a ótica de docentes médicos que atuam em cenários simulados em uma Instituição de Ensino Superior privada do interior mineiro. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa por meio de grupo focal. O estudo qualitativo de Intervenção Educacional se dará

Endereço: Av.Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

com 25 docentes médicos que atuam em cenários de simulação em uma Instituição de Ensino Superior privada do interior mineiro. Eles serão treinados em abordagens do coaching como ferramenta de ensino aprendizagem, e após 30 dias participarão de grupos focais com a pesquisadora. Almeja-se entender o uso do coaching como recurso didático em cenários simulados na Instituição de Ensino Superior privada do interior mineiro onde o estudo será realizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Os termos de apresentação obrigatória estão bem colocados, falta a fonte de financiamento seja citada, e deve mencionar que o TCLE é emitido em duas vias assinadas pelo sujeito e pelo pesquisador.

Recomendações:
No TLCE a frase "Esse TCLE será gerado em duas vias, sendo que uma via ficará de posse do participante e a outra permanecerá com os pesquisadores, após ambos tomarem ciência do conteúdo e assinarem o Termo" foi adicionada no final do TCLE e esta adequada. A frase "Esse documento será gerado em duas cópias, sendo que uma cópia ficará de posse do participante e a outra permanecerá com os pesquisadores, após ambos tomarem ciência do conteúdo e assinarem o Termo" não foi deletada do documento, esta no inicio da página 2/2, e deve ser retirada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
No TLCE a frase "Esse TCLE será gerado em duas vias, sendo que uma via ficará de posse do participante e a outra permanecerá com os pesquisadores, após ambos tomarem ciência do conteúdo e assinarem o Termo" foi adicionada no final do TCLE e esta adequada. A frase "Esse documento será gerado em duas cópias, sendo que uma cópia ficará de posse do participante e a outra permanecerá com os pesquisadores, após ambos tomarem ciência do conteúdo e assinarem o Termo" não foi deletada do documento, esta no inicio da página 2/2, e deve ser retirada.

Todas as pendencias foram atendidas pelos pesquisadores obedecendo a Resolução 466/12 e Resolução 510/16 do CNS.

Endereço: Av.Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa está aprovado e obedece a Resolução 466/12 do CNS e Resolução 510/16 do CNS.

De acordo com a Resolução 466/2012, no item XI.2 d, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar o relatório final de sua pesquisa ao Sistema CEP/CONEP. Além do relatório final, caso o estudo seja interrompido ou cancelado, é de responsabilidade do pesquisador comunicar ao CEP esta suspensão ou cancelamento. Para que estas comunicações sejam feitas, o pesquisador deve inicialmente acessar o modelo de relatório disponibilizado por esse CEP, preenchê-lo e assiná-lo adequadamente. Após o preenchimento e assinatura, o relatório deve ser encaminhado ao CEP em formato PFD através do envio de uma notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2201813.pdf	01/11/2023 00:16:25		Aceito
Orçamento	OrcamentoProjetoPesquisaMarianaatualizado.pdf	01/11/2023 00:16:02	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProjetoMarianaatualizado.pdf	01/11/2023 00:12:17	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaMarianaatualizado.pdf	01/11/2023 00:11:44	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
Outros	OficioProjetoMarianaSalomao.pdf	01/11/2023 00:11:21	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
Outros	TermoAnuencialESMariana.pdf	05/09/2023 10:30:01	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoMariana.pdf	05/09/2023 10:26:45	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Av.Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP

Continuação do Parecer: 6.516.877

RIBEIRAO PRETO, 21 de Novembro de 2023

Assinado por:
ADRIANA APARECIDA LOPES
(Coordenador(a))

Endereço: Av.Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br