

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA
Linha de Pesquisa de Ensino em Saúde

JOSEMAR DE ALMEIDA MOURA

**IMPACTO DO TREINAMENTO DE HABILIDADES DE
COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DO MÉTODO CLÍNICO
DE ATENDIMENTO INTEGRAL À PESSOA, ALIADO OU
NÃO AO USO DE FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA O
REGISTRO DO ATENDIMENTO.**

Belo Horizonte
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Diretor

Prof. Humberto José Alves

COORDENADOR DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA

Coordenador

Prof. Wagner Luiz Tafuri

Sub-Coordenador

Prof. Geovanni Dantas Cassali

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PATOLOGIA

Prof. Wagner Luiz Tafuri

Prof. Geovanni Dantas Cassali

Prof^a. Rosa Maria Esteves Arantes

Prof. Pedro Guatimosim Vidigal

Prof^a. Tatiane Alves da Paixão

Prof^a. Milene Alvarenga Rachid

Josemar de Almeida Moura

**IMPACTO DO TREINAMENTO DE HABILIDADES DE
COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DO MÉTODO CLÍNICO
DE ATENDIMENTO INTEGRAL À PESSOA, ALIADO OU
NÃO AO USO DE FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA O
REGISTRO DO ATENDIMENTO.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Patologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Patologia - área de concentração em Pesquisa de Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Malena Delbone de Faria
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Taciana de Figueiredo Soares

Belo Horizonte
2016

Moura, Josemar de Almeida.
M929i Impacto do treinamento de habilidades de comunicação na prática do método clínico de atendimento integral à pessoa, aliado ou não ao uso de formulário específico para o registro de atendimento [manuscrito]. / Josemar de Almeida Moura. -- Belo Horizonte: 2016. 99f.
Orientador: Rosa Malena Delbone de Faria.
Coorientador: Taciana de Figueiredo Soares.
Área de concentração: Patologia.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Comunicação. 2. Educação Médica. 3. Habilidades Sociais. 4. Assistência Centrada no Paciente. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Faria, Rosa Malena Delbone de. II. Soares, Taciana de Figueiredo. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.
NLM: WA 18

À minha mulher Eliane,
companheira de todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda a minha família, meus pais Domingos e Rita, minha mulher Eliane, meus filhos Henrique e Tatiana, pela paciência e tolerância.

Agradeço também à minha orientadora, Prof^ª. Rosa Malena Delbone e à minha co-orientadora Prof^ª. Taciana de Figueiredo Soares, pelo apoio que tive durante todo o trabalho.

Ao Prof Edilberto Nogueira Mendes pela colaboração recebida.

Aos colegas do grupo de educação médica da Pós-graduação em patologia, em especial a Prof^ª. Silvana Maria Eloi e o Prof Alexandre Pereira.

Agradeço especialmente ao Prof Francesco Chiappelli, pelo grande apoio e incentivo nessa caminhada.

À UNIFENAS/BH, em especial à professora Flávia Matos, coordenadora do Laboratório de Treinamento de Habilidades Clínicas, pela acolhida e pelo treinamento em Ensino de Habilidades de Comunicação a mim proporcionado.

À Prof^ª. Bruna Costa, que desenvolveu o instrumento utilizado neste trabalho durante seu mestrado na UFMG e também contribuiu em meu treinamento em Habilidades de Comunicação na UNIFENAS-BH.

Aos alunos de Iniciação Científica Ana Luiza Campos, Ester Amorim e Augusto Delbone de Faria, que me ajudaram muito na organização e no trabalho de campo.

Às secretárias do Departamento de Propeidêutica Complementar Marília e Valéria, com quem sempre pude contar.

À coordenação e aos funcionários do Laboratório de Simulação da FMUFMG (LabSim), local em que, por meio deste projeto, foram montadas as duas salas do Laboratório de Comunicação.

À Assessoria de Comunicação da Faculdade de Medicina da UFMG, pela divulgação e apoio.

Este trabalho teve o apoio financeiro da CAPES.
Edital Pró-Ensino na Saúde 24/2010
(Projeto N° 1606/2011)

RESUMO

Introdução: A prática do atendimento clínico integral à pessoa é um desafio enfrentado pelo educador médico, por instituições de ensino e por pesquisadores que tentam contribuir para que os estudantes desenvolvam competências que sintetizem conhecimentos, habilidades e atitudes para esse modelo. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi avaliar o impacto do treinamento de habilidades de comunicação na prática do método de atendimento clínico integral à pessoa, com ou sem o uso de registro específico para o atendimento. **Metodologia:** Participaram do estudo 46 estudantes do 7º Período do curso de medicina. Uma combinação de estratégias educacionais foi utilizada para propiciar a aquisição de habilidades de comunicação para o atendimento clínico integral à pessoa, como: *modeling example*, seguido de reflexão individual e discussão, aula expositiva interativa e uso de formulário de registro específico para o atendimento clínico integral à pessoa (RACIP). O estudo foi dividido em quatro FASES: 1- Pré-treinamento: filmagem de atendimento clínico em ambiente simulado, realizado por todos os participantes, com a utilização do modelo de registro de consulta vigente no HC-UFMG; 2- Treinamento: os estudantes foram divididos em três grupos: G1: submetidos à atividade educacional não relacionada ao atendimento clínico; G2 e G3: submetidos a treinamento de habilidades de comunicação; 3- Avaliação: filmagem de consulta em ambiente simulado, realizada por todos os grupos, sendo que G1 e G3 utilizaram o RACIP, e G2, o modelo de registro vigente; 4- *Feedback* e oportunidade da mesma aprendizagem para todos os grupos. Os vídeos dos atendimentos clínicos realizados pelos estudantes, pré e pós-treinamento, foram avaliados por uma banca constituída por três avaliadores, utilizando-se o instrumento AVACIP (avaliação de atendimento clínico integral à pessoa) levando-se em consideração cinco domínios: início da consulta; expectativas do paciente sobre a consulta; perspectiva do paciente sobre sua doença; comportamento e hábitos de vida; uso de propedêutica complementar e aliança terapêutica. **Resultado:** *score* total de atitudes positivas de cada grupo foi maior na FASE 3 em relação à 1 ($p=0,001$), mostrando que todas as estratégias promoveram a melhora das habilidades de comunicação, mas não houve diferença entre os grupos em cada fase ($p>0,310$). Quando os *scores* foram analisados por domínio, observou-se que o G3 apresentou um desempenho melhor do que os outros. **Conclusão:** O treinamento de habilidades em comunicação e o uso de modelo de registro específico para o atendimento melhoram o desempenho dos estudantes em relação ao atendimento clínico integral à pessoa.

ABSTRACT

The practice of comprehensive care to the person is a challenge faced by medical teachers, educational institutions and researchers, trying to help students to develop educational skills that synthesize knowledge, skills and attitudes for this clinical care model. The aim of this study was to evaluate the impact of communication skills training in the practice of clinical method of comprehensive care for the person, with or without the use of specific record for attendance. The study included 46 students from the 7th semester under graduating. A combination of educational strategies has been used to facilitate the acquisition of communication skills to comprehensive clinical care, such as modeling example, individual reflection, discussion, interactive lecture, simulated query and specific registration comprehensive clinical care to the person (RACIP). The study was divided into four PHASES: 1- Pre-training: clinical care filming in simulated environment, performed by all participants, using the current form model in the HC-UFGM; 2- Training: the students were divided into three groups: G1 undergoing unrelated to clinical care educational strategy; G2 and G3: undergoing training communication skills; 3- Evaluation: consultation filming in simulated environment, performed by all groups, and G1 and G3 used the RACIP and G2, the current form HC-UFGM; 4- Feedback and given the opportunity to all groups to have the same experience. Videos of clinical care provided by students, before and after training were evaluated by a panel consisting of three evaluators, using the AVACIP instrument (evaluation of comprehensive clinical care to the person) taking into account five dimensions: beginning consultation; patient expectations about the consultation; patient's perspective about their illness; behavior and lifestyle; use of complementary diagnostic tests and therapeutic alliance. Results: The total *score* of positive attitudes of each group was higher in phase 3 relative to 1 ($p = 0.001$), showing that all strategies improved communication skills, but no difference between the groups was observed in each phase ($p > 0,310$). When the *scores* were analyzed by dimensions, we observed that G3 showed a better performance than others. Conclusion: The communication skills training and the use of specific record model for the service improve student performance in relation to comprehensive clinical care to the person.

LISTA DE ABREVIATURAS

AP	Alexandre Pereira
AVACIP	Avaliação do Atendimento Clínico Integral à Pessoa
AUTO AVACIP	Autoavaliação baseada no AVACIP
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEGRAD	Centro de Graduação
COEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG
d.p	Desvio padrão
F(1, 2 e 3)	Fases do Estudo
FCS	Fatores Críticos de Sucesso
fi	Frequência observada de cada resposta para cada item
G(1, 2 e 3)	Grupos
HC	Hospital das Clínicas
JAM	Josemar de Almeida Moura
LABSIM	Laboratório de Simulação
Md	Mediana
MEV	Mudança de estilo de vida
MP	Média Ponderada
MV	Modelo de Registro Vigente no Hospital das Clínicas da UFMG
NS	Número de sujeitos
RACIP	Registro Médico de Atendimento Clínico Integral à Pessoa
RM	<i>Ranking</i> Médio
RMD	Rosa Malena Delbone
RSG	Rendimento Semestral Global
THC	Treinamento em Habilidades de Comunicação
TFS	Taciana de Figueiredo Soares
Vi	Valor de cada resposta
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: ANÁLISE DESCRITIVA DOS TRÊS GRUPOS DE ESTUDANTES QUE CONSTITUÍRAM O ESTUDO DE ACORDO COM IDADE, SEXO E RSG.	38
TABELA 2: AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DO SEXO, IDADE E RSG NO PERCENTUAL DE ATITUDES POSITIVAS NA FASE 1	39
TABELA 3: ÍNDICE DE ATITUDES POSITIVAS DOS ESTUDANTES NAS FASES 1 E 3 DO ESTUDO, CONSIDERANDO-SE OS CINCO DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO AVACIP, EM CONJUNTO E SEPARADAMENTE.....	44
TABELA 4: APRESENTAÇÃO DO PORCENTUAL MÉDIO DE ATITUDES POSITIVAS OBSERVADAS NOS TRÊS GRUPOS DE ESTUDANTES OBTIDO NA AUTOAVALIAÇÃO, POR MEIO DO INSTRUMENTO AUTO-AVACIP, CONSIDERANDO-SE OS CINCO DOMÍNIOS ESTUDADOS, SEPARADAMENTE E NO GERAL.	45
TABELA 5: PERCENTUAL DE ATITUDES POSITIVAS OBSERVADAS POR MEIO DA AUTOANÁLISE DO ESTUDANTE SOBRE O ATENDIMENTO CLÍNICO POR ELE REALIZADO (AUTO-AVACIP) COMPARADA COM A AVALIAÇÃO REALIZADA PELA BANCA DE AVALIADORES (AVACIP), CONSIDERANDO OS TRÊS GRUPOS DE ESTUDANTES.....	46

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS DE ACORDO COM A FASE DO ESTUDO, EM RELAÇÃO AO MODELO DE REGISTRO DE ATENDIMENTO CLÍNICO UTILIZADO E À EXPOSIÇÃO OU NÃO AO TREINAMENTO SOBRE ATENDIMENTO CLÍNICO INTEGRAL À PESSOA.	31
QUADRO 2: DEFINIÇÃO DOS DOMÍNIOS DE ESTUDO	33
QUADRO 3: APRESENTAÇÃO DOS 32 COMENTÁRIOS, OBTIDOS POR MEIO DE REGISTROS NO Q2, FEITOS POR ESTUDANTES QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO, RELATIVOS À ATIVIDADE EDUCACIONAL DE TREINAMENTO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA O ATENDIMENTO CLÍNICO.	52
QUADRO 4: APRESENTAÇÃO DOS 24 COMENTÁRIOS, OBTIDOS POR MEIO DE REGISTROS NO Q2, FEITOS POR ESTUDANTES QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO, RELATIVOS À RELEVÂNCIA DO TEMA ABORDADO NA ATIVIDADE EDUCACIONAL	53
QUADRO 5: APRESENTAÇÃO DE 22 COMENTÁRIOS LIVRES, OBTIDOS POR MEIO DE REGISTROS NO Q2, FEITOS POR ESTUDANTES QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO, RELATIVOS À ATIVIDADE EDUCACIONAL.....	54

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PERCENTUAL DE ATITUDES POSITIVAS DOS GRUPOS NAS FASES 1 E 3 DO ESTUDO, NO GERAL	40
GRÁFICO 2: PERCENTUAL DE ATITUDES POSITIVAS DOS GRUPOS NO DOMÍNIO I (INÍCIO DO ATENDI-	41
GRÁFICO 3: PERCENTUAL DE ATITUDES POSITIVAS DOS GRUPOS NO DOMÍNIO II (EXPECTATIVA DA.....	41
GRÁFICO 4: PERCENTUAL DE ATITUDES POSITIVAS DOS GRUPOS NO DOMÍNIO III (COMPORTAMENTO E	42
GRÁFICO 5: PERCENTUAL DE ATITUDES POSITIVAS DOS GRUPOS NO DOMÍNIO IV (UTILIZAÇÃO DE.....	42
GRÁFICO 6: PERCENTUAL DE ATITUDES POSITIVAS DOS GRUPOS NO DOMÍNIO V (AVALIAÇÃO,.....	43

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: O PROCESSO DO <i>MODELING EXAMPLE</i> (ADAPTADO DE KOLB, 1975).	22
FIGURA 2: FLUXOGRAMA DAS FASES METODOLÓGICAS DELINEADAS PARA O ESTUDO.	27

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	17
2- OBJETIVOS	24
2.1 – OBJETIVO GERAL	24
2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3- METODOLOGIA	25
3.1 – POPULAÇÃO	25
3.1.1 – RECRUTAMENTO DOS ESTUDANTES	25
3.1.2 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	25
3.1.3 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	26
3.2 – DELINEAMENTO DO ESTUDO	26
3.2.1 – FASE 1: PRÉ-TREINAMENTO.....	28
3.2.2 – FASE 2: TREINAMENTO.....	28
3.2.3 – FASE 3: PÓS-TREINAMENTO.....	30
3.2.4 – FASE 4: DISPONIBILIZAÇÃO DO TREINAMENTO.....	32
3.2.5 – FASE 5: AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL POR MEIO DA SATISFAÇÃO DO ESTUDANTE.....	32
3.3 – COLETA DE DADOS	32
3.3.1–ATENDIMENTO CLÍNICO EM CENÁRIO SIMULADO REALIZADO PELOS ESTUDANTES.....	32
3.3.2- MODELOS DE ATENDIMENTO CLÍNICO DEMONSTRADOS PELOS VÍDEOS 1 E 2, UTILIZADOS PARA O TREINAMENTO (<i>MODELING EXAMPLE</i>)	33
3.3.3- AUTOAVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES SOBRE O ATENDIMENTO PRATICADO.....	33
3.3.4- AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL POR MEIO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS ESTUDANTES COM O TREINAMENTO EM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO RECEBIDO.	33
3.4 – ANÁLISE DOS DADOS	34
3.4.1–ANÁLISE DO ATENDIMENTO CLÍNICO EM CENÁRIO SIMULADO REALIZADOS PELOS ESTUDANTES	34
3.4.2- ANÁLISE DOS VÍDEOS DE MODELOS DE ATENDIMENTO CLÍNICO (<i>MODELING EXAMPLE</i>)	35
3.4.3: ANÁLISE DA AUTOAVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES SOBRE O ATENDIMENTO CLÍNICO PRATICADO	35
3.4.4: AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL POR MEIO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS ESTUDANTES EM RELAÇÃO AO TREINAMENTO EM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO RECEBIDO.	35
3.5 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS	36
3.6- ANÁLISE ESTATÍSTICA	36

4- RESULTADOS	38
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA	38
4.2 – ANÁLISE DE ATITUDES POSITIVAS DOS ESTUDANTES, DURANTE A REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO EM CENÁRIO SIMULADO.....	38
4.2.1- AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DO SEXO, IDADE E RENDIMENTO SEMESTRAL GLOBAL NO ÍNDICE DE ATITUDES POSITIVAS DOS ESTUDANTES NA FASE 1 (PRÉ-TREINAMENTO) DO ESTUDO.....	38
4.2.2- ANÁLISE DO ÍNDICE DE ATITUDES POSITIVAS DOS ESTUDANTES NAS FASES 1 E 3 DO ESTUDO, CONSIDERANDO-SE OS CINCO DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO AVACIP EM CONJUNTO E, SEPARADAMENTE.	39
4.3 – ANÁLISE DAS ATITUDES POSITIVAS OBTIDAS NA AUTOAVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES POR MEIO DO INSTRUMENTO AUTO-AVACIP.	45
4.4 – AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS DE MODELING EXAMPLE SOBRE ATENDIMENTO CLÍNICO CENTRADO NA DOENÇA E ATENDIMENTO CLÍNICO INTEGRAL À PESSOA.	47
4.5 – AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL POR MEIO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS ESTUDANTES EM RELAÇÃO AO TREINAMENTO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO RECEBIDO.	48
4.5.1 – AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DOS DADOS	48
4.5.2 – AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS DADOS	51
5 – DISCUSSÃO	56
6- CONCLUSÕES	63
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
8-ANEXOS	73

1-INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente praticada atualmente vem sendo questionada tanto por profissionais quanto pela sociedade, e tem gerado intolerância, incompreensão e sofrimento das partes envolvidas. O médico tem certeza de que atende bem seu paciente, o paciente considera que o atendimento recebido foi inadequado; com isso, o sistema torna-se enfraquecido pela deficiência na condução do cuidado à população. O médico não estabelece tempo suficiente para ouvir atentamente o seu paciente, não permite a ampla participação desse ator na construção do relato e na formulação das hipóteses diagnósticas. Esse marcante descompasso impacta não só nessa relação como também na qualidade de vida da população, e corrobora para a elaboração de diagnósticos superficiais ou inexistentes, com eventual estabelecimento de uma propedêutica desnecessária, bem como da proposição de tratamento desnecessário, de baixa resolutividade ou mesmo deletério ao paciente. Tais efeitos resultam em comprometimento da relação custo-efetividade na saúde (PETROU et al. 2009; THRALL, 2009; PLEBANI, 2009; SWENSEN et al. 2010).

Investigações históricas mostram que o problema não é uma realidade nova. As relações vida-morte e saúde-doença estão presentes na vida do homem há milhares de anos. A Medicina originou-se das práticas mágicas e sacerdotais, uma vez que ambas visavam o mesmo fim: a defesa do indivíduo contra as forças do mal. Sob essa perspectiva, as técnicas da Medicina se traduziam em instrumentos utilizados para desvendar os efeitos pessoais ou coletivos causados pela dor, tornando-se impossível separar a Medicina das crenças e ideias religiosas que englobavam as concepções míticas em torno da cura (BOTELHO, 2004).

Na Grécia, Hipócrates pregava que a saúde e a doença eram resultados de todas as forças que atuavam sobre os organismos, sendo que o desequilíbrio em uma dessas forças resultaria em doença. Desta maneira, com a doença sendo abordada fora do domínio exclusivo das divindades, inaugurou-se a Medicina voltada para a materialidade do corpo (BOTELHO, 2004; FAGIONATO, 2007).

No século 19, com a industrialização impondo as linhas de montagem e a necessidade rápida de mão de obra, os corpos tornaram-se complementos das máquinas. Com a noção de que o corpo é uma máquina, a doença passa a ser vista, então, como uma alteração desta máquina e o médico, um restaurador da mesma. Dessa maneira a doença passa a ser tratada apenas como

um processo biológico (somático), ignorando o lado comportamental e psicossocial do indivíduo (ENGEL, 1957).

Essa nova visão do corpo alterou significativamente a formação do médico. Em 1910, o Relatório Flexner, nos Estados Unidos e na Europa, foi utilizado como instrumento para reorganizar as faculdades de Medicina. A metodologia acadêmica em torno dos valores da cura, mais do que nunca na História, valorizaria exclusivamente a Medicina ligada à técnica, aos laboratórios, desprezando os componentes sociais da doença (PAGLIOSA e ROS, 2008).

Essa linha metodológica chegou ao apogeu com Parsons (1969) ao sustentar que as enfermidades deveriam ser compreendidas como significantes de desvio social. A coesão social só poderia ser alcançada com o controle das doenças, mas sob a estreita supervisão do agente da Medicina - o médico. Essa foi a época de maior prestígio social do médico, que era considerado como o agente absoluto da saúde. As ordens médicas advindas da doutrina flexneriana são transmitidas de maneira impessoal e, nesse contexto, a demonstração de sentimentos, junto ao leito do enfermo, é interpretada como sinônimo de incompetência. A prática médica se torna “paternalista”, sendo os estudantes treinados a incentivar o paciente a relatar somente dados específicos em relação à doença. O método clínico refere-se à consulta como um interrogatório, não tendo o paciente a oportunidade de expressar suas opiniões e sentimentos em relação ao seu adoecimento (WESTON, 2001).

Na segunda metade do século XX, a propagação da ideia de que as pessoas podem ter doenças em comum, embora únicas quanto à forma como respondam a elas, apontou para a necessidade de que o atendimento clínico, a avaliação da doença e a percepção da pessoa sobre o seu problema fossem reconsideradas. Médicos pesquisadores passaram a reconhecer a importância da escuta atenta durante a consulta médica (BALINT, 1957; JAMES, 1958) e da integração dos dados biológicos, sociais e psicológicos ao processo clínico, levando à introdução de outras abordagens de tratamentos, contrários à tendência mecanicista, com a convicção de que nada pode substituir a relação médico-paciente humanizada (ENGEL et al. 1980).

Esse novo olhar sobre o atendimento clínico tem sido responsável por várias mudanças na educação médica, baseado na premissa de que os estudantes não devem ser incentivados somente a memorizar fatos sobre a doença transformando-se, assim, em “máquinas de cura”. Eles devem, também, compreender a domínio psicossocial da saúde e principalmente o papel

fundamental da empatia na arte de curar. Esse modelo de formação médica se fundamenta na educação baseada na comunidade e no cuidado centrado na pessoa (SIMPSON, 1991; LEUNG, 2002; DUFFY et al. 2004; VON FRAGSTEIN et al. 2008; SCHNABEL et al. 2011; BACHMANN et al. 2013; GARCIA de LEONARDO et al. 2016).

A mudança do atendimento clínico exige uma transformação no que diz respeito ao significado de ser médico e uma forma diferente de pensar sobre saúde e doença (LEUNG, 2002). Um dos maiores desafios para esse profissional é encontrar uma maneira apropriada e eficaz de compartilhar decisões com o paciente. Para muitos, entregar a gestão clínica para o paciente é uma abdicação de seu dever, pois eles acreditam ter a obrigação de prescrever o tratamento que possui as melhores evidências de benefício (WESTON, 2001).

Para que a mudança no atendimento clínico ocorra, os médicos precisam, ao invés de decidir sobre o tratamento apropriado, contribuir com seus conhecimentos de modo a envolver o paciente de tal forma, que este possa usar a experiência médica para tomar as suas próprias decisões em relação ao tratamento. Esse envolvimento é fundamental para a obtenção de melhores resultados no tratamento. Segundo Tuckett (1985), **a consulta é um encontro de especialistas, sendo o médico especialista na doença, e o paciente na sua própria experiência de adoecer e nas suas preferências.** Para que o sucesso terapêutico seja alcançado, é necessário que o médico, ao recomendar ao paciente um determinado tratamento, esclareça sobre sua importância, os resultados esperados e os potenciais riscos e efeitos colaterais, convidando-o a participar da decisão positiva ou negativa sobre a conduta proposta (MAUKSCH, 2008; BOISSY et al. 2016).

Nesse contexto, o método clínico centrado na pessoa enfatiza a escuta atenta do médico em relação à percepção única e diferenciada da experiência de adoecer do paciente (BALINT, 1957), abordando aspectos biopsicossociais (ENGEL, 1957) levando ao compartilhamento de decisões e responsabilidades entre médico e paciente (MEAD e BOWER, 2000; STEWART, 2001; TISCHLER et al. 2010).

O entendimento da pessoa em sua totalidade, envolvendo contexto social/familiar e aspectos psicológicos, melhora a relação médico-paciente levando ao compartilhamento de decisões e responsabilidades, valorização dos desejos do paciente e participação do sistema familiar, que podem modificar a experiência de doença do indivíduo. Neste contexto o médico deve ser apto

a perceber os dois aspectos da doença: científico e empírico (LOUIS-COURVOISIER e MAURON, 2002). Para que isso ocorra, é fundamental que a comunicação médico-paciente seja eficaz (STEWART, 1995).

Durante anos acreditou-se que a comunicação médico-paciente era adequada; entretanto, evidências têm demonstrado o contrário. Inúmeras reclamações decorrentes de falhas na comunicação médico-paciente sugerem a necessidade de buscar ferramentas que viabilizem melhorias nesta situação (STEWART, 1995; BOON, 1998).

A qualidade da comunicação médico-paciente e suas consequências no sucesso terapêutico tem sido alvo de pesquisas nas últimas décadas. Segundo *Kalamazoo Consensus Statement* (JOYCE et al. 2010) uma efetiva comunicação médico-paciente deve conter os seguintes elementos: (1) a construção da relação, (2) a abertura da discussão, (3) a coleta de informação, (4) a compreensão na perspectiva do paciente, (5) compartilhamento de informações, (6) concordância sobre os problemas e planos e, (7) desfecho. Estes resultados destacam a importância da utilização de técnicas de comunicação em consultas médicas e indicam a necessidade de fornecer treinamento dessas habilidades para os futuros médicos.

Depois de décadas de pesquisa em comunicação, que começaram em 1968 com Korsch e colaboradores, o treinamento de habilidades de comunicação ganhou atenção na educação médica. Em 1990, a habilidade de comunicação foi definida como uma das competências essenciais por parte do *American Board of Accreditation of Medical Education* e pelo *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* (DIELISSEN, 2012). Uma comunicação eficaz entre médicos, pacientes e famílias é essencial para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Reconhecendo isso, cada vez mais, o mundo ocidental tem tentado desenvolver e melhorar os currículos com vistas à adoção de formas mais eficazes de ensinar e avaliar habilidades de comunicação médica.

Veldhuijzen e colaboradores (2013), ao estudarem como as habilidades de comunicação podem melhor atender as necessidades e demandas da prática clínica, destacaram sete pontos que devem ser considerados com o intuito de aumentar a efetividade do treinamento de comunicação:

- 1- uma comunicação eficaz deve ter seus objetivos relacionados com uma situação específica;
- 2- diretrizes de comunicação ganham relevância quando os alunos podem praticar suas habilidades, em contextos clínicos significativos, com pacientes simulados e envolventes que representem adequadamente a população;
- 3- o ensino eficaz de habilidades de comunicação deve se basear em princípios construtivistas, voltados para a realidade e necessidade do aluno;
- 4- o treinamento e avaliação de comunicação médica não deve se concentrar apenas em competências, mas também nos significados que emergem da comunicação;
- 5- a tomada de decisão é mais do que um processo racional e analítico baseado em competências, envolve também afetividade e intuição;
- 6- utilização de ferramentas de comunicação, específica ao contexto, facilita a transferência de diretrizes para a prática clínica;
- 7- a qualidade das diretrizes de comunicação é a chave determinante para o sucesso de sua implantação na prática clínica; orientações que não atendem às necessidades do público-alvo não são levadas a sério e são ignoradas.

Várias estratégias são utilizadas para o treinamento de habilidades de comunicação: a informação escrita, palestras (ASPEGREN, 1999), discussão, *feedback*, *role play*, *role modeling*, pacientes simulados (CRUESS, 2008; PASSI, 2013; LANE e ROLLNICK, 2007; HAESLER et al. 2011; BERKHOF et al. 2011; BELL et al. 2014; SCHWELLER et al. 2014), auto reflexão (LIPSCOMB et al. 2004; HULSMAN et al. 2009), aprendizagem longitudinal (DAVIS e HARDEN, 2003), assim como o desenvolvimento de tecnologias de registro eletrônico (ASAN e MONTAGUE, 2012; WALD et al. 2014), recursos de áudio, vídeo, filmagem e a criação de modelos – *modeling example*, que estimulam o pensamento reflexivo (HOOPERHEIDE et al. 2014; SALMINEN et al. 2014).

Estudos vêm sendo realizados com o intuito de identificar a eficácia dessas estratégias de treinamento no ensino de habilidades de comunicação (BERKHOF et al. 2011; ZILL, 2014).

O uso de pacientes simulados é uma estratégia baseada em uma forma ativa de aprendizagem, que se mostra mais eficaz do que estratégias puramente teóricas (LANE e ROLLNICK, 2007; HAESLER et al. 2011; BOUTER et al. 2013; BELL et al. 2014).

O *modeling example* é uma estratégia instrucional utilizada para favorecer o processo de aprendizagem, em que exemplos modelos, visuais ou não, são elaborados para treinamento de determinadas habilidades, como por exemplo, de atendimento clínico. Podem-se elaborar exemplos de modelos corretos ou não, que usualmente contam com a participação do professor e são filmados, para posterior disponibilização para o aprendiz, de modo a estimular a reflexão dos alunos sobre o exemplo apresentado e sua própria prática. O aprendizado baseado em *modeling example* ocorre através da observação e reflexão, tornando consciente o inconsciente, o que leva a uma mudança comportamental (CRUESS, 2008; VAN GOG e RUMMEL, 2010; PASSI, 2013; HOOGERHEIDE et al. 2014) (Figura 1).

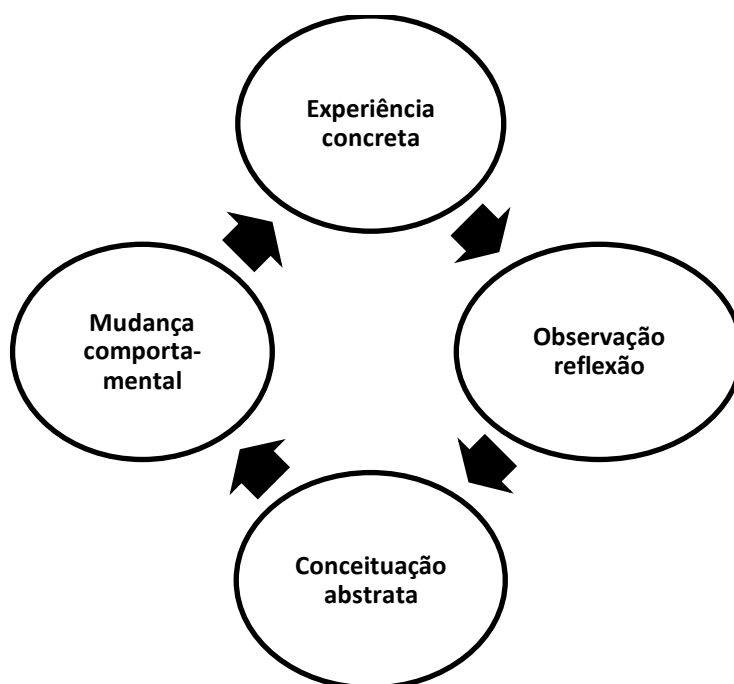


Figura 1: O processo do *modeling example* (adaptado de Kolb, 1975).

No geral, os atuais programas de formação que tem se mostrado eficazes em melhorar as habilidades de comunicação se caracterizam por serem centrados no aluno. Estratégias que utilizam pacientes simulados ou pacientes reais, *role play*, *modeling example*, seguidas de *feedback* (estruturado, direto ou por escrito), parecem ser estratégias bastante eficazes no treinamento de habilidades de comunicação (BERKHOF et al. 2011; PASSI, 2013).

No entanto, o treinamento de habilidades para o atendimento clínico deve considerar os ambientes clínicos específicos, bem como o nível de desenvolvimento do estudante. No contexto do atendimento clínico, além das estratégias de treinamento de habilidades de comunicação deve-se dar atenção, também, ao *modelo de registro do atendimento clínico* adotado, uma vez que este costuma guiar o aluno durante o atendimento. Na prática, percebe-se que adoção de modelos de atendimento que privilegiam o cuidado centrado na pessoa, baseados no guia de entrevista Calgary Cambridge (KURTZ et al. 1989), contrastam com o modelo de registro do atendimento clínico utilizado pelos alunos de medicina, totalmente voltado para os aspectos biomédicos do atendimento. Registros centrados na pessoa auxiliam na aquisição de competências relacionadas com o atendimento clínico integral à pessoa (KURTZ, 1996; DONNELLY, 2005; BALDUINO et al. 2012).

Nesse contexto, foi validado o modelo de registro do atendimento clínico proposto por DONNELLY (2005), para sua utilização para o português do Brasil (FRANÇA, 2015), que serviu de base para o desenvolvimento do modelo de **registro de atendimento clínico integral à pessoa** (RACIP), um dos produtos da dissertação de mestrado de FRANÇA (2014). A elaboração do RACIP teve como objetivo criar um formulário de registro que pudesse ser utilizado pelas escolas médicas brasileiras como um guia para a iniciação dos estudantes à prática do atendimento clínico. O modelo proposto une o modelo biomédico de atendimento ao modelo centrado na pessoa, considerando a premente necessidade de se estimular a aquisição e consolidar o aprendizado de habilidades de comunicação por parte dos nossos estudantes de medicina.

Considerando a relevância do tema e o fato de ainda não ser um consenso na literatura sobre a necessidade do uso de modelo de registro, este estudo tem como proposta avaliar o impacto do treinamento de habilidades de comunicação no atendimento clínico integral à pessoa, com ou sem a utilização de registro específico - RACIP.

2- OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral

- Avaliar o impacto do treinamento de habilidades de comunicação na prática do método de atendimento clínico integral à pessoa.

2.2 – Objetivos Específicos

- 2.1.1- Avaliar se o treinamento em habilidades de comunicação altera as atitudes dos estudantes na condução da consulta em ambiente simulado.
- 2.1.2- Avaliar se o uso do RACIP altera as atitudes dos estudantes na condução da consulta em ambiente simulado.
- 2.1.3- Avaliar a autopercepção do estudante sobre o atendimento clínico em cenário simulado.
- 2.1.4- Avaliar o grau de satisfação dos estudantes em relação à estratégia educacional utilizada.

3- METODOLOGIA

3.1 – População

A população alvo deste estudo foi constituída por alunos matriculados no 7º período do Curso de Medicina da UFMG. A escolha dos estudantes, nessa etapa da formação, justificou-se por se tratar de recém-egressos das disciplinas de semiologia, ainda com pouca experiência no atendimento clínico. De acordo com o desenho do estudo, a participação mínima ideal seria de 45 alunos, subdivididos em três grupos de 15 alunos.

3.1.1 – Recrutamento dos estudantes

Todos os 160 estudantes regularmente matriculados no 7º período do primeiro semestre de 2015 foram convidados a participar do estudo através de uma atividade geradora de créditos intitulada: “Treinamento em Habilidades de Comunicação (THC) para o atendimento clínico”. O convite foi feito por intermédio do Centro de Graduação (CEGRAD) e da Assessoria de Comunicação da Faculdade de Medicina, utilizando-se cartazes, mídia eletrônica e redes sociais. Dos 160 alunos convidados, 46 estudantes compareceram e participaram de todas as etapas do estudo.

Os estudantes foram identificados pelo número de matrícula na Universidade para garantir o sigilo das informações e classificados em relação ao sexo, idade e RSG (Rendimento Semestral Global), que foi fornecido pelo CEGRAD. O RSG corresponde à média ponderada do desempenho acadêmico do aluno em cada semestre. Para o cálculo do RSG, convertem-se os conceitos obtidos em cada atividade/disciplina em valores, observando-se a seguinte correspondência (A=5; B=4; C=3; D=2; E=1 e F=0). Em seguida eles foram pareados levando-se em consideração sexo, idade e RSG e separados em três grupos homogêneos.

3.1.2 – Critérios de inclusão

- Ser aluno regularmente matriculado no 7º Período do curso de Medicina da UFMG do primeiro semestre de 2015.
- Livre concordância do aluno em participar do estudo, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1).

3.1.3 – Critérios de exclusão

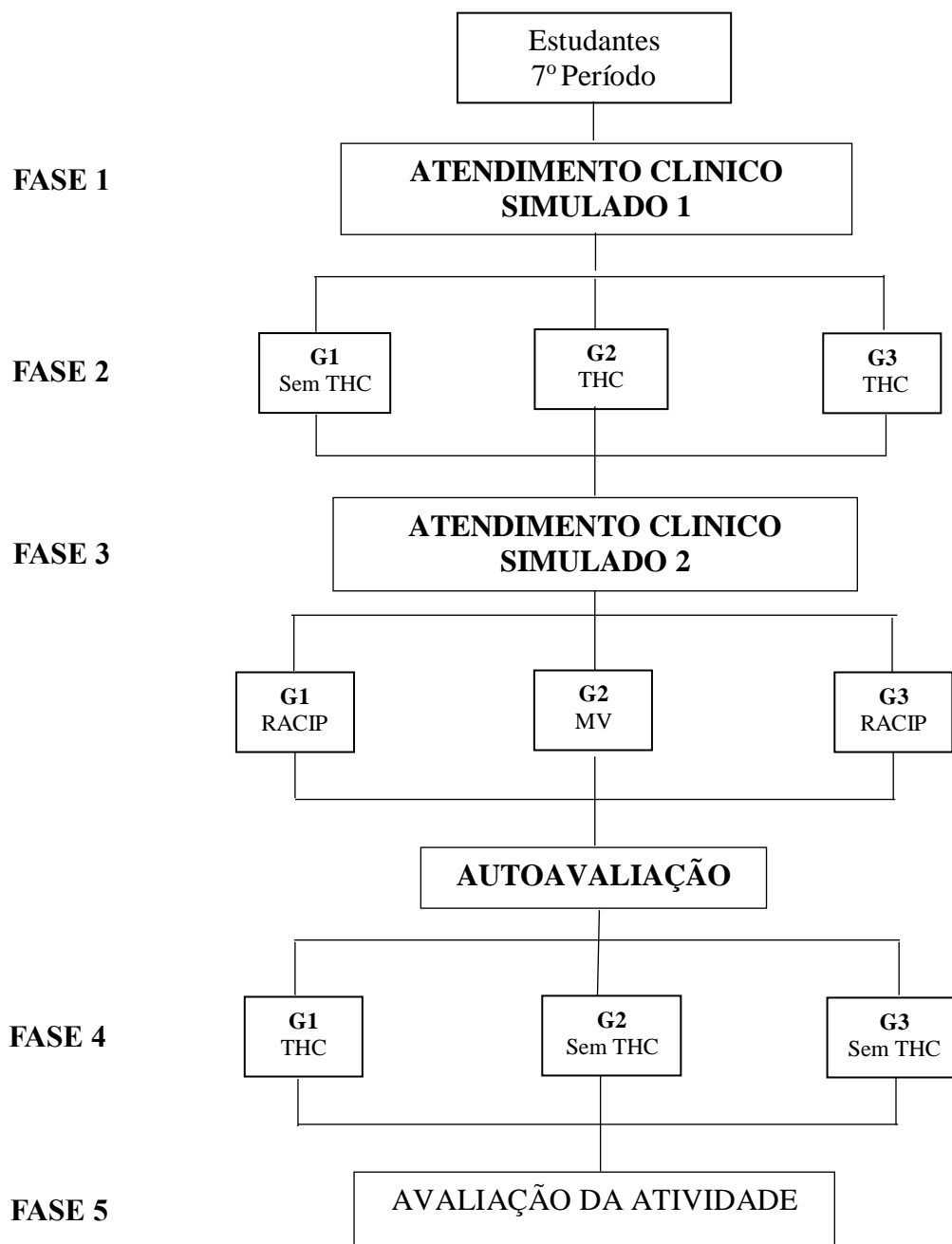
- Desistência do aluno em participar de qualquer fase do estudo.

3.2 – Delineamento do estudo

Trata-se de estudo experimental em educação médica, realizado no Laboratório de Habilidades de Comunicação alocado no Laboratório de Simulação da Faculdade de Medicina da UFMG (LabSim). O Laboratório de Habilidades de Comunicação foi especialmente construído e equipado nos anos de 2013 e 2014 para o desenvolvimento deste estudo, com recursos provenientes do Edital Pró-Ensino na Saúde CAPES 024/2010 (projeto Nº 1606/2011). Posteriormente, o laboratório foi incorporado para desenvolvimento de atividades curriculares dos cursos de graduação da Faculdade de Medicina da UFMG.

Para atuar no Laboratório de Comunicação o pesquisador (JAM) realizou treinamento formal para o ensino de Habilidades de Comunicação em cenário simulado no Laboratório de Treinamento de Habilidades Clínicas do Curso de Medicina UNIFENAS-BH, durante o ano de 2013, totalizando carga horária de 30 horas.

O estudo foi delineado em cinco fases sintetizadas na Figura 2 e descritas, detalhadamente, a seguir.



G1, G2 e G3: Grupos estudados; THC: Treinamento de Habilidades de Comunicação; RACIP: Registro de Atendimento Clínico Integral à Pessoa; MV: Modelo de registro vigente no Hospital das Clínicas da UFMG; Fases 1 a 5: fases do estudo.

Figura 2: Fluxograma das fases metodológicas delineadas para o estudo.

3.2.1 – FASE 1: Pré-treinamento

Todos os estudantes participantes do estudo, já subdivididos em três grupos de acordo com o RSG, o sexo e a idade, realizaram um atendimento clínico em ambiente simulado a pacientes simulados (atores profissionais).

Os pacientes simulados foram duas atrizes profissionais, de idades semelhantes (28 e 30 anos) e que interpretaram o mesmo *script*.

O atendimento clínico aconteceu, simultaneamente, em dois consultórios do Laboratório de Comunicação do LabSim e foi filmado. Teve duração padronizada em 10 minutos para todos os estudantes.

Os *scripts* elaborados pelos pesquisadores eram de fácil diagnóstico, o que facilitou o desenvolvimento da consulta pelos estudantes. Todos os estudantes foram dispensados de realizar o exame físico para este atendimento clínico. As orientações aos estudantes para a realização do atendimento, também padronizadas, encontravam-se por escrito sobre as mesas dos dois consultórios.

3.2.2 – FASE 2: Treinamento

Uma semana após a FASE 1, os três grupos de estudantes (G1, G2 e G3) realizaram as atividades descritas a seguir, em datas e horários simultâneos, assim distribuídos: G1 isolado e G2 junto com G3.

Grupo 1 (G1) – realizou uma atividade didática sob a coordenação de um professor colaborador (AP), que consistiu na exibição de um documentário sobre dependência química, seguida de discussão. Não houve para este grupo qualquer estímulo à reflexão sobre atendimento clínico. Duração da atividade: 2 horas

Grupo 2 (G2) e Grupo 3 (G3) – participaram de um treinamento em habilidade de comunicação para o atendimento clínico integral à pessoa (THC) baseado na estratégia educacional do *modeling example* (CRUESS, 2008; HOOGERHEIDE et al. 2014).

Reunidos em uma sala, sob a coordenação dos pesquisadores (JAM, TFS e RMD), foram instruídos a assistirem dois vídeos que demonstravam dois modelos distintos de atendimento clínico. Vídeo 1 – atendimento clínico centrado na doença. Vídeo 2 – atendimento clínico integral à pessoa. Após cada vídeo, os estudantes foram estimulados a refletir individualmente e responder, por escrito, a um questionário e, na sequência, debaterem em conjunto os aspectos positivos e negativos de ambos os atendimentos demonstrados. Após o segundo debate aconteceu uma exposição interativa sobre o tema como fechamento da atividade. Duração total da atividade: 2 horas.

Descrição das etapas do treinamento:

1ª. Projeção do vídeo 1 - *modeling example* de uma consulta médica utilizando-se o método clínico centrado na doença (modelo biomédico). Atuação: médico (JAM) e paciente simulado (RMD). Cenário: consultório médico do Laboratório de Habilidades de Comunicação do LabSim. *Script*: mulher insatisfeita com o ganho de peso. Duração: 10 minutos.

2ª. Reflexão e avaliação qualitativa escrita da consulta médica do vídeo 1, realizada pelos estudantes, individualmente, por meio de um questionário (Q1) de perguntas abertas (ANEXO 2). Duração: 5 minutos.

3ª. Debate entre os estudantes sobre a consulta médica do vídeo 1, sob a coordenação dos pesquisadores. Duração: 12 minutos.

4ª. Projeção do vídeo 2 – *modeling example* de uma consulta médica utilizando-se o método de atendimento clínico integral à pessoa. Atuação: médico (JAM) e paciente simulado (RMD). Cenário: consultório médico do Laboratório de Habilidades de Comunicação do LabSim. *Script*: o mesmo do vídeo 1 - mulher insatisfeita com o ganho de peso. Duração do vídeo: 10 minutos.

5ª. Reflexão e avaliação qualitativa escrita da consulta médica do vídeo 2, realizada pelos estudantes, individualmente, por meio de questionário (Q1) idêntico ao utilizado para o vídeo 1 (ANEXO 2). Duração: 5 minutos.

6^a. Debate entre os estudantes sobre a consulta médica do vídeo 2, sob a coordenação dos pesquisadores. Duração: 12 minutos

7^a. Fechamento – exposição interativa sobre a atividade de treinamento dos 32 estudantes do G2 e G3 foi finalizada com uma aula expositiva e interativa sobre atendimento clínico integral à pessoa, abordando-se técnicas de habilidades de comunicação. Duração: 40 minutos. Professor (JAM)

3.2.3 – FASE 3: Pós-treinamento

Uma semana após a FASE 2, todos os 46 estudantes participantes do estudo realizaram um novo atendimento clínico, em ambiente simulado, com pacientes simulados (as mesmas atrizes profissionais da FASE 1), previamente treinados por um *script* elaborado pelos pesquisadores.

O atendimento clínico aconteceu, simultaneamente, em dois consultórios do Laboratório de Comunicação do LabSim e foi filmado. Teve duração padronizada em 10 minutos para todos os estudantes.

O *script* elaborado pelos pesquisadores, a despeito de ter sido diferente daquele da FASE 1, também era de fácil diagnóstico, o que facilitou o desenvolvimento da consulta pelos estudantes. Todos os estudantes foram dispensados de realizar o exame físico para este atendimento clínico. As orientações aos estudantes para a realização do atendimento, também padronizadas, encontravam-se por escrito sobre as mesas dos dois consultórios.

Na FASE 3 o registro do atendimento clínico observou a seguinte distribuição:

- **G1:** utilizou o RACIP (ANEXO 3)
- **G2:** utilizou o modelo de formulário de registro de consulta vigente no Hospital das Clínicas da UFMG (MV) (ANEXO 4)
- **G3:** utilizou o RACIP

A caracterização dos grupos em relação ao modelo de registro do atendimento clínico utilizado e à exposição ou não ao treinamento sobre atendimento clínico integral à pessoa está sumarizada no Quadro 1.

Quadro 1: Caracterização dos grupos de acordo com a fase do estudo, em relação ao modelo de registro de atendimento clínico utilizado e à exposição ou não ao treinamento sobre atendimento clínico integral à pessoa.

Grupo	Fase 1		Fase 3	
	Modelo de registro	Treinamento	Modelo de registro	
G1 (n = 14)	Vigente	Não	RACIP	
G2 (n = 15)	Vigente	Sim	Vigente	
G3 (n = 17)	Vigente	Sim	RACIP	

Ao término do atendimento, os alunos responderam o instrumento de autoavaliação, denominado auto-AVACIP (instrumento de autoavaliação do Atendimento Clínico Integral à Pessoa) (FRANÇA, 2015), (ANEXO 5). A autoavaliação relacionou-se somente aos cinco domínios estudados, a saber:

- Início do atendimento clínico
- Expectativas da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento
- Comportamento e hábitos de vida
- Utilização de propedêutica complementar
- Avaliação, planejamento e aliança terapêutica.

Todos os atendimentos realizados nas FASES 1 e 3 foram filmados e, posteriormente, analisados por uma banca constituída por três avaliadores (JAM; TFS; RMD), de forma independente, sendo que os vídeos foram aleatórios, sem o conhecimento de qual fase ou grupo os estudantes pertenciam. Os avaliadores estavam capacitados em habilidades de comunicação para o atendimento clínico integral à pessoa. Utilizaram o Instrumento de Avaliação do Atendimento Clínico Integral à Pessoa (AVACIP) (FRANÇA, 2015), referente somente aos cinco domínios relacionados ao estudo, conforme descrito anteriormente (ANEXO 6).

Vale ressaltar que as duas atrizes participantes do estudo têm formação em teatro em nível universitário, atuam como pacientes simulados, e foram previamente treinados para a tarefa na tentativa de padronização das atitudes. Além disso, participaram deste estudo com rodízio entre os grupos e entre as fases do estudo para evitar viés nos resultados.

3.2.4 – FASE 4: Disponibilização do treinamento

Na semana seguinte à FASE 3, foi oferecida aos integrantes do G1 a possibilidade de participar do THC e aos integrantes do G2 e G3 a possibilidade de participar da atividade didática oferecida ao G1 (documentário sobre dependência química seguido de discussão) na FASE 2, como forma de propiciar as mesmas condições de aprendizado aos 46 estudantes integrantes do estudo, além de complemento da carga horária para a obtenção dos créditos da Atividade Geradora de Créditos.

3.2.5 – FASE 5: Avaliação da atividade educacional por meio da satisfação do estudante

Uma semana após a FASE 4, todos os estudantes receberam um *link* por e-mail para acessar um Questionário de Satisfação (Q2) em relação ao treinamento em habilidades de comunicação para o atendimento clínico integral à pessoa (ANEXO 7). Este questionário foi elaborado pelos pesquisadores na plataforma Google Forms^(R) e disponibilizado no Google Drive^(R).

3.3 – Coleta de dados

3.3.1–Atendimento clínico em cenário simulado realizado pelos estudantes

Todos os atendimentos realizados nas Fases 1 e 3 foram filmados e, posteriormente analisados pela banca de avaliadores, utilizando o instrumento AVACIP (FRANÇA, 2015) que contém 24 itens distribuídos em cinco domínios (QUADRO 2), que avaliam variáveis categóricas classificadas em escalas nominais (sim=1 e não=0) e variáveis de medida em escalas intervalares de cinco pontos do tipo *Likert*. A cada item foi atribuído um número que reflete a direção da atitude positiva do aluno (variando do 1= nada a 5= muito).

Quadro 2: Definição dos domínios de estudo

Domínio	Denominação	Nº de indicadores
I	Início do atendimento	5
II	Expectativas da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento	4
III	Comportamento e hábitos de vida	2
IV	Utilização de propeidêutica complementar	5
V	Avaliação, planejamento e aliança terapêutica	8
Total		24

3.3.2- Modelos de atendimento clínico demonstrados pelos vídeos 1 e 2, utilizados para o Treinamento (*modeling example*)

Os estudantes que realizaram o treinamento em habilidades de comunicação para o atendimento clínico integral à pessoa, responderam, após cada vídeo, um questionário com perguntas abertas (Q1).

3.3.3- Autoavaliação dos estudantes sobre o atendimento praticado

Os estudantes participantes da pesquisa, responderam, após o término da FASE 3, um formulário questionário de autoavaliação – auto-AVACIP, baseado nos mesmos 24 quesitos dos cinco domínios.

3.3.4- Avaliação da atividade educacional por meio do grau de satisfação dos estudantes com o treinamento em habilidades de comunicação recebido.

Um questionário (Q2) elaborado pelos pesquisadores e disponibilizado *on line* na plataforma Google Drive^(R), durante uma semana, foi utilizado pelos alunos para manifestarem suas considerações sobre o treinamento oportunizado. Esse instrumento continha 18 quesitos divididos em Fatores Críticos de Sucesso (FCS) (ROCKART, 1981) de acordo com os temas abordados, a saber:

FCS-1: itens gerais do treinamento (6 quesitos); FCS-2: instrutor (6 quesitos) e FCS-3: aluno (5 quesitos) e 1 quesito para pontuação geral do treinamento. As questões abordaram os seguintes tópicos relacionados à atividade ofertada:

- organização geral;
- relevância do tema;

- carga horária;
- estrutura física;
- equipamentos utilizados;
- equipe de apoio;
- competência técnica do tutor;
- ambiência de aprendizado;
- conhecimento prévio do assunto;
- ampliação do conhecimento pela atividade;
- relevância prática do assunto.

Os itens continham respostas que foram discriminadas numa escala *Likert* com variação de um a quatro (sendo, 1= ruim e 4 = ótimo; 1= vago e 4= amplo e 1= nada e 4= tudo), respostas dicotômicas (sim e não) e uma questão para pontuar a estratégia metodológica (com escala de 1 a 10).

3.4 – Análise dos dados

3.4.1–Análise do atendimento clínico em cenário simulado realizados pelos estudantes

Os 92 filmes dos atendimentos clínicos realizados pelos estudantes, em ambiente simulado, nas FASES 1 e 3 do estudo, foram avaliados por uma banca composta de três avaliadores, utilizando como instrumento de avaliação o AVACIP. Os filmes foram vistos em conjunto, para garantia de detalhes técnicos e esclarecimento de dúvidas, porém as avaliações foram individuais.

Para cada item da escala *Likert*, foi atribuído um número que reflete a direção da atitude positiva do aluno (variando do 1= nada a 5= muito). Foram consideradas como atitudes positivas aquelas que receberam pontuação 4 ou 5 de pelo menos dois dos avaliadores.

Para a análise estatística, cada atitude positiva recebeu o *score* 1 e, em contraponto, a ausência de atitude positiva recebeu o *score* 0. A frequência de atitudes positivas foi analisada por domínio e no geral. A porcentagem de atitudes positivas por domínio foi obtida somando-se os *scores* de cada item do domínio dividido pelo número de itens e multiplicado por 100. O

cálculo do percentual de atitudes positivas no geral foi realizado considerando-se o número de atitudes positivas dividido por 24 x 100.

3.4.2- Análise dos vídeos de modelos de atendimento clínico (*modeling example*)

O conteúdo dos questionários abertos respondidos pelos alunos, sobre os modelos de atendimento clínico observados no *modeling example*, foi analisado utilizando-se a técnica de análise do conteúdo, seguindo as seguintes etapas (CAREGNATO & MUTTI, 2006):

- a) leitura flutuante: refere-se a uma leitura sistemática dos textos, que permitiu o conhecimento de todo conteúdo dos questionários;
- b) codificação: o processo pelo qual os dados brutos dos textos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades (palavras e/ou frases) que permitem atingir uma representação do conteúdo;
- c) enumeração: distinção entre as unidades de registro levando-se em consideração a frequência;
- d) interpretação: qualitativa e quantitativa dos dados trabalhados dentro do contexto;

3.4.3- Análise da autoavaliação dos estudantes sobre o atendimento clínico praticado

A análise do auto-AVACIP foi realizada levando-se em consideração os mesmos parâmetros observados na análise do AVACIP, descritos no item 3.4.1.

3.4.4- Avaliação da atividade educacional por meio do grau de satisfação dos estudantes em relação ao treinamento em habilidades de comunicação recebido.

O questionário foi utilizado para permitir uma análise quantitativa e qualitativa do nível de satisfação dos estudantes em relação à atividade realizada, bem como colheu sugestões para estratégias futuras. Na análise qualitativa optou-se pela utilização da técnica de análise do conteúdo (CAREGNATO & MUTTI, 2006), descrita no ítem 3.4.2.

A análise das questões de escala de *Likert* baseou-se no cálculo do *Ranking Médio* (RM) proposto por Oliveira (2005), para avaliar o nível de satisfação. A partir dos valores pontuados

em cada escala foi calculada a média ponderada para cada item, baseando-se na frequência das respostas. Desta forma foi obtido o RM através da seguinte fórmula:

$$\text{Média Ponderada (MP)} = \sum (f_i \cdot V_i)$$

$$\text{Ranking Médio (RM)} = \text{MP}/(\text{NS})$$

f_i = frequência observada de cada resposta para cada item

V_i = valor de cada resposta

NS = n° de sujeitos

Quanto mais próximo de quatro esteve o RM, maior foi o nível de satisfação dos estudantes; por outro lado, quanto mais próximo de um esteve o RM, menor foi o nível de satisfação.

Os quesitos dos FSC-1 e FSC-2 foram utilizados para avaliar a satisfação total do aluno em relação à atividade. Como cada item foi avaliado com pontuação 1 a 4, o valor máximo da satisfação total com o curso foi estabelecido como sendo 48.

3.5 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG com o número CAAE 03896812.4.0000.5149 (ANEXO 12).

3.6- Análise Estatística

3.6.1- Estatísticas descritivas

Neste estudo foram apresentadas as medidas descritivas mínimo, máximo, mediana, média e desvio-padrão (d.p.), além de percentuais como medidas para descrever os resultados das variáveis (sexo, idade, RSG, atitudes positivas) estudadas (JOHNSON & BHATTACHARYYA, 1986).

3.6.2- Testes estatísticos

Todos os testes foram realizados utilizando-se o SPSS 17.0 for Windows.3.7.2, sendo que:

- O teste Mann-Whitney foi utilizado para comparar a influência do sexo no percentual de atitudes positivas na FASE 1, em cada um dos domínios e no geral dos grupos estudados;
- A Correlação de Spearman foi utilizada para medir a influência da idade e RSG no percentual de atitudes positivas na FASE 1, em cada domínio e no geral;
- O teste Kruskal-Wallis foi usado para comparar o percentual de atitudes positivas no geral e por domínio entre os três grupos, nas FASES 1 e 3;
- O teste Wilcoxon comparou o percentual de atitudes positivas no geral e por domínio de cada grupo, nas FASES 1 e 3.

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

4- RESULTADOS

4.1 – Caracterização da amostra estudada

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos 46 estudantes participantes do estudo quanto à idade, sexo e RSG. Desses, 54,3% eram do sexo feminino e 45,7% do sexo masculino, com a idade média de $22,9 \pm 2,1$ anos, e RSG médio de $3,6 \pm 0,5$ pontos (em uma escala que varia de 0 a 5) (TABELA 1).

Tabela 1: Análise descritiva dos três grupos de estudantes que constituíram o estudo de acordo com idade, sexo e RSG.

Variáveis	Grupos			Geral	
	1 (n = 14)	2 (n = 15)	3 (n = 17)		
Idade	$22,5 \pm 2$	$23,1 \pm 1,5$	$23,1 \pm 2,7$	$22,9 \pm 2,1$	
Sexo	Feminino	8 (57,1%)	8 (53,3%)	9 (52,9%)	25 (54,3%)
	Masculino	6 (42,9%)	7 (46,7%)	8 (47,1%)	21 (45,7%)
RSG	$3,5 \pm 0,7$	$3,6 \pm 0,5$	$3,6 \pm 0,4$	$3,6 \pm 0,5$	

Nota: - os valores apresentados para idade e RSG referem-se à média \pm desvio-padrão e à mediana (Md) e, para sexo, refere-se ao número absoluto e relativo.

4.2 – Análise de atitudes positivas dos estudantes, durante a realização do atendimento clínico em cenário simulado.

4.2.1- Avaliação da influência do sexo, idade e RSG no índice de atitudes positivas dos estudantes na FASE 1 (pré-treinamento) do estudo.

Quando analisada a presença de atitudes positivas em relação aos cinco domínios (no geral) avaliados pelo instrumento AVACIP em conjunto, observou-se que o sexo feminino apresentou um percentual de atitudes positivas semelhante ao apresentado pelo sexo masculino (mediana 25 e 20,8 respectivamente, $p=0,236$). Quando analisada a presença de atitudes positivas em relação aos cinco domínios separadamente, não foi observada diferença estatisticamente significativa para nenhuma das variáveis, exceto para o domínio II (expectativa da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento médico), em que o índice de atitudes positivas observado nos estudantes do sexo feminino (mediana=0; Q1=0 e

Q3=25) foi superior ao observado no sexo masculino (mediana=0; Q1=0 e Q3=0) (p=0,035). (Em F3: p= 0,921, F=M).

As variáveis idade e RSG não apresentaram associação com a porcentagem de atitudes positivas observadas no geral e em cada domínio separadamente. Esses resultados estão demonstrados na TABELA 2.

Tabela 2: Avaliação da influência do sexo, idade e RSG no percentual de atitudes positivas na FASE 1 (Pré-treinamento) do estudo, considerando-se cada um dos cinco domínios do instrumento AVACIP em separado e no geral.

Variável	Sexo		p*	Idade CS (p*)	RSG CS (p*)
	Feminino Md (Q1;Q3)	Masculino Md (Q1;Q3)			
Geral	25,0 (18,8;31,3)	20,8(14,6; 27,1)	0,236	-0,08 (0,599)	0,17 (0,266)
Domínio I	60,0 (60,0; 80,0)	60,0 (40,0; 80,0)	0,769	-0,05 (0,735)	0,05 (0,750)
Domínio II	0,0 (0,0; 25,0)	0,0 (0,0; 0,0)	0,035	0,14 (0,343)	0,11 (0,477)
Domínio III	0,0 (0,0; 0,0)	0,0 (0,0; 0,0)	0,500	-0,31 (0,035)	0,16 (0,303)
Domínio IV	40,0 (40,0; 60,0)	40,0 (20,0; 60,0)	0,376	-0,1 (0,494)	0,07 (0,640)
Domínio V	0,0 (0,0; 0,0)	0,0 (0,0; 0,0)	0,474	0,02 (0,908)	-0,06 (0,694)

Nota: - a probabilidade de significância (p) para a comparação do sexo refere-se ao teste Mann-Whitney (*)
- os valores apresentados para idade e RSG referem-se ao coeficiente de correlação de Spearman (CS) com cada variável e entre parêntesis o valor de p.

Domínio I: Início do atendimento

Domínio II: Expectativas da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento

Domínio III: Comportamento e hábitos de vida

Domínio IV: Utilização de propedêutica complementar

Domínio V: Avaliação, planejamento e aliança terapêutica

4.2.2- Análise do índice de atitudes positivas dos estudantes nas FASES 1 e 3 do estudo, considerando-se os cinco domínios do instrumento AVACIP no geral e, separadamente.

O índice de atitudes positivas, no geral, dos grupos de estudantes na FASE 1 foram: G1: mediana=21 (Q1=13 e Q3=26); G2: mediana=25 (Q1=17 e Q3=29) e na FASE 3 foram: G1: mediana=23 (Q1=24 e Q3=49); G2: mediana=33 (Q1=29 e Q3=50); G3: mediana=46 (Q1=38

e Q3=54). Não houve diferença significativa entre os grupos quando analisada cada FASE separadamente (FASE 1: $p=0,192$ e FASE 3: $p=0,080$ - teste Kruskal-Wallis).

Em contrapartida, um aumento significativo do percentual de atitudes positivas foi observado dentro de cada grupo (G1 $p=0,012$; G2 $p=0,001$ e G3 $p=0,001$ – Teste Wilcoxon), quando comparadas as FASES 1 e 3 (GRÁFICO 1) (TABELA 3).

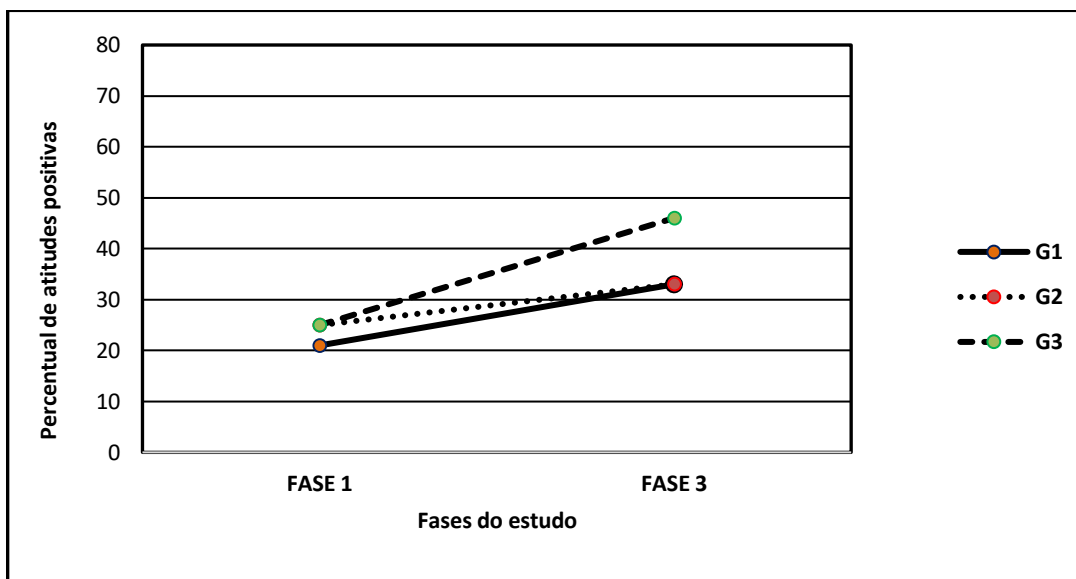


Gráfico 1: Percentual de atitudes positivas dos grupos nas fases 1 e 3 do estudo, no geral
G1, G2 e G3: $F1 < F3$ ($p < 0,05$ - teste Wilcoxon)

Foram analisadas as atitudes positivas dos alunos em relação ao atendimento clínico integral à pessoa, levando-se em consideração cinco domínios do instrumento AVACIP relacionados ao cuidado centrado na pessoa.

Em relação ao domínio I, que corresponde à abordagem inicial do paciente, observou-se que o G3 (treinamento e uso do RACIP) foi o grupo que apresentou significativa elevação dos percentuais de atitudes positivas na FASE 3 em relação à FASE 1 ($p=0,035$) (GRÁFICO 2) (TABELA 3).

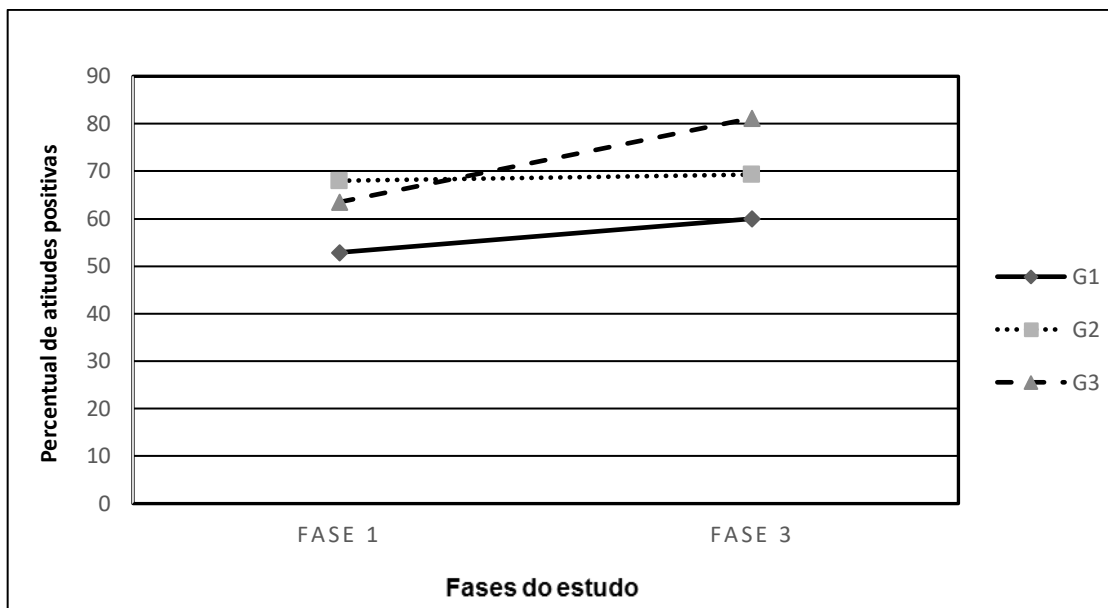


Gráfico 2: Percentual de atitudes positivas dos grupos no domínio I (Início do atendimento) nas fases 1 e 3 do estudo.

G3: $F1 < F3$ ($p < 0,05$ - teste Wilcoxon); G1 e G2: $F1 = F3$

Em relação ao domínio II, que corresponde à capacidade do aluno de abordar as expectativas da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento médico, observou-se que os grupos G2 (treinamento e uso do registro vigente) e G3 (treinamento e uso do RACIP) apresentaram significativa elevação dos percentuais de atitudes positivas na FASE 3 em relação à FASE 1 ($p = 0,011$ e $0,03$, respectivamente) (GRÁFICO 3) (TABELA 3).

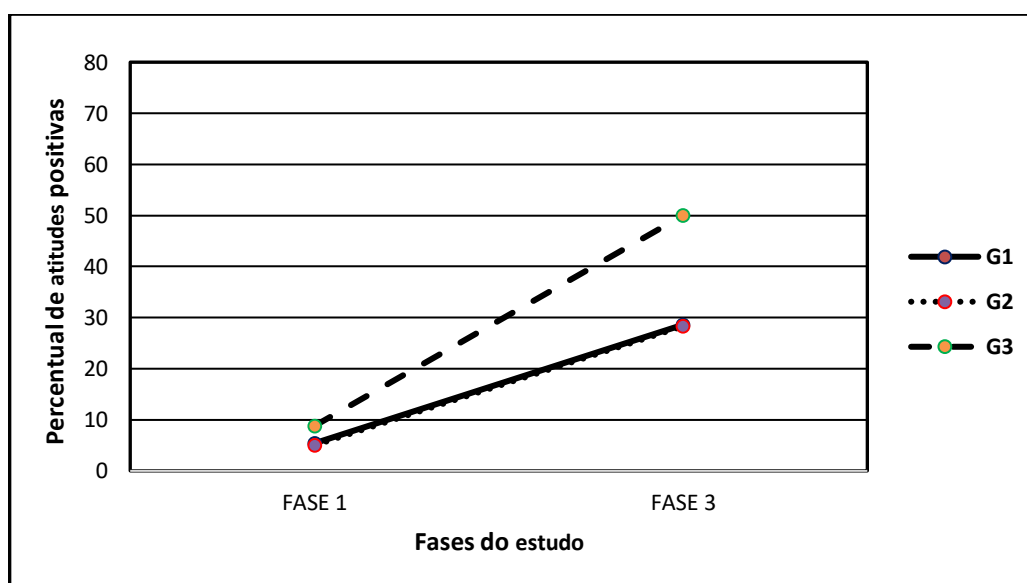


Gráfico 3: Percentual de atitudes positivas dos grupos no domínio II (Expectativa da pessoa frente ao atendimento e em relação ao atendimento médico) nas fases 1 e 3 do estudo.

G2, G3: $F1 < F3$ ($p < 0,05$ - teste Wilcoxon); G1: $F1 = F3$

Em relação ao domínio III, que corresponde à capacidade de obter dados referentes ao comportamento e hábitos de vida dos pacientes, somente o G1 (não treinado e uso do RACIP) apresentou melhora significativa na FASE 3 em relação à FASE 1 ($p=0,005$) (GRÁFICO 4) (TABELA 3).

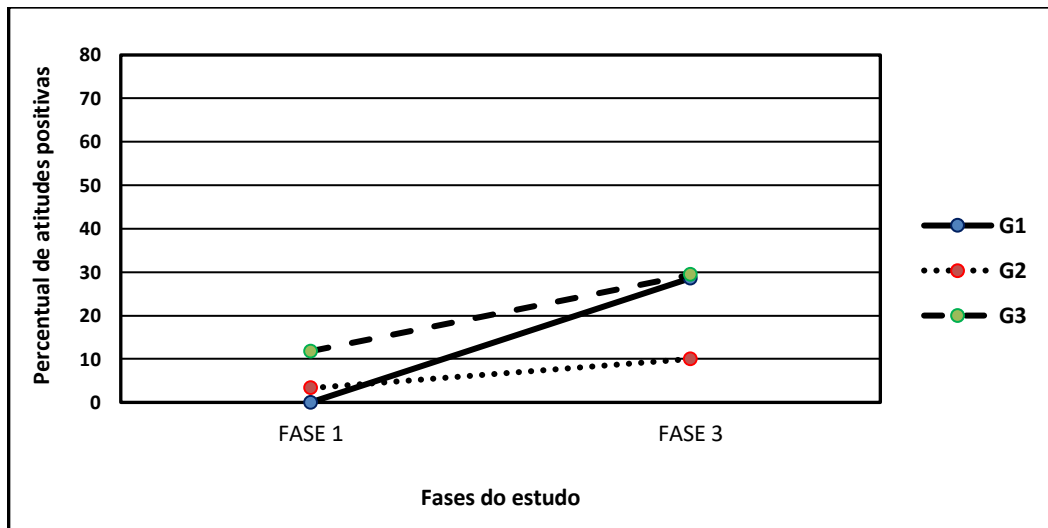


Gráfico 4: Percentual de atitudes positivas dos grupos no domínio III (Comportamento e hábitos de vida) nas fases 1 e 3 do estudo.

G1: $F1 < F3$ ($p < 0,05$ - teste Wilcoxon); G2, G3: $F1 = F3$

Em relação ao domínio IV, que corresponde à utilização de propedêutica complementar, os grupos G2 (treinamento e uso do registro vigente) e G3 (treinamento e uso do RACIP) apresentaram significativa elevação dos percentuais de atitudes positivas na FASE 3 em relação à FASE 1 ($p=0,03$ e $0,011$, respectivamente) (GRÁFICO 5) (TABELA 3).

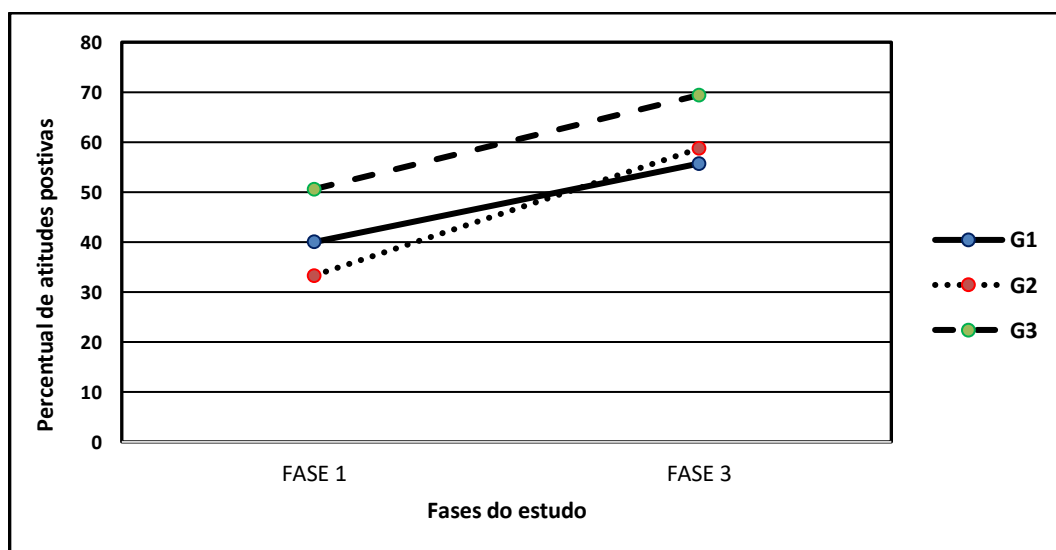


Gráfico 5: Percentual de atitudes positivas dos grupos no domínio IV (Utilização de propedêutica complementar) nas fases 1 e 3 do estudo.

G2, G3: $F1 < F3$ ($p < 0,05$ - teste Wilcoxon); G1: $F1 = F3$

Em relação ao domínio V, que corresponde à capacidade de construir uma aliança terapêutica e checar o entendimento do paciente sobre a consulta, novamente os grupos G2 (treinamento e uso do registro vigente) e G3 (treinamento e uso do RACIP) apresentaram significativa elevação dos percentuais de atitudes positivas. Esses resultados estão demonstrados na Tabela 3 ($p=0,042$ e $0,011$, respectivamente) (TABELA 3) (GRÁFICO 6).

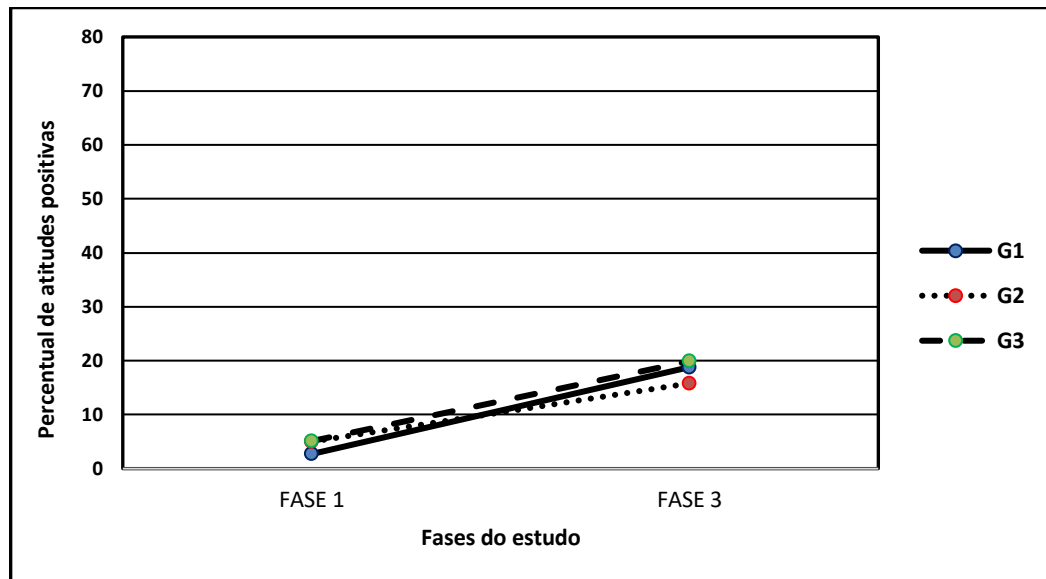


Gráfico 6: Percentual de atitudes positivas dos grupos no domínio V (Avaliação, planejamento e aliança terapêutica) nas fases 1 e 3 do estudo.
G2, G3: $F1 < F3$ ($p < 0,05$ - teste Wilcoxon); G1: $F1 = F3$

A Tabela 3 resume todos os dados expostos anteriormente.

Tabela 3: Índice de comportamento positivo dos estudantes nas FASES 1 e 3 do estudo, considerando-se os cinco domínios do instrumento AVACIP, em conjunto e separadamente.

Domínios	G1 (n=14)		p**	G2 (n=15)		p**	G3 (n=17)		p**	Intergrupos p*
	FASE 1 Md (Q1;Q3)	FASE 3 Md (Q1;Q3)		FASE 1 Md (Q1;Q3)	FASE 3 Md (Q1;Q3)		FASE 1 Md (Q1;Q3)	FASE 3 Md (Q1;Q3)		
I	60(40,0; 65,0)	80(40; 80)	0,29	80(60; 80)	60(60; 80)	0,791	60(50; 80)	80(60; 100)	0,013	F1: 0,136 (G1=G2=G3) F3: 0,035 (G1=G2)<G3
II	0(0; 0)	25(0; 50)	0,051	0(0; 0)	25(0; 50)	0,011	0(0; 25)	50(25; 75)	0,003	F1: 0,708 (G1=G2=G3) F3: 0,083 (G1=G2=G3)
III	0(0; 0)	50(0; 50)	0,005	0(0; 0)	0(0; 0)	0,317	0(0; 25)	50(0; 50)	0,083	F1: 0,096 (G1=G2=G3) F3: 0,082 (G1=G2=G3)
IV	40(20; 60)	60(40; 65)	0,056	40(20; 60)	60(40; 80)	0,003	40(40; 60)	80(60; 80)	0,011	F1: 0,114 (G1=G2=G3) F3: 0,133 (G1=G2=G3)
V	0(0; 0)	6,3(0; 28,1)	0,065	0(0; 0)	0(0; 25)	0,042	0(0; 0)	0(0; 31,3)	0,011	F1: 0,993 (G1=G2=G3) F3: 0,746 (G1=G2=G3)
Geral	21(13; 26)	33 (24; 49)	0,012	25(17; 29)	33(29; 50)	0,001	25(21; 29)	46(38; 54)	0,001	F1: 0,192 (G1=G2=G3) F3: 0,080 (G1=G2=G3)

Nota: - a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Kruskal-Wallis (*): comparação dos grupos em cada fase e ao teste de Wilcoxon (**): comparação das fases em cada grupo
- os valores apresentados referem-se à mediana (Md) e entre parênteses a distância interquartilica (Q1;Q3)

Domínio I: Início do atendimento

Domínio II: Expectativas da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento

Domínio III: Comportamento e hábitos de vida

Domínio IV: Utilização de propedêutica complementar

Domínio V: Avaliação, planejamento e aliança terapêutica

4.3 – Análise das atitudes positivas obtidas na autoavaliação dos estudantes por meio do instrumento auto-AVACIP.

Como pode ser observado na TABELA 4, não foram observadas diferenças significativas entre os três grupos de estudantes, tanto na análise dos cinco domínios do instrumento auto-AVACIP separadamente, quanto no geral.

Tabela 4: Apresentação do percentual médio de atitudes positivas observadas nos três grupos de estudantes obtido na autoavaliação, por meio do instrumento AUTO-AVACIP, considerando-se os cinco domínios estudados, separadamente e no geral.

Domínios	Grupos			Geral	p
	1 (n = 14)	2 (n = 15)	3 (n = 17)		
I	75,0 ± 12,6	74,4 ± 13,9	79,4 ± 16,2	76,4 ± 14,3	0,569
II	65,7 ± 26,5	70,7 ± 23,7	61,2 ± 27,8	65,7 ± 25,9	0,595
III	50,0 ± 31	33,3 ± 27,8	47,1 ± 32,9	43,5 ± 30,9	0,298
IV	46,4 ± 23,7	65,5 ± 25,6	52,9 ± 17,9	55,1 ± 23,3	0,075
V	21,4 ± 25,5	34,4 ± 23,3	28,4 ± 19,8	28,3 ± 22,9	0,316
GERAL	45,9 ± 18,2	52,7 ± 16,2	49,4 ± 15,3	49,4 ± 16,4	0,542

Nota: - a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste da análise de variância.
 - Os valores apresentados referem-se à média ± desvio-padrão e à mediana (Md)
 Domínio I: Início do atendimento
 Domínio II: Expectativas da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento
 Domínio III: Comportamento e hábitos de vida
 Domínio IV: Utilização de propedêutica complementar
 Domínio V: Avaliação, planejamento e aliança terapêutica

Entretanto houve diferença significativa ($p=0,01$) no percentual de atitudes positivas, no geral, comparando-se a autoavaliação do estudante com a avaliação feita pela banca. Em todos os grupos, as médias percentuais das atitudes positivas relatadas pelos alunos foram maiores do que o observado pela banca de avaliadores, (estatisticamente significativa em 50% dos casos), exceto no domínio IV (Utilização de propedêutica complementar), em que o G3 obteve média menor na autoavaliação ($p=0,009$) (TABELA 5).

Tabela 5: Percentual de atitudes positivas observadas por meio da autoanálise do estudante sobre o atendimento clínico por ele realizado (AUTO-AVACIP) comparada com a avaliação realizada pela banca de avaliadores (AVACIP), considerando os três grupos de estudantes.

Domínios	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	Autoavaliação Md (Q1; Q3)	Avaliação Md (Q1; Q3)	p	Autoavaliação Md (Q1; Q3)	Avaliação Md (Q1; Q3)	p	Autoavaliação Md (Q1; Q3)	Avaliação Md (Q1; Q3)	p
Geral	45,5 (30,3; 56,0)	33,3 (24,0; 49,0)	0,177	54,5 (36,4; 63,6)	33,3 (29,2; 50,0)	0,011	48,5 (42,4; 59,1)	45,8 (37,5; 54,2)	0,723
I	75,0 (66,7; 83,3)	60,0 (40,0; 80,0)	0,008	83,3 (66,7; 83,3)	60,0 (60,0; 80,0)	0,001	83,0 (66,7; 83,3)	80,0 (60,0; 100,0)	0,856
II	80,0 (40,0; 80,0)	25,0 (0,0; 50,0)	0,009	60,0 (60,0; 100,0)	25,0 (0,0; 50,0)	0,025	60,0 (50,0; 80,0)	50,0 (25,0; 75,0)	0,244
III	50,0 (25,0; 75,0)	50,0 (0,0; 50,0)	0,030	25,0 (25,0; 50,0)	0,0 (0,0; 0,0)	0,649	50,0 (25,0; 75,0)	50,0 (0,0; 50,0)	0,061
IV	50,0 (29,2; 66,7)	60,0 (40,0; 65,0)	0,176	66,7 (50,0; 83,3)	60,0 (40,0; 80,0)	0,033	50,0 (33,3; 66,7)	80,0 (60,0; 80,0)	0,009
V	8,0 (0,0; 43,8)	6,3 (0,0; 28,1)	0,655	41,7 (8,3; 50,0)	0,0 (0,0; 25,0)	0,011	25,0 (16,7; 41,7)	0,0 (0,0; 31,3)	0,234

Nota: - a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Wilcoxon; E: Estudantes; A: Avaliadores;
- os valores apresentados referem-se à mediana (Md) e entre parênteses a distância interquartilica (Q1;Q3)

Domínio I: Início do atendimento

Domínio II: Expectativas da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento

Domínio III: Comportamento e hábitos de vida

Domínio IV: Utilização de propedêutica complementar

Domínio V: Avaliação, planejamento e aliança terapêutica

4.4 – Avaliação dos vídeos de *modeling example* sobre atendimento clínico centrado na doença e atendimento clínico integral à pessoa.

Por meio da análise de conteúdo realizada no questionário aplicado aos alunos sobre os pontos positivos e aqueles que poderiam ser melhorados em relação aos modelos de atendimento clínico, centrado na doença e integral à pessoa, as observações foram categorizadas por temas e quantificadas, segundo descrito nas Tabelas 6 e 7, respectivamente.

Tabela 6: Apresentação dos pontos relatados pelos alunos sobre o *modeling example* utilizado para ilustrar o atendimento clínico centrado na doença, obtidos pela análise do Questionário de perguntas abertas (Q1).

Pontos relatados	Frequência N (%)	
	G2, G3 (n=32)	G1 (n=14)
01 - Recepção inadequada do paciente (não recebeu na porta, não cumprimentou, não tratou pelo nome completo)	29 (90,6%)	05 (35,7%)
02 - Não se despediu adequadamente (não apertou a mão, não conduziu até a porta, pediu para chamar o próximo).	25 (78,1%)	04 (28,5%)
03 - Não considerou o ponto de vista do paciente	23 (71,8%)	03 (21,4%)
04 - Interrompeu a paciente	15 (46,8%)	05 (35,7%)
05 - Não manteve contato visual	13 (40,6%)	02 (14,2%)
06 - Não indagou aspectos psicossociais	13 (40,6%)	03 (21,4%)
07 - Não orientou sobre exames complementares	13 (40,6%)	06 (42,8%)
08 - Fez julgamentos	11 (34,3%)	04 (28,5%)
09 - Repetiu perguntas	11 (34,3%)	06 (42,8%)
10 - Ausência de empatia	09 (28,1%)	04 (28,5%)
11 - Postura inadequada (rispidez, estetoscópio no pescoço)	09 (28,1%)	01 (7,1%)
12 - Não estabeleceu aliança terapêutica	05 (15,6%)	04 (28,5%)
13 - Não estimulou mudança do estilo de vida (MEV)	05 (15,6%)	04 (28,5%)
14 - Não questionou dúvidas	03 (9,3%)	01 (7,1%)
15 - Preocupou-se mais em preencher o prontuário do que com o paciente	01 (3,1%)	01 (7,1%)
16 - Abordagem direta da doença	01 (3,1%)	00 (0%)

Tabela 7: Apresentação dos pontos relatados pelos alunos sobre o *modeling example* utilizado para ilustrar o atendimento clínico integral à pessoa, obtidos pela análise do Questionário de perguntas abertas (Q1).

Pontos relatados	Frequência N (%)	
	G2,G3(n=32)	G1 (n=14)
01 - Recepção amigável do paciente (chamar pelo nome, levantar para cumprimentar, apertar a mão)	30 (93,%)	10 (71,4%)
02 - Incentivar aliança terapêutica	30 (93,7%)	14 (100,0%)
03- Orientação sobre exames complementares	22 (66,6%)	07 (50,0%)
04 - Deixar o paciente falar	21 (65,6%)	08 (57,1%)
05 - Indagar aspectos psicossociais	21 (65,6%)	09 (64,2%)
06 - Olhar nos olhos	19 (59,3%)	06 (42,8%)
07 - Recapitulação	15 (46,8%)	07 (50,0%)
08 - Indagar sobre dúvidas	10 (31,2%)	02 (6,25%)
09- Empatia	10 (31,2%)	08 (57,1%)
10 - Estimular MEV	09 (28,1%)	05 (35,7%)
11 - Demonstração de interesse pela fala do paciente	08 (25,0%)	01(7,1%)
12 - Utilizar linguagem não verbal	04 (12,1%)	01 (7,1%)
13 - Não fazer julgamentos	04 (12,1%)	02 (14,2%)
14 - Escrever pouco durante a consulta	03 (9,3%)	00 (0%)

4.5 – Avaliação da atividade educacional por meio do grau de satisfação dos estudantes em relação ao treinamento de habilidades de comunicação recebido.

4.5.1 – Avaliação quantitativa dos dados

Dos 46 estudantes que participaram do estudo, 43 (93,5%) responderam ao questionário *on line* para avaliação da atividade educacional realizada. Os resultados da porcentagem e da média ponderada de cada item do questionário (soma do valor de cada escala multiplicado pela frequência e dividido pelo número de respostas) estão representados na Tabela 8.

Tabela 8: Apresentação do grau de satisfação de 43 alunos que participaram da atividade educacional propiciada pelo estudo, em porcentagem e média ponderada de cada item do Questionário *on line*, considerando Fatores Críticos de Sucesso (FCS).

VARIÁVEL	RM	Número (%)		
		Ruim	Regular	Bom/Ótimo
FCS-1: ITENS GERAIS				
Organização geral	3,40	00 (00%)	02 (05%)	41 (95%)
Relevância do tópico	3,60	00 (00%)	01 (02%)	42 (98%)
Duração	2,74	05 (12%)	12 (30%)	26 (60%)
Estrutura Física	3,83	00 (00%)	00 (00%)	43 (100%)
Equipamentos	3,53	00 (00%)	02 (05%)	41 (95%)
Equipe de apoio	3,41	00 (00%)	00 (00%)	43 (100%)
TOTAL	3,60			
FCS-2: INSTRUTOR				
Domínio do tema	3,55	0 (00%)	1 (2,3%)	42 (97,7%)
Estímulo à participação dos alunos	3,76	0 (00%)	0 (00%)	43 (100%)
Objetividade nas explicações	3,53	0 (00%)	2 (4,7%)	41 (95,3%)
Técnicas empregadas	3,18	1 (2,3%)	6 (14,0%)	36 (83,7%)
Esclarecimento de dúvidas	3,53	0 (00%)	1 (2,3%)	42 (97,7%)
Cumprimento do horário	3,34	1 (2,3%)	5 (11,6%)	37 (86,1%)
TOTAL	3,51			
FCS-3: ESTUDANTE				
Conhecimento prévio do tema	2,62	2 (4,6%)	14 (32,6%)	27 (62,8%)
Importância do treinamento na vida profissional	3,53	0 (00%)	0 (00%)	43 (100%)
TOTAL	3,08			

Nota: RM: Média ponderada (soma do valor de cada escala, multiplicada pela frequência e dividida pelo número de respostas)/ número de sujeitos. Quanto mais próximo de quatro o RM estiver, maior foi o nível de satisfação dos estudantes.

De uma forma geral, o grau de satisfação com a atividade educacional ficou entre bom e ótimo. Observou-se diferença significativa entre os três grupos no que tange ao item que avaliou se o instrutor criou clima favorável à participação dos alunos (FCS-2), onde o G1 apresentou uma avaliação inferior à observada nos demais grupos. Para os demais itens, não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos. Deve ser ressaltado que todos os itens apresentaram uma ótima avaliação (média superior a 3 pontos), com exceção do item que avaliou a carga horária do curso (FCS-1), onde foram observadas as menores médias, sendo que a média de G3 para o item foi ainda menor (índice abaixo de 3 pontos) que as obtidas em G1 e G2 (TABELA 9).

Tabela 9: Apresentação do grau de satisfação de 43 alunos que participaram da atividade educacional propiciada pelo estudo, por grupo, considerando-se todos os itens abordados no Questionário *on line* (Q2)

Itens	Grupo			P
	G1 (n = 12) Md (Q1;Q3)	G2 (n = 15) Md (Q1;Q3)	G3 (n = 16) Md (Q1;Q3)	
Organização geral	3,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	3,0 (3,0; 4,0)	0,492
Demonstrou domínio do conteúdo	4,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	0,928
Relevância do tema	4,0 (4,0; 4,0)	4,0 (4,0; 4,0)	4,0 (4,0; 4,0)	0,955
Carga horária	3,0 (2,3; 4,0)	3,0 (2,0; 3,0)	2,5 (2,0; 3,0)	0,136
Estrutura física	3,5 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	0,949
Equipamentos utilizados	3,0 (3,0; 4,0)	3,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	0,483
Equipe de apoio	3,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	0,512
Criou clima favorável à participação dos alunos	3,5 (3,0; 4,0)	4,0 (4,0; 4,0)	4,0 (4,0; 4,0)	0,028
Foi objetivo em suas explicações	4,0 (3,0; 4,0)	3,0 (3,0; 4,0)	4,0(3,0; 4,0)	0,420
Empregou técnicas didáticas favoráveis à fixação do tema	3,0 (3,0; 4,0)	3,0 (3,0; 4,0)	3,5 (3,0; 4,0)	0,430
Esclareceu as dúvidas dos alunos.	3,5 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	0,783
Cumpriu os horários estabelecidos.	3,5 (3,0; 4,0)	3,0 (3,0; 4,0)	4,0 (2,0; 4,0)	0,945

Nota: - a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Kruskal-Wallis
- os valores apresentados referem-se à mediana (Md) e entre parênteses a distância interquartflica (Q1 ; Q3)

4.5.2 – Avaliação qualitativa dos dados

Na análise do conteúdo positivo dos comentários realizados por 43 estudantes que participaram do estudo, observou-se que 14/43 (32,5%) continham as palavras: excelente (n=2), ótimo (n=1), muito bom (n=5), bom (n=3), proveitoso (n=2) e positivo (n=1) para classificar a atividade educacional, bem como 21/43 (48,8%) dos comentários que caracterizaram o tema como relevante (n=8), importante (n=7), interessante (n=2), enriquecedor (n=2) e de grande aplicabilidade (n=2). As estratégias educacionais utilizadas foram avaliadas em 6/43 (13,9%) como: bem planejadas (n=1), bem utilizadas (n=1), bem abordadas (n=1), bem válidas (n=1), propostas interessantes (n=1) e construtivas (n=1) (QUADROS 3, 4 e 5).

Na análise do conteúdo com opiniões críticas em relação ao treinamento, destaca-se a duração do curso que foi abordado em 18/43 (46,3%) dos comentários com as palavras: tempo reduzido (n=5), carga horária (n=11), curta duração (n=1) e necessidade de mais aulas (n=1). As estratégias educacionais utilizadas foram avaliadas negativamente em 15/43 (34,8%) dos comentários como: pouquíssimo participativa (n=1) deveria ser repensada (n=1), desnecessária (n=3), ausência de *feedback* (n=3), deveria ser mais detalhada (n=2), mais tempo para o atendimento (n=1), mais abertura para debates (n=1), outros (n=3) (QUADROS 3, 4 e 5).

Quadro 3: Apresentação dos 32 comentários, obtidos por meio de registros no Q2, feitos por estudantes que participaram do estudo, relativos à atividade educacional de treinamento de habilidades de comunicação para o atendimento clínico.

Comentários positivos	Comentários sobre tópicos a serem melhorados
<p>01 - Foi um curso proveitoso e bem organizado.</p> <p>02 - Achei um ótimo curso,</p> <p>03 - Foi um bom curso</p> <p>04 - Muito bom mas poderia ser mais longo.</p> <p>05 - Acredito que o curso como um todo foi muito positivo.</p> <p>06 - O curso em si foi muito proveitoso</p> <p>07 - Curso muito bom, realmente acrescentou muito</p> <p>08 - Curso foi bom</p> <p>09 - O curso foi muito bom</p> <p>10 - Achei o curso excelente</p> <p>11 - Foi um bom curso</p> <p>12 - Curso muito bom</p> <p>13 - Curso muito bom</p> <p>14 - Curso excelente</p>	<p>01 - Mais tempo de curso seria ideal.</p> <p>02 - Seria ideal uma carga horária maior para melhor aprofundamento no tema.</p> <p>03 - O assunto seria melhor abordado com uma carga horária mais extensiva.</p> <p>04 - Curto tempo de consulta dificulta interação e colheita de dados.</p> <p>05 - Conteúdo extenso para a carga horária.</p> <p>06 - Se houvesse mais tempo disponível possivelmente daria para trabalhar o assunto de forma ainda melhor.</p> <p>07 - Curta duração não permite que se aborde o assunto com profundidade e nem que ocorra de fato um treinamento.</p> <p>08 - É necessário um treinamento com maior carga horária, e mais específico para cada aluno.</p> <p>09 - Curto tempo de consulta dificulta interação e colheita de dados.</p> <p>10 - O conteúdo era extenso para a carga horária.</p> <p>11 - Para um real aprendizado do tema proposto, é preciso um treinamento com maior carga horária, e mais específico para cada aluno.</p> <p>12 - Carga horária de treinamento pequena.</p> <p>13 - A carga horária de treinamento efetivo foi incompatível com a extensão do tema, de modo que o treinamento foi insuficiente principalmente, quanto às técnicas de habilidade de comunicação.</p> <p>14 - Tempo poderia ser mais longo.</p> <p>15 - Deveria ter havido mais aulas</p> <p>16 - Maior tempo de prática</p> <p>17 - Adequação da carga horária</p> <p>18 - Gostaria de ter tido maior carga horária com conteúdo em si para ampliar os meus conhecimentos</p>

Quadro 4: Apresentação dos 24 comentários, obtidos por meio de registros no Q2, feitos por estudantes que participaram do estudo, relativos à relevância do tema abordado na atividade educacional.

Comentários positivos	Comentários sobre tópicos a serem melhorados
<p>01 - O conteúdo do curso é extremamente relevante para a prática clínica.</p> <p>02 - Gostei de como o tema recebeu a devida relevância por parte dos pesquisadores.</p> <p>03 - Relevante</p> <p>04 - Apesar do conteúdo já ser conhecido, o curso possibilitou que ele fosse revisto e revivido na prática do atendimento. Isso já o torna de grande relevância e demonstra a necessidade de se falar sobre esse tema continuamente</p> <p>05 - O curso agregou muito para minha formação no sentido de poder melhorar tecnicamente as habilidades de comunicação na prática médica.</p> <p>06 - O curso aborda um assunto muito importante na formação médica,</p> <p>07 - Conteúdo relevante para o curso e bem abordado</p> <p>08 - Assunto muito relevante para a prática medica</p> <p>09 - Aplicou-se muito à prática da Medicina e gerou novos conhecimentos do assunto.</p> <p>10 - Tema relevante</p> <p>11 - Penso que o assunto é muito importante</p> <p>12- Foi interessante para refletimos e analisarmos pequenos pontos fundamentais de um atendimento, que muitas vezes ignoramos ou esquecemos</p> <p>13 - Curso enriquecedor à formação acadêmica</p> <p>14 - Realmente acrescentou muito</p> <p>15 - Tema abordado de grande relevância</p> <p>16 - Curso muito importante</p> <p>17 - O curso foi muito importante e cumpriu com os objetivos propostos</p> <p>18 - O curso tem um objetivo extremamente importante</p> <p>19 - Foi interessante para refletirmos e analisarmos pequenos pontos fundamentais de um atendimento, que muitas vezes ignoramos ou esquecemos.</p> <p>20 - O curso me levou a fazer certas reflexões importantes</p> <p>21 - Foi interessante para refletirmos</p>	<p>01 - Não foi abordado nada além do que já é visto no quinto período do curso de medicina.</p> <p>02 - Tive a sorte de ser aluna de professores maravilhosos que me ensinaram e estimularam a utilizar as técnicas de comunicação propostas. Assim, para mim não houve nenhuma novidade, mas foi mais uma oportunidade de me atentar para a importância de ter a sensibilidade proposta pelo curso. Assim, considero que o curso tem uma ótima intenção, mas não acrescenta muito para quem já tenta praticar o que é proposto ou para quem tem bons profissionais com exemplo.</p> <p>03 - A grande maioria do que foi visto já foi abordado com os professores em relação às anamneses.</p>

Quadro 5: Apresentação de 22 comentários livres, obtidos por meio de registros no Q2, feitos por estudantes que participaram do estudo, relativos à atividade educacional.

Comentários positivos	Comentários sobre tópicos a serem melhorados
<p>01 - Muito interessante a proposta de mostrar aos alunos as respectivas entrevistas simuladas.</p> <p>02 - As simulações foram bem planejadas.</p> <p>03 - Os recursos multimídia foram muito bem utilizados.</p> <p>04 - Conteúdo bem abordado.</p> <p>05 - Gostei da escolha do Quebrando o Tabu como documentário e a discussão com uso dos vídeos foi bem válida.</p> <p>06 - As discussões sobre os vídeos junto com meus colegas foram construtivas.</p> <p>07 - Refletirmos e analisarmos pequenos pontos fundamentais de um atendimento, que muitas vezes ignoramos ou esquecemos.</p>	<p>01 - Não gostei da parte do documentário, pouquíssimo participativa, poderia ter outras coisas sobre habilidades médicas já que essa discussão faço em outros ambientes e não foi o motivo pelo qual me inscrevi no curso.</p> <p>02 - A questão da palestra "distratora" foi recebida com confusão e desconforto pelos alunos, talvez essa estratégia deva ser repensada.</p> <p>03 - Achei "uma aula" um pouco desnecessária.</p> <p>04 - Apesar de todas as qualidades, atividades simuladas possuem limitações quanto a abranger toda a complexidade de um atendimento clínico. Além disso, pelo fato de tirar os alunos da rotina do atendimento ao paciente real, muitos queixaram de não se sentir à vontade, de ter atendido de forma distinta à usual. Dessa forma, fora criado um viés de atuação dos participantes.</p> <p>05 - E aquele documentário sobre as drogas foi desnecessário, podendo esse tempo ser melhor aproveitado.</p> <p>06 - Talvez deveriam ter havido mais aulas e maior abertura para debates e explanação do ponto de vista.</p> <p>07 - Faltou apenas o feedback da atuação individual de cada aluno.</p> <p>08 - Ainda não tivemos retorno a respeito das simulações.</p> <p>09 - Dos quatro encontros marcados, em apenas 1 eu tive a oportunidade de aprender de fato.</p> <p>10 - Foi bom, mas poderia ter sido mais detalhado. E aquele documentário sobre as drogas foi desnecessário, podendo esse tempo ser melhor aproveitado.</p> <p>11 - Na última atividade de atendimento, fora entregue um prontuário extenso, difícil de ser preenchido no tempo proposto. E, como o foco da atividade era o treinamento de habilidades de comunicação, inferi que o preenchimento daquela folha era de menor valor. Contudo, a ficha de avaliação entregue no mesmo dia supervalorizava o mesmo.</p> <p>12 - Penso que o treinamento da forma que foi dado, não terá grande reflexo na nossa qualidade de atendimento a longo prazo. Pois, nossas atitudes com o paciente não foram revistas, analisadas, criticadas. O treinamento, apenas nos relembrou os conhecimentos básicos de como realizar um atendimento e como estabelecer uma relação médico paciente, que já havíamos estudado, até com um pouco de mais calma, no meu caso, no 5º período. E a transição entre esse conhecimento teórico e a prática dele em uma consulta de 10 minutos continuou não existindo. Continuei não sabendo quais são meus principais erros e como deveria ter feito.</p> <p>13 - Treinamento foi superficial. Poderia ter sido mais detalhado.</p> <p>14 - Seria mais interessante caso o foco fossem os alunos que estão iniciando os atendimentos.</p> <p>15 - Há necessidade de aumentar o tempo de atendimento, devido a pouca prática dos alunos.</p>

Dentre as sugestões apresentadas pelos estudantes para melhoria do curso, destacam-se o aumento da carga horária do curso e a implantação de discussão dos atendimentos individuais (vídeo *feedback* individual), bem como a disponibilização de material didático para estudo individual.

5 – DISCUSSÃO

O cuidado médico contemporâneo vem se tornando cada vez mais complexo, incerto e às vezes contraditório. Numa era de muitas escolhas e profusão de informações, as evidências científicas em educação médica têm demonstrado a crescente necessidade de implantação de treinamento de habilidades de comunicação (THC) na graduação do curso médico (HAMPTON et al. 1975; STEWART, 1995; NORFOLK et al. 2007; TAYLOR, 2009; SCHILDMANN et al. 2012; DRAZEN et al. 2014). Essa demanda deriva da compreensão de que a habilidade de comunicação clínica, e conseqüentemente de empatia, é considerada fundamental na melhoria do desempenho dos estudantes na relação médico-paciente para a realização de uma prática cujo resultado final é a excelência do cuidado.

Neste contexto, este é o primeiro estudo científico desenvolvido com foco nas estratégias de treinamento de habilidades de comunicação para estudantes de graduação de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG, fundada em 1911, em que se busca desenvolver habilidades para o atendimento clínico integral à pessoa. Compreender melhor os modelos de aprendizagem que favoreçam a aquisição de habilidades de comunicação para o atendimento clínico integral à pessoa é de grande relevância para a formação de futuros profissionais nesta e nas demais escolas que compõem o cenário atual do ensino médico brasileiro.

Mas como propiciar o aprendizado e como avaliar habilidades relacionadas à empatia para o atendimento clínico integral à pessoa em estudantes de medicina?

Esta é uma questão que vem sendo amplamente debatida na literatura (LANE e ROLLNICK, 2007; BERKHOF et al. 2011; HAESELER et al. 2011; BOUTER et al. 2013; BELL et al. 2014; ZILL, 2014; FRANÇA et al. 2015).

Para que o planejamento educacional seja eficaz é importante definir a que resultado se quer chegar e, a partir daí nomear o cenário que oportunizará a aquisição das competências necessárias, as estratégias educacionais adequadas ao cenário, a formação docente para a condução da atividade, bem como a forma de avaliação do estudante e da atividade.

Desta forma, neste estudo, cujo resultado esperado foi definido como desenvolver no estudante de medicina habilidade para o atendimento clínico integral à pessoa, utilizou-se o ambiente

simulado (Laboratório de Comunicação) como cenário, por se tratar de ambiente controlado de aprendizagem, em que o paciente é simulado e o *script* é elaborado de acordo com a necessidade do aprendiz. Ao optar pelo cenário simulado, eliminou-se aqui o viés da diversidade dos pacientes e dos casos reais, o que dificultaria a intervenção educacional proposta no estudo e, o mais importante, não interferiu na segurança e na qualidade da assistência clínica aos pacientes atendidos em ambientes reais, o que faz com que este seja um cenário privilegiado para avaliação de habilidades (PIETERS, 1994; FULLER e SMITH, 2001; ANDERSON et al. 2013; BAGNASCO et al. 2014).

O desenvolvimento do programa do THC realizado neste estudo baseou-se no modelo de atendimento clínico integral à pessoa desenvolvido e validado por FRANÇA (2014) em sua dissertação de Mestrado.

As estratégias educacionais utilizadas para propiciar a aquisição das habilidades de comunicação aos estudantes de medicina deste estudo foram *modeling example* seguido de reflexão individual escrita e discussão, acompanhados de exposição interativa para correção de eventuais conceitos errados.

Sabe-se que o aprendizado baseado em exemplo, *modeling example*, é uma estratégia educacional que tem se mostrado eficiente para a aquisição de habilidades de comunicação, uma vez que proporciona aos estudantes a oportunidade de observar modelos de atendimento clínico seguido de reflexão. A reflexão individual escrita seguida de discussão em grupos sobre os modelos de atendimento observados, foi uma estratégia que mobilizou conhecimento prévio e utilizou metodologia ativa de aprendizagem, observando os princípios da aprendizagem de adultos, baseados no ciclo observação-reflexão-aprendizagem-ação, importante para a aquisição de habilidades de comunicação (KOLB, 1975; COLLINS, BROWN, & NEWMAN, 1989; HULSMAN et al. 2009; VAN GOG, 2015)

Estas estratégias mostraram-se bastante eficazes neste estudo, uma vez que estimularam os alunos a identificarem as habilidades em comunicação necessárias para um atendimento clínico integral à pessoa, destacadas em vários consensos, como Consenso de Toronto (SIMPSON, 1991); Consenso americano Kalamazoo (MAKOUL, 2001; DUFFY et al. 2004); Consenso do Reino Unido (VON FRAGSTEIN et al. 2008); Consenso Alemão (KIESSLING et al. 2010;

SCHNABEL et al. 2011); Consenso Europeu (BACHMANN et al. 2013) e mais recentemente o Consenso Latino-Americano (GARCIA de LEONARDO et al. 2016).

Para a avaliação da aquisição de habilidades pelos estudantes utilizou-se a análise dos filmes dos atendimentos realizados em cenário simulado, guiada pelo AVACIP, instrumento de avaliação de desempenho, desenvolvido a partir do RACIP por FRANÇA (2014) em sua dissertação de Mestrado. Já para a avaliação da atividade educacional, o grau de satisfação do estudante participante foi considerado. Baseando-se na pirâmide de Miller (1990), a avaliação de competência clínica envolve quatro níveis hierárquicos: conhecimento (saber), competência: habilidade de aplicar o conhecimento em determinado contexto (saber como) desempenho (mostrar como) e fazer (ação). Os dois primeiros níveis são competências da esfera cognitiva, cuja avaliação é insuficiente para prever a competência clínica dos estudantes. Para isto deve-se também levar em conta os aspectos comportamentais que necessitam de métodos de avaliação mais específicos (DOMINGUES et al. 2010).

Em uma análise global dos resultados, foi observado que o uso do THC associado ao uso do RACIP proporcionou maior ganho de atitudes positivas para o atendimento clínico. Entretanto, o uso isolado de cada uma destas estratégias também se mostrou eficaz em proporcionar ganho de atitudes positivas, embora inferior ao uso combinado destas. É importante ressaltar aqui a relevância de se treinar habilidade de comunicação para o atendimento clínico integral à pessoa nas escolas médicas, associado ao uso de formulário de registro específico para o atendimento, frente à dificuldade que o estudante novinho encontra em sistematizar a redação escrita do atendimento realizado. Ou seja, se ele treina o modelo de atendimento clínico integral à pessoa e se depara com um modelo de registro tradicional, centrado na doença, ele se deixa guiar pelo modelo de registro para conduzir o atendimento, pois ele precisa de um roteiro.

Quando se realizou análises isoladas, observou-se que o uso exclusivo do THC foi eficiente em aumentar o percentual de atitudes positivas dos estudantes, durante o atendimento clínico, em relação aos domínios relacionados à capacidade de abordar as expectativas da pessoa frente ao adoecimento, de criar aliança terapêutica e checar o entendimento do paciente sobre a consulta, bem como sobre a utilização de propedêutica complementar. Estes resultados demonstram que o THC foi capaz de estimular nos estudantes o reconhecimento da importância de competências relacionadas à empatia na comunicação entre médicos e pacientes, o que resultou em uma consulta mais centrada na pessoa e menos na doença. Estes dados são animadores, uma vez que

salientam o poder da reflexão individual com base em *modeling example* para proporcionar uma aprendizagem ativa que resulta em modificação de atitudes. Entretanto, o THC, diferente dos resultados observados nos outros domínios, não foi eficaz em alterar as atitudes dos estudantes na avaliação de comportamentos e hábitos de vida. Estes resultados podem sugerir que o treinamento de habilidades direcionou mais a atenção dos estudantes para as habilidades relacionadas à afetividade (empatia).

A utilização do RACIP, isoladamente, foi capaz de aumentar significativamente ($p < 0,05$) o percentual de atitudes positivas em relação a comportamentos e hábitos de vida, e de apresentar uma forte tendência para aumentar o nível de atitudes positivas nos domínios que tratam das expectativas da pessoa frente ao adoecimento e ao atendimento médico, bem como na utilização de propedêutica complementar. Esses resultados sugerem que o RACIP foi capaz de guiar o aluno durante a consulta médica, direcionando o atendimento para uma consulta mais centrada na pessoa, demonstrando que o registro médico pode ser utilizado como uma estratégia educacional para a melhoria do atendimento clínico.

Além disso, vários autores ressaltam a necessidade de reformulação do modelo de registro utilizado no ensino médico, uma vez que os registros centrados na pessoa podem guiar e ensinar o médico em qualquer nível do treinamento (estudantes ou profissionais), no que tange às competências relacionadas com o atendimento clínico centrado na pessoa. Apesar de o registro médico ser considerado como essencial para o cuidado médico efetivo, ele ainda faz parte do currículo oculto ou informal das escolas médicas (KURTZ, 1996; DONNELLY, 2005; BALDUINO et al. 2012; FRANÇA et al. 2014).

Outro achado relevante do estudo foi que a utilização do THC associado ao RACIP aumentou significativamente as atitudes positivas dos alunos em todos os domínios analisados, exceto na abordagem de comportamentos e hábitos de vida. A associação das duas estratégias mostrou-se mais eficaz do que as suas utilizações isoladas, reforçando a necessidade do uso combinado do treinamento de habilidades de comunicação e o uso do formulário específico para o registro do atendimento.

Esses resultados apontam para a importância da combinação de estratégias educacionais que favoreçam a aquisição de habilidades de comunicação e possibilitem o atendimento clínico integral à pessoa como modelo de método clínico a ser praticado nas escolas médicas, como

citado na literatura (LAIDLAW et al. 2002; WOLOSCHUK et al. 2004; HULSMAN et al. 2009; TAYLOR, 2009; HAUSBERG et al. 2012; RAYMOND et al. 2012; MORTSIEFER et al. 2014; ZILL et al. 2014; BATT-RAWDEN et al. 2013; APER et al. 2015).

Um resultado interessante observado neste estudo foi o aumento no percentual de atitudes positivas dos estudantes, independente do grupo ao qual pertenciam, ou seja, da estratégia educacional utilizada. Poder-se-ia inferir que a própria realização do atendimento a paciente simulado, aqui utilizado para avaliação da aquisição de habilidades, melhorou o desempenho dos estudantes em habilidades de comunicação. Estes resultados são respaldados pelos achados de Raymond e colaboradores (2012), que concluíram em seu estudo que a repetição de exames feitos com pacientes simulados melhora o desempenho dos estudantes em testes que avaliam a comunicação. Segundo Cushing (2015) e Choudhary e Gupta (2015), em ambiente simulado, o estudante não está aprendendo sobre o paciente, e sim sobre o seu próprio comportamento frente ao paciente.

Dados da literatura relatam que estudantes do sexo feminino apresentam maior índice de atitudes empáticas quando comparadas com estudantes do sexo masculino, antes de receberem treinamento, diferença essa que não persiste após o treinamento de habilidades de comunicação (ROTER et al. 2002; BATENBURG et al. 1999; NOBLE et al. 2007; VAN ZANTEN et al. 2007; SANTOS et al. 2016). Este fato foi confirmado neste estudo, uma vez que esse contraste entre os sexos só foi observado na fase pré-treinamento. Esses resultados estão de acordo com relatos da literatura enfatizando que empatia pode ser adquirida, sendo o treinamento de habilidades de comunicação fundamental neste processo (COULEHAN et al. 2001; TAPAJÓS, 2008; BALDUINO et al. 2012; BATT-RAWDEN et al. 2013).

É importante ressaltar que não houve correlação entre o RSG e o desempenho dos estudantes no atendimento clínico. Este fato aponta para a necessidade de adaptação dos modelos de avaliação utilizados nas escolas médicas, no sentido de torná-los coerentes com as estratégias educacionais utilizadas. Os métodos de avaliação atuais são quase que exclusivamente cognitivos e escritos, na avaliação de habilidades de comunicação (HAMDY et al. 2006).

Outro achado relevante deste estudo foi o resultado da autoavaliação dos estudantes. Eles se consideraram mais preparados do que realmente estavam no que tange a habilidades de comunicação para o atendimento clínico integral à pessoa. Esses resultados concordam com a

literatura, onde Hausberg e outros (2012) e Anderson e outros (2013) relataram que os estudantes tendem a superestimar suas competências. Os achados sinalizam para a importância do *feedback* como estratégia educacional, pois permite ao estudante maior reflexão sobre o seu desempenho na prática clínica, bem como a necessidade de treinamento constante durante o curso e reflexão sobre a própria prática, sempre.

Um dado interessante foi que os estudantes que tiveram maior ganho de atitudes positivas (THC associado ao RACIP) autoavaliaram-se pior no item relacionado à utilização da propedêutica complementar, a despeito da banca de avaliadores entender que esses estudantes demonstraram atitudes positivas no item (melhor desempenho na indicação dos testes e na orientação ao paciente sobre a coleta). Os resultados sugerem que o THC associado ao RACIP induziu a maior racionalidade por parte dos alunos nesse momento da consulta, e, conseqüentemente, melhor custo-efetividade na relação médico-paciente. Esses achados apontam para a necessidade de treinamento dos alunos de medicina para refletirem e ponderarem mais quanto às solicitações de exames complementares, considerando-se o momento atual de solicitações abusivas, desnecessárias, onerosas e que comprometem a resolução adequada dos problemas de saúde da nossa população. Um médico mais atento à doença do que ao paciente será pouco reflexivo na sua prática e solicitará mais exames em detrimento de maior atenção, observação e raciocínio clínico (PETROU et al. 2009; THRALL, 2009; PLEBANI, 2009).

E, finalmente, na avaliação da atividade educacional, foi considerada a opinião do estudante participante, por meio do grau de satisfação obtido com a atividade. Observou-se que os alunos têm consciência da relevância do treinamento de habilidades de comunicação para o atendimento clínico. O grau de satisfação dos estudantes com o treinamento foi alto e não sofreu influência do sexo, da idade e nem do grupo ao qual o aluno estava inserido.

A maioria dos estudantes relatou que a atividade educacional proporcionou novos conhecimentos sobre habilidades de comunicação e que foi capaz de modificar o ponto de vista deles sobre o tema.

Além disso, devido à relevância do tema, foi sugerida a ampliação da carga horária da atividade nas próximas edições de modo a proporcionar maior aprofundamento do tema, *feedback* individual, bem como a disponibilização de material didático para estudo individual.

A estrutura do Laboratório de Habilidade de Comunicação alocado no Laboratório de Simulação, fundamental para a realização das estratégias metodológicas desenvolvidas no presente projeto, foi bem avaliada pelos estudantes. Esse resultado tem grande importância, dado que este laboratório é pioneiro na Faculdade de Medicina da UFMG, está incorporado ao patrimônio da Universidade e representa um legado do projeto CAPES PRÓ-ENSINO NA SAUDE (Edital 024/2010 - Projeto 1606/2011) para desenvolvimento de atividades curriculares formais, de ensino e pesquisa, aos alunos dos cursos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina.

Os resultados deste estudo mostram que a utilização de estratégias educacionais que enfatizam a aquisição de habilidades relacionadas ao atendimento clínico integral à pessoa tem eficácia em modificar as atitudes dos alunos. Mais estudos se fazem necessários para uma maior compreensão do poder de cada estratégia nessa modificação, da perpetuação das modificações na prática do aluno, bem como do papel dos educadores neste cenário.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- O fato da participação dos estudantes ter sido voluntária pode ter levado à seleção de estudantes que valorizam mais as habilidades de comunicação e que estariam mais motivados a incrementá-las.
- Foi realizada apenas um momento de intervenção, o que não garante o efeito residual nas atitudes dos estudantes participantes.
- O próprio atendimento em ambiente simulado já é uma estratégia de treinamento de habilidades de comunicação, podendo ter funcionado como um viés de exposição, atuando como uma variável mediadora.
- O número limitado de estudantes em cada grupo pode ter subestimado a força das estratégias educacionais utilizadas.

6- CONCLUSÕES

- O uso combinado do treinamento de habilidades de comunicação para o atendimento clínico integral à pessoa associado ao formulário de registro específico para tal atendimento mostrou-se efetivo em aumentar as atitudes positivas dos estudantes em relação ao atendimento clínico, logo, garantiu a aquisição das habilidades esperadas, devendo ter seu uso encorajado na educação médica.
- O treinamento de habilidades de comunicação, isoladamente, contribuiu significativamente para o incremento de atitudes positivas dos estudantes de Medicina
- O uso do RACIP, como estratégia isolada, contribui para o incremento das atitudes positivas dos estudantes de Medicina. O modelo de registro utilizado para o atendimento clínico é muito importante para guiar o estudante novinho na condução da consulta médica, pois facilita a sistematização do atendimento e funciona como instrumento de aprendizagem.
- O estudante de medicina tende a ter uma percepção superestimada de sua própria *performance* relacionada ao atendimento clínico integral à pessoa, o que sinaliza a necessidade de se combinar outros métodos avaliativos à autoavaliação do estudante.
- Os estudantes avaliaram de forma muito positiva a atividade educacional proposta neste estudo, o que poderá referendá-la para futuras atividades curriculares de escolas médicas, incluindo a Faculdade de Medicina da UFMG.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, H. O. et al. Desenvolvendo competências em comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. **Rev Bras Educ Med**, v. 29, n. 3, p. 208-216, 2005.

ANDERSON, Heather A. et al. Training students with patient actors improves communication: a pilot study. **Optometry & Vision Science**, v. 91, n. 1, p. 121-128, 2014.

APER, Leen et al. "Should I prioritize medical problem solving or attentive listening?": The dilemmas and challenges that medical students experience when learning to conduct consultations. **Patient education and counseling**, v. 98, n. 1, p. 77-84, 2015.

ASAN, Onur; MONTAGUE, Enid. Physician interactions with electronic health records in primary care. **Health systems**, v. 1, n. 2, p. 96-103, 2012.

ASPEGREN, Knut. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. **Medical teacher**, v. 21, n. 6, p. 563-570, 1999.

BACHMANN, Cadja et al. Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education?. **Patient education and counseling**, v. 93, n. 2, p. 298-305, 2013.

BAGNASCO, Annamaria et al. The role of simulation in developing communication and gestural skills in medical students. **BMC medical education**, v. 14, n. 1, p. 1, 2014.

BALDUINO, Paula Martins et al. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o Olhar do estudante. **Rev. bras. educ. méd**, v. 36, n. 3, p. 335-342, 2012.

BALINT, Michael. The doctor, his patient and the illness. 1957.

BATENBURG, V. et al. Are professional attitudes related to gender and medical specialty?. **Medical education**, v. 33, n. 7, p. 489-492, 1999.

BATT-RAWDEN, Samantha A. et al. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. **Academic Medicine**, v. 88, n. 8, p. 1171-1177, 2013.

BELL, Sigall K. et al. The educational value of improvisational actors to teach communication and relational skills: perspectives of interprofessional learners, faculty, and actors. **Patient education and counseling**, v. 96, n. 3, p. 381-388, 2014.

BERKHOF, Marianne et al. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. **Patient education and counseling**, v. 84, n. 2, p. 152-162, 2011.

BOISSY, Adrienne et al. Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. **Journal of general internal medicine**, p. 1-7, 2016.

BOON, Heather; STEWART, Moira. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. **Patient education and counseling**, v. 35, n. 3, p. 161-176, 1998.

BOTELHO, João Bosco. História da medicina: da abstração à materialidade. In: **História da Medicina: da abstração à materialidade**. Valer, 2004.

BOUTER, Shifra; VAN WEEL-BAUMGARTEN, Evelyn; BOLHUIS, Sanneke. Construction and Validation of the Nijmegen Evaluation of the Simulated Patient (NESP). **Academic Medicine**, [s.l.], v. 88, n. 2, p.253-259, fev. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
<http://dx.doi.org/10.1097/acm.0b013e31827c0856>.

BOUTER, Shifra; VAN WEEL-BAUMGARTEN, Evelyn; BOLHUIS, Sanneke. Construction and validation of the nijmegen evaluation of the simulated patient (nesp): assessing simulated patients' ability to role-play and provide feedback to students. **Academic Medicine**, v. 88, n. 2, p. 253-259, 2013.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CHOUHARY, Anjali; GUPTA, Vineeta. Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. **International Journal of Applied and Basic Medical Research**, v. 5, n. Suppl 1, p. S41, 2015.

COLLINS, Allan; BROWN, John Seely; HOLUM, Ann. Cognitive apprenticeship: Making thinking visible. **American educator**, v. 15, n. 3, p. 6-11, 1991.

COULEHAN, John L. et al. "Let me see if I have this right...": words that help build empathy. **Annals of Internal Medicine**, v. 135, n. 3, p. 221-227, 2001.

CRUESS, Sylvia R.; CRUESS, Richard L.; STEINERT, Yvonne. Role modelling—making the most of a powerful teaching strategy. **Bmj**, v. 336, n. 7646, p. 718-721, 2008.

CUSHING, Annie M. Learning patient-centred communication: The journey and the territory. **Patient education and counseling**, v. 98, n. 10, p. 1236-1242, 2015.

DANTAS, Flávio; FISHER, Peter; RAMPES, Hagen. A critical overview of homeopathy. **Annals of internal medicine**, v. 139, n. 8, p. W73; author reply W76-W73; author reply W76, 2003.

DAVIS, Margery H.; HARDEN, Ronald M. Planning and implementing an undergraduate medical curriculum: the lessons learned. **Medical teacher**, v. 25, n. 6, p. 596-608, 2003.

DIELISSEN, Patrick et al. Expert consensus on gender criteria for assessment in medical communication education. **Patient education and counseling**, v. 88, n. 2, p. 189-195, 2012.

DOMINGUES, Rosângela Curvo Leite et al. Competência clínica de alunos de Medicina em estágio clínico: comparação entre métodos de avaliação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 124-131, 2010.

DONNELLY, William J. Viewpoint:: Patient-Centered Medical Care Requires a Patient-Centered Medical Record. **Academic medicine**, v. 80, n. 1, p. 33-38, 2005.

DRAZEN, Jeffrey M.; SHIELDS, Helen M.; LOSCALZO, Joseph. A division of medical communications in an academic medical center's department of medicine. **Academic Medicine**, v. 89, n. 12, p. 1623-1629, 2014.

DUFFY, F. Daniel et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. **Academic Medicine**, v. 79, n. 6, p. 495-507, 2004.

DWAMENA, Francesca et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. **The Cochrane Library**, 2012.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v.196, n.4286, p. 129-36, 1957.

ENGEL, George L. The clinical application of the biopsychosocial model. **Am J Psychiatry**, v. 137, n. 5, p. 535-544, 1980.

FAGIONATO, Rodolfo et al. A MEDICINA NA GRÉCIA. **da revista em português inglês**, v. 6, n. 1-2, 2007.

FRANÇA, Bruna Carvalho Costa. Elaboração e validação de instrumento de avaliação do atendimento clínico integral à pessoa e proposta de modelo de registro para este atendimento / Belo Horizonte, 2014. 134f. Dissertação (Mestrado em Patologia Geral) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

FRANÇA, Bruna Carvalho Costa et al. Validation of a Patient-Centered Instrument of Medical Appointment Recording. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 233-239, 2015.

FULLER, Geraint; SMITH, Philip. Rediscovering the wheel—teaching communication skills using video taped clinical consultations in specialist training. **Clinical medicine**, v. 1, n. 3, p. 203-204, 2001.

DE LEONARDO, Cristina García et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. **BMC medical education**, v. 16, n. 1, p. 1, 2016.

HAESLER, Frederick et al. Assessment of a motivational interviewing curriculum for year 3 medical students using a standardized patient case. **Patient education and counseling**, v. 84, n. 1, p. 27-30, 2011.

HAMDY, Hossam et al. BEME systematic review: predictive values of measurements obtained in medical schools and future performance in medical practice. **Medical teacher**, v. 28, n. 2, p. 103-116, 2006.

HAMPTON, John R. et al. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. **Br Med J**, v. 2, n. 5969, p. 486-489, 1975.

HAUSBERG, Maria C. et al. Enhancing medical students' communication skills: development and evaluation of an undergraduate training program. **BMC medical education**, v. 12, n. 1, p. 1, 2012.

HOOGERHEIDE, Vincent; LOYENS, Sofie MM; VAN GOG, Tamara. Comparing the effects of worked examples and modeling examples on learning. **Computers in Human Behavior**, v. 41, p. 80-91, 2014.

HULSMAN, R. L.; HARMSSEN, A. B.; FABRIEK, M. Reflective teaching of medical communication skills with DiViDU: Assessing the level of student reflection on recorded consultations with simulated patients. **Patient education and counseling**, v. 74, n. 2, p. 142-149, 2009.

JAMES, William. **The Varieties of Religious Experience**: a study in humane nature. New York: The New American Library, 1958.

JOHNSON, Richard; BHATTACHARYYA, Gouri K. **Statistics Principles and Methods**. 578p. New York: John Wiley & Sons. 1986.

JOYCE, Barbara L.; STEENBERGH, Timothy; SCHER, Eric. Use of the Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (Adapted) in an institutional interpersonal and communication skills curriculum. **Journal of graduate medical education**, v. 2, n. 2, p. 165-169, 2010.

KIESSLING, Claudia et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement.: Results of a Delphi Survey. **Patient Education and Counseling**, v. 81, n. 2, p. 259-266, 2010.

KOLB, D.; FRY, R. Towards an Applied Theory of Experimental Learning. In *Theories of Group Processes* (pp. 33-57). 1975.

KORSCH, Barbara M.; GOZZI, Ethel K.; FRANCIS, Vida. Gaps in doctor-patient communication I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. **Pediatrics**, v. 42, n. 5, p. 855-871, 1968.

KURTZ, S. M. Curriculum structuring to enhance communication skills development. **Communicating with medical patients**. Sage, Newbury Park, 1989.

KURTZ, Suzanne M.; SILVERMAN, Jonathan D. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. **Medical education**, v. 30, n. 2, p. 83-89, 1996.

KURTZ, Suzanne M.; SILVERMAN, Jonathan; DRAPER, Juliet. **Teaching and learning communication skills in medicine**. Radcliffe publishing, 2005.

LANE, Claire; ROLLNICK, Stephen. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. **Patient education and counseling**, v. 67, n. 1, p. 13-20, 2007.

LIDLAW, Toni Suzuki et al. Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change. **Medical Education**, v. 36, n. 2, p. 115-124, 2002.

LEUNG, Gabriel M. et al. The development and evaluation of an integrated community-based, patient-centred learning activity at the University of Hong Kong. **Medical education**, v. 36, n. 10, p. 992-995, 2002.

LIPSCOMB et al. **Emerging perspectives on learning, teaching, and technology**. Disponível em: <<http://projects.coe.uga.edu/epltt/>>. Acesso em 17/03/2014.

LOUIS-COURVOISIER, Micheline; MAURON, Alex. He found me very well; for me, I was still feeling sick': The strange worlds of physicians and patients in the 18th and 21st centuries. **Medical humanities**, v. 28, n. 1, p. 9-13, 2002.

MAKOUL, Gregory. Essential Elements of Communication in Medical Encounters. **Academic Medicine**, v. 76, n. 4, p.390-393, 2001.

MAUKSCH, Larry B. et al. Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. **Archives of internal medicine**, v. 168, n. 13, p. 1387-1395, 2008.

MEAD, Nicola; BOWER, Peter. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. **Social science & medicine**, v. 51, n. 7, p. 1087-1110, 2000.

MILLER, George E. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic medicine**, v. 65, n. 9, p. S63-7, 1990.

MILLS, Jonathan KA; DALLEYWATER, William J.; TISCHLER, Victoria. An assessment of student satisfaction with peer teaching of clinical communication skills. **BMC medical education**, v. 14, n. 1, p. 1, 2014.

MORTSIEFER, Achim et al. Summative assessment of undergraduates' communication competence in challenging doctor–patient encounters. Evaluation of the Düsseldorf CoMeD-OSCE. **Patient education and counseling**, v. 95, n. 3, p. 348-355, 2014.

NOBLE, Lorraine M. et al. The effect of professional skills training on patient-centredness and confidence in communicating with patients. **Medical education**, v. 41, n. 5, p. 432-440, 2007.

NORFOLK, Tim; BIRDI, Kamal; WALSH, Deirdre. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. **Medical education**, v. 41, n. 7, p. 690-697, 2007.

OLIVEIRA, Luciel Henrique de. Exemplo de cálculo de ranking médio para Likert [Notas de Aula de Metodologia Científica e Técnicas de Pesquisa em Administração do Mestrado em Administração e Desenvolvimento Organizacional]. Varginha, Minas Gerais, Brasil: PPGA CNEC/FACECA, 2005.

PAGLIOSAI, Fernando Luiz; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAPAGEORGIOU, Alexia et al. Cross-sectional evaluation of a longitudinal consultation skills course at a new UK medical school. **BMC medical education**, v. 11, n. 1, p. 1, 2011.

PARSONS, Talcott. Sociedades–Perspectivas evolutivas e comprovativas. **São Paulo. Ed. BPCS**, 1969.

PASSI, Vimmi et al. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. **Medical teacher**, v. 35, n. 9, p. e1422-e1436, 2013.

PETROU, Myria; FOERSTER, Bradley R.; REICH, Daniel S. Translational research in radiology: challenges and role in a patient-based practice. **Academic radiology**, v. 16, n. 5, p. 593, 2009.

PIETERS, H. M.; TOUW-OTTEN, F. W. W. M.; MELKER, RA de. Simulated patients in assessing consultation skills of trainees in general practice vocational training: a validity study. **Medical education**, v. 28, n. 3, p. 226-233, 1994.

PLEBANI, Mario. The detection and prevention of errors in laboratory medicine. **Annals of clinical biochemistry**, v. 47, n. 2, p. 101-110, 2010.

RAYMOND, Mark R.; SWYGERT, Kimberly A.; KAHRAMAN, Nilufer. Measurement precision for repeat examinees on a standardized patient examination. **Advances in health sciences education**, v. 17, n. 3, p. 325-337, 2012.

ROCKART, F.J. and BULLEN, C.A. **Primer on Critical Success Factors**. Center for Information Systems Research, Sloan School of Management. Massachusetts Institute of Technology, 1981.

ROTER, Debra L.; HALL, Judith A.; AOKI, Yutaka. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. **Jama**, v. 288, n. 6, p. 756-764, 2002.

SALMINEN, Helena et al. Virtual patients in primary care: developing a reusable model that fosters reflective practice and clinical reasoning. **Journal of medical Internet research**, v. 16, n. 1, p. e3, 2014.

SANTOS, Mariana A. et al. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. **International journal of medical education**, v. 7, p. 149, 2016.

SCHILDMANN, Jan et al. Teaching and evaluating breaking bad news: A pre–post evaluation study of a teaching intervention for medical students and a comparative analysis of different measurement instruments and raters. **Patient education and counseling**, v. 86, n. 2, p. 210-219, 2012.

SCHNABEL, Kai P. et al. A consensus statement on practical skills in medical school—a position paper by the GMA Committee on Practical Skills. **GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung**, v. 28, n. 4, 2011.

SCHWELLER, Marcelo et al. The impact of simulated medical consultations on the empathy levels of students at one medical school. **Academic Medicine**, v. 89, n. 4, p. 632-637, 2014.

SIMPSON, Michael et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. **BMJ: British Medical Journal**, v. 303, n. 6814, p. 1385, 1991.

STEWART, Moira A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, v. 152, n. 9, p. 1423, 1995.

STEWART, Moira. Towards a global definition of patient centred care: the patient should be a judge of patient centred care. **BMJ (Clinical research ed.)**, London; v.322, n.7284, p.444-445, fev. 2001.

SWENSEN, Stephen J.; JOHNSON, C. Daniel. Flying in the plane you service: patient-centered radiology. **Journal of the American College of Radiology**, v. 7, n. 3, p. 216-221, 2010.

TAPAJÓS, Ricardo et al. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas (campos de significado e competências). **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 32, n. 4, p. 500-6, 2008.

TAYLOR, Keith. Paternalism, participation and partnership—the evolution of patient centeredness in the consultation. **Patient education and counseling**, v. 74, n. 2, p. 150-155, 2009.

THEMESSL-HUBER, Markus et al. Audio-visual recording of patient–GP consultations for research purposes: A literature review on recruiting rates and strategies. **Patient education and counseling**, v. 71, n. 2, p. 157-168, 2008.

THRALL, James H. One Patient at a Time. **Journal of The American College Of Radiology**, v. 6, n. 11, p.735-736, 2009.

TISCHLER, Victoria et al. Involving patients in research: the challenge of patient-centredness. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 56, n. 6, p. 623-633, 2010.

TUCKETT, David. Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. 1985.

VON FRAGSTEIN, Martin et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. **Medical education**, v. 42, n. 11, p. 1100-1107, 2008.

VAN GOG, Tamara; RUMMEL, Nikol. Example-based learning: Integrating cognitive and social-cognitive research perspectives. **Educational Psychology Review**, v. 22, n. 2, p. 155-174, 2010.

VAN GOG, Tamara. Learning from erroneous examples in medical education. **Medical education**, v. 49, n. 2, p. 142-144, 2015.

VAN ZANTEN, Marta et al. Assessing the communication and interpersonal skills of graduates of international medical schools as part of the United States Medical Licensing Exam (USMLE) Step 2 Clinical Skills (CS) Exam. **Academic Medicine**, v. 82, n. 10, p. S65-S68, 2007.

VELDHUIJZEN, Wemke et al. Communication guidelines as a learning tool: an exploration of user preferences in general practice. **Patient education and counseling**, v. 90, n. 2, p. 213-219, 2013.

WALD, Hedy S. et al. Electronic health record training in undergraduate medical education: bridging theory to practice with curricula for empowering patient-and relationship-centered care in the computerized setting. **Academic Medicine**, v. 89, n. 3, p. 380-386, 2014.

WESTON, W. Wayne. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centred care. **Canadian Medical Association Journal**, v. 165, n. 4, p. 438-439, 2001.

WOLOSCHUK, Wayne; HARASYM, Peter H.; TEMPLE, Walley. Attitude change during medical school: a cohort study. **Medical education**, v. 38, n. 5, p. 522-534, 2004.

ZILL, Jördis M. et al. Measurement of physician-patient communication—a systematic review. **PLoS one**, v. 9, n. 12, p. e112637, 2014.

8-ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: Estudo da relação entre o treinamento de habilidades de comunicação e a prática do método de atendimento integral à pessoa associada ao uso racional da propedêutica laboratorial.

Pesquisadores: Edilberto Nogueira Mendes; Rosa Malena Delbone de Faria; Taciana de Figueiredo Soares; Silvana Maria Elói;

Pesquisador responsável: Josemar de Almeida Moura

Prezado (a) estudante:

Como professores da Universidade e preocupados com a formação dos futuros médicos elaboramos um projeto de pesquisa, onde estudaremos o atendimento clínico por você realizado no ambulatório de clínica médica. Convidamos a participar deste estudo, visto que poderá contribuir para o aprimoramento de estratégias educacionais para as Escolas de Medicina, além de contribuir para o seu aprendizado, de seus colegas e gerar benefícios para os pacientes. Para participar basta que você permita a observação de uma consulta médica que você irá realizar em ambiente simulado, com a utilização de atores preparados. A observação foi realizada por um pesquisador ou estudante de iniciação científica da UFMG. Posteriormente você foi convidado a participar de um treinamento sobre atendimento clínico que certamente irá lhe beneficiar e ajudar os pacientes futuramente atendidos por você. Na terceira etapa você irá atender outro paciente em ambiente simulado, com a utilização de atores no Laboratório de habilidades de Comunicação, situado no CETES (6º andar da FM)

Embora seja muito importante para o nosso estudo sua participação, você tem liberdade de escolher participar ou não, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Estes dados foram utilizados apenas para a pesquisa proposta, não podendo servir para avaliação em qualquer estratégia educacional do curso ou para qualquer outro fim. Se você tiver qualquer dúvida mais tarde, poderá solicitar esclarecimentos ao professor Josemar de Almeida Moura, pessoalmente ou por telefone, assim como aos professores orientadores nos telefones acima mencionados.

Somos gratos pela sua atenção.

Josemar de Almeida Moura

Após ter lido este termo, esclarecido as minhas dúvidas e recebido uma cópia do mesmo, concordo em participar da pesquisa.

Assinatura..... Documento: Data: / /

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG: Avenida Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha, Unidade Administrativa 11, 2º andar, sala 2005. Tel. 3499-4592.

Pesquisadores: Edilberto Nogueira Mendes; Rosa Malena Delbone de Faria; Taciana de Figueiredo Soares; Silvana Maria Elói;

Telefone de contato: (031) 3409-9774 – Endereço: Av. Professor Alfredo Balena, 190 – 4º andar

Pesquisador responsável: Josemar de Almeida Moura

Telefone: (31) 98226-7998

Anexo 2

Modelo de Registro das avaliações dos estudantes dos vídeos de modelos de atendimento apresentados (Q1).

CASO 1	
Pontos positivos	Pontos que poderiam ser melhorados

CASO 2	
Pontos positivos	Pontos que poderiam ser melhorados

Anexo 3

RACIP

RACIP - Registro Médico de Atendimento Clínico INTEGRAL à Pessoa

I. Introdução:

Perfil da Pessoa

Apresentar a pessoa como um ser humano: Senhor, Senhora, Senhorita, Pastor, Padre, etc., utilizando o nome completo (acrescendo a soletração se necessário). Incluir a idade (ou data de aniversário) e estado civil. Incluir uma breve descrição das condições atuais de moradia, situação familiar (Genograma) e comunitária (Ecomapa) da pessoa, sua profissão, interesses especiais, etc. Indicar a forma como a pessoa gostaria de ser chamada/tratada. Atualizar periodicamente.

II. Principais preocupações (motivo da consulta)

“Preocupação” é mais abrangente e menos ambígua que “queixa”. Utilizar as próprias palavras da pessoa. Evitar o vocabulário biomédico, salvo se a pessoa o utilizar.

Perspectiva da pessoa (o “sofrimento ou o adoecimento”).

Possíveis temas incluem:

1. Entendimento da pessoa sobre a doença ou incapacidade (causas, diagnóstico, prognóstico e manejo).
2. Impacto da doença ou da incapacidade ou atendimento médico sobre a vida da pessoa, seu trabalho e suas relações, sendo especialmente importante o sofrimento físico, mental e emocional, p.ex. a experiência específica da pessoa com a perda (de independência, de funções, em geral, de status, da certeza ou do controle), dor, preocupação e medo.
3. Os objetivos da pessoa em relação a sua saúde.
4. As expectativas da pessoa em relação ao atendimento médico. Se apropriado, as preferências da pessoa em relação aos cuidados ao final da vida.

III. História da Moléstia Atual (HMA)

Descrever a enfermidade, as incapacidades relacionadas e os cuidados médicos prévios mediante a perspectiva da pessoa, bem como da perspectiva biomédica como delineado a seguir. Em alguns casos o parágrafo contendo a “perspectiva da pessoa” deve, logicamente, vir em primeiro lugar, mas não necessariamente. Evitar expressões que de forma não reflexiva e repetidamente gerem dúvidas à credibilidade do relato da pessoa (Ex. ‘nega’ ou ‘alega’).

Perspectiva biomédica ou biológica (a “doença”)

1. Relato cronológico do início e evolução dos sintomas da doença ou da incapacidade, incluindo localização, qualidade, intensidade, cronologia, cenário, fatores agravantes ou atenuantes, sintomas associados e pontos pertinentes positivos e negativos.
2. Informação sobre diagnósticos prévios, tratamento e evolução da “doença”.
3. Exploração da revisão de sistemas: utilizar as mesmas abordagens: perspectiva biomédica e perspectiva do pessoa utilizadas na HDA

4. História pregressa: registrar as perspectivas biomédica e da pessoa.

Biomédica: ordem cronológica dos “problemas” apresentados ao longo da vida, internações e cirurgias prévias e alergias a medicamentos, entre outros.

Perspectiva da pessoa: como doenças prévias afetam ou afetaram a vida da pessoa e se há a influência das doenças pregressas na queixa atual.

5. Comportamento e hábitos: colher e registrar informações sobre uso de drogas ilícitas/tabaco/álcool (tipo, período, frequência e quantidade), contato com animais, com alérgenos e com outros irritantes.

Composição e situação familiar:

V. Utilização de Propedêutica Complementar

Perspectiva biomédica

1. Registrar os exames complementares necessários para o esclarecimento do diagnóstico.
2. Registrar os resultados dos exames solicitados.

Perspectiva da pessoa

Informar à pessoa a necessidade da realização dos exames complementares para a elucidação do diagnóstico e registrar no prontuário. O registro deve observar os itens relacionados à:

1. Compreensão da pessoa sobre cada exame proposto;
2. Explicação da aplicabilidade de cada exame proposto, em linguagem adequada à compreensão da pessoa;
3. Expectativa da pessoa sobre a realização do(s) exame(s);
4. Preocupações da pessoa em relação à execução do(s) exame(s) (modo de coleta, preparo para o exame) e possíveis riscos decorrentes do procedimento.
5. Outras dúvidas da pessoa relacionadas ao procedimento.
6. Concordância da pessoa em realizar a propedêutica laboratorial sugerida.
7. Explicação dos resultados exames e as possíveis correlações clínicas e terapêuticas, além das limitações que possam trazer à vida da pessoa.

VI. Avaliação e Planejamento

“Perspectivas da pessoa” clinicamente significativas (p.ex. entendimento ruim de sua condição médica, medo ou preocupações importantes, expectativa não realista sobre o atendimento médico) identificadas na HDA ou posteriormente ao longo da consulta, devem ser registradas por escrito.

Anexo 5

AUTO AVACIP

INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO INTEGRAL À PESSOA	
(AVACIP_{auto})	
I - INÍCIO DO ATENDIMENTO	
<i>PERFIL DA PESSOA</i>	
1. Você se apresentou nominalmente para a Pessoa?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Você cumprimentou a Pessoa com um aperto de mão?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Você sorriu ao cumprimentar a Pessoa?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4. Você tratou a Pessoa pelo nome?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5. Você demonstrou interesse pela Pessoa ao perguntar sobre sua idade, suas condições de vida, relações familiares, sociais, condições de moradia, escolaridade e profissão?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
6. Você realizou o registro das informações coletadas?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
II - EXPECTATIVA DA PESSOA FRENTE AO ADOECIMENTO E EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO MÉDICO	
<i>PRINCIPAIS PREOCUPAÇÕES</i>	
7. Você encorajou a Pessoa a expor suas queixas (preocupações)?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
8. Você ouviu atentamente a Pessoa enquanto ela falava sobre o seu problema?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
<i>PERSPECTIVAS DA PESSOA SOBRE O "SOFRIMENTO OU O ADOECIMENTO</i>	
9. Você demonstrou interesse em saber como a vida da pessoa está sendo afetada pelo problema/doença (limitações físicas e sofrimento mental, trabalho, vida sexual, etc)?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
10. Você demonstrou interesse em ouvir as expectativas da Pessoa em relação ao atendimento médico?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
11. Você realizou o registro das informações coletadas?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
III - PERSPECTIVA BIOMÉDICA OU BIOLÓGICA - PROBLEMA ATUAL	
<i>HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)</i>	
12. Você perguntou à Pessoa sobre a caracterização dos sintomas apresentados (cronologia, localização, intensidade, fatores atenuantes/agravantes)?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
13. Você perguntou à Pessoa sobre a evolução dos sintomas apresentados?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
14. Você perguntou à Pessoa sobre os sintomas associados?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
15. Você colheu informações sobre diagnósticos prévios?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
16. Você colheu informações sobre tratamentos prévios?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
17. Você realizou o registro das informações coletadas?	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito

INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO À PESSOA

EXPLORAÇÃO DOS SISTEMAS REGULATÓRIOS

18. Você perguntou sobre possíveis alterações nos diversos sistemas regulatórios, relacionadas ou não à doença vigente?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

19. Você realizou o registro das informações coletadas?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

IV - PERSPECTIVA BIOMÉDICA OU BIOLÓGICA - ANTECEDENTES DE DOENÇAS

HISTÓRIA DE DOENÇAS PRÉVIAS

20. Você perguntou à Pessoa sobre os "problemas apresentados ao longo da vida" (internações/cirurgias/alergias a medicações/ uso de medicações)?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

21. Você perguntou à Pessoa como as doenças prévias comprometeram ou comprometem a sua vida?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

22. Você demonstrou interesse sobre as percepções da Pessoa relacionadas à influência de doenças prévias em seu problema atual?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

HISTÓRIA DE DOENÇAS FAMILIARES

23. Você perguntou à Pessoa sobre as doenças familiares?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

24. Você demonstrou interesse em escutar a Pessoa falar sobre a influência das doenças familiares (incluindo preocupações/ medos e impacto) em sua vida?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

V - COMPORTAMENTO E HÁBITOS

25. Você demonstrou interesse em conhecer a percepção da Pessoa sobre sua saúde mental e comportamento (temperamento, manias, costumes, fobias, comportamento sexual)?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

26. Você perguntou à Pessoa informações específicas sobre o uso de drogas ilícitas, cigarro e álcool?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

27. Você perguntou à Pessoa informações sobre contato com animais, alérgenos e irritantes?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

28. Você realizou o registro das informações coletadas?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

VI - EXAME FÍSICO

29. Você realizou o exame físico adequadamente (de acordo com a situação clínica e a especialidade)?

Não realizou o exame 1 2 3 4 5 Técnica adequada e exame de todos os sistemas pertinentes

30. Você solicitou à Pessoa a permissão para a realização do exame físico?

Sim Não

31. Você comunicou à Pessoa os achados do exame físico realizado?

Sim Não

32. Você registrou o exame físico realizado?

Sim Não

INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO À PESSOA

VII - UTILIZAÇÃO DE PROPEDEÚTICA COMPLEMENTAR

33. Você explicou para a Pessoa sobre a necessidade/aplicabilidade do(s) exame(s) complementar (es) sugerido(s)? Sim
 Não

34. Você perguntou à Pessoa sobre suas expectativas em relação a realização do(s) exame(s) complementar(es)? Sim
 Não

35. Você esclareceu as dúvidas e preocupações da Pessoa em relação à execução do(s) exame(s) (modo de coleta, preparo para o exame, riscos)?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

36. Você obteve da Pessoa a concordância em realizar o(s) exame(s) complementar(es)? Sim
 Não

37. Você esclareceu para a Pessoa as possíveis implicações clínicas do(s) resultado(s) do(s) exame(s) no tratamento da doença e na vida do paciente? Sim
 Não

38. Você registrou o(s) exame(s) complementar(es) solicitado(s) ? (QUANDO SE APLICAR)

Nada 1 2 3 4 5 Muito

VIII - AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO E ALIANÇA TERAPÊUTICA

39. Você esclareceu a Pessoa em relação aos medos, preocupações e expectativas não realistas sobre o atendimento médico?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

40. Você listou os principais problemas clínicos da pessoa, ativos e inativos?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

41. Você demonstrou interesse à perspectiva da Pessoa sobre os problemas identificados?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

42. Você apresentou e justificou, com base em evidências científicas e contextualizadas na realidade da pessoa, a proposta do plano do cuidado?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

43. Você discutiu o plano de tratamento proposto com a Pessoa?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

44. Você demonstrou interesse sobre a opinião da Pessoa relativa ao plano de tratamento proposto?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

45. Você tentou esclarecer as dúvidas da Pessoa sobre o tratamento proposto? (QUANDO SE APLICAR)

Nada 1 2 3 4 5 Muito

46. Você explicou à Pessoa os efeitos colaterais das medicações sugeridas? (QUANDO SE APLICAR)

Nada 1 2 3 4 5 Muito

47. Você explicou as possíveis limitações que o tratamento poderia trazer à Pessoa? (QUANDO SE APLICAR)

Nada 1 2 3 4 5 Muito

48. Você realizou o registro das informações coletadas?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO À PESSOA

IX - SUMÁRIO DE INTERCONSULTA OU DE ALTA

49. Você checkou a compreensão da Pessoa sobre a necessidade da interconsulta/alta?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

50. Você salientou, além das perspectivas biomédicas, as possíveis preocupações, medos e expectativas da Pessoa, que precisarão ser consideradas?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

51. Você realizou o registro das informações coletadas?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

X - REGISTRO DOS RETORNOS AO ATENDIMENTO CLÍNICO

LISTA DE PROBLEMAS

52. Você atualizou a lista de problemas da Pessoa e fez o registro no início atendimento clínico?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

LISTA DE MEDICAMENTOS E/OU MEDIDAS TERAPÊUTICAS

53. Você atualizou a lista de todos os medicamentos em uso pela Pessoa, inclusive os sem prescrição médica e registrou?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

PERSPECTIVAS DAS PESSOAS SOBRE SUA EVOLUÇÃO CLÍNICA E O ATENDIMENTO

54. Você demonstrou interesse pela percepção da Pessoa sob sua evolução clínica desde o último atendimento?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

55. Você demonstrou interesse pelas expectativas da Pessoa sobre o atendimento atual?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

PERSPECTIVAS BIOMÉDICAS DA EVOLUÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

56. Você registrou a evolução dos sinais e sintomas? Sim Não

57. Você registrou a resposta clínica ao plano proposto? Sim Não

58. Você registrou a resposta laboratorial ao plano proposto? Sim Não

59. Você discutiu com a Pessoa sobre a sua evolução clínica e laboratorial?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO E ALIANÇA TERAPÊUTICA

60. Você registrou as conclusões, planejamento e proposta de continuidade, sob o ponto de vista biomédico? Sim Não

61. Você registrou as conclusões, planejamento e proposta de continuidade, sob o ponto de vista da Pessoa?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

Anexo 6

AVACIP

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO INTEGRAL A PESSOA (AVACIP)		
I- INÍCIO DO ATENDIMENTO		
PERFIL DA PESSOA		
1- Apresentou-se nominalmente para a Pessoa?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
2- Cumprimentou a Pessoa com um aperto de mão?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
3- Sorriu ao cumprimentar a Pessoa?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
4- Tratou a Pessoa pelo nome?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
5- Demonstrou interesse pela Pessoa ao perguntar sobre a idade, condições de vida, relações familiares e sociais, moradia, escolaridade e profissão?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
II- EXPECTATIVA DA PESSOA FRENTE AO ADOECIMENTO E EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO MÉDICO		
MOTIVO DA CONSULTA		
6- Encorajou a Pessoa a expor suas queixas (preocupações)?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
7- Ouviu atentamente a Pessoa enquanto ela falava sobre o seu problema?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
PERSPECTIVA DA PESSOA SOBRE O SOFRIMENTO OU ADOECIMENTO		
8- Demonstrou interesse sobre como a vida da Pessoa está sendo afetada pelo problema/doença (limitações físicas, sofrimento mental, trabalho, sexo, etc)?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
9- Demonstrou interesse em ouvir as expectativas da Pessoa em relação ao atendimento médico?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
III- COMPORTAMENTO E HÁBITOS		
10- Demonstrou interesse em conhecer a percepção da Pessoa sobre sua saúde mental e comportamento (temperamento, manias, costumes, fobias, comportamento sexual)?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
11- Perguntou à Pessoa informações específicas sobre o uso de drogas ilícitas, cigarro e álcool?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
IV- UTILIZAÇÃO DE PROPEDEÚTICA COMPLEMENTAR		
12- Explicou para a Pessoa sobre a necessidade / aplicabilidade do(s) exames(s) complementar(es) sugerido(s)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
13- Perguntou à Pessoa sobre suas expectativas em relação a realização do(s) exame(s) complementar(es)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
14- Esclareceu as dúvidas e preocupações da Pessoa em relação à execução do(s) exame(s) (modo de coleta, preparo para o exame, riscos)?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
15- Obteve da Pessoa a concordância em realizar o(s) exames(s) complementar(es)?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
16- Esclareceu para a Pessoa as possíveis implicações clínicas do(s) resultado(s) do(s) exame(s) no tratamento da doença e na vida?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
V- AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO E ALIANÇA TERAPEÚTICA		
17- Esclareceu a Pessoa em relação aos medos, preocupações e expectativas não realistas sobre o atendimento médico?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
18- Listou os principais problemas clínicos da pessoa, ativos e inativos?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
19- Demonstrou interesse à perspectiva da Pessoa sobre os problemas identificados?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
20- Apresentou e justificou, com base em evidências científicas e contextualizadas na realidade da pessoa, a proposta do plano de cuidado?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
21- Discutiu o plano de tratamento proposto com a Pessoa?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
22- Demonstrou interesse sobre a opinião da Pessoa relativa ao plano de tratamento proposto?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
23- Tentou esclarecer as dúvidas da Pessoa sobre o tratamento proposto?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	
24- Explicou as possíveis limitações que o tratamento poderia trazer à Pessoa?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito	

Anexo 7

Avaliação da satisfação dos estudantes em relação ao TH (Q2).

Treinamento em Habilidades de Comunicação - Medicina-UFMG 2015

*Obrigatório

Numero de Matrícula *

Como você avalia os seguintes itens gerais do curso *

	ruim	regular	bom	ótimo
Organização geral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância do tema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carga horária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estrutura física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipamentos utilizados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipe de apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como você avalia o instrutor do curso *

	ruim	regular	bom	ótimo
Demonstrou domínio do conteúdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Criou clima favorável à participação dos alunos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi objetivo em suas explicações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empregou técnicas didáticas favoráveis à fixação do tema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esclareceu as dúvidas dos alunos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumpriu os horários estabelecidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você já conhecia o assunto abordado ? *

- vago conhecimento
- algum conhecimento
- bom conhecimento

- amplo conhecimento

O curso realizado: *

- não me proporcionou conhecimentos além dos já possuídos
 proporcionou-me novos conhecimentos sobre o assunto

Após o curso você reformulou seus conceitos e pontos de vista a respeito do assunto? *

- Sim
 Não

Você indicaria o Treinamento para outro colega? *

- Sim
 Não
 Opção 3

Em relação ao seu entendimento: *

- nada do que se falou tem aplicação prática na sua vida profissional
 muito pouco do que se falou tem aplicação prática na sua vida profissional
 grande parte do que se falou tem aplicação prática sua vida profissional
 tudo que se falou tem aplicação prática na sua vida profissional

Dê a sua nota para o curso *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ruim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ótimo

Justifique sua nota *

Comentários e sugestões

Anexo 8

Aprovação COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 03896812.4.0000.5149

Interessado(a): Prof. Edilberto Nogueira Mendes
Departamento de Propedêutica Complementar
Faculdade de Medicina - UFMG

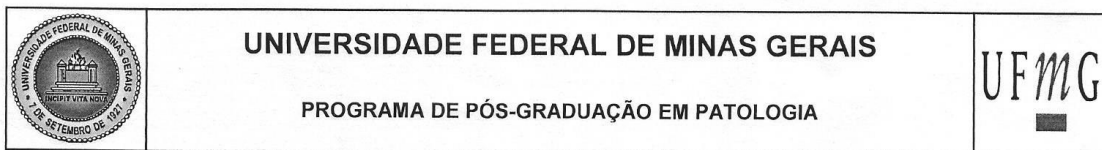
DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de setembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Estudo da relação entre o uso racional da propedêutica complementar e a prática do método clínico centrado na pessoa**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo 9




FOLHA DE APROVAÇÃO

IMPACTO DO TREINAMENTO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DO MÉTODO CLÍNICO DE ATENDIMENTO INTEGRAL À PESSOA, ALIADO OU NÃO AO USO DE FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA O REGISTRO DO ATENDIMENTO

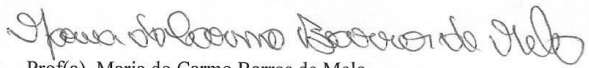
JOSEMAR DE ALMEIDA MOURA

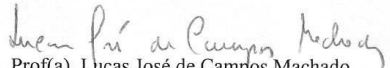
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PATOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PATOLOGIA, área de concentração PATOLOGIA INVESTIGATIVA.

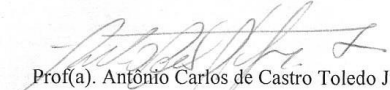
Aprovada em 26 de setembro de 2016, pela banca constituída pelos membros:

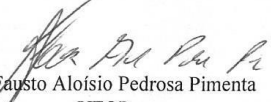

Prof(a). Rosa Malena Delbone de Faria - Orientador
UFMG


Prof(a). Taciana de Figueiredo Soares
UFMG


Prof(a). Maria do Carmo Barros de Melo
UFMG


Prof(a). Lucas José de Campos Machado
UFMG


Prof(a). Antônio Carlos de Castro Toledo Junior
Unifenas


Prof(a). Fausto Aloisio Pedrosa Pimenta
UFOP

Belo Horizonte, 26 de setembro de 2016.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA

UFMG

**ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO
JOSEMAR DE ALMEIDA MOURA**

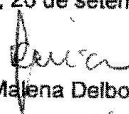
Realizou-se, no dia 26 de setembro de 2016, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina da UFMG, sala 341, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *IMPACTO DO TREINAMENTO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DO MÉTODO CLÍNICO DE ATENDIMENTO INTEGRAL À PESSOA, ALIADO OU NÃO AO USO DE FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA O REGISTRO DO ATENDIMENTO*, apresentada por JOSEMAR DE ALMEIDA MOURA, número de registro 2012771763, graduado no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em PATOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Rosa Malena Delbone de Faria - Orientador (UFMG), Prof(a). Taciana de Figueiredo Soares (UFMG), Prof(a). Maria do Carmo Barros de Melo (UFMG), Prof(a). Lucas José de Campos Machado (UFMG), Prof(a). Antonio Carlos de Castro Toledo Junior (Unifenas), Prof(a). Jose Maria Peixoto (Unifenas) Prof(a). Fausto Aloísio Pedrosa Pimenta (UFOP).

A Comissão considerou a tese:

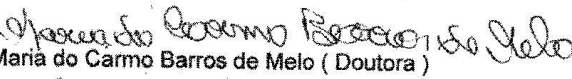
Aprovada


Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 26 de setembro de 2016.

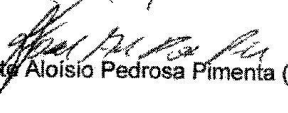

Prof(a). Rosa Malena Delbone de Faria (Doutora)


Prof(a). Taciana de Figueiredo Soares (Doutora)


Prof(a). Maria do Carmo Barros de Melo (Doutora)


Prof(a). Lucas José de Campos Machado (Doutor)


Prof(a). Antonio Carlos de Castro Toledo Junior (Doutor)


Prof(a). Fausto Aloísio Pedrosa Pimenta (Doutor)