**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E
ADOLESCENTE**

Aluna: Anna Beatriz Costa Neves do Amaral

*Utilização da associação de opiniões de múltiplos avaliadores com a análise
de “gaps” na avaliação das habilidades de comunicação no ensino médico
brasileiro*

**RIBEIRÃO PRETO-SP
2015**

Anna Beatriz Costa Neves do Amaral

Utilização da associação de opiniões de múltiplos avaliadores com a análise de “gaps” na avaliação das habilidades de comunicação no ensino médico brasileiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e Adolescente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do Título de Doutora em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Luiz Gonzaga Tone

**RIBEIRÃO PRETO- SP
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Maurício Amormino Júnior, CRB6/2422)

A485u Amaral, Anna Beatriz Costa Neves do
Utilização da associação de opiniões de múltiplos avaliadores com a análise de “gaps” na avaliação das habilidades de comunicação no ensino médico brasileiro / Anna Beatriz Costa Neves do Amaral. – Ribeirão Preto (SP), 2015.
196 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado (Ciências), apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão preto/USP. Área de Concentração : Saúde da Criança e Adolescente.

Orientador: Luiz Gonzaga Tone.

1. Comunicação. 2. Cuidado centrado no paciente. 3. Educação médica. I. Tone, Luiz Gonzaga. II. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU: 61

Amaral, ABCN. *Utilização da associação de opiniões de múltiplos avaliadores com a análise de “gaps” na avaliação das habilidades de comunicação no ensino médico brasileiro*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e Adolescente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do Título de Doutora em Ciências

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof Dr _____ Instituição : _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr _____ Instituição : _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr _____ Instituição : _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr _____ Instituição : _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr _____ Instituição : _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Para Raphael, Angelina, mamãe Rosa e irmãos
Obrigada, Senhor, pelo privilégio de viver este amor verdadeiro

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Luiz Gonzaga Tone, pela confiança, apoio, carinho paterno e paciência, não só na pós graduação, mas durante todo o processo da minha formação médica. O senhor é um exemplo de trabalho, dedicação e alegria para minha jornada na Oncologia Pediátrica.

À minha co-orientadora Profa. Dra. Paula Philbert Lajolo Canto, amiga e irmã de todas as horas. Continuo seguindo seus passos, pois acredito em sua competência, dedicação e doação na amizade e na carreira.

Aos queridos mestres Aaron Calhoun, MD e Elizabeth Ann Rider MSW, MD, por permitirem a realização desta tradução, por me atenderem prontamente a todo momento e por compartilharem comigo grandes momentos de comunicação em saúde.

À Profa. Dra. Marisa Philbert Lajolo por sua fundamental contribuição nos ajustes linguísticos, por seus questionamentos pertinentes na metodologia e por sempre incentivar meu crescimento acadêmico e pessoal.

Ao Prof. Dr. Rogério de Melo Costa Pinto, por dedicar tempo e paciência à revisão dos cálculos estatísticos, com o cuidado de ensinar-me passo a passo do que realizamos.

A todos os professores do Departamento de Pediatria da FMRP-USP, por tudo: quando retornei e os reencontrei, senti uma alegria imensa, uma vontade de prosseguir e um orgulho transbordante por ter sido sua aluna e ter a honra de poder voltar aos bancos da minha faculdade. Todo meu carinho, admiração e respeito a cada um dos senhores.

Aos colegas residentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e todos os que gentilmente aceitaram responder o questionário e emitiram opiniões fundamentais para a estruturação deste trabalho, com grande sensibilidade e disposição para debater sobre o tema.

À minha sogra querida Sra Marisa Guimarães Bettero, por dar um colinho de avó inesquecível a pequena Angelina enquanto eu finalizava os proformas da tese.

As secretárias da pós graduação do Departamento de Pediatria, pelo apoio, suporte e incentivo a todos os alunos.

*“Dê a quem você ama:
Asas para voar,
Raízes para voltar e
Motivos para ficar “
(Dalai Lama)*

- Obrigada minha Gloriosa FMRP! -

RESUMO

Amaral, ABCN. *Utilização da associação de opiniões de múltiplos avaliadores com a análise de “gaps” na avaliação das habilidades de comunicação no ensino médico brasileiro*. [tese]. Ribeirão Preto:Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2015, 196f.

Os novos currículos das escolas médicas brasileiras privilegiam em seu plano de ensino o cuidado com o paciente, conhecimento médico e do sistema de saúde, profissionalismo, prática baseada em problemas e habilidades interpessoais de comunicação. Um dos métodos para avaliar as habilidades de comunicação é, a partir da observação de situações clínicas simuladas, associar a opinião de múltiplos avaliadores e a análise de *gaps* com base nos itens do Consenso *Kalamazoo* ampliado. O objetivo final é produzir *feedback* construtivo para o aluno na relação com a equipe multiprofissional, os pacientes e seus familiares. O instrumento Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form (GKCSAF) foi traduzido, adaptado culturalmente para a língua portuguesa do Brasil e validado. Foram avaliadas na validação qualidade, confiabilidade e análise fatorial exploratória dos itens. A versão final em português foi aplicada a médicos residentes, equipe multiprofissional, facilitadores e atores nas áreas de Oncologia, UTI Neonatal e UTI Pediátrica. As opiniões dos avaliadores foram associadas a análise de *gaps* utilizando-se estatística descritiva e o resultado final foi oferecido como *feedback* por escrito para cada participante. O produto das duas traduções iniciais conciliadas foi retrotraduzido e avaliado pelo autor do método que sugeriu ajuste em 3 termos. Cinco das 86 sentenças avaliadas durante as 4 rodadas do método *Delphi* modificado mantiveram-se discordantes. 21 participantes responderam ao pré-teste e 9 sugestões de adaptação cultural foram reescritas, gerando a versão final. Dos 37 participantes do processo de validação, 84% eram do sexo feminino e 76% não receberam formação em comunicação em saúde. Todos os participantes consideraram o instrumento de fácil compreensão. A consistência interna (Alfa-Cronbach = 0,818) e a confiabilidade do teste-reteste (coeficiente de correlação intraclass = 0,942) foram adequadas. A análise fatorial exploratória verificou a unidimensionalidade da escala. Foram realizadas 8 cenas simuladas, com duração média de 7 minutos, totalizando 104 avaliações. Todas as cenas possuem padrões diversos de correlação entre as médias de avaliação dos grupos de observadores e 75% tinham pontuação na escala *Likert* maior ou igual a 3 nos nove itens de comunicação. Houve destaque para a adequada transmissão de informações precisas e os itens que necessitam melhorar variaram em cada simulação. Nas auto-avaliações, as sub-avaliações foram frequentes, com 43 apontamentos. Em duas cenas houveram itens com super avaliações, uma com 8 itens e outra com 1 item. Destes 52 apontamentos, 10 (19%) são coincidentes com a opinião dos observadores. A tradução em etapas originou versão adequada para a língua portuguesa do ponto de vista linguístico e técnico. As propriedades psicométricas foram semelhantes às do instrumento original. Os dados obtidos no ambiente simulado puderam identificar lacunas da comunicação interpessoal em questões específicas, abordadas em momento de *feedback* formativo e auto-reflexão. Este método envolve toda a equipe de saúde, é prático e reproduzível em instituições de ensino brasileiras. Sua inclusão no currículo atual pode aprimorar de maneira continuada a relação médico-paciente-cuidador-equipe.

Palavras-chave: comunicação, ensino, estudos de validação, opinião de múltiplos avaliadores, gap análise

ABSTRACT

Amaral, ABCN. Feasibility of multirater feedback with gap analysis to assess brazilian medical education of communication skills. [thesis]. Ribeirão Preto:Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2015, 196f.

The priorities of brazilian medical schools in the planning of their new curricula are: patient care, medical knowledge and the health care system, professionalism, practice based on problems and interpersonal communication skills. One method used to assess communication skills is based on the observation of simulated clinical situations, associating multi-rater assessments and gap analysis based on items of the extended Kalamazoo Consensus. The final objective is to produce a constructive feedback for students in their relationship with the interdisciplinary team, patients and their families. The Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form (GKCSAF) was translated into Brazilian Portuguese, culturally adapted to the Brazilian society and validated. In the validation, the assessments included quality, reliability and exploratory factor analyzes of the items. The final Portuguese version was applied to resident physicians, interdisciplinary team and actors in the fields of Oncology, Neonatal ICU and Pediatric ICU. The assessments of raters were associated to gap analysis using descriptive statistics, and the final result was given as written feedback to each participant. The outcome of the two initial reconciled translations was back translated and assessed by the researcher who developed the method who suggested adjustments to 3 words. Disagreement persisted in five of the 86 sentences assessed during the 4 rounds of modified Delphi method. Twenty-one (21) participants answered the pretest and 9 suggestions of cultural adaptation were rewritten, leading to the final version. Of the 37 participants in the assessment process, 84% were women and 76% had no training in health communication. All participants considered the instrument logistically feasible. The internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.818$) and test-retest reliability (intraclass correlation coefficient = 0.942) were adequate. Exploratory factor analysis was used to assess the unidimensionality of the scale. Eight simulated scenes were performed, with an average duration of 7 minutes, totaling 104 assessments. All scenes had different patterns of correlation between the means of assessments of the groups of observers and 75% had scores greater than or equal to 3 in Likert scale, in the nine communication-related items. Emphasis was given to the appropriate transmission of accurate information, and the items that needed to be changed differed in each simulation. Self-under-appraisal were frequent with 43 remarks. Two scenes had items with self-over-appraisal, one with 8 items and the other with 1 item. Of these 52 remarks, 10 (19%) are consistent with the assessments of the observers. The use of translation in stages resulted in a suitable version in the Portuguese language, from the linguistic and technical views. The psychometric properties were similar to those of the original instrument. The data obtained in the simulated environment allowed the identification of interpersonal communication gaps regarding specific issues during formative feedback and critical self-reflection. This method involves the entire health care team, is practical and reproducible in Brazilian teaching institutions. Its inclusion in the current curriculum may improve on a continuous basis the doctor-patient-caregiver-team relationship.

Keywords: communication, teaching, validation studies, multirater feedback, gap analysis

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

	Página
Figura 1	Médias e desvios padrão a cada rodada do item 6 42
Figura 2	Médias e desvios padrão a cada rodada do item 16 43
Figura 3	Médias e desvios padrão a cada rodada do item 36 44
Figura 4	Médias e desvios padrão a cada rodada do item 19 44
Figura 5	Médias e desvios padrão a cada rodada do item 67 45
Figura 6	Dispersão dos desvios padrão de cada item na primeira rodada 45
Figura 7	Dispersão dos desvios padrão de cada item na segunda rodada 46
Figura 8	Dispersão dos desvios padrão de cada item na terceira rodada 46
Figura 9	Dispersão dos desvios padrão de cada item na quarta rodada 47
Figura 10	Médias dos observadores da cena 1 53
Figura 11	Médias dos observadores da cena 2 53
Figura 12	Médias dos observadores da cena 3 54
Figura 13	Médias dos observadores da cena 4 54
Figura 14	Médias dos observadores da cena 5 55
Figura 15	Médias dos observadores da cena 6 55
Figura 16	Médias dos observadores da cena 7 56
Figura 17	Médias dos observadores da cena 8 56
Figura 18	Cena 1 e as médias da escala <i>Likert</i> geral e de auto-avaliação 58
Figura 19	Cena 1 e as médias da escla <i>Likert</i> de auto-avaliação e dos facilitadores 58
Figura 20	Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente 59
Figura 21	Item destacado como o que o médico residente fez melhor ou necessita melhorar 59

Figura 22	Cena 2 e as médias da escala <i>Likert</i> geral e de auto-avaliação	60
Figura 23	Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente	61
Figura 24	Item destacado como o que o médico residente fez melhor ou necessita melhorar	61
Figura 25	Cena 4 e as médias da escala <i>Likert</i> geral e de auto-avaliação	62
Figura 26	Cena 4 e as médias da escla <i>Likert</i> de auto-avaliação e dos facilitadores	63
Figura 27	Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente	63
Figura 28	Item destacado como o que o médico residente fez melhor ou necessita melhorar	64
Figura 29	Cena 8 e as médias da escala <i>Likert</i> geral e de auto-avaliação	65
Figura 30	Cena 8 e as médias da escla <i>Likert</i> de auto-avaliação e dos facilitadores	65
Figura 31	Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente	66
Figura 32	Item destacado como o que o médico residente fez melhor ou necessita melhorar	66
Figura 33	Cena 3 e as médias da escala <i>Likert</i> geral e de auto-avaliação	68
Figura 34	Cena 3 e as médias da escla <i>Likert</i> de auto-avaliação e dos facilitadores	68
Figura 35	Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente	69
Figura 36	Item destacado como o que o médico residente fez melhor ou necessita melhorar	69
Figura 37	Cena 5 e as médias da escala <i>Likert</i> geral e de auto-avaliação	70
Figura 38	Cena 5 e as médias da escla <i>Likert</i> de auto-avaliação e dos facilitadores	71
Figura 39	Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente	71
Figura 40	Item destacado como o que o médico residente fez melhor ou necessita melhorar	72
Figura 41	Cena 6 e as médias da escala <i>Likert</i> geral e de auto-avaliação	73
Figura 42	Cena 6 e as médias da escla <i>Likert</i> de auto-avaliação e dos	74

facilitadores

Figura 43	Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente	74
Figura 44	Item destacado como o que o médico residente fez melhor ou necessita melhorar	75
Figura 45	Cena 7 e as médias da escala <i>Likert</i> geral e de auto-avaliação	76
Figura 46	Cena 7 e as médias da escla <i>Likert</i> de auto-avaliação e dos facilitadores	76
Figura 47	Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente	77
Figura 48	Item destacado como o que o médico residente fez melhor ou necessita melhorar	77
Tabela 1	Exemplos do processo de tradução, reconciliação e retrotradução de palavras do questionário	48
Tabela 2	CCI dos os itens de comunicação do GKCSAF para facilitadores e médicos	50
Tabela 3	Cargas fatoriais e comunalidade dos nove itens do instrumento traduzido	51
Tabela 4	Correlação entre as médias de avaliação dos grupos de observadores em cada cena simulada	52
Tabela 5	Interpretação da análise de “gaps”	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABMS	- <i>American Board of Medical Specialties</i>
ACGME	- <i>Accreditation Council for Graduate Medical Education</i>
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CNRM	- Comissão Nacional de Residência Médica
FAMED UFU	- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia
GKCSAF	- <i>Gap-Kalamazoo Communication Skills Assesment Form</i>
IPEP	- <i>Institute of Ethical and Professionalism</i>
KMO	- Teste de Kaiser-Meyer-Olkin
PACE	- <i>Program for the Approach to Complex Encounters</i>
PERCS	- <i>Program to Enhance Relational and Communication Skills</i>
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFU	- Universidade Federal de Uberlândia
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	21
3. OBJETIVOS.....	22
4. METODOLOGIA.....	23
4.1 Estudo.....	23
4.2 Participantes.....	23
4.3 Instituição.....	24
4.4 Procedimento.....	25
4.5 Instrumento de medida.....	27
4.5.1 <i>Gap-Kalamazoo Communication Skills Assesment Form</i>	27
4.5.2 <i>Questionário sócio-demográfico</i>	28
4.6 Tradução.....	28
4.7 Processo de Validação.....	32
4.7.1 <i>Qualidade dos Dados</i>	32
4.7.1.1 Dados perdidos.....	32
4.7.1.2 Validade de Face.....	33
4.7.2 <i>Confiabilidade</i>	33
4.7.2.1 Consistência interna.....	33
4.7.2.2 Teste-reteste.....	34
4.7.2.3 Confiabilidade inter-avaliador.....	34
4.7.3 <i>Análise Fatorial</i>	34
4.8 Simulação de situações clínicas difíceis.....	35
4.9 <i>Feedback</i> aos participantes.....	36
4.10 Análise Estatística.....	36
4.11 Interpretação dos dados.....	38
5. RESULTADOS.....	40
5.1 Processo de Tradução.....	40
5.2 Participantes.....	48
5.3 Propriedades Psicométricas.....	49
5.4 Simulação de situações clínicas difíceis.....	52
5.4.1 <i>Relação entre as avaliações de cada grupo de observadores</i>	52
5.4.2 <i>Resultados do questionário para todas as cenas</i>	56
5.4.3 <i>Pontuação Likert, escolhas em aberto e análise de “gaps” cena a cena</i>	57
5.4.3.1 Oncologia.....	57
5.4.3.2 UTI Pediátrica.....	62

5.4.3.3 UTI Neonatal.....	67
5.4.4 <i>Feedback</i> para os participantes.....	78
6. DISCUSSÃO.....	80
7. CONCLUSÕES.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	91
A. Autorização do autor para utilização do instrumento.....	91
B. Instrumentos para tradução enviados pelo autor.....	93
C. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	99
APÊNDICES	
A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
B. Casos clínicos para simulação.....	105
C. Questionário sócio-demográfico.....	107
D. Entrevistas cognitiva e retrospectiva.....	108
E. Traduções, reconciliação e retrotradução.....	110
F. Apontamentos do autor.....	122
G. Etapas do método Delphi.....	123
H. Gráficos dos itens avaliados no método Delphi.....	153
I. Versão para validade de face (pré-teste).....	171
J. Avaliação lingüística.....	179
K. Versão final para validação.....	188

1. INTRODUÇÃO

Avaliar e aprimorar constantemente as competências profissionais tem sido uma preocupação emergente nas escolas médicas (Donnon, 2014). A visão de competência mudou do foco nas habilidades em conduzir procedimentos práticos em saúde para algo mais abrangente envolvendo também a performance médica (Epstein, 2002).

Nos Estados Unidos, desde 1999 o *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) prevê em seu plano de ensino que estudantes e médicos residentes devem aprimorar seis competências, com igual valor de importância: cuidado com o paciente, conhecimento médico e do sistema de saúde, profissionalismo, prática baseada em problemas e habilidades interpessoais de comunicação em saúde (ACGME, 2000). Da mesma forma, a *American Board of Medical Specialties* (ABMS), a *Federation of State Medical Boards* e a *Joint Commission* adicionam aos currículos a necessidade de incluir estas habilidades como pré-requisitos da formação completa do aluno (Rider, 2006, 2010, 2011).

Aprender a comunicar-se é o primeiro passo para a re-humanização do contato médico-paciente (Rao, 2007). A adequada comunicação em saúde está diretamente ligada à empatia que o paciente tem por seu médico desde a primeira consulta ou contato (Eide, 2003). Pode aumentar o envolvimento do paciente na decisão de seus cuidados, diminuir o encaminhamento para outros especialistas bem como evitar a realização de exames laboratoriais e radiológicos desnecessários (Stewart, 2000).

O médico deve, portanto, estar apto a desenvolver uma relação sensível, efetiva e de satisfação mútua com seu paciente, buscando entendimento e cuidado com respeito e compaixão. Tais fatores interpessoais aliam a comunicação verbal à não verbal e associam ao ato de comunicar a troca de olhar, os elementos posturais, de voz e de expressão facial (Dyche, 2007).

Define-se como má notícia qualquer notícia drástica que altere negativamente a visão de futuro do paciente (Metha, 2008). Estudos evidenciam que a maneira com que as informações são transmitidas, o suporte emocional oferecido neste momento e até questões demográficas são decisivas para amenizar o estresse e os ressentimentos, melhorando o entendimento, a aceitação e o ajustamento familiar a nova situação (Fallowfield, 2004; Fujimori, 2009).

Em Pediatria, a comunicação torna-se ainda mais delicada por envolver pacientes, pais e familiares, devendo-se ponderar o que, como, quando, quanto e a quem se deve informar.

Desde 1968, a pediatra Bárbara Korsch observa que a boa relação médico-paciente é fator essencial para a qualidade do cuidado (Korsh, 1968). Os pais valorizam muito médicos que preocupam-se com as crenças e sentimentos de suas crianças, na tentativa de compreender melhor a sua perspectiva do adoecimento (Street, 1991).

A comunicação eficiente com a criança e a família é uma das ações mais importantes da atuação profissional em Pediatria, especialmente no processo de terminalidade. Atingir a boa comunicação proporciona melhores mecanismos de expressar emoções e de encontrar meios para enfrentar a doença. A má notícia leva a uma tomada de decisões familiares, por isso deve ser bem compreendida e gerar posicionamentos conscientes que envolvam o cuidado com qualidade (Camargo, 2007).

Várias recomendações e consensos internacionais foram estabelecidos com objetivo de melhorar a eficiência das técnicas de comunicação, evitando-se erros comuns como local inapropriado para conversas delicadas, pouca disponibilidade de tempo para tal e utilização de jargões ou termos médicos de difícil compreensão, prezando veracidade, privacidade, confiança e fidelidade entre médicos e pacientes (Mauskch, 2008; Rees, 2002; Wright, 2006).

Essas propostas são adaptadas ao ensino médico de diferentes formas, seja na implementação destes tópicos em espaço maior no currículo acadêmico (Novack, 1997), seja na comunicação interpretada por múltiplos avaliadores, na auto-avaliação e até em cursos psicodramáticos de vivência do ensino em Psicologia Médica, oferecendo-se *feedback* aos alunos durante simulações de situações clínicas difíceis (Vaigya, 1999; Meijer, 2009; Magalhães, 2009).

Inicialmente desenvolvido para avaliação de funcionários e *feedback* nas áreas de indústria e negócios, a técnica de compreensão de uma situação ou competência através da visão de múltiplos avaliadores ou avaliação de 360 graus, tem sido utilizada na Medicina desde a década de 70, tanto na Europa quanto Estados Unidos, para avaliação de competências e performance médica em especialidades como anestesiologia, clínica médica, patologia, radiologia, pediatria e cirurgia (Brinkman, 2007; Lockyer, 2003 e 2009; Violato, 2003; Wood, 2004).

Diferente de métodos tradicionais de avaliação, os quais hierarquizam os componentes de uma equipe, este formato mantém o médico em treinamento como figura central do relacionamento o qual contém um facilitador, colegas da mesma área ou de áreas diversas e o paciente ou familiar. Cada membro da equipe avalia uma característica diferente e, juntos, deliberam com maior propriedade opiniões sobre a performance do aluno. O

compartilhamento multidisciplinar de dados aumenta as chances de entendimento e colaboração entre diferentes áreas e sua integração com a perspectiva da família e do paciente (Calhoun, 2009 e 2010; Joshi, 2004; Lockyer, 2003; Wood, 2006).

Para a realização das avaliações em 360 graus ou por múltiplos avaliadores são utilizados recursos e instrumentos diversos, de acordo com cada competência ou situação. Em 2013, Lockyer baseou-se em critérios desenvolvidos em consenso no *2010 International Ottawa Conference on Medical Education* para definir ferramentas que avaliem tais instrumentos. Segundo estas definições é necessário haver validade ou coerência, reprodutibilidade ou consistência, equivalência quando avaliado em instituições diferentes, prático e realista, com aceitação no meio acadêmico e gerador de efeitos educacionais que impulsionem o aprendizado. Assim, revisões sistemáticas e avaliações de instrumentos no Canadá, Reino Unido e Holanda são realizadas periodicamente para confirmar a aplicabilidade eficiente da técnica. (Donnon, 2014; Lockyer, 2013; Overeen, 2012; Wright, 2012)

A compilação das avaliações propicia a construção de um *feedback* que, na maioria das situações, é encarado como um catalisador de ações que podem melhorar as relações na prática clínica diária. A receptividade ao retorno da situação clínica avaliada depende do quão discrepantes são as auto-avaliações e as avaliações dos facilitadores, membros da equipe e pacientes/ familiares. Todos estes dados devem ser encarados de forma que não seja uma atividade punitiva ao estudante ou médico residente, mas formativa e reavaliável de tempos em tempos durante a capacitação destes profissionais. (Brett, 2001; Eva, 2012; Mann, 2011; Violato, 2006).

Um dos desafios desta técnica é detectar a longo prazo os progressos dos profissionais. Ainda não está bem estabelecido de quanto em quanto tempo é necessário checar novamente se as orientações sugeridas no *feedback* impactaram em mudanças reais de atitude e segurança dos médicos ao comunicarem-se com a equipe, os pacientes e familiares. Os estudos mais recentes realizaram comparativos com períodos de cinco a seis anos de intervalo entre uma avaliação e outra e concluiu-se que, em períodos de re Checagem tão longos, poucas mudanças são pontuadas, o que sugere que este acompanhamento deva ser mais frequente e individualizado. (Lockyer, 2007 e 2012; Violato, 2008; Wood, 2006).

Outra ferramenta útil e com grande potencial para integrar e confirmar as opiniões de múltiplos avaliadores é a “*GAP analysis*”, isto é, análise de possíveis lacunas ou divergências de opinião entre o que um grupo compreende daquela situação simulada e como a atuação foi

auto-avaliada pelo indivíduo central em treinamento. Esta comparação possibilita verificar a perspectiva de um grupo e do indivíduo a respeito de pontos de comunicação em saúde que estão adequados e outros que necessitam melhorias (Potter, 2003).

Poucos estudos fizeram esta comparação em ambientes de saúde. A auto-avaliação de performance de comunicação já foi amplamente utilizada para verificar déficits na relação médico-paciente do ponto de vista do próprio médico. Entretanto, revisões sistemáticas concluíram que esta auto-percepção se mantém estável ao longo do tempo e não se altera quando não há uma intervenção de retorno ou *feedback*. Quando um facilitador destaca momentos de subavaliação ou superavaliação é possível elaborar estratégias de melhoria de auto-conhecimento geradoras de mudanças significativas na atuação profissional (Davis, 2006; Lockyer, 2007).

Em 2009, Calhoun et. al realizaram estudo piloto, como parte do PERCS (Program to Enhance Relational and Communications Skills) criado pelo *Institute for Professionalism and Ethical Practice* do Children's Hospital de Boston, a análise de "gaps" em comunicação em saúde, combinado e associado a opinião de múltiplos avaliadores, através da simulação de situações clínicas difíceis em Pediatria.

O instrumento utilizado para coletar as diferentes visões da mesma situação foi um questionário que continha os pontos recomendados pelo *Consenso Kalamazoo* em versão ampliada, denominado *Gap-Kalamazoo Communication Skills Assesment Form* (GKCSAF). O fundamento pedagógico desta prática está pautado no aprendizado das relações em saúde em um ambiente seguro de simulação acompanhado por auto-reflexão nas discussões em grupo.

No *Consenso Kalamazoo* são enumeradas algumas atitudes que guiam a troca de informações entre médicos e pacientes com objetivo de facilitar a identificação dos pontos-chave do diálogo e as melhores atitudes a serem adotadas para cada situação. Os tópicos compreendem a construção da relação, abertura de discussão com valorização das queixas e comentários do paciente, resumo e entendimento das informações, compreensão da perspectiva do paciente sobre sua doença, orientação de maneira clara e checagem do entendimento das condutas, estímulo a co-participação na tomada de decisões e definição do próximo encontro para seguimento. (Bayer-Fetzer Conference, 2001). O GKCSAF acrescenta, ainda, a demonstração de empatia e se o médico transmite as informações de maneira precisa, fatores bastante impactantes em ambientes de alta complexidade nos quais estas versões foram aplicadas, além de enumerar três itens de comunicação em que o avaliado foi melhor,

três que podem ser aprimorados com espaço opcional e aberto para comentar o porquê da escolha destes itens. As propriedades psicométricas desta versão ampliada foram válidas e confiáveis na língua inglesa e a atividade foi bem recebida pelos avaliadores e avaliados.

Neste estudo 22% das correlações verificadas representaram superavaliações do participante em tópicos que na opinião dos demais membros da equipe necessitavam melhorias. Estes itens foram enfatizados pelos autores como áreas que quando não bem trabalhadas tendem a manter-se deficitárias ao longo do tempo com prejuízos diretos para todos os envolvidos, principalmente o paciente. Nesta situação, concluiu-se que, sem o uso da análise de “gaps”, seria improvável que estas necessidades específicas ficassem aparentes (Calhoun, 2009).

Em 2010 os mesmos autores mantiveram e aprimoraram a metodologia, através da representação gráfica em tempo real dos *feedbacks* e incluíram-na rotineiramente nas atividades do PACE (Program for the Approach to Complex Encounters) da University of Louisville. O Programa desenvolve-se como parte das atividades de formação da residência médica de áreas de mais alta complexidade, como UTI Pediátrica, UTI Neonatal e Oncologia, onde o enfrentamento diário das equipes de situações críticas de comunicação em saúde deve ser constantemente aprimorado. As conclusões em relação aos benefícios da técnica são semelhantes a primeira publicação com incentivo a difusão deste conhecimento no sentido de reforçar a integração multidisciplinar e a relação com pacientes e familiares (Calhoun, 2010).

2. JUSTIFICATIVA

Em 2012, através de resultados da avaliação de Habilidades em Comunicação na Pediatria, realizados com estudantes de Medicina, médicos residentes em pediatria e pediatras da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) verificou-se que esta população possui dificuldades de comunicação com pacientes e familiares principalmente no que diz respeito a informação de diagnósticos com prognóstico ruim, capacidade de lidar com as emoções dos pacientes, de interagir com familiares de difícil trato, discutir o fim da vida com pacientes ou familiares e de conversar com crianças sobre doenças graves (Amaral, 2012).

Estas dificuldades foram bastante semelhantes ao estudo original do tema (Rider, 2006 e 2008) e requerem para sua melhoria recursos de capacitação para enfrentamento destas questões em momentos precoces de formação profissional.

No Brasil, mesmo com as reformas curriculares propostas para o ensino médico desde 2001, não existem programas de capacitação semelhantes ao proposto por Calhoun et. al nestes temas, o que torna a adaptação da técnica para a realidade nacional um recurso útil e de fácil aplicabilidade em serviços de saúde que lidem com crianças e adolescentes em ambientes de alta complexidade, entre eles os setores de Oncologia e Medicina Intensiva tanto neonatal quanto pediátrica, a fim de melhorar a comunicação interpessoal com ganhos diretos presumíveis para a relação com pacientes, seus familiares e toda equipe multiprofissional.

3. OBJETIVOS

- Traduzir para a Língua Portuguesa, adaptar culturalmente para o Brasil e validar um instrumento de avaliação de competências em comunicação em saúde.
- Detectar quais os principais “gaps” de comunicação interpessoal que ocorrem durante a simulação de situações clínicas difíceis.
- Oferecer ao grupo estudado feedback reflexivo sobre as lacunas de comunicação.

4. METODOLOGIA

4.1 Estudo

Trata-se de um estudo de série de casos transversal prospectivo e descritivo.

Foi obtida previamente a permissão do autor dos formulários de avaliação das atitudes em comunicação *Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form* (Dr Aaron W. Calhoun – Anexos A e B) para utilização no estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos via Plataforma Brasil pela Universidade Federal de Uberlândia em 30/11/2012 com parecer no. 164.046 (Anexo C).

4.2 Participantes

A amostra elegível para este estudo incluiu 39 participantes e foi composta por 6 médicos assistentes, colaboradores ou docentes em Pediatria, 16 profissionais da equipe multiprofissional entre enfermeiros, psicólogos ou assistentes sociais ligados as mesmas áreas de atendimento dos médicos, 9 médicos residentes do Hospital de Clínicas da UFU, atuantes nos setores de Oncologia, UTI Neonatal e UTI Pediátrica, 4 médicos que atuaram como facilitadores do curso e quatro atores profissionais com experiência prévia em simulações clínicas.

Na amostra, todos os médicos residentes possíveis dessas áreas foram liberados de suas atividades para realizar as simulações. Dos profissionais da equipe multiprofissional, as assistentes sociais e psicólogas representam o total de profissionais desta área nos setores selecionados, mas os profissionais de enfermagem foram selecionados por sorteio para participação.

Os participantes foram divididos em grupos de modo a comporem as nove simulações de situações clínicas difíceis que serviriam como série de casos de análise deste estudo.

Era critério de exclusão do estudo participantes que se recusassem a preencher o instrumento e profissionais afastados de suas atividades habituais durante o período do estudo.

Questionários com mais de 20% de itens não respondidos também seriam excluídos da análise.

Um segundo grupo foi selecionado por conveniência para participar exclusivamente das etapas de tradução, na validade de face e no pré-teste. Continha 21 participantes, que corresponde a 20% do número de observações finais das cenas e 58% do número original de participantes, os quais não participaram da validação de conteúdo, mas que tinham as mesmas características da amostra elegível para o estudo. Responderam as entrevistas cognitivas e retrospectivas, após assinatura do TCLE, 9 médicos, 2 facilitadores, 2 enfermeiras, 1 psicólogo, 1 assistente social, 2 médicos residentes e 4 pais de crianças de 0 a 17 anos.

4.3 Instituição

A Faculdade de Medicina da UFU (FAMED-UFU) adotou até 2011 o ensino médico tradicional pelo currículo flexneriano com duração de seis anos, sendo dois anos de ciências básicas, dois anos e meio de treinamento clínico e um ano e meio de treinamento supervisionado em serviço (internato) quando os estudantes tem contato mais duradouro com os pacientes e seus familiares, sendo um ano em ambiente hospitalar e seis meses em ambiente ambulatorial.

Para a Pediatria, o tempo dedicado a formação global neste formato curricular é de 150 horas teóricas e 216 horas práticas de semiologia e puericultura (6,8% do total de horas) mais 835 horas de prática no internato (24,8% do total de horas), o que equivale a um contato com a disciplina em 13,3% das horas de todo curso médico da instituição. Não há disciplinas optativas na área e todos os módulos são obrigatórios a todos os estudantes. A sala de aula era o principal local de exposição teórica e os alunos eram avaliados por seu desempenho cognitivo em provas teóricas. A auto-avaliação não era utilizada como estratégia avaliativa, nem para o aluno nem para o docente.

A Oncologia é ministrada como disciplina optativa durante a formação acadêmica por um período de seis meses, com aulas teóricas e atendimentos ambulatoriais, com participação de aproximadamente cinquenta por cento dos alunos de cada turma de formandos.

Até este período, durante a formação teórica e prática, não havia formalmente na matriz curricular programas destinados a comunicação em saúde. Estes temas eram abordados

de maneira breve em disciplinas como Ética, Cultura Médica e Psicologia Médica durante o quarto e quinto anos da faculdade (sétimo, oitavo e nono períodos).

Atualmente, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina propõem estruturas curriculares que integrem conhecimentos dos ciclos básico e aplicado incorporando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, aos quais a Universidade se adaptou e reformulou a grade curricular de maneira modular na qual existe um eixo reflexivo que contempla dentro do ensino de humanidades médicas a comunicação médico-paciente-equipe mais efetiva. (Abdala, 2009; Conselho Nacional de Educação, 2001). Desta forma, como estas adaptações ainda estão em andamento, a amostra que participa deste estudo não vivenciou essa nova proposta de ensino.

Os programas de residência médica em Pediatria, Neonatologia, UTI Pediátrica, Cancerologia Clínica e Cancerologia Pediátrica da instituição seguem as normatizações da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que através da resolução CNE/CES nº2, de 17 de maio de 2006 estabelece a formação do pediatra generalista em dois anos, do neonatologista, intensivista e cancerologista pediátrico de dois anos e do cancerologista clínico de três anos. Não há obrigatoriedade ou menção a comunicação em saúde no conteúdo programático, nem formação específica para os contatos multiprofissionais. (Comissão Nacional de Residência Médica, 2006)

4.4 Procedimento

O processo de tradução, adaptação cultural e validação foi conduzido em três etapas: tradução, pré-teste e validação.

As etapas de tradução do instrumento ocorreram em um Centro de Linguística sediado na cidade de Uberlândia – MG e por meios eletrônicos para realização do método *Delphi* e das correções linguísticas.

Para a validação, a versão final do instrumento traduzido foi utilizada nas simulações.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), os participantes foram subdivididos em grupos por setor de trabalho para participar das simulações de situações clínicas críticas em saúde, de acordo com sua disponibilidade de data e horário. Estes horários foram previamente combinados nos setores em que estes participantes atuam de forma a não prejudicar o serviço assistencial prestado na instituição.

Os 9 grupos foram compostos por setor, sendo dois deles da UTI Pediátrica, quatro da UTI Neonatal e três da Oncologia.

Semelhante ao estudo original (Calhoun, 2010) os grupos foram compostos por 3 médicos, sendo um deles o residente que fez a simulação e outros dois deles médicos assistentes, cinco a oito componentes da equipe multiprofissional da área de trabalho do residente, entre eles enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, dois ou três facilitadores e dois atores.

Como na instituição não há estrutura física e nem disponibilidade de horário para que todos os participantes observem a cena ao tempo real da simulação, vídeos foram realizados pelos médicos residentes com os atores para posterior apresentação aos demais colegas. No momento da gravação, tanto os residentes quanto os atores responderam os instrumentos específicos de avaliação. Os demais observadores foram agendados após este momento, individualmente, para assistirem o vídeo e fazerem seus apontamentos.

Antes da realização da cena, cada médico residente, em sala contígua a de gravação, recebeu impresso o conteúdo da situação clínica que deveria representar, teve tempo para ler, preparar-se para entrar em contato com os atores e então gravar. O apêndice B traz os casos clínicos que foram utilizados nas simulações, os quais foram selecionados conjuntamente por um médico facilitador de cada área, participante da formação diária do residente e conhecedor das principais demandas da especialidade.

Os atores não tinham roteiro fixo a seguir, mas receberam preparo para a cena, a medida em que tiveram contato prévio com os casos clínicos e foram orientados pelos médicos facilitadores a respeito do tempo que teriam para cena (máximo de 15 minutos) e quais as principais perguntas e/ou reações mais habituais de um indivíduo que recebesse tal notícia.

Cada observador recebeu uma breve explanação sobre o estudo, sobre a cena e sobre o instrumento que deveria responder e em seguida assistiu a simulação da situação clínica propriamente dita.

Após a realização da simulação, um breve questionário sócio demográfico foi preenchido e todos os dados recolhidos pelos múltiplos avaliadores foram encaminhados para as avaliações estatísticas de validação.

Os dados foram tabulados através da análise de “gaps” encontrados pelos múltiplos avaliadores e confrontados a auto-avaliação com a avaliação da equipe de cada ponto do

Consenso Kalamazoo ampliado, de modo a detectar super ou subavaliações, fazer uma auto-reflexão e enumerar pontos de melhoria para aquela equipe a partir de então.

Estes resultados foram separados para cada uma das 9 cenas e enviados via e-mail como *feedback* para toda a equipe de participantes com as conclusões do estudo.

4.5 Instrumentos

4.5.1 Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form

O instrumento em língua inglesa utilizado como ferramenta de avaliação do médico pelos participantes possui título original *Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form* (Calhoun, 2010) (Anexo B).

Trata-se de um questionário desenvolvido por membros do Institute of Ethical and Professionalism (IPEP) ligado ao Departamento de Pediatria da *Harvard Medical School*, baseado em revisões de literatura, outros questionários de comunicação em saúde e em resultados obtidos através do PERCS o qual utiliza famílias simuladas para vivenciar cenários em saúde quando notícias difíceis devem ser abordadas ou situações de estresse emocional devem ser enfrentadas pela equipe clínica. A versão original foi revisada por conhecedores da área para validação de face e validada para seu conteúdo em língua inglesa.

O instrumento representa itens definidos pelo Consenso Kalamazoo como essenciais para comunicação eficiente em saúde. Os itens originais são sete: construção de relacionamento, abertura de discussão, coleta e compartilhamento de informações, entendimento da perspectiva do paciente e de seus familiares, chegada a um acordo e conclusão do atendimento. Duas dimensões adicionais foram acrescentadas (demonstrar empatia e transmissão de informações precisas) no intuito de melhorar ainda mais as habilidades fundamentais nestas situações de comunicação mais delicadas e de maior complexidade.

Os escores de pontuação são distribuídos em escalas de cinco pontos de *Likert*, que variam entre 1 (ruim), 2 (razoável), 3 (bom), 4 (muito bom) e 5 (excelente). Para a avaliação final é utilizada a média de todos os itens por profissional participante, por grupo de profissionais e finalmente a média geral de respostas, sendo maior ou igual a 3 adequado e menor que 3 necessitando melhorias ou ajustes de comunicação.

O questionário possui quatro versões diferentes: uma versão a ser respondida pelo médico que participou da simulação, uma versão a ser respondida pelos colegas observadores da equipe multiprofissional que assistiram a simulação, uma versão a ser preenchida pelo facilitador do curso e outra a ser respondida pelos atores que representam os pais ou familiares envolvidos na cena simulada. A versão de auto-avaliação está em primeira pessoa, as versões dos colegas e facilitadores possuem linguagem similar e a quarta versão direciona a resposta de maneira mais simplificada às atitudes específicas do médico pela visão dos pais. Apesar de mudanças de tempo verbal, todas as versões contam com os mesmos nove itens cada.

Para realização da avaliação das lacunas de comunicação intra-equipe, duas colunas adicionais finalizam o roteiro de respostas dos participantes. Uma coluna lista os nove itens e solicita que o respondedor elenque três que considerou melhor executados na cena avaliada, enquanto a segunda coluna elenca os mesmos nove itens e solicita que sejam apontados três que poderiam ser aprimorados na cena. As justificativas para os itens elencados podem ser dadas em resposta aberta de maneira opcional.

4.5.2 Questionário Sócio- Demográfico

Após completar o formulário relativo ao instrumento traduzido, um breve questionário sócio-demográfico foi completado por cada observador/ participante das cenas, a fim de complementar informações básicas a respeito de sua formação geral, conhecimentos prévios no tema “comunicação em saúde”, e também sua opinião a respeito da relevância e aplicabilidade prática deste estudo em suas atividades profissionais cotidianas. (Apêndice C)

4.6 Tradução

A metodologia de tradução e validação transcultural do “*Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form*” foi realizada de acordo com as normas internacionais de tradução de instrumentos (Eremenco, 2005; Acquadro, 2008; Beaton, 2000), respeitando-se as seguintes etapas:

1º. ETAPA: Tradução inicial

A tradução da versão de origem (inglês) para a língua-alvo (português) foi realizada por dois tradutores (T1 e T2) profissionais bilíngües, nativos da própria língua-alvo, sem formação médica, sem conhecimento prévio dos conceitos contidos no instrumento, de forma independente e simultânea, com o objetivo de obter uma tradução com linguagem próxima da utilizada pela população em geral e de destacar os significados ambíguos da escala de origem.

2º ETAPA: Reconciliação de traduções

Os tradutores trabalham juntos, com o auxílio dos pesquisadores, para produzir uma versão única da primeira tradução. Nesta reconciliação também são anotadas as principais dificuldades em sintetizar as duas versões em uma. Com isso é possível oferecer maior objetividade ao processo, outras possíveis interpretações, resolver qualquer discrepância e assegurar compatibilidade linguística entre as duas traduções.

3º ETAPA: Retro-tradução/ *Back translation* e apontamentos do autor

Um tradutor nativo em região de língua inglesa, fluente em língua portuguesa, sem envolvimento com os passos anteriores de tradução, com nível superior e algum conhecimento em Ciências da Saúde traduziu novamente a versão conciliada para a Língua Inglesa, verificando-se aqui as principais dificuldades em retornar o questionário ao formato original.

Esta versão foi apresentada ao autor do questionário original para apontamentos de conteúdo sobre a versão retrotraduzida antes do consenso final.

4º ETAPA: Revisores independentes / Método Delphi

Um comitê formado por 5 participantes, dentre eles todos os tradutores, autores do projeto e conhecedores do tema proposto, foi convidado a analisar conjuntamente as traduções (1 e 2), a reconciliação, a retro-tradução, a versão original e os comentários do autor, através

da Técnica Delphi modificada, com o principal propósito de avaliar a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre a escala original, a retro-tradução e a versão alvo.

A técnica Delphi modificada (Delphi eletrônico para tomada de decisão) foi baseada na construção estruturada de questionários por dois coordenadores, com questões quantitativas e qualitativas, contendo todas as etapas anteriores de tradução, comentários do autor e a escala original (Hsu, 2007).

Os anexos dos questionários são enviados por correspondência eletrônica (*e-mail*) para os revisores que são solicitados a responder o formulário em um tempo máximo de dez dias.

A cada rodada são respeitadas as principais características do método: o anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados, por meio da porcentagem de concordância entre os revisores e a retroalimentação (*feedback*) das respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes.

Na primeira rodada, os revisores escolhem a melhor entre as opções de tradução (1 e 2) e a reconciliação, de acordo com o seu conhecimento e as observações feitas pelo autor, e expressarão a sua justificativa ou sugestão quando aplicável. A segunda rodada é feita a partir das análises dos resultados da primeira rodada e assim sucessivamente para as demais rodadas, para identificar convergência e mudança nos julgamentos e opiniões dos respondentes (Hasson, 2000).

A média e o desvio padrão das respostas possíveis são calculados em cada item e em cada rodada, para identificar as mudanças de opinião dos revisores e o grau de concordância entre as rodadas. A média como uma medida de tendência central representa a opinião do grupo do painel e o desvio padrão, como uma medida de dispersão, o grau de concordância com o painel (Greatest, 2000).

Os itens que obtiverem 100% de concordância na primeira rodada (mesma opinião e total concordância entre os revisores) não receberão aplicação da técnica Delphi.

O processo foi encerrado com base nos critérios predefinidos de finalização: consenso mínimo de 80% de concordância entre os revisores ou estabilidade das respostas através das rodadas (manutenção da mesma porcentagem de escolha do item pelos revisores e da média e do desvio padrão das respostas possíveis) a partir da segunda rodada, verificada em um número máximo de quatro rodadas.

Portanto, o consenso pode ser atingido completamente em cada rodada ou alcançado mais tarde como resultado do processo *Delphi* que é capaz de detectar mudanças de opinião e

concordância dos revisores entre as rodadas. Isso contribui para a obtenção de uma decisão final de melhor qualidade e mais confiável (Greatest, 2000; Hasson, 2000).

5º ETAPA: Processo final de revisão e verificação gramatical

Os pesquisadores e um coordenador de linguagem avaliaram discrepâncias entre os revisores para definição da versão pré final de cada item.

6º ETAPA: Pré-teste

O pré-teste tem como finalidade identificar e corrigir possíveis traduções reversas (significado oposto ao item original) e erros de tradução (sem correspondência ao significado do item em inglês), além de propiciar neste momento a validação de face do conteúdo global do questionário.

O grupo selecionado exclusivamente para esse processo foi convidado a auxiliar nas avaliações da análise qualitativa por meio de duas breves entrevistas: (Apêndice D)

A - Entrevista retrospectiva

A entrevista retrospectiva tem como objetivo analisar, de forma geral, a versão pré-final. Os sujeitos serão questionados se: apresentaram dificuldade na compreensão dos itens, identificaram itens irrelevantes ou ofensivos e gostariam de acrescentar outros itens/tópicos/temas ou comentários.

B - Entrevista cognitiva

A entrevista cognitiva tem como objetivo assegurar que o significado dado a cada item pelo autor da escala seja o mesmo entendido pelo entrevistado. Os sujeitos são solicitados a identificar, em cada item, problemas na sua interpretação e possíveis alternativas de tradução. A entrevista cognitiva é parte fundamental do processo de adaptação cultural do instrumento.

7º ETAPA: Incorporação dos resultados no processo de tradução

As observações do pré-teste serão compiladas, tabuladas e caso haja resposta maior que 20% em alterações em cada item, este item será modificado de acordo com a sugestão oferecida.

Este instrumento foi novamente submetido a revisão linguística para finalmente obtermos a versão final para validação.

Em cada etapa do processo (tradução, pré-teste e comentários dos avaliadores) foi realizado um relatório para registrar as informações obtidas.

4.7 Processo de validação

Serão avaliadas na validação do instrumento: qualidade dos dados, confiabilidade e análise fatorial exploratória dos itens, a fim de comprovar a unidimensionalidade da escala. (Downing, 2003).

4.7.1 Qualidade dos dados

A análise da qualidade dos dados verificará o percentual de dados perdidos e a validade de face.

4.7.1.1 Dados Perdidos

Dados perdidos referem-se à proporção de participantes que não completaram pelo menos um item da escala. Quanto menor a taxa de itens não preenchidos melhor a qualidade dos dados, refletindo maior aceitabilidade e compreensão das questões pelos participantes. A taxa de resposta igual ou acima de 80% é considerada aceitável (McHorney, 1994).

4.7.1.2 Validade de face

A validade de rosto ou de face, realizada durante o pré-teste, é uma descrição técnica de julgamento realizada pelos participantes que indica se, na sua aparência, o instrumento parece avaliar as qualidades desejadas e medir o conceito proposto. (Calhoun, 2009; Viana, 2008).

4.7.2 Confiabilidade

A confiabilidade estima a acurácia ou precisão do instrumento (Guyatt, 1997) e refere-se ao grau em que os escores estão livres de erros de medida (McHorney, 1994). A avaliação da confiabilidade foi realizada por meio da consistência interna, do teste-reteste e da correlação inter avaliador (Peterson, 2014).

4.7.2.1 Consistência interna

A confiabilidade da consistência interna refere-se ao grau de inter-correlação entre os itens em uma escala, a qual é mensurada por meio do coeficiente alfa *Cronbach* que é afetado pelo número e inter-correlação dos itens, bem como pela dimensionalidade da escala. Coeficientes entre 0,5 a 0,7 (ou maiores) são recomendados com o propósito de comparar grupos (McHorney, 1994). O coeficiente de alfa *Cronbach* com intervalo de confiança a 95% (IC 95%) foi calculado para o total de observações das cenas simuladas.

A semelhança do estudo original, o coeficiente alfa *Cronbach* foi calculado para os nove itens do questionário e para os sete primeiros itens que são referentes ao Consenso Kalamazoo original, a fim de verificar se o acréscimo de mais dois itens ao original poderia prejudicar ou não a confiabilidade do instrumento.

4.7.2.2 Teste e reteste

A reprodutibilidade do teste-reteste mede a correlação entre avaliações em dois pontos no tempo e refere-se a quanto os mesmos escores poderão ser obtidos quando o instrumento é aplicado à mesma pessoa em ocasiões diferentes (em geral, em duas semanas), o que permite verificar a reprodutibilidade da escala. Os sujeitos são avaliados com o mesmo instrumento, mas em ocasiões diferentes, o que permite controlar apenas as variâncias de conteúdo relacionadas à amostragem de tempo. As fontes de erro presentes nesse tipo de estudo referem-se à desatenção por parte dos respondentes, às respostas aleatórias, a um possível processo de aprendizagem dos examinados, dentre outros (Rueda, 2008).

A escala foi reaplicada aleatoriamente em cada grupo de profissionais totalizando 22 reobservações de cenas (20%) da amostra de estudo e a confiabilidade teste-reteste verificada por meio do coeficiente de correlação intraclassa (CCI).

O CCI, uma medida de proporção de variância que é atribuída ao objeto de medida, foi estimado por meio da análise de variância considerando o modelo de um fator com efeitos aleatórios (*One- Way Random Effects Model*). Valores de CCI abaixo de 0,4 são considerados como “pobre”, entre 0,4 e 0,75, “moderada para boa”, e acima de 0,75 “excelente” confiabilidade. (Laschinger, 1992).

4.7.2.3 Confiabilidade inter-avaliador

O CCI foi o método utilizado também para avaliar a confiabilidade inter-avaliador. A semelhança do estudo original de Peterson et al, foram avaliados os escores atribuídos pelo grupo de facilitadores e pelo grupo de médicos em cada uma das cenas. Para cada cena haviam pelo menos dois membros avaliadores de cada item de comunicação.

4.7.3 Análise Fatorial

A análise fatorial fornece ao pesquisador uma avaliação empírica das interrelações entre variáveis, essencial na formação do fundamento conceitual e empírico de uma escala múltipla por meio da avaliação da validade de conteúdo e da dimensionalidade da escala.

Para confirmar a unidimensionalidade do instrumento traduzido, a semelhança da versão original em língua inglesa, foi utilizada a análise fatorial exploratória, a qual analisa a estrutura de interrelações (correlações) entre um grande número de variáveis definindo um conjunto de dimensões latentes comuns chamadas de fatores.

A fatorabilidade da matriz de correlações foi realizada através do Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), o qual verifica a proporção de variância que as variáveis apresentam em comum ou que são devidas a fatores comuns (resultados 0,9 a 1 muito bom; 0,8 a 0,9 bom) e pelo teste de esfericidade de Bartlett que verifica probabilidade estatística de que a matriz de correlação tenha correlações significantes entre pelo menos algumas das variáveis (resultados esperados Bartlett: $p < 0,1$).

Foi utilizado o critério *a priori* para testar a teoria ou hipótese da unidimensionalidade e selecionar um fator único para análise, na tentativa de repetir o trabalho do pesquisador americano. Assim pode-se considerar que os itens são fortemente associados um com o outro e representam um só conceito.

Para buscar significância prática e estatística aos achados, a carga fatorial (correlação de cada variável com o fator) considerada foi $> 0,55$ para amostras com mais de 100 observações.

Na interpretação das comunalidades (quantia total de variância que uma variável original compartilha com todas as outras variáveis incluídas na análise), os valores buscados são $\geq 0,5$ para definir que metade da variância de cada variável deve ser considerada. (DiStefano, 2005; Hair, 2009)

4.8 Simulação de situações clínicas difíceis

O apêndice B descreve as situações clínicas de difícil manejo e de comunicação interpessoal, as quais devem ser compartilhadas com familiares ou pacientes. Os temas foram propostos de acordo com a área em que o profissional participante atua. Todos eles contém pontos de abordagem ética, de dificuldades do dia-a-dia e necessitam do interlocutor uma tomada de decisão.

Os conteúdos abordam dentre outros temas a terminalidade, o risco de morte e as possíveis sequelas incapacitantes.

4.9 *Feedback aos participantes*

Ao término do processo de validação do instrumento, os dados das cenas gravadas foram tabulados e avaliados pela escala *Likert*, através das colunas com os itens que estavam melhores ou poderiam melhorar e realizada a análise dos “gaps” de comunicação. A combinação de todos esses resultados gerou relatórios individuais que foram entregues via e-mail para cada um dos médicos residentes que participou das cenas e também relatórios por setor (UTI Pediátrica, UTI Neonatal e Oncologia) enviados para todos os observadores das cenas em questão.

Os relatórios continham conclusões individuais de cada cena e também uma conclusão geral por setor.

Originalmente, esta devolutiva deve ser feita no momento em que a cena é executada e discutida. Entretanto, como nesta pesquisa a tradução e validação do instrumento avaliador era uma das etapas, o retorno só foi realizado após confirmação de que se tratava de um instrumento válido e confiável para realizar as avaliações.

Na devolutiva os pesquisadores colocaram-se a disposição de todos os participantes para esclarecimentos adicionais.

4.10 Análise Estatística

Para o processo de validação, anteriormente descrito, os dados perdidos foram avaliados em percentual de questões não respondidas em relação ao total de questões possíveis e a validade de face foi avaliada por estatística descritiva simples.

A consistência interna foi verificada pelo coeficiente alfa *Cronbach*, enquanto que o teste-reteste e a confiabilidade inter-avaliador foram analisados através do coeficiente de correlação intraclasse.

A análise fatorial realizada foi a exploratória, na qual avaliou-se a fatorabilidade da matriz de correlações através do Teste de Kaiser-Meyer-Olkin e do Teste de esfericidade de Bartlett. A carga fatorial utilizada foi $>0,55$, todos com intuito de verificar a unidimensionalidade da escala.

Para avaliação do instrumento validado sob o ponto de vista da comunicação inter-equipe foram utilizados três recursos: análise pela escala *Likert*, análise de dados das escolhas em aberto de itens e a “gap” análise.

Utilizando a escala de *Likert* foram realizados:

- 1) Pontuação global de cada observador, através da média de pontos de todos os nove itens;
- 2) Pontuação por subgrupo de observadores (facilitadores, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, atores representando os familiares de pacientes e auto-avaliação) é calculada através da média de cada item e a pontuação global por grupo;
- 3) Pontuação total calculada através da média de cada item e a média global de pontos de cada subgrupo.

As colunas de itens que deveriam ser pontuadas como o participante tendo feito melhor ou que o participante poderia melhorar em sua comunicação foram avaliadas da seguinte forma:

- 1) Computado o número de vezes que um item foi listado como executado de maneira adequada e o número de vezes que este item foi listado como necessário melhorar. Esse procedimento resulta em dois números para cada item.
- 2) O número de observadores que acha que aquele item de comunicação deve ser melhorado é subtraído do número dos que acham aquele item adequado. O resultado poderá ser um número negativo ou positivo (adequado-inadequado= pontuação final)
- 3) Esse número absoluto é convertido em um percentual, a fim de equivaler subgrupos com número de observadores diferentes e possibilitar interpretação final de *feedback* aos participantes. A fórmula final deste cálculo é:

$$N = [(X-Y) / Z] \times 100$$

N é o escore em percentual; X representa o número de vezes que uma dimensão foi considerada adequada (escore > 3), Y representa o número de vezes que a dimensão foi considerada como necessitando melhorias (escore < 3) e Z representa o número de participantes daquele grupo.

Se o percentual resultante for um número positivo e maior ou igual a 40%, aquele item é considerado como adequado na comunicação interpessoal e se o percentual resultar em um número negativo ou menor que 40%, este item necessita melhorias.

A análise dos “gaps” foi gerada com base exclusivamente nas escalas *Likert*, já que não há metodologia existente para calcular baseado nas escolhas em aberto. Para tanto são realizados os seguintes passos:

- 1) A pontuação de auto-avaliação é subtraída da pontuação geral de cada item.
- 2) A pontuação geral média de auto-avaliação é subtraída da pontuação geral média global.

Como não há pesquisas suficientes que apontam qual o ponto de corte ideal mais significativo nesta área, foram adotadas aqui as regras originais de Calhoun et al. de 2009 que utiliza níveis de “gap” significantes de -1 ou menor como melhor auto-avaliado em relação ao grupo e +1 ou mais como pior auto-avaliado em relação ao grupo. Entre os valores -1 e +1 estão as auto-percepções adequadas em relação ao grupo.

Foi verificado também se as médias de pontuação em cada subgrupo correlacionam-se entre si e perceberam a inteiração simulada de forma semelhante ou diversa. Para tanto utilizou-se o coeficiente correlação de Spearmann.

O nível de significância estatística considerado foi $p < 0,05$.

O programa *SPSS Statistics* v 21.0 para Windows foi utilizado para as análises estatísticas da maioria dos itens e as avaliações das etapas Delphi de tradução e da “gap” análise foram realizadas no *Excell*.

No *Excell*, as planilhas que correlacionam as escalas *Likert*, as escolhas em aberto e os “gaps” foram formuladas conjuntamente, cena a cena simulada e representadas tanto numérica quanto graficamente a fim de produzir os resultados de maneira rápida e dinâmica o suficiente para futuramente fornecer *feedbacks* das simulações em tempo real para os participantes e tornar esta técnica aplicável no ensino de comunicação.

4.11 Interpretação dos dados

Antes de propiciar o *feedback* é necessário correlacionar as escalas *Likert*, as escolhas em aberto e os “gaps” significantes.

Inicialmente, compara-se a auto-avaliação em cada item com a avaliação global e do facilitador que, por ser o observador que mais conhece a cena e as técnicas de comunicação, pode ser considerado como padrão ouro de comparação.

Em seguida, compara-se este resultado com os “gaps”: “gap” > 1 e pontuação ≥ 3 significa habilidade de comunicação adequada, mas não reconhecida pelo participante e “gap” < -1 e pontuação < 3 habilidade inadequada e não reconhecida pelo participante. Esta última requer maior atenção e deve ser bastante explorada no *feedback* para não se tornar um ponto cego no desenvolvimento de habilidades e que tenha menor potencial de aprimoramento no futuro.

Para finalizar são acrescentadas a estas informações iniciais as escolhas em aberto que quando indicam +40% ou -40% devem ser informadas ao participante que deve dar atenção especial aquela habilidade.

As opiniões gerais em aberto do grupo são tabuladas para auxiliar na conclusão geral da atuação do participante na cena.

5. RESULTADOS

5.1 Processo de Tradução

Tradução, reconciliação e retrotradução

O questionário original em língua inglesa foi enviado aos dois tradutores bilíngues para as primeiras traduções por meio eletrônico (*e-mail*).

As duas traduções foram compiladas e reconciliadas pelos pesquisadores e por conhecedores da área.

Esta versão reconciliada foi retrotraduzida para a língua inglesa e reenviada para avaliação e comentários do autor. (Apêndice E)

Apontamentos do autor

O autor considerou a tradução, de uma maneira geral, bastante adequada.

A maioria das observações estava relacionada ao conteúdo e não a semântica. As questões semânticas foram consideradas variações ocorridas apenas pelo processo de retorno para a língua de origem, como, por exemplo, os termos “concerns” e “preoccupations” que, apesar de na língua inglesa serem distintos, na língua portuguesa são similares.

Outro termo apontado foi “questions”, traduzida como “dúvida”. O autor questiona se os termos teriam o mesmo sentido para entendimento global da frase proposta, sempre enfatizando que o paciente ou familiar não tem dúvidas a respeito dos procedimentos médicos, mas sim novas perguntas acerca do quadro clínico e do tratamento

O autor deixa clara a necessidade de que o instrumento registre a percepção daquele indivíduo, como na frase “em que medida você acha que cumpre os procedimentos seguintes”.

Na tradução inicial, o item B continha a frase “Explains and/or negotiates an agenda for the visit” e foi avaliado inicialmente pelos tradutores como sendo a “necessidade de combinar um novo horário de consulta”. O autor elucida que neste item, que se refere a

abertura das discussões, devemos interpretar a sentença como o que será abordado naquela consulta ou conversa.

Outro item com alteração de significado e que foi orientado pelo autor foi a frase “clarifies future time when progress will again be discussed”, no item de conclusão do diálogo. Na reconciliação de traduções ficou como “esclarece que a progressão do tratamento será sempre discutida”. A intenção, segundo o autor, era informar os familiares uma nova data para retorno. (Apêndice F)

As sugestões e explicações do autor foram incorporadas na primeira etapa do consenso *Delphi* para que os painelistas considerassem e ajustassem o conteúdo nas questões abertas que são permitidas nesta etapa.

Consenso pelo método *Delphi* modificado

Foram listadas para submeterem-se ao consenso *Delphi* modificado 86 afirmações referentes ao questionário original que incluíam além dos itens de comunicação, as orientações de preenchimento do questionário, o título e as escalas *Likert*.

Participaram do painel de consenso os três tradutores envolvidos desde o início do processo de tradução e dois médicos com experiência em tradução, comunicação em saúde e medicina baseada em evidências.

Foram realizadas quatro rodadas para obtenção de consenso entre os painelistas. Na primeira rodada era possível realizar sugestões de respostas, a serem avaliadas subsequentemente por todos os painelistas.

Os painelistas receberam instruções de preenchimento e o questionário original em língua inglesa em todas as rodadas, além das opções de tradução elegíveis para cada item.

Na primeira rodada de respostas (Apêndice G) quarenta e quatro itens (51%) obtiveram consenso de mais de 80% e não foram incluídos na segunda rodada. Nesta etapa foi dada opção ao painalista de sugerir, em questão aberta, uma nova versão de tradução além das listadas no item e avaliar a opinião do autor para considerar sugestão de mudança para a tradução. Esta sugestão deveria vir acompanhada de uma justificativa. Dos 86 itens, 19 receberam uma sugestão cada de reestruturação de frase e cinco itens receberam duas sugestões e dois itens receberam três sugestões. Os painelistas não se utilizaram do espaço adicional de comentários ao término das respostas.

Os itens sugeridos foram incorporados na segunda rodada de respostas e puderam ser escolhidos pelos demais painelistas como possibilidade de melhor versão final de consenso.

Dos 42 itens submetidos a análise de consenso na segunda rodada, vinte atingiram consenso, quatorze com 80% das respostas e seis com 100%. A partir desta rodada não havia mais possibilidade de sugerir novas versões de tradução do item ou justificativas de escolha daquele item. O apêndice H contém todos os gráficos e tabelas com as médias e desvios padrão de cada item em todas as rodadas em que foi incluído, exceto os consensos em primeira rodada.

A figura 1 exemplifica item que obteve consenso de respostas na segunda rodada. A diminuição do desvio padrão é indicativo da evolução para consenso do painel.

Figura 1: Médias e desvios padrão a cada etapa do item 6

Vinte e dois itens seguiram para a terceira rodada de respostas com mais oito consensos, sendo três de 100%. A figura 2 exemplifica item que obteve consenso de respostas na terceira rodada. Nesta rodada, dois itens estabilizaram resposta desde a primeira rodada em 60% dos respondedores. As alternativas de tradução com esta estabilização de resposta forma consideradas consenso e não mais listadas na quarta etapa.

Figura 2: Médias e desvios padrão a cada etapa do item 16

Os quatorze itens que seguiram para a quarta rodada dividiram-se quatro para consenso, três deles de 100%, cinco mantiveram estabilização de concordância e cinco discordantes. A figura 3 exemplifica item que obteve consenso de respostas na quarta etapa, enquanto a figura 4 exemplifica item sem consenso e estabilização de resposta acima de 50%. Para estes últimos, foram adotadas as respostas de maior percentual.

A figura 5 é exemplo de item que manteve a discordância com concordância em apenas duas etapas sem, no entanto, haver aumento do desvio padrão das respostas no decorrer do painel. Os itens que representam este padrão (22, 41, 67, 69 e 73) com estabilização de resposta em até 50% ou discordância, optou-se por consenso entre os pesquisadores e a linguista envolvida na próxima etapa.

Figura 3: Médias e desvios padrão a cada etapa do item 36

Figura 4: Médias e desvios padrão a cada etapa do item 19

Figura 5: Médias e desvios padrão a cada rodada do item 67

As figuras 6 a 9 representam a dispersão dos desvios padrão de cada item por rodada. Nas etapas do método *Delphi* modificado, a medida em que obtinha-se diminuição do desvio padrão entre as respostas de cada painelista possibilitou-se consenso na maioria dos itens a fim de refinar o processo de tradução. Na segunda etapa a dispersão fica mais acentuada, pois inclui as sugestões dadas pelos painelistas na primeira etapa para apreciação de todos os avaliadores.

Figura 6: Dispersão dos desvios padrão de cada item na primeira etapa *Delphi*

Figura 7: Dispersão dos desvios padrão de cada item na segunda etapa *Delphi*

Figura 8: Dispersão dos desvios padrão de cada item na terceira etapa *Delphi*

Figura 9: Dispersão dos desvios padrão de cada item na quarta etapa *Delphi*

Pré-teste e entrevistas cognitiva e retrospectiva

A versão resultante das etapas do método *Delphi* modificado foi avaliada por linguista com experiência em tradução que opinou sobre os itens com estabilização de consenso, ajustou concordâncias e gerou a versão traduzida para o pré-teste (Apêndice I). Esta versão foi anexada ao TCLE e aplicada para os vinte e um indivíduos com as mesmas características dos elegíveis para o estudo. Todos participaram de entrevista cognitiva e retrospectiva baseada em roteiro estruturado. Em cada questão havia opção “não se aplica” para que o entrevistado optasse por considerar aquele tópico irrelevante no contexto das questões. (Apêndice D)

Durante as entrevistas do pré-teste foram apontadas 9 sugestões de modificação nas questões, sete para ajustes de redação para melhor entendimento, sendo ajustadas pela linguista.

Uma frase foi entendida como repetitiva nos itens E (“Compartilha informações”) e G (“Conclui o diálogo”) que é referente a “Pergunta se a família tem mais alguma dúvida”. Os pesquisadores e a linguista acataram a sugestão e a frase foi retirada do item E sem que ele perdesse seu significado ou que comprometesse o conceito geral do instrumento, já que cada item é avaliado de maneira global com uma única escala *Likert*.

Todos participantes aprovaram o *layout* de distribuição dos itens e entenderam o questionário, as escalas de *Likert* e consideraram os itens pertinentes para sua prática diária.

Revisões Linguísticas e versão final

Os nove itens com sugestão de ajuste de redação foram compilados e discutidos com a linguista (Apêndice J) para a versão final de tradução (Apêndice K).

Alguns exemplos dos procedimentos de tradução estão compilados na tabela 1, a qual diferencia termos originais, termos em português de acordo com os dois tradutores independentes (T1 e T2), termos resultantes da retrotradução e a versão final, após a técnica *Delphi*, o pré-teste e a avaliação lingüística (Tabela 1).

Tabela 1: Exemplos do processo de tradução, reconciliação e retrotradução de palavras do questionário

Original	Tradução T1	Tradução T2	Retrotradução (TB)	Versão Final em Português
concerns	preocupações	preocupações	preoccupations	preocupações
questions	dúvidas	perguntas	doubt	dúvidas
effectively	efetivamente	eficazmente	effectively	eficazmente
elicits	elucido	elucido	evoke	esclareço
clarifies	esclareço	esclareço	explain	esclareço
checks	confiro	opta por mútua compreensão	verify	confiro

5.2 Participantes

O processo de validação do estudo foi conduzido de janeiro a julho de 2014.

Participaram desta etapa 37 dos 38 participantes previstos, dentre eles oito médicos residentes (2 da Oncologia, 4 da UTI neonatal e 2 da UTI pediátrica). Um médico residente da Oncologia teve problemas de saúde no dia da realização da gravação da cena simulada e foi excluído do estudo.

Para avaliar as cenas simuladas do setor de Oncologia, participaram os próprios médicos residentes em auto-avaliação, dois médicos, dois facilitadores, dois atores, quatro enfermeiros, um assistente social e dois psicólogos, totalizando 14 observadores por cena.

Para avaliar as cenas simuladas da UTI pediátrica, participaram os próprios médicos residentes em auto-avaliação, dois médicos, três facilitadores, dois atores, dois enfermeiros, um assistente social e um psicólogo, totalizando 12 observadores por cena.

Para avaliar as cenas simuladas da UTI neonatal, participaram os próprios médicos residentes em auto-avaliação, dois médicos, três facilitadores, dois atores, três enfermeiros, um assistente social e um psicólogo, totalizando 13 observadores por cena, o que totalizou 104 observações das situações clínicas.

A amostra englobou em média 11 respondedores por item do instrumento traduzido.

As características dos observadores são: 84% do sexo feminino, com idade variando entre 25 e 52 anos e mediana de 34 anos.

76% referem que não receberam nenhuma formação para comunicação em saúde e os que receberam foi em formato de palestras ou aulas esporádicas durante a residência médica ou em cursos não específicos fora da universidade.

Cada cena levou um tempo médio de 7 minutos e meio para ser executada, variando de 3 minutos e meio a 10 minutos. O tempo para preenchimento do instrumento traduzido completo variou entre 5 e 15 minutos, em média 8,5 minutos.

A totalidade da amostra considerou ao término da participação que a avaliação de cenas simuladas pode contribuir para o ensino da comunicação interpessoal em saúde e, em resposta aberta qualitativa, justificaram entre os principais motivos que “nos vemos em um ambiente protegido/ simulado permite reavaliar atitudes, aprender com os erros e refletir sobre o trabalho em equipe para enfrentarmos melhor as questões delicadas da comunicação”, além de “ver que as questões técnicas não substituem os demais itens de comunicação” e que “comunicar más notícias pode ter técnica e, portanto, deve ser praticado, ao invés de aprendermos somente com pessoas exemplo de referência”.

5.3 Propriedades Psicométricas

As 104 observações das cenas simuladas não apresentaram itens perdidos nas escalas *Likert* dos 9 itens do GKCSAF, portanto nenhuma foi excluída da análise.

A consistência interna mostrou alfa Cronbach de 0,773 (IC 95% 0,700-0,834) para os sete itens originais do Consenso e 0,818 (IC 95% 0,760-0,866) para os nove itens da versão estendida e modificada.

O coeficiente de correlação intraclasse do teste reteste foi 0,932 (IC 95% 0,882-0,967) para os sete itens originais e 0,942 (IC 95% 0,912-0,975) para os nove itens da versão estendida e modificada.

O CCI da avaliação dos facilitadores variou entre 0,233 e 0,819 para cada domínio de comunicação. Os CCI mais baixos foram verificados nos itens “Abre a discussão”, “Compreende a perspectiva do paciente e da família”, “Recolhe informações” e “Transmite informações precisas” (0,233, 0,453, 0,544 e 0,583) enquanto que os itens com maior CCI foram “Constrói uma relação” e “Compartilha informações” (0,819 e 0,813 respectivamente). O CCI global foi 0,803.

Os escores da equipe médica variaram entre -1,778 e 0,849 para cada domínio da comunicação. Entre esse grupo, apenas dois itens de comunicação obtiveram pontuação >0,7: “Compreende a perspectiva do paciente e da família” e “Recolhe informações”. O CCI global foi 0,691 (Tabela 2).

Tabela 2: CCI dos os itens de comunicação do GKCSAF para facilitadores e médicos

	Facilitadores	Médicos
A: Constrói uma relação	0,819	0,337
B. Abre a discussão	0,233	0,516
C. Recolhe informações	0,544	0,849
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família	0,453	0,758
E. Compartilha informações	0,813	0,192
F. Chega a um acordo	0,709	0,505
G. Conclui o diálogo	0,711	0,381
H. Demonstra empatia	0,739	-1,778
I. Transmite informações precisas	0,583	-0,25
Geral	0,803	0,691

A pontuação media entre os facilitadores e entre a equipe médica não variou significativamente (3,37 vs. 3,11, p-valor 0,323 por Mann-Whitney *U*).

Antes de iniciar a análise fatorial verificou-se a normalidade da distribuição da amostra. Quanto a fatorabilidade da matriz de correlações, o índice Kaiser-Meyer-Olkin foi 0,864 e o teste de esfericidade de Bartlett foi 390,695 (df = 36; p<0,01), permitindo a análise de componentes principais.

O fator único extraído (critério *a priori*) explicou 56% do total da variância, confirmando a unidimensionalidade da escala.

As cargas fatoriais e a comunalidade dos nove itens estão demonstradas na tabela 3.

Tabela 3: Cargas fatoriais e comunalidade dos nove itens do instrumento traduzido

Itens	Carga Fatorial	Comunalidade
A: Constrói uma relação	0.7825	0.6123
B. Abre a discussão	0.7523	0.5659
C. Recolhe informações	0.8332	0.6942
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família	0.8105	0.6569
E. Compartilha informações	0.7547	0.5696
F. Chega a um acordo	0.7878	0.6206
G. Conclui o diálogo	0.6884	0.4739
H. Demonstra empatia	0.7032	0.4944
I. Transmite informações precisas	0.5937	0.3525

5.4 Simulação de situações clínicas difíceis

5.4.1 Relação entre as avaliações de cada grupo de observadores

Todas as cenas possuem padrões diversos de correlação entre as médias de avaliação dos grupos de observadores, conforme demonstrado na tabela 4. Embora 87.5% das cenas tenham pelo menos uma correlação entre grupos significativa, em nenhuma das cenas simuladas houve mais de 50% de correlação entre os grupos. Apenas 2 (25%) das cenas apresentaram correlação entre as auto-avaliações e as avaliações de um único outro grupo.

Tabela 4: Correlação entre as médias de avaliação dos grupos de observadores em cada cena simulada

	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Cena 4	Cena 5	Cena 6	Cena 7	Cena 8
Médico/ Enfermeiro	0.195, $p=0.616$	0.194, $p=0.616$	0.183, $p=0.637$	-0.645, $p=0.061$	0.582, $p=0.100$	0.417, $p=0.264$	0.612, $p=0.080$	0.595, $p=0.091$
Médico/ Assistente Social	-0.360, $p=0.341$	0.289, $p=0.451$	0.067, $p=0.865$	0.397, $p=0.291$	0.256, $p=0.506$	0.298, $p=0.436$	0.000, $p=1.000$	0.551, $p=0.124$
Médico/ Psicólogo	0.072, $p=0.855$	-0.096, $p=0.805$	0.259, $p=0.501$	0.291, $p=0.447$	0.198, $p=0.609$	0.152, $p=0.697$	0.503, $p=0.168$	0.082, $p=0.834$
Médico/ Pais	0.102, $p=0.794$	-0.164, $p=0.674$	0.000, $p=1.000$	-0.170, $p=0.663$	0.711, $p=0.032$	0.545, $p=0.129$	0.541, $p=0.132$	-0.371, $p=0.325$
Médico/ Auto-avaliado	0.237, $p=0.539$	0.350, $p=0.356$	0.690, $p=0.040$	0.340, $p=0.371$	-0.139, $p=0.722$	-0.162, $p=0.677$	0.531, $p=0.141$	0.000, $p=1.000$
Médico/ Facilitador	0.372, $p=0.324$	0.189, $p=0.626$	0.171, $p=0.660$	-0.199, $p=0.607$	0.419, $p=0.261$	0.727, $p=0.027$	0.338, $p=0.373$	0.615, $p=0.078$
Enfermeiro/ Assistente Social	0.880, $p=0.821$	-0.140, $p=0.719$	-0.244, $p=0.526$	-0.059, $p=0.880$	0.000, $p=1.000$	0.450, $p=0.225$	-0.072, $p=0.855$	0.005, $p=0.990$
Enfermeiro/ Psicólogo	0.412, $p=0.270$	0.093, $p=0.811$	0.455, $p=0.218$	-0.433, $p=0.244$	0.102, $p=0.794$	0.475, $p=0.196$	0.047, $p=0.905$	0.303, $p=0.428$
Enfermeiro/ Pais	0.712, $p=0.031$	0.249, $p=0.518$	0.465, $p=0.207$	0.220, $p=0.569$	0.392, $p=0.297$	0.800, $p=0.010$	0.762, $p=0.017$	-0.573, $p=0.107$
Enfermeiro/ Auto-avaliado	0.326, $p=0.391$	-0.010, $p=0.980$	0.487, $p=0.184$	-0.866, $p=0.003$	0.400, $p=0.286$	0.536, $p=0.136$	0.108, $p=0.782$	0.393, $p=0.296$
Enfermeiro/ Facilitador	0.380, $p=0.314$	0.275, $p=0.473$	-0.050, $p=0.991$	0.108, $p=0.783$	0.832, $p=0.005$	0.794, $p=0.011$	0.554, $p=0.122$	0.083, $p=0.831$
Assistente Social/ Pais	-0.400, $p=0.286$	-0.031, $p=0.936$	0.051, $p=0.896$	0.535, $p=0.138$	0.395, $p=0.292$	0.207, $p=0.593$	0.151, $p=0.699$	0.160, $p=0.662$
Assistente Social/ Facilitador	0.238, $p=0.537$	-0.327, $p=0.390$	0.763, $p=0.170$	0.219, $p=0.571$	0.018, $p=0.963$	0.164, $p=0.674$	-0.073, $p=0.852$	0.758, $p=0.018$
Psicólogo/ Assistente Social	0.095, $p=0.807$	0.417, $p=0.265$	-0.668, $p=0.049$	0.153, $p=0.694$	0.139, $p=0.722$	-0.161, $p=0.680$	0.439, $p=0.237$	-0.375, $p=0.320$
Psicólogo/ Pais	-0.146, $p=0.708$	-0.530, $p=0.142$	0.226, $p=0.559$	-0.245, $p=0.524$	0.092, $p=0.813$	0.362, $p=0.338$	0.412, $p=0.271$	-0.189, $p=0.626$
Psicólogo/ Auto-avaliado	0.302, $p=0.430$	-0.034, $p=0.931$	0.456, $p=0.218$	0.250, $p=0.516$	0.102, $p=0.794$	0.619, $p=0.075$	0.553, $p=0.122$	0.530, $p=0.142$
Psicólogo/ Facilitador	-0.273, $p=0.478$	-0.218, $p=0.573$	-0.716, $p=0.030$	-0.210, $p=0.588$	0.270, $p=0.482$	0.445, $p=0.231$	-0.162, $p=0.677$	-0.219, $p=0.572$
Pais/ Auto-avaliado	0.140, $p=0.430$	0.202, $p=0.602$	-0.055, $p=0.888$	0.109, $p=0.780$	0.000, $p=1.000$	0.569, $p=0.110$	0.171, $p=0.660$	0.000, $p=1.000$
Pais/ Facilitador	0.297, $p=0.438$	-0.124, $p=0.751$	-0.047, $p=0.905$	0.300, $p=0.433$	0.399, $p=0.288$	0.666, $p=0.050$	0.142, $p=0.715$	0.055, $p=0.888$
Auto-avaliado/ Facilitador	0.452, $p=0.222$	-0.340, $p=0.370$	0.000, $p=1.000$	0.233, $p=0.546$	0.189, $p=0.686$	0.138, $p=0.723$	-0.277, $p=0.471$	-0.618, $p=0.076$

**Cada correlação está representada pelo coeficiente de correlação de Spearman, seguido pelo respectivo valor de p

As figuras (gráficos) 10 a 18 ilustram a diversidade da distribuição das médias das escalas *Likert* por grupo de observadores, cena a cena simulada.

Figura 10: Médias dos observadores da cena 1

Figura 11: Médias dos observadores da cena 2

Figura 12: Médias dos observadores da cena 3

Figura 13: Médias dos observadores da cena 4

Figura 14: Médias dos observadores da cena 5

Figura 15: Médias dos observadores da cena 6

Figura 16: Médias dos observadores da cena 7

Figura 17: Médias dos observadores da cena 8

5.4.2 Resultados do questionário para todas as cenas

Dos 8 cenários simulados, 75% tinham pontuação na escala *Likert* maiores ou iguais a 3 nos nove itens de comunicação. Um deles teve 1 item (“compreensão da perspectiva do paciente e familiares”) e outro teve 7 itens (cena 5) (exceto pela construção da relação e transmissão de informações precisas) com pontuação menor que 3.

Nas escolhas em aberto, 1 a 3 itens foram considerados adequados ou necessitando melhorar de maneira significativa, num total de 16 apontamentos na somatória de todas as

cenar. Houve destaque para a adequada transmissão de informações precisas (4 apontamentos) e os itens que necessitam melhorar foram variados de cena a cena.

Nas auto-avaliações, as sub-avaliações foram destaque, com 43 apontamentos. Em duas cenas houveram itens com super avaliações, uma com 8 itens (cena 4) e outra com 1 item (cena 8). Destes 52 apontamentos, 10 (19%) são coincidentes com a opinião dos observadores das cenas.

5.4.3 Pontuação Likert, escolhas em aberto e análise de “gaps”, com correlação de resultados cena a cena

5.4.3.1 Oncologia

Cena 1

A média geral tanto do grupo de avaliadores como dos facilitadores foi considerada adequada (≥ 3), enquanto que a média de auto-avaliação do médico residente foi considerada inadequada (< 3).

O residente, diferentemente do grupo geral, considera-se inadequado quando avalia 3 dos 9 itens: compreensão da perspectiva do paciente e da família, chegar a um acordo e transmitir informações precisas, de acordo com o gráfico (figura) 18.

Figura 18: Cena 1 e as médias da escala *Likert* geral e de auto-avaliação

Quando avaliado sob a ótica do facilitador, ambos concordam que a transmissão de informações sobre o caso poderia ter sido mais precisa. Os facilitadores também observaram que a conclusão do diálogo pode ser melhorada, de acordo com o gráfico (figura) 19.

Figura 19: Cena 1 e as médias da escala *Likert* de auto-avaliação e dos facilitadores

Chegar a um acordo sobre o plano de tratamento foi uma habilidade reconhecida como adequada tanto para os observadores em geral quanto para os facilitadores. Entretanto, foi pouco valorizada e criticada pelo residente, de acordo com o gráfico (figura) 20. (Gaps são pontos que ultrapassam a marca de +1 ou -1 nos gráficos)

Figura 20: Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente

Nos itens apontados como executados melhor, houve ênfase no compartilhamento adequado das informações, sem itens de destaque que precisam melhorar, de acordo com o gráfico (figura) 21. (Relevância quando ultrapassam +40% ou -40% no gráfico).

Figura 21: Item destacado como o que o médico residente fez melhor

No *feedback* para o grupo, o que é possível aprender com esta cena é que o médico residente em treinamento avalia-se pior do que a equipe em 3 dos 9 itens e pode aqui estar desvalorizando seu próprio potencial de comunicação.

Recomenda-se atenção especial em situações futuras quanto a transmissão de informações precisas e a conclusão do diálogo.

Quando solicitados sobre informações adicionais em aberto, os observadores destacaram ainda a clareza e tranquilidade do médico como pontos positivos que devem continuar sendo praticados. A demora inicial para transmitir a informação e a dificuldade de conclusão do diálogo podem ser fatores confundidores para o paciente e sua família.

Cena 2:

A média geral tanto do grupo de avaliadores como dos facilitadores foi considerada adequada (≥ 3), enquanto que a média de auto-avaliação da médica residente foi considerada inadequada (< 3), de acordo com o gráfico (figura) 22.

Figura 22: Cena 2 e as médias da escala *Likert* geral e de auto-avaliação

A residente, diferentemente do grupo geral e dos facilitadores, considera-se inadequada quando avalia 4 dos 9 itens: recolher informações, compreensão da perspectiva do paciente e da família, chegar a um acordo e demonstrar empatia. Estas habilidades foram consideradas adequadas inclusive quando analisamos as lacunas de comunicação inter-equipe, como mostra o gráfico (figura) 23.

Figura 23: Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente

Nos itens apontados como executados melhor, houve ênfase na transmissão precisa de informações, sem itens de destaque que precisam melhorar, de acordo com o gráfico (figura 24).

Figura 24: Item destacado como o que a médica residente fez melhor

No *feedback* para o grupo, o que é possível aprender com esta cena é que a médica residente em treinamento avalia-se pior do que a equipe em 4 dos 9 itens e pode aqui estar desvalorizando seu próprio potencial de comunicação, o qual deve ser praticado ao longo de sua formação para que consiga sentir-se mais segura com o tempo.

Quando solicitados sobre informações adicionais em aberto, os observadores destacaram ainda a objetividade, precisão e linguagem acessível como pontos positivos que devem continuar sendo utilizados e elaborados para que não sejam vistos por vezes como distanciamento, frieza ou menor acolhimento pelo o paciente e sua família.

5.4.3.2 UTI Pediátrica

Cena 4:

A média geral tanto do grupo de avaliadores como a auto-avaliação foi considerada adequada (≥ 3), de acordo com o gráfico (figura) 25.

Figura 25: Cena 4 e as médias da escala *Likert* geral e de auto-avaliação

Quando avaliada sob a ótica dos facilitadores, a residente deve observar 4 pontos que necessitam adequações e melhoria, como a abertura de discussão, o recolhimento de informações, a chegada a um acordo e a transmissão de informações precisas, de acordo com o gráfico (figura) 26.

Figura 26: Cena 4 e as médias da escala *Likert* de auto-avaliação e dos facilitadores

Compreender a perspectiva da família ou do paciente somou-se aos itens que necessitam de melhorias, de acordo com o gráfico (figura) 27.

Figura 27: Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente

Nos itens apontados como executados melhor, houve ênfase na habilidade de concluir o diálogo, mantendo-se em destaque a necessidade de recolher adequadamente as informações, de acordo com o gráfico (figura) 28.

Figura 28: Item destacado como o que a médica residente fez melhor e que pode melhorar

No *feedback* para o grupo, o que é possível aprender com esta cena é que a médica residente em treinamento avalia-se um pouco melhor que o restante da equipe de saúde que a acompanha no cotidiano.

A conclusão do diálogo de maneira adequada foi enfatizada pelo grupo observador.

Recomenda-se atenção especial em situações futuras quanto aos 5 itens destacados como mais discrepantes nessa avaliação que são: a abertura de discussão, o recolhimento de informações, a compreensão da perspectiva da família ou do paciente, a chegada a um acordo e a transmissão de informações precisas. Estes “pontos cegos” na auto-percepção devem ser revistos periodicamente para que haja ao longo da carreira crescimento profissional e pessoal que melhorem a relação com os pacientes e toda equipe.

Quando solicitados sobre informações adicionais em aberto, os observadores destacaram ainda a boa qualidade técnica e a empatia no relacionamento que devem continuar sendo praticados. A abordagem mais amena da possibilidade de morte e a pouca chance dada a família para expressar-se podem prejudicar a atuação em situações críticas como a vivenciada.

Cena 8:

A média geral tanto do grupo de avaliadores como dos facilitadores e da médica foi considerada adequada (≥ 3).

A residente, diferentemente do grupo geral, considera-se inadequada quando avalia 2 dos 9 itens: recolher informações e demonstrar empatia, de acordo com o gráfico (figura) 29.

Figura 29: Cena 8 e as médias da escala *Likert* geral e de auto-avaliação

Quando avaliada sob a ótica do facilitador, observou-se que a conclusão do diálogo pode ser melhorada, de acordo com o gráfico (figura) 30.

Figura 30: Cena 8 e as médias da escala *Likert* de auto-avaliação e dos facilitadores

Construir a relação, abrir a discussão, recolher e compartilhar informações, além de demonstrar empatia, foram habilidades reconhecidas como adequadas tanto para os

observadores em geral quanto para os facilitadores. Entretanto, foi pouco valorizada e até auto-criticada pela residente. A conclusão do diálogo permanece como item que deve ser observado, praticado e melhorado, de acordo com o gráfico (figura) 31.

Figura 31: Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente

Nos itens apontados como executados melhor, houve ênfase na transmissão precisa de informações. A compreensão da perspectiva do paciente ou da família foi um item destacado como importante para melhorar, de acordo com o gráfico (figura) 32.

Figura 32: Itens destacados como o que a médica residente fez melhor ou necessita melhorar

No *feedback* para o grupo, o que é possível aprender com esta cena é que a médica residente em treinamento avalia-se pior do que a equipe em 2 dos 9 itens (recolher informações e demonstrar empatia). Além destes, mais 4 itens (construção da relação, abertura de discussão, compartilhar informações e transmitir informações precisas) foram destacados como adequadamente executados e não considerados pela médica, que pode estar desvalorizando seu próprio potencial de comunicação, o qual deve ser praticado ao longo de sua formação para que consiga sentir-se mais segura com o tempo.

Recomenda-se atenção especial em situações futuras quanto a conclusão do diálogo e a compreensão da perspectiva do paciente ou da família.

Quando solicitados sobre informações adicionais em aberto, os observadores destacaram ainda a clareza e a maneira direta como encarou o risco de morte, com preocupação e empatia, que devem continuar sendo utilizados e elaborados para que não sejam vistos por vezes como distanciamento, frieza ou menor acolhimento pelo o paciente e sua família.

5.4.3.3 UTI Neonatal

Cena 3:

A média geral tanto do grupo de avaliadores como dos facilitadores foi considerada adequada (≥ 3), enquanto que a média de auto-avaliação da médica residente foi considerada inadequada (< 3), de acordo com o gráfico (figura) 33.

Figura 33: Cena 3 e as médias da escala *Likert* geral e de auto-avaliação

Quando avaliada sob a ótica do facilitador, observou-se que o compartilhar de informações e a conclusão do diálogo podem ser melhorados, de acordo com o gráfico (figura) 34.

Figura 34: Cena 3 e as médias da escala *Likert* de auto-avaliação e dos facilitadores

A residente considera-se inadequada quando avalia 2 dos 9 itens: recolher informações e compreensão da perspectiva do paciente e da família, sendo este último coincidente com a opinião do grupo geral, mas não com a opinião dos facilitadores.

Estas habilidades foram consideradas adequadas, inclusive quando analisamos as lacunas de comunicação inter-equipe, como mostra o gráfico (figura) 35.

Figura 35: Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente

Nos itens apontados como executados melhor, houve ênfase no compartilhamento de informações, sem itens de destaque que precisam melhorar, de acordo com o gráfico (figura) 36.

Figura 36: Item destacado como o que a médica residente fez melhor

No *feedback* para o grupo, o que é possível aprender com esta cena é que a médica residente em treinamento avalia-se pior do que a equipe em 2 dos 9 itens (recolhe informações e compreende a perspectiva da família e do paciente) e pode aqui estar desvalorizando seu próprio potencial de comunicação, o qual deve ser praticado ao longo de sua formação para que consiga sentir-se mais segura com o tempo.

Recomenda-se atenção por parte dos facilitadores ao compartilhamento de informações, opinião esta que não foi consensual com o grupo geral de observadores, que destacou esta habilidade como adequada.

Quando solicitados sobre informações adicionais em aberto, os observadores destacaram ainda a empatia e a abertura para as perguntas dos pais como pontos positivos. Um possível nervosismo mesmo na cena simulada pode ter contribuído para um pouco menos de seriedade na hora de comunicar-se, bem como de enfatizar o porquê da situação tratada ser tão grave. Estes pontos são importantes destacar para que as conversas difíceis sempre sejam pensadas e preparadas antes do contato com os pais.

Cena 5:

A média geral de atuação, tanto do grupo de avaliadores e a auto-avaliação, foi considerada inadequada (< 3), de acordo com o gráfico (figura) 37.

Figura 37: Cena 5 e as médias da escala *Likert* geral e de auto-avaliação

Quando avaliada sob a ótica dos facilitadores, a residente deve observar que, exceto a transmissão de informações precisas foi avaliada como adequada e que os demais 8 pontos devem ter atenção redobrada no sentido de aprimoramento. O que fica claro é que a própria residente também julga que necessita melhorar quando abre a discussão, recolhe informações, chega a um acordo e demonstra empatia, de acordo com o gráfico (figura) 38.

Figura 38: Cena 5 e as médias da escala *Likert* de auto-avaliação e dos facilitadores

Compreender a perspectiva da família ou do paciente, compartilhar informações e concluir o diálogo aparecem novamente como itens que necessitam de melhorias, de acordo com o gráfico (figura) 39.

Figura 39: Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente

Nos itens apontados como executados melhor, o grupo geral de observadores, diferentemente dos facilitadores, aponta que a abertura de discussão e a transmissão de informações precisas foram pontos de destaque, mantendo-se como necessária para aprimoramento a demonstração de empatia, de acordo com o gráfico (figura) 40.

Figura 40: Item destacado como o que a médica residente fez melhor e que pode melhorar

No *feedback* para o grupo, o que é possível aprender com esta cena é que tanto a médica residente em treinamento quanto os facilitadores e demais observadores verificaram a necessidade de aprimoramento global das técnicas de comunicação em saúde.

A abertura de discussão e a transmissão de informações precisas de maneira adequada foram enfatizadas pelo grupo observador.

Recomenda-se atenção especial em situações futuras quanto aos 7 itens destacados como mais discrepantes nessa avaliação que são a construção da relação, o recolhimento de informações, a compreensão da perspectiva da família ou do paciente, o compartilhar das informações, a chegada a um acordo, a conclusão do diálogo e a demonstração de empatia. Estes pontos também foram percebidos pela própria médica, que referiu-se ainda em treinamento e aperfeiçoamento nos afetos e na compreensão da família, a fim de melhorar entendimento e dar espaço para questionamentos. A auto-percepção deve ser valorizada como um primeiro passo para revisão desses conceitos e crescimento profissional.

Quando solicitados sobre informações adicionais em aberto, os observadores destacaram ainda a boa qualidade técnica. O não esclarecer dúvidas, o uso de termos mais

científicos e a falta de tempo dado para a família manifestar-se podem prejudicar a atuação em situações críticas como a vivenciada.

Cena 6:

A média geral tanto do grupo de avaliadores como dos facilitadores e da médica foi considerada adequada (≥ 3), de acordo com os gráficos (figuras) 41 e 42.

Figura 41: Cena 6 e as médias da escala *Likert* geral e de auto-avaliação

Quando avaliada sob a ótica do facilitador, observou-se que o compartilhar de informações e a transmissão de informações precisas podem ser melhorados. Tanto a residente quanto os facilitadores concordam que a chegada a um acordo também deve ser melhorada, de acordo com o gráfico (figura) 42.

Figura 42: Cena 6 e as médias da escala *Likert* de auto-avaliação e dos facilitadores

O compartilhamento de informações aparece novamente como item que deve ser observado com atenção e melhorado, já que foi auto-avaliado como adequado, de acordo com o gráfico (figura) 43.

Figura 43: Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente

Nos itens apontados como executados melhor, houve ênfase na construção da relação, enquanto que o compartilhamento de informações e a transmissão de informações precisas foram sugeridos como necessitando melhorar na opinião do grupo, de acordo com o gráfico (figura) 44.

Figura 44: Itens destacados como o que a médica residente fez melhor ou precisa melhorar

No *feedback* para o grupo, o que é possível aprender com esta cena é que a médica residente em treinamento avalia-se pior do que a equipe em 1 dos 9 itens (chegar a um acordo) e pode estar desvalorizando seu próprio potencial de comunicação, o qual deve ser praticado ao longo de sua formação para que consiga sentir-se mais segura com o tempo.

A construção da relação foi item considerado adequada para quase que a totalidade de observadores da cena.

Recomenda-se atenção por parte dos facilitadores e do grupo geral ao compartilhamento de informações e a transmissão precisa de informações. Estes “pontos cegos” na auto-percepção devem ser revistos periodicamente para que haja ao longo da carreira crescimento profissional e pessoal que melhorem a relação com os pacientes e toda equipe.

Quando solicitados sobre informações adicionais em aberto, os observadores destacaram ainda que a residente deixou os pais bastante a vontade para que houvesse a construção adequada da relação, com maior atenção e cuidado. Um possível tato e cuidado mais excessivo podem ter amenizado questões fundamentais da cena, que era a necessidade de ter enfatizado mais adequadamente a gravidade do diagnóstico e as possibilidades reais de sequelas futuras, o que também tornou mais ameno na conversa as explicações sobre o acompanhamento a longo prazo do caso pela equipe multiprofissional. Os pais simulados que avaliaram a cena podem ter ficado muito mais tranquilos e menos alerta do que o ideal para situação tão grave.

Cena 7:

A média geral tanto do grupo de avaliadores como dos facilitadores foi considerada adequada (≥ 3), enquanto que a média de auto-avaliação da médica residente foi considerada inadequada (< 3). A residente considera que poderia atuar melhor quando recolhe informações e chega a um acordo, conforme os gráficos (figuras) 45 e 46.

Figura 45: Cena 7 e as médias da escala *Likert* geral e de auto-avaliação

Figura 46: Cena 7 e as médias da escala *Likert* de auto-avaliação e dos facilitadores

Sete das nove habilidades foram consideradas adequadas e em destaque: construir a relação, recolher e compartilhar informações, chegar a um acordo, concluir o diálogo, demonstrar empatia e transmitir informações precisas, como mostra o gráfico (figura) 47.

Figura 47: Lacunas entre a opinião do grupo e a auto-avaliação do residente

Nos itens apontados como executados melhor, houve ênfase na transmissão precisa de informações. Como item que necessita melhorar destaca-se a compreensão da perspectiva do paciente e da família e aqui acresceu-se a demonstração de empatia, que diverge da análise anterior, de acordo com o gráfico (figura) 48.

Figura 48: Item destacado como o que a médica residente fez melhor

No *feedback* para o grupo, o que é possível aprender com esta cena é que a médica residente em treinamento avalia-se pior do que a equipe em 2 dos 9 itens (recolhe informações e chega a um acordo) e pode aqui estar desvalorizando seu próprio potencial de comunicação, o qual deve ser praticado ao longo de sua formação para que consiga sentir-se mais segura com o tempo.

Pelo menos seis das nove habilidades tiveram destaque positivo em todas as etapas de análise e devem ser enfatizadas para que a prática diária as torne ainda melhores: construir a relação, recolher e compartilhar informações, chegar a um acordo, concluir o diálogo e transmitir informações precisas.

Recomenda-se atenção, pela análise geral, para a compreensão da perspectiva do paciente e dos familiares.

Quando solicitados sobre informações adicionais em aberto, os observadores destacaram ainda a clareza, objetividade, docilidade e abertura dada para que os pais participassem ativamente deste momento crítico de seu filho. Questionar mais enfaticamente como os pais estavam se sentindo pode ser uma ferramenta útil para melhorar e explorar a compreensão da perspectiva da família diante de uma notícia mais grave.

5.4.4 Feedback para os participantes

As interpretações de cada cena simulada foram enviadas por e-mail para 33 dos 37 participantes, excetuando-se os atores contratados que contracenaram como pais ou pacientes.

O tempo para envio foi de três a cinco meses após a realização da atividade, uma vez que os vídeos foram compilados, mostrados paulatinamente por agendamento para cada um dos três setores envolvidos, os dados tabulados para a etapa de validação do questionário e, somente após o instrumento válido, foram analisados do ponto de vista dos itens de comunicação.

Para analisar os itens de comunicação, a tabela em Excell com a versão original em inglês, enviada também pelo autor do trabalho original, foi reformatada para o português com os itens traduzidos, antes da digitação dos dados coletados.

Dos 33 observadores que receberam as avaliações, 11 (33%) retornaram a mensagem com comentários a respeito, sendo 50% das respostas provenientes dos médicos residentes que se auto-avaliaram.

Todos referiram surpresa nas avaliações, pois não consideravam ser tão minuciosa e comentaram que as recomendações propostas vão ser repensadas para a prática médica futura, valorizando a ação como parte essencial da formação médica que o residente deveria receber durante seu treinamento em serviço.

Não foi realizada busca ativa pelo retorno de respostas dos observadores, por não ser esta a meta da pesquisa e nem o formato final que a atividade deverá possuir, que é o *feedback* e as discussões em tempo real, com toda equipe participante, a cada atividade simulada.

6. DISCUSSÃO

A tradução em etapas do *Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form*, de acordo com as normas internacionais de tradução de instrumentos e associada a técnica *Delphi* modificada, possibilitou alcançar versão adequada para a língua portuguesa do Brasil do ponto de vista linguístico. A minúcia neste processo preservou sentido e conteúdo originais, minimizando possíveis falhas na validação atribuíveis a traduções pouco rigorosas (Beaton, 2000).

Todas as etapas contribuíram para a versão final. As adaptações lingüísticas foram realizadas tanto durante as rodadas *Delphi* quanto após as sugestões dos participantes do pré-teste fornecidas nas entrevistas retrospectiva e cognitiva. O método *Delphi* modificado confere maior credibilidade e autenticidade ao processo de tradução a medida em que utiliza de maneira independente as revisões dos painelistas, considerando sempre ao final a opinião do grupo, isento de influências externas e do viés da confrontação face a face. Os resultados apresentados por médias e desvios padrão de cada etapa item a item permitem avaliação dinâmica das opiniões até a decisão final. (Hasson, 2000 e Hsu, 2007).

Na tradução inicial, o item B foi o mais controverso, o qual continha a frase “Explains and/or negotiates an agenda for the visit” e foi avaliado inicialmente pelos tradutores como sendo a “necessidade de combinar um novo horário de consulta”. Após apontamentos do autor, o item foi completamente modificado pelos tradutores durante o consenso por *Delphi*.

Outro item que necessitou modificação foi o E, pois continha frase semelhante ao item G e a sua repetição foi apontada como desnecessária para a compreensão do primeiro. Na avaliação dos participantes e da linguista optou-se por manter a frase apenas no item G sem que houvesse comprometimento do item de maneira global.

Estas adaptações ilustram que no processo de tradução deve-se atentar ao fato de que a mera tradução literal pode deixar a afirmação sem sentido ou repetitiva em outro idioma, reforçando a necessidade tanto da adaptação cultural quanto lingüística prevista neste processo (Lauffs, 2008).

As adaptações culturais durante o pré-teste foram realizadas em apenas 9 termos com poucas modificações de redação. Durante esta etapa, a validade de face foi obtida através dos dados das entrevistas cognitiva e retrospectiva. A facilidade nos ajustes pode ser resultante do fato de que o questionário possui linguagem técnica acessível, conhecida e utilizada de forma semelhante em inglês e em português pelos profissionais de saúde e por familiares envolvidos

em um processo de doença mais complexo. Os títulos de cada item são bons exemplos destes termos.

Os questionários de pré-teste para validade de face foram solicitados aos participantes por conveniência. O principal motivo para esta conduta foi buscar indivíduos semelhantes aos do grupo elegível sem envolver o grupo final de observadores em si, pois este já é pequeno na instituição, o que poderia comprometer o número de participantes possíveis na amostra final, prejudicando também a validação. Esta limitação pode ser considerada fonte de viés, porém pouco relevante, a medida em que os demais itens de rigor da tradução, das entrevistas cognitivas e retrospectivas foram estritamente seguidos de acordo com os padrões da literatura desta área.

O fato de não existir outros instrumentos semelhantes traduzidos para o português impossibilitou a realização da validade concorrente.

A minúcia de cada etapa ocupou mais tempo do que o previsto no cronograma para realização do estudo, o que atrasou o cronograma de atividades previsto para o primeiro ano deste projeto.

Na validação, não houve itens perdidos. Um provável motivo pode estar associado a boa aceitabilidade do grupo participante em ver ou atuar nas cenas, ler com atenção o questionário traduzido e colaborar ativamente com a pesquisa proposta.

A confiabilidade verificada tanto pelo coeficiente alfa Crombach quanto pelo coeficiente de correlação intraclass foi alta e adequada tanto para os sete itens do Consenso Kalamazoo original quanto em sua versão estendida utilizada para avaliar as simulações clínicas, e está em acordo com o estudo original em língua inglesa (Calhoun 2009 e 2010).

Os resultados dos testes de confiabilidade entre avaliadores (facilitadores e médicos), no entanto, diferem um pouco da versão em inglês. Enquanto a concordância entre impressões globais de comunicação é preservada, itens específicos diferem consideravelmente, particularmente no que diz respeito a "abre a discussão" para os facilitadores e "demonstra empatia" e "transmite informações precisas" para médicos. Esta estatística, entretanto, quantifica simplesmente se diferentes avaliadores percebem a intenção da pergunta da mesma maneira. Os resultados demonstram que o entendimento global sobre o conteúdo é bom, mas que para os itens específicos mencionados, podem ser necessários maiores refinamentos da linguagem, bem como podem refletir o fato de que estes profissionais não receberam formação específica em comunicação em saúde e que aplicaram apenas seus conhecimentos pessoais na avaliação dos cenários simulados.

Na análise fatorial exploratória, a fatorabilidade da matriz de correlação foi confirmada através da significância alta do teste de esfericidade de Bartlett e do índice KMO (Hair, 2009). A confirmação da unidimensionalidade da escala também foi similar ao estudo original de Calhoun et al e estas etapas puderam concluir que o questionário é válido em língua portuguesa do Brasil.

Os itens G e I apresentaram as menores comunalidades mensuradas, provavelmente por motivos opostos. O item I pode remeter às diferenças curriculares que priorizaram, no modelo flexneriano antigo de ensino no qual foram formados os residentes participantes, a transmissão de informações precisas (item I) e, para o item G, por não receberem formação específica em comunicação em saúde, podem ter maior dificuldade de finalizar as conversas de maneira mais técnica e direta (item G), o que torna estes dois itens mais discrepantes e menos relacionáveis com os demais itens avaliados, fato que não comprometeu o resultado final da validação.

De maneira geral, a atividade de avaliação das cenas pelos grupos de observadores dos setores de Oncologia, UTI Pediátrica e UTI Neonatal foi recebida por todos como agradável e enriquecedora de sua prática clínica diária. Lidar com o paciente criança ou adolescente na alta complexidade é um desafio constante e as questões relacionadas a comunicação interferem diretamente na compreensão do processo de doença, bem como na adesão e condução do tratamento. (Fujimori, 2014)

Não é possível verificar consenso de julgamento na observação de uma mesma cena pelos grupos multiprofissionais que trabalham no mesmo setor. Este resultado já foi demonstrado em outros trabalhos que verificam as opiniões de múltiplos avaliadores (Joshi, 2004). Entretanto, a variação de pontuação é pequena, o que faz a opinião global possuir impacto neste *feedback* para todos. Busca-se aqui maior equalização dos resultados e não homogeneidade de pensamento ou julgamento.

Na Oncologia, os médicos residentes, que participaram da atividade de maneira voluntária, tiveram desempenho adequado, com alguns pontos de destaque para melhoria tanto do ponto de vista de sentirem-se mais seguros em atuar quanto de observar alguns itens que demandam maior prática. Já nas UTIs Pediátrica e Neonatal, as médicas atuaram de maneira bastante diversa na mesma cena e devem, portanto, observar suas individualidades para aprimoramento profissional futuro.

Esses apontamentos são coincidentes com as primeiras conclusões do estudo original em língua inglesa (Calhoun, 2009) que verificou que a avaliação das habilidades em

comunicação por múltiplos observadores em combinação com a análise de “gaps” é um meio possível de gerar *feedback* formativo para os médicos em treinamento, uma vez que os resultados gerais podem ter aumentado a visão crítica destes profissionais acerca das situações de alta complexidade em saúde que enfrentam no dia a dia.

A principal implicação prática dessas simulações é que idealmente indica-se este tipo de laboratório de comunicação de maneira seriada, continuada e permanente durante todo período formativo da residência médica a fim de acompanhar-se a evolução das habilidades a medida em que o médico amadurece seus conhecimentos naquela área de atuação. (Rider, 2010)

Nota-se que, mesmo tratando-se de médicos diferentes com atuações variadas, a maturidade da prática dos que estavam finalizando a residência médica é um pouco mais evidente que os residentes ainda em curso de seu treinamento, o que torna esta simulação com *feedback* um recurso viável para que fiquem mais seguros ao longo de sua formação.

Vale destacar também que não há deficiências grosseiras que prejudiquem as atividades futuras tanto relacionadas a comunicação com o paciente e o familiar como com a equipe de trabalho.

Como este trabalho obteve resultados semelhantes aos executados na versão original em língua inglesa, é possível, então, extrapolar as interpretações da relação das médias das escalas Likert, da análise dos “gaps” e das escolhas em aberto feitas por aquele grupo.

Nas escalas Likert, houveram índices altos de avaliação (médias 3 ou mais) na maioria dos itens, o que não permite distinguir se valores de 4 ou 5 são distintos, tornando a comparação com os itens elencados nas escolhas em aberto uma ferramenta útil para concluir e interpretar a avaliação, bem como com as avaliações de “gaps” significativos para itens que necessitam melhorar ou que estão adequados. A tabela 5 reproduz estas comparações e foi adaptada de Calhoun et al 2009.

Tabela 5: Interpretação da análise de “gaps”

	Pontuação Likert elevada/ Percentual de escolha em aberto elevado	Pontuação Likert baixa/ Percentual de escolha em aberto baixo
Área de pior auto-avaliação	Boa atuação não reconhecida	Permite reflexão geral de um ponto fraco
Área de melhor auto-avaliação	Saber-se bem avaliado não permite reflexão ativa	Ponto fraco não reconhecido – necessária ênfase no <i>feedback</i>

**Adaptado de Calhoun et al 2009

Segundo Calhoun et al, o *feedback* deve ser iniciado pelos itens que foram melhor desempenhados na cena, a fim de aumentar a receptividade a conversa e só depois explorar-se os itens que não foram tão bem avaliados.

Áreas avaliadas como adequadas tanto pelo residente/ estudante e pelo grupo, podem indicar que o avaliado tem a habilidade de reconhecer-se capaz naquele item e este deve ser valorizado e enfatizado.

Já nas áreas adequadas em que a auto-avaliação é ruim, existe a necessidade de *feedback* mais específico para que haja reflexão sobre o não reconhecimento de uma habilidade que está adequada e para que não devalorizem o seu próprio potencial, verificando também a longo prazo o progresso do seu trabalho quando acessam conversas difíceis e consigam aumentar confiança e a segurança nessas áreas.

De todas as possibilidades descritas na tabela 4, o ponto fraco não reconhecido, se não enfatizado durante o momento de *feedback* reflexivo, não fará o sujeito avaliado melhorar. Em estudos prévios verificou-se que este retorno é menos útil e até potencialmente gerador de conflitos maiores nas situações em que há diferenças muito evidentes entre a auto-avaliação e a média de avaliações do grupo, o que torna aqui a educação continuada e monitoramento da dinâmica do grupo ao longo do tempo um recurso necessário para as melhorias de comunicação. (Brett, 2001)

Este estudo contou com algumas limitações que também devem ser consideradas. A amostra por conveniência dos *experts*, pesquisadores e dos participantes da validade de face pode ter trazido viés a pesquisa, da mesma forma que as observações realizadas durante as simulações por uma amostra pequena podem não ser representativas da população geral.

Além disso, a mesma amostra pequena impossibilita avaliações de confiabilidade inter-observadores, bem como para as escolhas em aberto não são possíveis realizar testes de significância devido os escassos relatos existentes que possibilitem interpretar dados desta natureza na literatura.

O foco em situações de mais alta complexidade não permite supor se esta atividade é generalizável em um contexto educacional mais amplo, embora o Consenso Kalamazoo original, sem as adaptações de itens, possibilite esta extensão.

Explicar antecipadamente para os observadores, mesmo que de maneira breve, o objetivo do trabalho e o contexto das cenas pode tender a algumas respostas. Entretanto, para o contexto educacional, no ambiente simulado e protegido, a estruturação contextual não pode ser dispensada, pelo critério formativo da ação proposta.

O fato do instrumento traduzido necessitar passar por validação prévia retardou um longo período para que os grupos e setores chegassem ao momento do *feedback*. O mais indicado é realizar em um único dia a cena simulada em uma sala, com a equipe observando concomitantemente em sala contígua, todos preencherem o instrumento de avaliação simultaneamente, seguir-se de breve discussão enquanto tabulam-se o dados e, finalmente, os resultados serem debatidos em grupo, em tempo real. Este formato permite intervenções, por exemplo, no início do período de residência médica, no meio e no final, o que possibilita avaliar a evolução das habilidades de comunicação ao longo do tempo.

Todos estes apontamentos, entretanto, ficam minimizados quando comparamos os resultados verificados e constatamos serem muito próximos aos do estudo original americano.

7. CONCLUSÕES

Ao final da pesquisa obtivemos um instrumento de avaliação de Habilidades em Comunicação Interpessoal traduzido para a Língua Portuguesa, adaptado culturalmente para o Brasil e válido.

Os dados obtidos pelo instrumento durante a validação podem identificar lacunas (“gaps”) da comunicação interpessoal em questões específicas, as quais podem ser abordadas em momento de *feedback* e auto-reflexão para melhorar o relacionamento entre a equipe de saúde, os familiares e o paciente de alta complexidade.

O ambiente simulado possibilita imersão no problema proposto em contexto seguro e passível de interação para individualizar os pontos de comunicação que precisam ser melhorados.

Recorrer a múltiplos avaliadores integra diversos pontos de vista de maneira interdisciplinar para formar um painel que correlaciona a auto-avaliação e a opinião do grupo gerando *feedback* formativo tanto para o estudante/ residente quanto para a equipe.

Baseado nesta experiência pode-se sugerir modificações no ensino que incluam simulações de situação clínica difícil que favoreçam a relação médico-paciente-cuidador existente na população, neste caso pediátrica, mas extensivo a outras situações, a qual é fundamental para eficiente adesão e condução dos tratamentos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalla IG, Stella RCR, Perim GL, et al. Projeto pedagógico e mudanças na educação médica. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1):44-52.

ACGME. ACGME outcomes project. Disponível em: <<http://www.acgme.org/outcome>>. Acesso em: set. 2014.

Acquadro C, Conway K, Hareedran A, Aaronson N. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. Value in Health. 2008;11(3): 509-21.

Amaral ABCN. Habilidades em comunicação na pediatria [dissertação]. Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia; 2012.

Bayer-Fetzer. Conference on Physician-Patient communication in Medical Education. Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Acad Med. 2001;76:390-93.

Beaton DE, Bombaidier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000;25(24):3186-91.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução n. 4, 7 novembro 2001.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Resolução n. 2, 17 maio 2006. Disponível em: <<http://www.abruc.org.br/sites/500/516/00000364.doc>>. Acesso em: 09 set. 2015.

Brett JF, Atwater LE. 360 degree feedback: accuracy, reactions and perceptions of usefulness. J Appl Psychol. 2001;86:930-42.

Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161:44-9.

Calhoun AW, Rider EA, Meyer EC, et al. Assessment of communication skills and self-appraisal in the simulated environment: feasibility of multirater feedback with gap analysis. Simul Healthc. 2009, 4(1):22-9.

_____, Peterson E, et al. Multi-rater feedback with gap analysis: An innovative means to assess communication skill and self-insight. Pat Educ Couns. 2010;80:321-6.

Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. JAMA. 2006;296:1094-102.

De Camargo B, Kurashima AY. Comunicação: cuidados paliativos em oncologia pediátrica. São Paulo: Lemar, 2007. p. 111-21.

DiStefano C, Hess B. Using confirmatory factor analysis for construct validation: an empirical review. *Joun Psychoeduc Asssess*. 2005;23:225-41.

Donnon T, Al Ansari A, Al Alawi S, Violato C. The reliability, validity and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. *Acad Med*. 2014;89:511-6.

Downing SM. Validity: on the meaningful interpretation of assessment data. *Med Educ*. 2003; 37:830-37.

Dyche L. Interpersonal skill in Medicine: the essential partner of verbal communication. *J Gen Intern Med*. 2007;22(7):1035-9.

Eide H, Graugaard P, Holgersen K, Finset A. Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Pat Educ Cons*. 2003;51:259-66.

Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287:226-35.

Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A Comprehensive Method for the Translation and Cross-Cultural Validation of Health Status. *Eval Health Prof*. 2005;28:212.

Eva KW, Armson H, Holmboe E, et al. Factors influencing responsiveness to feedback: on the interplay between fear, confidence, and reasoning processes. *Adv in Health Sci Educ*. 2012;17:15–26.

Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363:312-9.

Fujimori M, Shirai Y, Asai M, et al. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2014, v 32(20):2166-72.

_____, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of Bad News: a systematic literature review. *Jpn J Clin Oncol*. 2009;39(4):201–16.

Grextorex J, Dexter T. An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32(4):1016-24.

Guyatt GH, Naylor CD, Juniper E, et al. Users' guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life: evidence-based medicine working group. *Journal of American Medical Association*. 1997;277(15):1232-7.

Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. *Análise Multivariada de Dados*. 5ª. Edição. São Paulo: Artmed; 2009.

- Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32(4):1008-15.
- Hsu CC, Sandford BA. The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment Research & Evaluation*. 2007;12(10):1-8.
- Joshi R, Ling FW, Jaeger J. Assesment of a 360-degree instrument to evaluate resident's competency in interpersonal and communication skills. *Acad Med*. 2004;79:458-63.
- Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. I: doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968;42:855-71.
- Laschinger HK, West J. Intraclass correlations as estimates of interrater reliability in nursing research. *Nurs Res*. 1992;14(2):246-51.
- Lauffs M, Ponzer S, Saboonchi F, et al. Cross-cultural adaptation of the Swedish version of readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPILS). *Med Educ*. 2008;42:405-11.
- Lockyer J, Violato C, Fidler H. Likelihood of change: A study assessing surgeon use of multisource feedback data. *Teach Learn Med*. 2003;15:168-74.
- _____. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2003;23:4-12.
- _____. What multisource feedback factors influence physician self-assessment? A five-year longitudinal study. *Acad Med*. 2007;82(10):77-80.
- _____. The assessment of pathologists/laboratory medicine physicians through a multisource feedback tool. *Arch Pathol Lab Med*. 2009;133:1301-08.
- _____. Long-term outcomes for surgeons from 3- and 4-year medical school curricula. *Can J Surg*. 2012;55(2):163-70.
- _____. Multisource feedback: can it meet criteria for good assessment? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2013;33(2):89-98.
- Magalhães N. Doentes Imaginários: Faculdades de Medicina e hospitais recorrem às artes cênicas para melhorar a qualidade da relação médico-paciente. *Revista Veja*. 2009, set;v.42(38).
- Mann K, Eva K, Armson H, et al. Tensions in informed self-assessment: how the desire for feedback and reticence to collect and use it can conflict. *Acad Med*. 2011;86:1120-7.
- Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, communication and efficiency in the medical encounter. *Arch Intern Med*. 2008;168(13):1387-95.
- McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care*. 1994;32(1):40-66.

Mehta P. Communication Skills: breaking bad news. *Indian Pediatrics*. 2008;45:839-41.

Meijer E, Vrijmoet-Wiersma J. Psycho-oncology meeting: communicating bad news: educational session for a multidisciplinary audience on communication of diagnosis and bad news. 41o. SIOP Annual Meeting. São Paulo; 2009.

Novack DH, Suchman AL, Clark W, et al. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA*. 1997;278(6):502-9.

Overeen K, Wollersheim H, Arah OA, et al. Evaluation of physicians' professional performance: an iterative development and validation study of multisource feedback instruments. *BMC Health Services Research*. 2012;12:80.

Peterson EB, Calhoun AW, Rider EA. The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. *Patient Educ Couns*. 2014;96:411-8.

Potter TB, Palmer RG. 360-degree assessment in a multidisciplinary team setting. *Reumatology*. 2003;42:1404-7.

Rao KJ, Anderson LA, Inui TS, et al. Communication Interventions make a difference in conversations between physicians and patients. *Med Care*. 2007;45:340-9.

Rees C, Sheard C, Davies S. The development of a scale to measure medical student's attitudes towards communication skills learning: the communication skills attitude scale (CSAS). *Med Educ*. 2002;36:141-7.

Rider EA, Keefer CH. Communication Skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Med Educ*. 2006;40:624-9.

_____, Volkan K, Hafler JP. Pediatric resident's perceptions of communication competencies: Implications for teaching. *Med Teach*. 2008;30:208-17.

_____. Competency I: interpersonal and communication skills. In: Rider EA, Nawotiniak RH. *A practical guide to teaching and assessing the ACGME Core Competencies*. Marblehead MA, 2ª. Edição, Ed HCPro Inc, 2010, p.1-138.

_____. Advanced communication strategies for relationship-centered care. *Pediatric Annals*. 2011;40(9):447-53.

Rueda FJM, Suehiro FCB. Precisão entre avaliadores e pelo método teste-reteste no Bender-Sistema de Pontuação Gradual. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2008;10(1):25-35.

Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49:796-804.

Street RL Jr. Physician's communication and parents' evaluation of pediatric consultations. *Medical Care*. 1991;29:1146-52.

Vaigya VU, Greenberg LW, Patel KM, et al. Teaching physicians how to break bad news: a 1-day workshop using standardized parents. *Arch Pediatr Adolesc*. 1999;153:419-22.

Viana HB, Madruga VA. Diretrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas. *Lecturas, Educación Física y Deportes*. 2008;116(12). Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd116/>>. Acesso em: dez. 2013.

Violato C, Lockyer J, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *B M J*. 2003;326:546-8.

_____, Lockyer J. Self and peer assessment of pediatricians, psychiatrists and medicine specialists: implications for self-directed learning. *Advances in Health Sciences Education*, 2006;11:235–44.

_____. Changes in performance: a 5-year longitudinal study of participants in a multi-source feedback programme. *Medical Education*. 2008;42:1007–13.

Wood L, Collins J, Burnside ES, et al. Patient, faculty, and self-assessment of radiology resident performance: a 360-degree method of measuring professionalism and interpersonal/communication skills. *Acad Radiol*. 2004;11:931–9.

_____, Hassel A, Whitehouse A, et al. A literature review of multi-source feedback systems within and without health services, leading to 10 tips for their successful design. *Medical Teacher*. 2006;28(7):185–91.

_____. ‘Team observation’: a six-year study of the development and use of multi-source feedback (360-degree assessment) in obstetrics and gynaecology training in the UK. *Medical Teacher*. 2006;28(7):177–84.

Wright C, Richards SH, Hill JJ, et al. Multisource feedback in evaluating the performance of doctors: the example of the UK General Medical Council Patient and Colleague Questionnaires. *Acad Med*. 2012;87:1668–78.

Wright KB, Bylund C, Ware J, et al. Medical student attitudes toward communication skills training and knowledge of appropriate provider-patient communication: a comparison of first-year and fourth-year medical students. *Medic Educ online*. 2006;11:18.

ANEXOS

A- Autorização do autor para utilização dos instrumentos

Para Beatriz Amaral

De: **Calhoun, Aaron W** (aaron.calhoun@louisville.edu)

Enviada: terça-feira, 1 de novembro de 2011 16:28:12

Para: Beatriz Amaral (beatriz_amaral@hotmail.com)

Anna,

This tool is meant to be generalize, so any clinical situation should work, though I would go for a more complex type of encounter (ie delivery of bad news, clinician patient conflict, etc) as it may have a higher information yield. Actors are probably ideal as the interactions need to be realistic, but team members can work if needed as long as the subjects don't know them (it detract from realism if they do). Alternatively, you could film a number of conversations with actors at your institution and then send them out for rating.

Aaron

----- Reply message -----

From: "Beatriz Amaral" <beatriz_amaral@hotmail.com>

To: "Calhoun, Aaron W" <awcalh01@exchange.louisville.edu>

Subject: Gap Analysis Articles

Date: Tue, Nov 1, 2011 11:39 am

Dear Aaron,

Thank you very much. I read all carefully and it was clear and easy to understand for me.

As I told you, I will start the translation process next december and the first step is the local ethical comitee 's permission.

I would like to ask you if the clinical situations we need to translate too, because if it is necessary I also need you send me your version. If it is not, I understood the situations in your article and I can to it in a similar way.

Another important topic I need to know is if it is necessary to work with actors or I can use some team members to do this job as parents on the situations. Here we have in our Federal University an actors couse and I can ask for their help too, but if we intend to use this in other brazilian universities, the best way is use team members as actors.

Sorry about my english again and I am waiting your oppinion.

Let 's work !!!!

Sincerely,

Anna

From: aaron.calhoun@louisville.edu

To: beatriz_amaral@hotmail.com

Subject: RE: Gap Analysis Articles

Date: Tue, 1 Nov 2011 15:20:01 +0000

Anna,

It was good to hear from you. Here are copies of the most recent versions of the tool. I have included the faculty, peer, and self assessment versions. They are almost identical, but the wording is somewhat different to reflect the recipient. ***You have my written permission to modify/translate the tool into portuguese and subsequently validate it.*** Please let me know what else I can do to help.

Thanks,

Aaron W. Calhoun, MD
Assistant Professor of Pediatrics
Director, SPARC Program
From: Beatriz Amaral [beatriz_amaral@hotmail.com]
Sent: Monday, October 31, 2011 1:33 PM
To: Calhoun, Aaron W
Subject: RE: Gap Analysis Articles

Dear Aaron,

I had the same pleasure to meet you at ICCH this year !!!

Thank you for send me your articles. During last week I read it carefully and for me it is a very important work and contribution for heathcare communication.

I am very interested to translate and validate to portuguese !

Here we don't have a program like PERCS, but I am working on a project to implement some communication skills in our pediartic residency program.

When I finished my work translating Elizabeth Rider's Housestaff Communication Survey, I had a constructive feedback from Pediatric Department to do some workshops and talk more about communication skills with students and residents.

Maybe the best thing we can do is you send me a copy of your multirater communication skills instrument, write me your permission to translate and validate to portuguese and I can start the process.

During this month I am finishing my paper with Elizabeth, but during december I can start ours.

I am sorry about my terrible english, I hope you understand this e-mail and please let me know if you need more informations about me and my work.

Thank you !!!

Sincerely

Anna Beatriz Amaral
Pediatric Oncologist
Uberlândia - MG- Brazil

From: aaron.calhoun@louisville.edu
To: beatriz_amaral@hotmail.com
Subject: Gap Analysis Articles
Date: Fri, 21 Oct 2011 19:06:32 +0000

Anna,

It was a pleasure meeting you at ICCH this year. I hope that you had an uneventful journey home. I've attached our articles dealing with Gap Analysis and communication skills. I'm looking forward to working on the Portuguese translation of the process. Please let me know if you have any questions after looking at the articles. Once you've had a chance to take a look, we can then figure out how to proceed with the translation.

Sincerely,

Aaron

B- Instrumentos para Tradução enviados pelo autor

Peer/Facilitator Assesment

How well does the participant do the following:

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
A. Builds a Relationship (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> • Greets and shows interest in the patient and patient's family • Uses words that show care and concern throughout the interview • Uses tone, pace, eye contact, and posture that show care and concern • Responds explicitly to patient and family statements about ideas and feelings 					
B. Opens the Discussion (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> • Allows patient and family to complete opening statements without interruption • Asks "Is there anything else?" to elicit full set of concerns • Explains and/or negotiates an agenda for the visit 					
C. Gathers Information (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> • Addresses patient and family statements using open-ended questions. • Clarifies details as necessary with more specific or "yes/no" questions • Summarizes and gives family opportunity to correct or add information • Transitions effectively to additional questions 					
D. Understands the Patient's and Family's Perspective (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> • Asks about life events, circumstances, other people that might affect health • Elicits patient's and family's beliefs, concerns, and expectations about illness and treatment 					
E. Shares Information (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> • Assesses patient's and family's understanding of problems and desire for more information • Explains using words that family can understand • Asks if family has any questions 					
F. Reaches Agreement (If new/changed plan) (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> • Includes family in choices and decisions to the extent they desire. • Checks for mutual understanding of diagnostic and/or treatment plans • Asks about acceptability of diagnostic and/or treatment plans • Identifies additional resources as appropriate 					

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
G. Provides Closure (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐

- Asks if patient and family have questions, concerns or other issues
- Summarizes
- Clarifies future time when progress will again be discussed
- Provides appropriate contact information if interim questions arise
- Acknowledges patient and family, and closes interview

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
H. Demonstrates Empathy (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐

- Clinician's demeanor is appropriate to the nature of the conversation
- Shows compassion and concern
- Identifies/labels/validates patient's and family's emotional responses
- Responds appropriately to patient and family's emotional cues

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
I. Communicates Accurate Information (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐

- Accurately conveys the relative seriousness of patient's condition.
- Took other participating clinician's input into account.
- Clearly conveys expected disease course.
- Clearly presents and explains options for future care.
- Gives enough clear information to empower decision making.

What did this clinician do the best at? (Please pick three choices)

- ☐ Builds a Relationship
- ☐ Opens the Discussion
- ☐ Gathers Information
- ☐ Understands the Patient's and Family's Perspective
- ☐ Shares Information
- ☐ Reaches Agreement
- ☐ Provides Closure
- ☐ Demonstrates Empathy
- ☐ Communicates Accurate Information

Why did you choose those particular answers?

What could this clinician improve on? (Please pick three choices)

- ☐ Builds a Relationship
- ☐ Opens the Discussion
- ☐ Gathers Information
- ☐ Understands the Patient's and Family's Perspective
- ☐ Shares Information
- ☐ Reaches Agreement
- ☐ Provides Closure
- ☐ Demonstrates Empathy
- ☐ Communicates Accurate Information

What could they have done better?

***Adapted from:** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, and from: The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393. **Contacts:** Elizabeth Rider, MSW, MD - elizabeth_rider@hms.harvard.edu (member, Kalamazoo Consensus Statement Group) and Aaron Calhoun, MD - aaron.calhoun@louisville.edu

Self Assessment

How well do you feel you did the following:

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
A. Builds a Relationship (includes the following):					
<ul style="list-style-type: none"> Greets and shows interest in the patient and patient's family Uses words that show care and concern throughout the interview Uses tone, pace, eye contact, and posture that show care and concern Responds explicitly to patient and family statements about ideas and feelings 	☐	☐	☐	☐	☐
B. Opens the Discussion (includes the following):					
<ul style="list-style-type: none"> Allows patient and family to complete opening statements without interruption Asks "Is there anything else?" to elicit full set of concerns Explains and/or negotiates an agenda for the visit 	☐	☐	☐	☐	☐
C. Gathers Information (includes the following):					
<ul style="list-style-type: none"> Addresses patient and family statements using open-ended questions. Clarifies details as necessary with more specific or "yes/no" questions Summarizes and gives family opportunity to correct or add information Transitions effectively to additional questions 	☐	☐	☐	☐	☐
D. Understands the Patient's and Family's Perspective (includes the following):					
<ul style="list-style-type: none"> Asks about life events, circumstances, other people that might affect health Elicits patient's and family's beliefs, concerns, and expectations about illness and treatment 	☐	☐	☐	☐	☐
E. Shares Information (includes the following):					
<ul style="list-style-type: none"> Assesses patient's and family's understanding of problems and desire for more information Explains using words that family can understand Asks if family has any questions 	☐	☐	☐	☐	☐
F. Reaches Agreement (If new/changed plan) (includes the following):					
<ul style="list-style-type: none"> Includes family in choices and decisions to the extent they desire. Checks for mutual understanding of diagnostic and/or treatment plans Asks about acceptability of diagnostic and/or treatment plans Identifies additional resources as appropriate 	☐	☐	☐	☐	☐

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
G. Provides Closure (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Asks if patient and family have questions, concerns or other issues Summarizes Clarifies future time when progress will again be discussed Provides appropriate contact information if interim questions arise Acknowledges patient and family, and closes interview 					
H. Demonstrates Empathy (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Clinician's demeanor is appropriate to the nature of the conversation Shows compassion and concern Identifies/labels/validates patient's and family's emotional responses Responds appropriately to patient and family's emotional cues 					
I. Communicates Accurate Information (includes the following):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Accurately conveys the relative seriousness of patient's condition. Took other participating clinician's input into account. Clearly conveys expected disease course. Clearly presents and explains options for future care. Gives enough clear information to empower decision making. 					

What did this clinician do the best at? (Please pick three choices)

☐ Builds a Relationship
☐ Opens the Discussion
☐ Gathers Information
☐ Understands the Patient's and Family's Perspective
☐ Shares Information
☐ Reaches Agreement
☐ Provides Closure
☐ Demonstrates Empathy
☐ Communicates Accurate Information

Why did you choose those particular answers?

What could this clinician improve on? (Please pick three choices)

☐ Builds a Relationship
☐ Opens the Discussion
☐ Gathers Information
☐ Understands the Patient's and Family's Perspective
☐ Shares Information
☐ Reaches Agreement
☐ Provides Closure
☐ Demonstrates Empathy
☐ Communicates Accurate Information

What could they have done better?

--

***Adapted from:** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, and from: The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393. **Contacts:** Elizabeth Rider, MSW, MD - elizabeth_rider@hms.harvard.edu (member, Kalamazoo Consensus Statement Group) and Aaron Calhoun, MD - aaron.calhoun@louisville.edu (PERCS Program)

Parent/Family Assessment:

How well did your child's doctor do at...

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
A. Builds a Relationship:	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> The doctor was really interested in my family. The doctor's words showed that he/she cared for my child. The doctor seemed to care about our feeling and what we wanted. The doctor's body language showed that he/she cared for my child. 					
B. Opens the Discussion:	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> The doctor let us finish things we had to say without interrupting. The doctor asked us about other things that might be worrying us. The doctor clearly explained why we were meeting. 					
C. Gathers Information:	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> The doctor didn't try to force the conversation with his/her questions. The doctor asked us for more detail about things that we said. The doctor would occasionally repeat back what we had said as a summary. The doctor did not seem to interrupt us as he/she asked their own questions. 					
D. Understands the Patient's and Family's Perspective:	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> The doctor asked about parts of our lives and personal histories that would affect health. The doctor showed interest in our personal beliefs and concerns. The doctor asked what we thought about the treatments and tests being done. 					
E. Shares Information:	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> The doctor asked what we understood about our child's illness. We understood the words our doctor used to describe our child's illness. The doctor would check to see if we had any questions after each explanation. The doctor gave us enough time to think about what he/she had said before moving on. 					
F. Reaches Agreement:	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> The doctor included us in all the decisions that were being made. The doctor made sure that we understood what the next step would involve. The doctor asked what our feelings were about those plans before making any decisions. The doctor brought in outside help when we needed it. (Social Work, Pastor) 					

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
G. Provides Closure:	☐	☐	☐	☐	☐

- The doctor made sure that we had no more questions before leaving.
- The doctor gave a summary at the end of what we had talked about.
- The doctor set a time to meet again
- The doctor told us who to call if we had more questions.
- The doctor showed a real interest in our family as people as he/she ended the meeting.

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
H. Demonstrates Empathy:	☐	☐	☐	☐	☐

- The doctor showed compassion for our family
- The doctor seemed to understand how we were feeling.
- The doctor responded to how we felt in a way that made sense to us.

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
I. Communicates Accurate Information:	☐	☐	☐	☐	☐

- The doctor clearly explained our child's condition
- The doctor clearly explained what our options were
- The explanations our doctor gave were good enough for us to make important decisions.

What did this doctor do the best at? (Please pick three choices)

☐ Builds a Relationship
☐ Opens the Discussion
☐ Gathers Information
☐ Understands the Patient's and Family's Perspective
☐ Shares Information
☐ Reaches Agreement
☐ Provides Closure
☐ Demonstrates Empathy
☐ Communicates Accurate Information

Why did you choose those particular answers?

What could this doctor improve on? (Please pick three choices)

☐ Builds a Relationship
☐ Opens the Discussion
☐ Gathers Information
☐ Understands the Patient's and Family's Perspective
☐ Shares Information
☐ Reaches Agreement
☐ Provides Closure
☐ Demonstrates Empathy
☐ Communicates Accurate Information

What could they have done better?

***Adapted from:** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, and from: The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393. **Contacts:** Elizabeth Rider, MSW, MD - elizabeth_rider@hms.harvard.edu (member, Kalamazoo Consensus Statement Group) and Aaron Calhoun, MD - aaron.calhoun@louisville.edu (PERCS Program)

C- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ajustes na comunicação interpessoal em saúde através da análise de "gaps" entre as opiniões de múltiplos avaliadores

Pesquisador: Anna Beatriz Costa Neves do Amaral

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06193212.9.0000.5152

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 164.046

Data da Relatoria: 30/11/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como objeto de estudo a comunicação entre médicos e pacientes e visa validar no Brasil um instrumento de avaliação de competências em comunicação. Este instrumento viabiliza a "Gap Analysis", que segundo o protocolo consiste na "análise de possíveis lacunas ou divergências de opinião entre o que um grupo compreende daquela situação simulada". Esse instrumento, construído a partir de um conjunto de atitudes descritas no documento "Consenso Kalamazoo", foi testado por Calhoun et. al em 2008, apresentando situações difíceis em pediatria.

A pesquisa apresentada no presente protocolo pretende adaptar e validar esse instrumento no Brasil. Para tanto, inicialmente será realizada a tradução do instrumento de acordo com as normas internacionais de tradução, adaptação cultural e validação. Na sequência, serão reunidos grupos de médicos residentes nas áreas de cancerologia, neonatologia e medicina intensiva pediátrica e membros da equipe multiprofissional que convivem com estes profissionais que participarão de simulações de situações clínicas. Finaliza a simulação, os participantes se reúnem para um discutir e responder ao questionário sobre a cena. Conforme o protocolo, "o questionário será respondidos pelos médicos, pela equipe de saúde, pelos atores e pelos facilitadores, cada um com seu formulário específico." Após a coleta e sistematização dos resultados desse primeiro encontro, é realizada nova reunião para que os participantes discutam as lacunas encontradas a partir do confronto entre a auto-avaliação com a avaliação da equipe para cada ponto do instrumento. A amostra será composta, de acordo com as pesquisadoras, por 9 médicos assistentes, colaboradores ou

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144

UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

docentes em Pediatria, 9 profissionais da equipe multiprofissional entre enfermeiros, psicólogos ou assistentes sociais ligados as mesma áreas de atendimento dos médicos,

7 médicos residentes do Hospital de Clínicas da UFU, atuantes nos setores de Oncologia, UTI Neonatal e UTI Pediátrica, dois médicos que atuarão como facilitadores do curso e quatro atores profissionais com experiência prévia em simulações clínicas.

O protocolo descreve detalhadamente como será realizado todos os procedimentos: "As etapas de tradução do instrumento ocorrerão em um Centro de Linguística sediado na cidade de Uberlândia-MG e por meios eletrônicos para realização do método Delphi e das correções linguísticas. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os

participantes serão subdivididos em grupos para participar das simulações de situações críticas em saúde, de acordo com sua disponibilidade de data e horário. Estes horários serão previamente combinados nos setores em que estes participantes atuam de forma a não prejudicar o serviço assistencial prestado na instituição. A exemplo do estudo original os grupos serão compostos por 3 ou 4 médicos, sendo um ou dois deles residentes e outros três deles médicos assistentes, três componentes da equipe multiprofissional da área entre eles enfermeiros, psicólogos ou assistentes sociais, dois facilitadores e dois atores. Os grupos serão compostos por setor, sendo um deles da UTI Pediátrica, um da UTI Neonatal,

dois da Oncologia, com residentes de Oncologia Clínica e Oncologia Pediátrica. Estes grupos farão uma reunião na qual passarão por uma breve explanação sobre o tema seguido pela simulação da situação clínica propriamente dita. As situações clínicas serão escolhidas de acordo com a realidade diária de cada um destes grupos. O anexo II traz alguns casos clínicos que podem ser utilizados nas simulações. Após a realização da

simulação, na qual participam um médico residente, um médico assistente, um membro da equipe e dois atores, enquanto o restante dos participantes assiste em circuito fechado de vídeo, assistidos pelos demais componentes do grupo, todos se reúnem para um rápido feedback e resposta do questionário sobre a cena. O questionário será respondidos pelos médicos, pela equipe de saúde, pelos atores e pelos facilitadores, cada um com seu formulário específico, de acordo com o anexo III. Em encontro subsequente este cenário é visto através das lacunas encontradas pelos múltiplos avaliadores onde será confrontada a auto-avaliação com a avaliação da equipe de cada ponto do Consenso Kalamazoo estendido, de modo a detectar super ou subavaliações, fazer uma auto-reflexão e enumerar pontos de melhoria para aquela equipe a partir de então."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Traduzir para a Língua Portuguesa, adaptar culturalmente para o Brasil e validar na população de médicos residentes de Pediatria de áreas de alta complexidade um instrumento

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

de avaliação de competências em comunicação.

Objetivos secundários:

- Detectar quais as principais lacunas (gaps) de comunicação interpessoal que ocorrem durante a simulação de situações clínicas difíceis.
- Oferecer ao grupo estudado feedback reflexivo sobre as lacunas de comunicação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, o protocolo afirma haver risco mínimo de identificação, mas se compromete em garantir o sigilo da identidade dos participantes e afirma que as imagens serão usadas exclusivamente nos procedimentos da pesquisa, sem divulgação em qualquer tipo de mídia ou utilização em estudos posteriores. Quanto aos benefícios para os participantes, o protocolo afirma que haverá feedback individual e orientação acerca das habilidades comunicativas como resultado de sua participação nestas simulações, podendo implementar as orientações em suas atuações profissionais diárias. Entre os benefícios, destaca-se ainda a informação do protocolo de que "no Brasil não existem programas de capacitação semelhantes ao proposto por Calhoun et. al nestes temas, o que torna a adaptação da técnica para a realidade nacional um recurso útil e de fácil aplicabilidade em serviços de saúde que lidem com crianças e adolescentes em ambientes de alta complexidade, entre eles os setores de Oncologia e Medicina Intensiva, a fim de melhorar a comunicação interpessoal com ganhos diretos para a relação com pacientes e seus familiares."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos legalmente solicitados foram apresentados adequadamente.

O TCLE está redigido de forma clara e objetiva, permitindo ao sujeito de pesquisa uma decisão consciente sobre sua participação na mesma.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências apontadas no parecer nº 153.318, de 23/11/12, foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final: agosto de 2013.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Orientações ao pesquisador :

¿ O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

¿ O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.

¿ O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ¿ ANVISA ¿ junto com seu posicionamento.

¿ Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG

UBERLÂNDIA, 08 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121-Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

APÊNDICES

A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa ***Ajustes na comunicação interpessoal em saúde através da análise de “gaps” entre as opiniões de múltiplos avaliadores***, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof Dr Luiz Gonzaga Tone, Prof. Dra. Paula Philbert Lajolo e Anna Beatriz Costa Neves do Amaral.

Nesta pesquisa nós buscamos avaliar quais as principais lacunas de comunicação interpessoal que ocorrem durante a simulação de situações clínicas difíceis e oferecer ao grupo estudado *feedback* reflexivo sobre os “gaps” de comunicação. Para realizar esta avaliação serão utilizados instrumentos originais de Língua Inglesa que serão traduzido para a Língua Portuguesa, adaptados culturalmente para o Brasil e validado através da contribuição dos participantes do trabalho.

Durante esta validação você participará de simulações de situações clínicas difíceis compatíveis com o dia-a-dia de sua especialidade de trabalho. Estas simulações serão realizadas em pequenos grupos e após haverá um *feedback* do desempenho destes participantes no intuito de melhorar a comunicação em saúde de seu dia-a-dia.

Para que haja a análise, estes encontros serão gravados por equipe especializada. As imagens produzidas por ocasião das simulações serão utilizadas exclusivamente para ofertar *feedback* para o próprio grupo participante e como objeto de discussão dos resultados deste projeto, não sendo publicáveis em qualquer mídia ou utilizáveis posteriormente em outros estudos. Caso haja interesse dos pesquisadores em utilizar este material de imagens posteriormente exclusivamente para fins didáticos, você será novamente contactado.

Quem está entrando em contato com você é um dos pesquisadores responsáveis para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Este estudo oferecerá riscos e desconfortos mínimos aos indivíduos que participarem da pesquisa, já que será garantido o sigilo dos dados coletados e não haverá a exposição dos sujeitos a testes com substâncias, drogas ou dispositivos prejudiciais à saúde. Os indivíduos que aceitarem participar da pesquisa não receberão vantagens ou gratificações financeiras.

Você é livre para parar de participar a qualquer momento sem que lhe acarretem prejuízos.

Você ficará com uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa o senhor poderá entrar em contato com:

Pesquisadora Anna Beatriz Costa Neves do Amaral:

Av Amazonas s/n, Hospital do Câncer em Uberlândia / Fone: (34) 3291 – 6511

CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) /UFU:

Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239 4131

Uberlândia, dede 201.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido:

Participante da pesquisa

B Casos Clínicos para Simulação

Caso 1 – Oncologia

Pai e o filho reunidos com seu médico oncologista

Motivo do encontro: a doença do jovem retornou

Gustavo Almeida tem 17 anos e faz tratamento no Hospital do Câncer há dois anos devido um tumor ósseo (Osteossarcoma) na perna direita. Já fez tratamento com quimioterapia e cirurgia para retirar o tumor e colocar uma prótese metálica no local. Ficou seis meses fora de tratamento, quando pode retornar para escola e para o convívio social com seus colegas. Na reavaliação de rotina os exames evidenciaram metástase do tumor nos pulmões.

Gustavo e seu pai, o sr Evaristo Almeida, estão no consultório médico aguardando a consulta.

Gustavo deverá submeter-se a um novo tratamento de resgate com quimioterapia em altas doses e cirurgia para remoção dos tumores pulmonares (toracotomia bilateral) e, consequentemente, ficará afastado de suas atividades escolares e de sua vida social novamente. Além disso, as chances de cura diminuem com o retorno da doença.

O paciente e seu pai devem saber sobre a progressão da doença e suas consequências para ele e para toda família.

Caso 2 – UTI Pediátrica

Pai e mãe reunidos com o intensivista pediátrico

Motivo do encontro: a infecção pulmonar piorou e a criança teve uma parada cardiorrespiratória

Bianca Torres tem 2 anos e teve há uma semana diagnóstico de pneumonia lobar. Iniciou tratamento domiciliar, mas a febre persistia, o desconforto respiratório piorou e foi verificado derrame pleural extenso.

Foi internada para antibioticoterapia endovenosa e drenagem de tórax para alívio.

O quadro clínico complicou-se, a infecção piorou e ela precisou ser transferida para a UTI pediátrica, intubada e os antibióticos foram otimizados frente a estas complicações.

Já com suporte de cuidados intensivos, a infecção piorou e evoluiu para um choque séptico, com necessidade de drogas vasoativas e mais antibióticos.

Nesta manhã a criança teve uma parada cardiorrespiratória e a equipe de plantão iniciou manobras de reanimação.

Os pais estão aguardando contato com o médico na sala de reuniões da UTI Pediátrica.

O sr José Carlos Torres e a sra Melissa Alves Torres devem ser esclarecidos sobre a complicação do quadro (parada), seus riscos (inclusive de morte) , bem como das sequelas futuras que todo esse processo pode gerar na menina.

Caso 3 – UTI neonatal

Pai e mãe reunidos com o neonatologista

Motivo do encontro: o bebê prematuro teve um sangramento intracraniano grau IV enquanto estava em ventilação mecânica

Vitória Bruna Ferreira nasceu de parto cesárea de urgência, há 20 dias, com 31 semanas de idade gestacional, devido quadro de descolamento de placenta. Como foi uma urgência, não recebeu corticoterapia prévia.

Foi levada a UTI neonatal para suporte e necessitou de intubação orotraqueal.

Durante estes 20 dias evoluiu com piora do padrão ventilatório devido a prematuridade e também devido a um quadro de infecção pulmonar, necessitando de parâmetros elevados de ventilação mecânica.

A equipe médica detectou através de ultrassom de crânio um sangramento intracraniano grau IV.

Os pais estão aguardando contato com o médico na sala de reuniões da UTI neonatal.

O sr Júlio César Ferreira e a sra Suelen Silva Ferreira devem ser esclarecidos sobre a intercorrência clínica, seus riscos, bem como das sequelas futuras que todo esse processo pode gerar na menina.

C- Questionário Sócio-Demográfico

Prezado participante: Você será identificado por um código que garante sigilo total de suas respostas em todos os questionários.

Participante no. : _____

Sexo () Feminino () Masculino

Data de Nascimento: ____/____/____ (____ anos)

Ocupação:

() Residente Ano da Residência ____ Sub-Especialidade _____

() Equipe Multiprofissional do HC-UFU Área _____

Você já recebeu alguma capacitação/ ensino específico em Habilidades de Comunicação em saúde?

() Não

() Sim (descreva qual) _____

Tempo para responder o questionário _____ minutos

Você acha que dramatizações de situações clínicas difíceis podem auxiliar no ensino da comunicação em saúde?

() Não

() Sim

Por favor, justifique sua resposta

D Entrevistas Cognitivas e Retrospectivas

Entrevista estruturada para a validação de face do questionário: (Auto avaliação)

Entrevistado número : _____

1) Você entendeu o questionário ?

() Sim

() Não _____

2) Este questionário se aplica a suas atividades profissionais diárias ?

() Sim

() Não _____

3) Avaliação de itens :

Item	Entendeu o conteúdo ?	Mudaria alguma palavra ?	Retiraria este item ?
A. Construo uma relação	() Sim () Não	() Sim _____ () Não	() Sim _____ () Não
B. Abro a discussão	() Sim () Não	() Sim _____ () Não	() Sim _____ () Não
C. Recolho informações	() Sim () Não	() Sim _____ () Não	() Sim _____ () Não
D. Compreendo a perspectiva do paciente e da família	() Sim () Não	() Sim _____ () Não	() Sim _____ () Não
E. Compartilho informações	() Sim () Não	() Sim _____ () Não	() Sim _____ () Não
F. Chego a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado)	() Sim () Não	() Sim _____ () Não	() Sim _____ () Não
G. Concluo o diálogo	() Sim () Não	() Sim _____ () Não	() Sim _____ () Não
H. Demonstro Empatia	() Sim () Não	() Sim _____ () Não	() Sim _____ () Não
I. Transmito informações precisas	() Sim () Não	() Sim _____ () Não	() Sim _____ () Não

4) Compreendeu as Escalas Likert ?

Ruim/ Razoável/ Bom/ Muito bom/ Excelente () Sim () Não

5) Acrescentaria algum tópico? () Sim () Não-

6) Layout facilita responder o questionário ? () Sim () Não

Entrevista estruturada para a validação de face do questionário : (Colega / Facilitador/ Pais e Familiares)

Entrevistado número : _____

1) Você entendeu o questionário ?

☐ Sim☐ Não _____

2) Este questionário se aplica a suas atividades profissionais diárias ?

☐ Sim☐ Não _____

3) Avaliação de itens :

Item	Entendeu o conteúdo ?	Mudaria alguma palavra ?	Retiraria este item ?
A. Constrói uma relação	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não
B. Abre a discussão	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não
C. Recolhe informações	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não
E. Compartilha informações	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não
F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não
G. Conclui o diálogo	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não
H. Demonstra Empatia	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não
I. Transmite informações precisas	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não

4) Compreendeu as Escalas Likert ?

Ruim/ Razoável/ Bom/ Muito bom/ Excelente ☐ Sim ☐ Não

5) Acrescentaria algum tópico ?

☐ Sim ☐ Não

6) Layout facilita responder o questionário

☐ Sim ☐ Não

Tradução 1

Auto-Avaliação:

Frases introdutórias :

Em que medida você cumpre os procedimentos seguintes

Em que medida o participante cumpre os procedimentos seguintes

A. Constrói uma relação (inclui o seguinte):

- Cumprimenta e demonstra interesse pelo paciente e por sua família.
- Usa palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversa.
- Usa tom pausado, contato visual e postura que demonstram cuidado e preocupação.
- Reage explicitamente às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito a suas ideias e sentimentos.

B. Abre a discussão (inclui o seguinte):

- Permite ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-los.
- Pergunta se paciente e família têm algo mais a dizer com o intuito de esgotar todas as preocupações dos mesmos.
- Combina ou negocia outro horário para consulta .

C. Recolhe informações (inclui o seguinte):

- Fala sobre as declarações do paciente e da família usando questões em aberto.
- Se necessário, esclarece detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”.
- Faz um apanhado da situação e dá à família a oportunidade de corrigir ou acrescentar alguma informação.
- Passa efetivamente às perguntas adicionais.

D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):

- Pergunta sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter afetado a saúde.
- Elucida as crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento levadas pelo paciente e por sua família.

E. Compartilha informações (inclui o seguinte):

- Leva em consideração o entendimento da família e do paciente sobre os problemas e o desejo por mais informação.
- Explica usando linguagem acessível à família.
- Pergunta se a família tem mais alguma dúvida.

F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):

- Inclui a família em escolhas e decisões até o ponto que desejam.
- Confere se houve entendimento mútuo em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento.
- Pergunta sobre a aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento.
- Se apropriado, identifica outros recursos.

G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte):

- Pergunta se o paciente e a família têm dúvidas, preocupações ou outras perguntas.

- Faz um resumo da situação.
- Esclarece quando o progresso do tratamento será discutido.
- Fornece outras informações, caso surjam ainda algumas perguntas.
- Agradece ao paciente e à família, e encerra o consulta.

Escala Likert :

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>Ruim</u>	<u>Razoável</u>	<u>Bom</u>	<u>Muito Bom</u>	<u>Excelente</u>

H. Demonstra Empatia (inclui o seguinte):

- O comportamento clínico é apropriado à natureza do diálogo.
- Demonstra compaixão e preocupação.
- Identifica/qualifica/torna válidas as reações emocionais da família e do paciente.
- Reage de maneira apropriada aos estímulos emocionais do paciente e da família.

I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte):

- Transmite com precisão a gravidade relativa à condição do paciente .
- Leva em consideração a opinião de outros médicos por que já passou o paciente.
- Transmite claramente a evolução esperada da doença.
- Apresenta e explica claramente as opções para cuidados futuros.
- Dá informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões.

O que o médico fez de melhor? (Por favor, escolha três opções)

O que o médico poderia melhorar?

O que ele poderia ter feito melhor?

Título :

Avaliação dos Pais/Família:

Frase introdutória :

Como procede o médico de seu filho no que diz respeito aos seguintes tópicos.

A. Construir uma relação:

- O médico estava realmente interessado em minha família.
- As palavras do médico mostraram que ele realmente se preocupava com meu filho.
- O medico pareceu se preocupar com nossos sentimentos e com o que queríamos.
- A linguagem corporal do médico mostrou que ele se preocupava com meu filho.

B. Abrir a discussão:

- O médico nos deixou terminar de falar sem interrupções.
- O médico nos perguntou sobre outras coisas que poderiam estar nos preocupando.
- O médico explicou claramente o motivo de estarmos ali.

C. Coletar Informações:

- O médico não tentou forçar a conversa com suas perguntas.
- O médico nos perguntou mais detalhes sobre as coisas que dissemos.
- O médico ocasionalmente repetia novamente o que tínhamos dito, de maneira resumida.
- O médico não parecia nos interromper quando fazia suas próprias perguntas.

D. Compreender as perspectivas do paciente e da família:

- O médico perguntou sobre hábitos e histórias pessoais que poderiam afetar nossa saúde.
- O médico demonstrou interesse por nossas crenças pessoais e preocupações.
- O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e os testes a serem feitos.

E. Compartilhar informações:

- O médico perguntou o que havíamos entendido sobre a doença de nosso filho.
- A linguagem utilizada pelo médico para descrever a doença de nosso filho foi acessível.
- O médico checava se tínhamos dúvidas depois de cada explicação.
- O médico nos deu tempo suficiente para pensar sobre o que ele disse antes de seguir em frente.

F. Chegar a um acordo:

- O médico nos incluiu em todas as decisões que estavam sendo tomadas.
- O médico se certificou de que havíamos entendido exatamente o passo seguinte relativo ao tratamento.
- O médico perguntou quais eram nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão.
- O médico recorreu à ajuda externa quando necessário (por exemplo, assistente social)

G. Conclui o diálogo:

- O médico certificou-se de que nós não tínhamos mais dúvidas antes de irmos embora.
- Ao final, o médico resumiu nosso diálogo.
- O médico agendou um novo horário.
- O médico nos disse para telefonar, caso tivéssemos mais dúvidas.
- O médico mostrou um interesse real e humano em nossa família ao encerrar a consulta.

H. Demonstra Empatia:

- O médico demonstrou compaixão por nossa família.
- O médico pareceu entender como nós nos sentíamos.
- O médico reagiu a nossos sentimentos de um modo compreensível para nós.

I. Transmite informações precisas:

- O médico explicou claramente a condição de nosso filho.
- O médico explicou claramente quais eram nossas opções.
- As explicações dadas pelo médico foram boas o suficiente para tomarmos decisões importantes.

Tradução 2

Títulos : **Auto avaliação**

Avaliação entre os pares/facilitadores

Frases introdutórias :

Quão bem você acha que fez abaixo:

Quão bem o participante faz:

Escala Likert :

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>Fraco</u>	<u>Regular</u>	<u>Bem</u>	<u>Muito bem</u>	<u>Excelente</u>

A. Cria um relacionamento (inclui abaixo):

- Cumprimenta e mostra interesse no paciente e na família do paciente
- Usa palavras que mostram atenção e preocupação durante a entrevista
- Usa tom, ritmo, olho no olho e postura que mostra atenção e preocupação
- Responde francamente ao paciente e à família com declarações sobre ideias e sentimentos

B. Abre a discussão (inclui abaixo):

- Permite ao paciente e à família de completar declarações em aberto sem interrupção
- Pergunta “Mais alguma coisa?” para elucidar um conjunto de preocupações
- Explica e/ou negocia um planejamento para a visita

C. Recolhe informações (inclui abaixo):

- Dirige ao paciente e à família declarações usando perguntas em aberto
- Esclarece detalhes quando necessário com algo mais específico ou perguntas de resposta sim e não
- Resume e dá oportunidades à família para corrigir e acrescentar informações
- Segue eficazmente para perguntas adicionais

D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui abaixo):

- Pergunta sobre acontecimentos da vida, circunstâncias e outros pessoas que podem afetar a saúde
- Evoca as crenças do paciente e da família, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento

E. Compartilha informações (inclui abaixo):

- Avalia o entendimento dos problemas pelo paciente e pela família e o desejo de maiores informações
- Explica usando palavras que a família pode entender
- Pergunta se a família tem alguma pergunta

F. Chega a um acordo (Se um plano novo/modificado) (inclui abaixo):

- Inclui a família nas escolhas e decisões para atender o que eles desejam
- Opta pela mútua compreensão do diagnóstico e/ou planos de tratamento
- Pergunta sobre aceitabilidade do diagnóstico e/ou planos de tratamento
- Identifica fontes adicionais quando apropriado

G. Providencia fechamento (inclui abaixo):

- Pergunta se o paciente e a família têm perguntas, preocupações e outros problemas
- Resume
- Esclarece futuramente quando o progresso for novamente discutido
- Providencia informações de contato apropriadas se no meio tempo perguntas

- aparecerem
- Agradece o paciente e a família e encerra a entrevista

H. Demonstra empatia (inclui abaixo):

- O comportamento do clínico é apropriado à natureza da conversa
- Mostra compaixão e preocupação
- Identifica/nomeia/valida respostas emocionais do paciente e da família
- Responde apropriadamente às deixas do paciente e da família

I. Comunica informação precisa (inclui abaixo):

- Comunica precisamente a relativa seriedade da condição do paciente.
- Levou em consideração a participação de outro médico.
- Comunica claramente o curso esperado da doença.
- Apresenta e explica claramente opções de cuidados futuros.
- Dá informações suficientemente claras para endossar a decisão feita.

Em que esse clínico fez o melhor? (Por favor, escolha três opções)

Em que esse clínico poderia melhorar?

Em que eles poderiam ter feito melhor?

Título : Avaliação de um pai/ família:

Frase introdutória :

Quão bem o médico do seu filho fez em...

A. Cria um relacionamento:

- O médico estava realmente interessado na minha família.
- As palavras do médico mostraram que ele se preocupa com meu filho.
- O médico pareceu se importar com os nossos sentimentos e com aquilo que queríamos.
- Os sinais corporais do médico mostraram que ele se importou com meu filho.

B. Abre a discussão:

- O médico nos deixou terminar aquilo que tínhamos a falar sem nos interromper.
- O médico nos perguntou sobre outras coisas que poderiam estar nos preocupando.
- O médico explicou claramente por que estávamos nos encontrando.

C. Recolhe informações

- O médico não tentou forçar a conversa com as perguntas dele.
- O médico nos perguntou mais detalhes a respeito daquilo que dissemos.
- O médico ocasionalmente repetia o que havíamos dito para resumir.
- O médico não pareceu nos interromper a medida que ele nos perguntava.

D. Compreende a perspectiva do paciente e da família

- O médico perguntou sobre parte das nossas vidas e histórias pessoais que poderiam

afetar a saúde.

- O médico mostrou interesse nas nossas crenças pessoais e preocupações.
- O médico perguntou o que achávamos dos tratamentos e dos testes feitos.

E. Compartilha informações

- O médico nos perguntou o que entendíamos sobre a doença do nosso filho.
- Nós entendemos as palavras que o nosso médico usou para descrever a doença de nosso filho.
- O médico verificava se tínhamos alguma pergunta após cada explicação.
- O médico nos deu tempo suficiente para pensar sobre o que ele falou antes de ir adiante.

F. Chega a um acordo

- O médico nos incluiu em todas as decisões que estavam sendo feitas.
- O médico se certificou que nós entendemos o que a próxima etapa envolve.
- O médico nos perguntou quais eram os nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão.
- O médico trouxe ajuda externa quando precisamos (assistente social, pastor)

G. Providencia fechamento:

- O médico certificou-se que nós não tínhamos mais perguntas antes de sair.
- O médico fez um resumo no final sobre aquilo que falamos.
- O médico marcou uma hora para encontrar novamente
- O médico nos indicou para quem ligar no caso de mais perguntas.
- O médico mostrou um interesse real na nossa família como pessoas ao terminar o encontro.

H. Demonstra empatia:

- O médico mostrou compaixão pela nossa família
- O médico parecia entender como estávamos sentindo.
- O médico respondeu a como nos sentimos de um modo que fez sentido para nós.

I. Comunica informação precisa:

- O médico claramente explicou a condição de nosso filho
- O médico explicou claramente quais eram as nossas opções
- As explicações foram suficientemente boas para nós tomarmos decisões importantes.

Reconciliação de traduções para retro-tradução

Auto-Avaliação / Avaliação de Colega/ Avaliação de Facilitadores

Frases introdutórias :

Quão bem foram realizadas as seguintes funções :

Quão bem o participante cumpriu as seguintes funções :

Escala Likert :

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>Frac</u>	<u>Regular</u>	<u>Bem</u>	<u>Muito Bem</u>	<u>Excelente</u>

A. Constrói uma relação (inclui o seguinte):

- Cumprimenta e demonstra interesse pelo paciente e por sua família.
- Usa palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversa.
- Usa tom pausado, contato visual e postura que demonstram cuidado e preocupação.
- Reage explicitamente às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito a suas ideias e sentimentos.

B. Abre a discussão (inclui o seguinte):

- Permite ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-los.
- Pergunta se o paciente ou a família têm algo mais a dizer com o intuito de esgotar todas as preocupações dos mesmos.
- Combina outro horário para nova consulta .

C. Colhe informações (inclui o seguinte):

- Fala sobre as declarações do paciente e da família usando questões em aberto.
- Se necessário, esclarece detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”.
- Faz um apanhado da situação e dá à família a oportunidade de corrigir ou acrescentar alguma informação.
- Passa efetivamente às perguntas adicionais.

D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):

- Pergunta sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter afetado a saúde.
- Evoca as crenças do paciente e da família, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento

E. Compartilha informações (inclui o seguinte):

- Avalia o entendimento dos problemas pelo paciente e pela família e o desejo de maiores informações
- Explica usando palavras que a família pode entender
- Pergunta se a família tem mais alguma dúvida.

F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):

- Inclui a família nas escolhas e decisões para atender o que eles desejam
- Confere se houve entendimento mútuo em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento.
- Pergunta sobre a aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento.
- Se apropriado, identifica outros recursos.

G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte):

- Pergunta se o paciente e a família têm dúvidas, preocupações ou outras perguntas.
- Faz um resumo da situação.
- Esclarece que a progressão do tratamento será sempre discutida .
- Fornece outras informações, caso surjam ainda algumas perguntas.
- Agradece ao paciente e à família e encerra a consulta.

H. Demonstra Empatia (inclui o seguinte):

- O comportamento do médico é apropriado à natureza da conversa.
- Demonstra compaixão e preocupação.
- Identifica/qualifica/torna válidas as reações emocionais da família e do paciente.
- Responde de maneira apropriada as reações emocionais do paciente e da família.

I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte):

- Transmite com precisão a gravidade da condição do paciente .
- Leva em consideração a opinião de outros médicos que já atenderam o paciente.
- Transmite claramente a evolução esperada da doença.
- Apresenta e explica claramente opções de cuidados futuros.
- Dá informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões.

O que o médico fez de melhor? (Por favor, escolha três opções)

O que o médico poderia melhorar?

O que ele poderia ter feito melhor?

Título : Avaliação dos Pais/Família:

Frase introdutória :

Como procede o médico de seu filho no que diz respeito aos seguintes tópicos.

A. Construir uma relação:

- O médico estava realmente interessado em minha família.
- As palavras do médico mostraram que ele realmente se preocupava com meu filho.
- O médico pareceu se importar com nossos sentimentos e com aquilo queríamos.
- A linguagem corporal do médico mostrou que ele se preocupava com meu filho.

B. Abrir a discussão:

- O médico nos deixou terminar de falar sem interrupções.
- O médico nos perguntou sobre outras coisas que poderiam estar nos preocupando.
- O médico explicou claramente o motivo de estarmos ali.

C. Coletar Informações:

- O médico não tentou forçar a conversa com as perguntas dele.
- O médico nos perguntou mais detalhes a respeito daquilo que dissemos.
- O médico ocasionalmente repetia o que havíamos dito para resumir.
- O médico não pareceu nos interromper a medida que ele nos perguntava.

D. Compreender as perspectivas do paciente e da família:

- O médico perguntou sobre hábitos e histórias pessoais que poderiam afetar nossa saúde.
- O médico demonstrou interesse por nossas crenças pessoais e preocupações.
- O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e os testes a serem feitos.

E. Compartilhar informações:

- O médico perguntou o que havíamos entendido sobre a doença de nosso filho.
- A linguagem utilizada pelo médico para descrever a doença de nosso filho foi acessível.
- O médico checava se tínhamos dúvidas depois de cada explicação.
- O médico nos deu tempo suficiente para pensar sobre o que ele disse antes de seguir em frente.

F. Chegar a um acordo:

- O médico nos incluiu em todas as decisões que estavam sendo tomadas.
- O médico se certificou de que havíamos entendido exatamente o passo seguinte relativo ao tratamento.
- O médico perguntou quais eram nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão.
- O médico trouxe ajuda externa quando necessário (por exemplo, assistente social)

G. Conclui o diálogo:

- O médico certificou-se de que nós não tínhamos mais dúvidas antes de irmos embora.
- Ao final, o médico resumiu nosso diálogo.
- O médico agendou um novo horário.
- O médico nos indicou para quem ligar no caso de mais perguntas.
- O médico mostrou um interesse real e humano em nossa família ao encerrar a consulta.

H. Demonstra Empatia:

- O médico demonstrou compaixão por nossa família.
- O médico pareceu entender como nós nos sentíamos.
- O médico reagiu a nossos sentimentos de um modo compreensível para nós.

I. Transmite informações precisas:

- O médico explicou claramente a condição de nosso filho.
- O médico explicou claramente quais eram nossas opções.
- As explicações dadas pelo médico foram boas o suficiente para tomarmos decisões importantes.

Retrotradução ou Back Translation

Questionnaire 1

Auto-evaluation / Colleagues' Evaluation / Facilitators' Evaluation.

Introductory Phrases:

How well were the following functions performed?

How well did the participants fulfill the following functions?

Likert Scale :

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>weak</u>	<u>average</u>	<u>well</u>	<u>Very well</u>	<u>excellent</u>

A. Construct a relationship (includes the following):

- Greet and manifest interest in the patient and family.
- Use words that expressed care and solicitousness during the conversation.
- Use a well paused tone, eye contact and a posture that demonstrated care and solicitousness.
- Explicitly react to the ideas and sentiments of the patient and family.

B. Open a discussion (includes the following):

- Allow the patient and family to finish their initial declarations without interruption.
- Ask if the patient and family had anything more to say and did this to satisfy their preoccupations?
- Arrange a time for another appointment?

C Collect information (includes the following):

- Ask the patient and family open-end questions and comment on their answers
- If necessary, clarify details with more specific or Yes- No questions.
- Sum up the situation and give the family an opportunity to correct or add more information.
- Effectively pass on to the additional questions

D. Understand the perspective of the patient and family (includes the following)

- Ask about every day facts, circumstances and other people who could have affected the patient's health
- Evoke the beliefs, preoccupations and expectations of the patient and family regarding the illness and its treatment.

E. Share information (includes the following):

- Evaluate the patient's and family's understanding of the problems and their desire for more information.
- Give explanations using words that the patient and family could understand.
- Ask if the family had any further doubts.

F. Arrive at an agreement (when a new or modified plan was being discussed)(include the following):

- In order to attend the desires of the family, did the doctor include them in decision making and choices?
- Verify if there was mutual understanding regarding the diagnosis and forms of treatment.
- Ask if the diagnostic and forms of treatment were acceptable.
- If appropriate, did the doctor identify other resources?

G. Conclude the dialogue (includes the following):

- Ask the patient and family if they had doubts, worries or other questions.
- Summarize the situation.
- Explain that the progress of the treatment would be continually discussed.
- Give further information if more questions were asked.
- Thank the patient and family at the end of the appointment.

H. Demonstrate Empathy (includes the following)

- Manifest behavior suitable to the nature of the conversation.
- Manifest compassion and solicitousness.
- Identify, qualify and validate the emotional reactions of family and patient.
- Respond in an appropriate manner to the emotional demands of the patient and family.

I Transmit precise information (includes the following):

- Clearly transmit the seriousness of the patient's condition.
- Take into consideration the opinions of other doctors who had previously attended the patient.
- Clearly transmit the expected evolution of the illness.
- Clearly explain future options and care.
- Transmit information which was clear enough to encourage decision making.

What did the doctor do best? (please choose three options)

What could the doctor improve?

What could he/she have done better?

Questionnaire 2

Title: Parents' and Family's Evaluation

Introductory Phrases:

How did your child's doctor behave regarding the following topics?

A Constructing a relationship:

- The doctor was really interested in my family.
- The way the doctor spoke showed that he was really solicitous about my child.
- The doctor seemed to be really concerned about our sentiments and about what we wanted.
- The doctor's body language showed that he was really concerned about my child.

B. Starting a discussion

- The doctor let us finish talking without interruptions.
- The doctor asked us about other things that could have been worrying us.
- The doctor clearly explained our motives for being there.

C. Collecting Information:

- The doctor did not force conversation with his questions.
- The doctor asked us more detailed questions about what we said.
- The doctor occasionally repeated what we had said in order to sum up.
- The doctor did not seem to be interrupting us as he asked us questions.

D. Understanding the perspectives of the patient and family:

- The doctor asked about habits and personal history that could have affected our

health.

- The doctor manifested interest in our personal beliefs and preoccupations.
- The doctor asked our opinion about the treatment and the tests that would be performed.

E. Sharing Information:

- The doctor asked us about our understanding of our child's illness.
- The doctor used understandable language to describe our child's illness.
- The doctor checked to see if we had doubts after each explication.
- The doctor gave us enough time to think about what he said before moving on.

F. Coming to an agreement:

- The doctor included us in all the decisions that were being made.
- The doctor made sure that we had clearly understood the next step in the treatment.
- The doctor asked about our sentiments regarding the treatment plan before making any decision about it.
- The doctor brought in external help when necessary (for example, social assistant)

G. Concluding the dialogue:

- The doctor made sure that we had no further doubts before we left.
- At the end, the doctor summed up our dialogue.
- The doctor marked a new appointment.
- The doctor told us whom we should call in case we had more questions.
- The doctor manifested real human interest in our family at the end of the appointment.

H. Manifesting empathy:

- The doctor manifested compassion for our family.
- The doctor seemed to understand how we felt.
- The doctor reacted to our sentiments in a way that we understood.

I. Transmitting precise information:

- The doctor clearly explained our child's condition.
 - The doctor clearly explained what our options were.
- The explanations given by the doctor were so good that we could correctly make important decisions.

F Apontamentos do Autor

From: aaron.calhoun@louisville.edu
To: beatriz_amaral@hotmail.com
Subject: RE: Translation to portuguese - Gap Analysis
Date: Mon, 17 Sep 2012 15:52:26 +0000

Anna,

I just took a look at the tool and think that the translation is overall quite good. I did notice a few points, however, that could use some alteration. Here is a list.

1. On page 1, the self-assessment description (how well were the following functions performed?) doesn't have any reference to the opinion of the subject, which is what this was getting at. It needs to translate to something more like "how well do you feel that you performed the following functions."
2. Page 1, Section B: 2nd point. The word "preoccupations" seems to have been translated for concerns. By concerns I mean something more like "worries" I don't know if worries and preoccupations are the same word in Portuguese, but it may be worth looking at.
3. Page 1: section B, 3rd point: The translation here says "arrange a time for another appointment" but what this is really asking is whether the clinician subject discussed what his plans were for the conversation that is about to occur (ie, did he or she discuss with the family what he wanted to discuss in the current conversation and how he or she planned on approaching it)
4. Page 1, Section E, 3rd point: In this and in other translations, questions seems to be translated as doubts. My intent in these items is not, though, to get at whether the family doubts the validity of the plan. Instead, the intent in this line whether or not the subject asked the family if he or she had given them enough information or whether they wanted and needed more to understand what is going on.
5. Page 2, Section G Point 1: Same issue with the use of Doubt. The word question here does not refer to whether the family "questions" (ie doubts) the information, but whether they need more of an explanation in order to understand it.
6. Page 2, Section G, point 3: This one is translated as "explain that the progress of the treatment would be continually discussed" when what I'm really trying to get at is whether they arranged a time for another appointment or a conversation.
7. Page 2, Section G, Point 4: The translation says "Give further information if more questions were asked". What I'm really trying to get at here is whether the clinician subject gave the family of the patient a way to contact them (ie phone number, email, pager, etc) in case they thought of questions after the conversation was over.
8. Page 4: Section E, Point 3: Same issue as above with question vs doubt. My intent here is to ask whether the clinician checked with the family to see if they needed more information after each explanation.
9. Page 4: Section G, Point 1: Same issue as above with question vs doubt. My intent here was to ask whether the clinician had made sure that the family did not need additional information before leaving, not as to whether they doubted (ie disbelieved) the clinician's explanation.

Everything else looks great. Please let me know if any of the above explanations do not make sense.

Also, if it would be helpful to speak via phone conference to discuss some of the above nuances, I'd be more than happy to. Good luck, and let me know how else I can be of help.

Aaron

G Etapas do Método Delphi

Primeira Etapa :

Sobre o Método Delphi

Método idealizado na década de 50 com objetivo de atingir consenso em determinado tema com base na opinião de experts no assunto.

Para atingir o consenso são realizadas séries de questionários com os temas que se deseja avaliar. Para cada tópico busca-se o senso comum.

A vantagem deste método é a facilidade de consultar os painelistas mesmo que a distância. A desvantagem é que as respostas são concentradas em um mediador .

Neste trabalho, realizaremos as etapas da seguinte forma :

1º. Etapa : Todos os tópicos do questionário original foram listados e acompanhados das diversas versões traduzidas previamente.

Foram realizadas duas traduções, uma reconciliação e uma back translation. Esta retrotradução foi submetida aos comentários do autor que considerou bastante próxima da versão original. Entretanto, 9 tópicos foram comentados pelo autor e estes comentários estão descritos nesta etapa.

O painalista deve ler a questão original, avaliar as traduções e escolher a que em sua opinião se aproxima mais do *ideal a ser aplicado para médicos, médicos residentes, pais de pacientes e demais membros das equipes de saúde*.

Caso julgue que nenhuma das opções está adequada, levando em consideração também o apontamento do autor, responda a opção aberta, que é o último item de cada questão, justificando-se quando necessário. A opção aberta só estará presente nesta etapa, simplificando as escolhas dos painelistas das próximas etapas.

O prazo solicitado para leitura e resposta é de **10 dias**, já que até a conclusão teremos até mais 3 etapas além desta. Solicita-se a cada participante que mantenha este prazo, já que para prosseguir às próximas etapas, é necessário que todos os participantes retornem suas respostas ao pesquisador principal.

2º. Etapa : Com as respostas da primeira etapa, são feitas análises estatísticas simples para verificar a frequência de cada resposta.

Se esta frequência for acima de 80% considera-se consenso naquele item e não mais se leva a verificação do grupo nesta questão.

Se o item não possuir consenso, o painalista será informado dos percentuais de resposta do grupo de painelistas e pode optar por mudar ou não sua resposta inicial.

O prazo solicitado para leitura e retorno também pede-se que não ultrapasse os 10 dias, pelas mesmas razões acima explicadas.

3º. Etapa : Semelhante ao segundo, eliminando-se as questões em consenso.

4º. Etapa : Pode não ser necessária caso já haja consenso até aqui. Para as questões sem consenso, mas que mantiverem fixo seu percentual de marcações, serão consideradas as melhores versões as com maior percentual, mesmo este sendo inferior aos 80% previstos. O método considera que mais do que quatro etapas é excessivo uma vez que caso não haja consenso até o momento, este não será obtido mesmo com mais etapas subsequentes.

Participação deste painel :

3 tradutores de língua inglesa, um deles nativo em país de língua inglesa

2 médicos com experiência em pesquisas e atividades de ensino

Sobre o Projeto “ Avaliação da comunicação interpessoal em ambientes simulados através da gap análise entre as opiniões de múltiplos avaliadores”

Aprender a comunicar-se é o primeiro passo para a re-humanização do contato médico-paciente. A adequada comunicação em saúde está diretamente ligada à empatia que o paciente tem por seu médico desde a primeira consulta ou contato .Pode aumentar o envolvimento do paciente na decisão de seus cuidados, diminuir o referenciamento para outros especialistas bem como evitar a realização de exames laboratoriais e radiológicos desnecessários .

Várias recomendações e consensos internacionais foram estabelecidos com objetivo de melhorar a eficiência das técnicas de comunicação, evitando-se erros comuns como local inapropriado para conversas delicadas, pouca disponibilidade de tempo para tal e utilização de jargões ou termos médicos de difícil compreensão.

O *Consenso Kalamazoo* e o *The Four Habits Coding Scheme*, são exemplos importantes a serem citados. No *Consenso Kalamazoo* são enumeradas algumas atitudes que guiam a troca de informações entre médicos e pacientes com objetivo de facilitar a identificação dos pontos-chave do diálogo e as melhores atitudes a serem adotadas para cada situação. Os tópicos compreendem a construção da relação, abertura de discussão com valorização das queixas e comentários do paciente, resumo e entendimento das informações, compreensão da perspectiva do paciente sobre sua doença, orientação de maneira clara e checagem do entendimento das condutas, estímulo a co-participação na tomada de decisões e definição do próximo encontro para seguimento.

Inicialmente desenvolvido para avaliação de *feedback* nas áreas de negócios, a técnica de compreensão de uma situação através da visão de múltiplos avaliadores tem sido utilizada na Medicina como ferramenta de avaliação de competências em especialidades como anestesiologia, clínica médica e cirurgia. Diferente de métodos tradicionais de avaliação, os quais hierarquizam os componentes de uma equipe, este formato mantém o indivíduo em treinamento como figura central do relacionamento. O compartilhamento multidisciplinar de dados aumenta as chances de entendimento e colaboração entre diferentes áreas e sua integração com a perspectiva da família e do paciente.

Ferramenta útil e com grande potencial para integrar as opiniões de múltiplos avaliadores é a “GAP analysis”, isto é, análise de possíveis lacunas ou divergências de opinião entre o que um grupo compreende daquela situação simulada e como esta atuação foi auto-avaliada pelo indivíduo central em treinamento. Esta comparação possibilita verificar a perspectiva de um grupo e do indivíduo a respeito de pontos de comunicação em saúde que estão adequados e outros que necessitam melhorias.

Em 2008, Calhoun et. al utilizaram a *gap analysis* em comunicação em saúde na opinião de múltiplos avaliadores através da simulação de situações clínicas difíceis em pediatria. O instrumento utilizado para coletar as diferentes visões da mesma situação foi um questionário que continha os pontos recomendados pelo Consenso Kalamazoo em versão ampliada.

Nosso projeto visa adaptar esta técnica as necessidades do estudante brasileiro. O primeiro passo é a tradução do instrumento utilizado por Calhoun.

Primeira rodada de respostas : Método Delphi

*A sentença original em inglês possui 1 ou 2 alternativas possíveis de tradução para a Língua Portuguesa. Por favor escolha a sentença que, na sua opinião, é a mais adequada para formulação de questionário. Note que em alguns itens há observações do AUTOR do questionário original sobre as possibilidades de tradução já realizadas. Caso discorde de todas as alternativas possíveis, indique a forma que acha mais adequada e **justifique** :*

1) Self Assessment

a) () Auto Avaliação

b) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

2) Peer/Facilitator Assesment

- a) () Avaliação de Colega/ Coordenador
- b) () Avaliação entre os pares/ Facilitadores
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

3) How well do you feel you did the following

- a) () Em que medida você cumpre os procedimentos seguintes
- b) () Quão bem você acha que fez abaixo
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

4) How well does the participant do the following:

- a) () Em que medida o participante cumpre os procedimentos seguintes
- b) () Quão bem o participante faz
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

5) (níveis de concordância) *Poor/ Fair/ Good/ Very Good/ Excellent*

- a) () Ruim/ Razoável/ Bom/ Muito bom/ Excelente
- b) () Fraco/ Regular/ Bem/ Muito bem/ Excelente
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

6) Builds a Relationship (includes the following)

- a) () Constrói uma relação (inclui o seguinte)
- b) () Cria um relacionamento (inclui abaixo)
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

7) Greets and shows interest in the patient and patient's family

- a) () Cumprimenta e demonstra interesse pelo paciente e por sua família
- b) () Cumprimenta e mostra interesse no paciente e na família do paciente
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

8) Uses words that show care and concern throughout the interview

- a) () Usa palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversa
- b) () Usa palavras que mostram atenção e preocupação durante a entrevista
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

9) Uses tone, pace, eye contact, and posture that show care and concern

a) () Usa tom pausado, contato visual e postura que demonstram cuidado e preocupação

b) () Usa tom, ritmo, olho no olho e postura que mostra atenção e preocupação

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

10) Responds explicitly to patient and family statements about ideas and feelings

a) () Reage explicitamente às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito a suas ideias e sentimentos

b) () Responde francamente ao paciente e à família com declarações sobre ideias e sentimentos

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

11) Opens the Discussion (includes the following)

a) () Abre a discussão (inclui o seguinte):

b) () Abre a discussão (inclui abaixo)

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

12) Allows patient and family to complete opening statements without interruption

a) () Permite ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-los

b) () Permite ao paciente e à família de completar declarações em aberto sem interrupção

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

13) Asks “Is there anything else?” to elicit full set of concerns

a) () Pergunta se paciente e família têm algo mais a dizer com o intuito de esgotar todas as preocupações dos mesmos

b) () Pergunta “Mais alguma coisa?” para elucidar um conjunto de preocupações

AUTOR : Section B: 2nd point. The word “preoccupations” seems to have been translated for concerns. By concerns I mean something more like “worries” I don’t know if worries and preoccupations are the same word in Portuguese, but it may be worth looking at.

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

14) Explains and/or negotiates an agenda for the visit

a) () Combina ou negocia outro horário para consulta

b) () Explica e/ou negocia um planejamento para a visita

AUTOR : Section B, 3rd point: The translation here says “arrange a time for another appointment” but what this is really asking is whether the clinician subject discussed what his plans were for the conversation that is about to occur (ie, did he or she discuss with the family

what he wanted to discuss in the current conversation and how he or she planned on approaching it)

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

15) Gathers Information (includes the following)

a) () **Recolhe informações (inclui o seguinte)**

b) () **Recolhe informações (inclui abaixo)**

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

16) Addresses patient and family statements using open-ended questions

a) () Fala sobre as declarações do paciente e da família usando questões em aberto

b) () Dirige ao paciente e à família declarações usando perguntas em aberto

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

17) Clarifies details as necessary with more specific or “yes/no” questions

a) () Se necessário, esclarece detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”.

b) () Esclarece detalhes quando necessário com algo mais específico ou perguntas de resposta sim e não

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

18) Summarizes and gives family opportunity to correct or add information

a) () Faz um apanhado da situação e dá à família a oportunidade de corrigir ou acrescentar alguma informação

b) () Resume e dá oportunidades à família para corrigir e acrescentar informações

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

19) Transitions effectively to additional questions

a) () Passa efetivamente às perguntas adicionais

b) () Segue eficazmente para perguntas adicionais

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

20) Understands the Patient’s and Family’s Perspective (includes the following)

a) () **Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte)**

b) () **Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui abaixo)**

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

21) Asks about life events, circumstances, other people that might affect health

a) () Pergunta sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter afetado a saúde

b) () Pergunta sobre acontecimentos da vida, circunstâncias e outras pessoas que podem afetar a saúde

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

22) Elicits patient's and family's beliefs, concerns, and expectations about illness and treatment

a) () Elucida as crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento levadas pelo paciente e por sua família

b) () Evoca as crenças do paciente e da família, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

23) Shares Information (includes the following)

a) () Compartilha informações (inclui o seguinte)

b) () Compartilha informações (inclui abaixo)

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

24) Assesses patient's and family's understanding of problems and desire for more information

a) () Leva em consideração o entendimento da família e do paciente sobre os problemas e o desejo por mais informação

b) () Avalia o entendimento dos problemas pelo paciente e pela família e o desejo de maiores informações

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

25) Explains using words that family can understand

a) () Explica usando linguagem acessível à família

b) () Explica usando palavras que a família pode entender

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

26) Asks if family has any questions

a) () Pergunta se a família tem mais alguma dúvida

b) () Pergunta se a família tem alguma pergunta

AUTOR : Section E, 3rd point: In this and in other translations, questions seems to be translated as doubts. My intent in these items is not, though, to get at whether the family doubts the validity of the plan. Instead, the intent in this line whether or not the subject asked the family if he or she had given them enough information or whether they wanted and needed more to understand what is going on.

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

27) Reaches Agreement (If new/changed plan) (includes the following)

a) () Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte)

b) () Chega a um acordo (Se um plano novo/modificado) (inclui abaixo)

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

28) Includes family in choices and decisions to the extent they desire

a) () Inclui a família em escolhas e decisões até o ponto que desejam

b) () Inclui a família nas escolhas e decisões para atender o que eles desejam

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

29) Checks for mutual understanding of diagnostic and/or treatment plans

a) () Confere se houve entendimento mútuo em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento

b) () Opta pela mútua compreensão do diagnóstico e/ou planos de tratamento

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

30) Asks about acceptability of diagnostic and/or treatment plans

a) () Pergunta sobre a aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento

b) () Pergunta sobre aceitabilidade do diagnóstico e/ou planos de tratamento

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

31) Identifies additional resources as appropriate

a) () Se apropriado, identifica outros recursos

b) () Identifica fontes adicionais quando apropriado

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

32) Provides Closure (includes the following)

- a) () **Conclui o diálogo (inclui o seguinte)**
- b) () **Providencia fechamento (inclui abaixo)**
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

33) Asks if patient and family have questions, concerns or other issues

- a) () Pergunta se o paciente e a família têm dúvidas, preocupações ou outras perguntas
- b) () Pergunta se o paciente e a família têm perguntas, preocupações e outros problemas
AUTOR : Section G Point 1: Same issue with the use of Doubt. The word question here does not refer to whether the family “questions” (ie doubts) the information, but whether they need more of an explanation in order to understand it.
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

34) Summarizes

- a) () Faz um resumo da situação
- b) () Resume
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

35) Clarifies future time when progress will again be discussed

- a) () Esclarece quando o progresso do tratamento será discutido
- b) () Esclarece futuramente quando o progresso for novamente discutido
AUTOR : Section G, point 3: This one is translated as “explain that the progress of the treatment would be continually discussed” when what I’m really trying to get at is whether they arranged a time for another appointment or a conversation.
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

36) Provides appropriate contact information if interim questions arise

- a) () Fornece outras informações, caso surjam ainda algumas perguntas
- b) () Providencia informações de contato apropriadas se no meio tempo perguntas aparecerem
AUTOR : Section G, Point 4: The translation says “Give further information if more questions were asked”. What I’m really trying to get at here is whether the clinician subject gave the family of the patient a way to contact them (ie phone number, email, pager, etc) in case they thought of questions after the conversation was over.
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

37) Acknowledges patient and family, and closes interview

- a) () Agradece ao paciente e à família, e encerra o consulta
- b) () Agradece o paciente e a família e encerra a entrevista

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

38) Demonstrates Empathy (includes the following)

a) () Demonstra Empatia (inclui o seguinte)

b) () Demonstra empatia (inclui abaixo)

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

39) Clinician's demeanor is appropriate to the nature of the conversation

a) () O comportamento clínico é apropriado à natureza do diálogo

b) () O comportamento do clínico é apropriado à natureza da conversa

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

40) Shows compassion and concern

a) () Demonstra compaixão e preocupação

b) () Mostra compaixão e preocupação

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

41) Identifies/labels/validates patient's and family's emotional responses

a) () Identifica/qualifica/torna válidas as reações emocionais da família e do paciente

b) () Identifica/nomeia/valida respostas emocionais do paciente e da família

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

42) Responds appropriately to patient and family's emotional cues

a) () Reage de maneira apropriada aos estímulos emocionais do paciente e da família

b) () Responde apropriadamente às deixas do paciente e da família

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

43) Communicates Accurate Information (includes the following)

a) () **Transmite informações precisas (inclui o seguinte)**

b) () **Comunica informação precisa (inclui abaixo)**

c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

44) Accurately conveys the relative seriousness of patient's condition

a) () Transmite com precisão a gravidade relativa à condição do paciente

- b) () Comunica precisamente a relativa seriedade da condição do paciente
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 45) Took other participating clinician's input into account
a) () Leva em consideração a opinião de outros médicos por que já passou o paciente
b) () Levou em consideração a participação de outro médico
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 46) Clearly conveys expected disease course
a) () Transmite claramente a evolução esperada da doença
b) () Comunica claramente o curso esperado da doença
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 47) Clearly presents and explains options for future care
a) () Apresenta e explica claramente as opções para cuidados futuros
b) () Apresenta e explica claramente opções de cuidados futuros
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 48) Gives enough clear information to empower decision making
a) () Dá informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões
b) () Dá informações suficientemente claras para endossar a decisão feita
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 49) What did this clinician do the best at? (Please pick three choices)
a) () O que o médico fez de melhor? (Por favor, escolha três opções)
b) () Em que esse clínico fez o melhor? (Por favor, escolha três opções)
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 50) What could this clinician improve on?
a) () O que o médico poderia melhorar?
b) () Em que esse clínico poderia melhorar?
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 51) What could they have done better?

- a) () O que ele poderia ter feito melhor?
b) () Em que eles poderiam ter feito melhor?
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

52) Parent/Family Assessment

- a) () Avaliação dos Pais/Família
b) () Avaliação de um pai/ família
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

53) How well did your child's doctor do at...

- a) () Como procede o médico de seu filho no que diz respeito aos seguintes tópicos
b) () Quão bem o médico do seu filho fez em...
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

54) The doctor was really interested in my family.

- a) () O médico estava realmente interessado em minha família
b) () O médico estava realmente interessado na minha família
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

55) The doctor's words showed that he/she cared for my child

- a) () As palavras do médico mostraram que ele realmente se preocupava com meu filho
b) () As palavras do médico mostraram que ele se preocupa com meu filho
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

56) The doctor seemed to care about our feeling and what we wanted

- a) () O médico pareceu se preocupar com nossos sentimentos e com o que queríamos
b) () O médico pareceu se importar com os nossos sentimentos e com aquilo que queríamos
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

57) The doctor's body language showed that he/she cared for my child

- a) () A linguagem corporal do médico mostrou que ele se preocupava com meu filho
b) () Os sinais corporais do médico mostraram que ele se importou com meu filho
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

58) The doctor let us finish things we had to say without interrupting

- a) () O médico nos deixou terminar de falar sem interrupções
- b) () O médico nos deixou terminar aquilo que tínhamos a falar sem nos interromper
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

59) The doctor asked us about other things that might be worrying us

- a) () O médico nos perguntou sobre outras coisas que poderiam estar nos preocupando
- b) () O médico nos perguntou sobre outras coisas que poderiam estar nos preocupando
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

60) The doctor clearly explained why we were meeting

- a) () O médico explicou claramente o motivo de estarmos ali
- b) () O médico explicou claramente por que estávamos nos encontrando
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

61) The doctor didn't try to force the conversation with his/her questions

- a) () O médico não tentou forçar a conversa com suas perguntas
- b) () O médico não tentou forçar a conversa com as perguntas dele
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

62) The doctor asked us for more detail about things that we said

- a) () O médico nos perguntou mais detalhes sobre as coisas que dissemos
- b) () O médico nos perguntou mais detalhes a respeito daquilo que dissemos
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

63) The doctor would occasionally repeat back what we had said as a summary

- a) () O médico ocasionalmente repetia novamente o que tínhamos dito, de maneira resumida
- b) () O médico ocasionalmente repetia o que havíamos dito para resumir
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

64) The doctor did not seem to interrupt us as he/she asked their own questions

- a) () O médico não parecia nos interromper quando fazia suas próprias perguntas
- b) () O médico não pareceu nos interromper a medida que ele nos perguntava
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

-
-
- 65) The doctor asked about parts of our lives and personal histories that would affect health
- a) () O médico perguntou sobre hábitos e histórias pessoais que poderiam afetar nossa saúde
- b) () O médico perguntou sobre parte das nossas vidas e histórias pessoais que poderiam afetar a saúde
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

- 66) The doctor showed interest in our personal beliefs and concerns
- a) () O médico demonstrou interesse por nossas crenças pessoais e preocupações
- b) () O médico mostrou interesse nas nossas crenças pessoais e preocupações
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

- 67) The doctor asked what we thought about the treatments and tests being done
- a) () O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e os testes a serem feitos
- b) () O médico perguntou o que achávamos dos tratamentos e dos testes feitos
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

- 68) The doctor asked what we understood about our child's illness
- a) () O médico perguntou o que havíamos entendido sobre a doença de nosso filho
- b) () O médico nos perguntou o que entendíamos sobre a doença do nosso filho
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

- 69) We understood the words our doctor used to describe our child's illness
- a) () A linguagem utilizada pelo médico para descrever a doença de nosso filho foi acessível
- b) () Nós entendemos as palavras que o nosso médico usou para descrever a doença de nosso filho
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

- 70) The doctor would check to see if we had any questions after each explanation
- a) () O médico checava se tínhamos dúvidas depois de cada explicação
- b) () O médico verificava se tínhamos alguma pergunta após cada explicação
- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

- 71) The doctor gave us enough time to think about what he/she had said before moving on
a) () O médico nos deu tempo suficiente para pensar sobre o que ele disse antes de seguir em frente
b) () O médico nos deu tempo suficiente para pensar sobre o que ele falou antes de ir adiante
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 72) The doctor included us in all the decisions that were being made
a) () O médico nos incluiu em todas as decisões que estavam sendo tomadas
b) () O médico nos incluiu em todas as decisões que estavam sendo feitas
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 73) The doctor made sure that we understood what the next step would involve
a) () O médico se certificou de que havíamos entendido exatamente o passo seguinte relativo ao tratamento
b) () O médico se certificou que nós entendemos o que a próxima etapa envolve
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 74) The doctor asked what our feelings were about those plans before making any decisions
a) () O médico perguntou quais eram nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão
b) () O médico nos perguntou quais eram os nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 75) The doctor brought in outside help when we needed it. (Social Work, Pastor)
a) () O médico recorreu à ajuda externa quando necessário (por exemplo, assistente social)
b) () O médico trouxe ajuda externa quando precisamos (assistente social, pastor)
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

- 76) The doctor made sure that we had no more questions before leaving
a) () O médico certificou-se de que nós não tínhamos mais dúvidas antes de irmos embora
b) () O médico certificou-se que nós não tínhamos mais perguntas antes de sair
AUTOR : Section G, Point 1: Same issue as above with question vs doubt. My intent here was to ask whether the clinician had made sure that the family did not need additional information before leaving, not as to whether they doubted (ie disbelieved) the clinician's explanation.
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

77) The doctor gave a summary at the end of what we had talked about

- a) () Ao final, o médico resumiu nosso diálogo
b) () O médico fez um resumo no final sobre aquilo que falamos
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

78) The doctor set a time to meet again

- a) () O médico agendou um novo horário
b) () O médico marcou uma hora para encontrar novamente
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

79) The doctor told us who to call if we had more questions

- a) () O médico nos disse para telefonar, caso tivéssemos mais dúvidas
b) () O médico nos indicou para quem ligar no caso de mais perguntas

AUTOR : Section E, Point 3: Same issue as above with question vs doubt. My intent here is to ask whether the clinician checked with the family to see if they needed more information after each explanation.

- c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

80) The doctor showed a real interest in our family as people as he/she ended the meeting

- a) () O médico mostrou um interesse real e humano em nossa família ao encerrar a consulta
b) () O médico mostrou um interesse real na nossa família como pessoas ao terminar o encontro
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

81) The doctor showed compassion for our family

- a) () O médico demonstrou compaixão por nossa família
b) () O médico mostrou compaixão pela nossa família
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

82) The doctor seemed to understand how we were feeling

- a) () O médico pareceu entender como nós nos sentíamos
b) () O médico parecia entender como estávamos sentindo
c) () Escreva aqui sua nova resposta e justifique:
-
-

83) The doctor responded to how we felt in a way that made sense to us

- a) (☐) O médico reagiu a nossos sentimentos de um modo compreensível para nós
- b) (☐) O médico respondeu a como nos sentimos de um modo que fez sentido para nós
- c) (☐) Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

84) The doctor clearly explained our child's condition

- a) (☐) O médico explicou claramente a condição de nosso filho
- b) (☐) O médico claramente explicou a condição de nosso filho
- c) (☐) Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

85) The doctor clearly explained what our options were

- a) (☐) O médico explicou claramente quais eram nossas opções
- b) (☐) O médico explicou claramente quais eram as nossas opções
- c) (☐) Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

86) The explanations our doctor gave were good enough for us to make important decisions

- a) (☐) As explicações dadas pelo médico foram boas o suficiente para tomarmos decisões importantes
- b) (☐) As explicações foram suficientemente boas para nós tomarmos decisões importantes
- c) (☐) Escreva aqui sua nova resposta e justifique:

Deixe aqui algum comentário adicional se desejar :

Segunda Etapa

Prezado Painelista

Obrigada por participar da primeira etapa de respostas. Convido-o agora a responder a segunda etapa.

Sua contribuição foi fundamental para a busca de consenso na tradução, especialmente com as sugestões em questões abertas.

Na primeira etapa utilizamos as respostas dos 5 painelistas que responderam o questionário anterior e fizemos análises estatísticas simples para verificar a frequência de cada resposta.

Quarenta e quatro questões (51% do conteúdo original) tiveram frequências acima de 80% de consenso entre respondedores, então aquele item não mais se leva a verificação do grupo.

Os demais 43 itens estão listados novamente, agora com os percentuais de respostas anteriores e também com todas as sugestões dadas através das questões abertas da primeira etapa para modificar a tradução.

Aqui não mais serão solicitadas questões abertas, mas sim respostas a itens pré formulados.

Se o item não possuir consenso, o painalista será informado dos percentuais de resposta do grupo numa terceira etapa e pode optar por mudar ou não sua resposta inicial.

O prazo solicitado para leitura e retorno também pede-se que não ultrapasse os 10 dias.

Segunda etapa de respostas: Método Delphi

*A sentença original em inglês possui 3 ou 4 alternativas possíveis de tradução para a Língua Portuguesa. Estas sentenças estão acompanhadas do percentual de respostas àquele item dado pelo grupo na etapa anterior. Por favor, escolha a sentença que, em sua opinião, é a mais adequada para formulação final do questionário. **Você pode mudar a sua resposta da etapa anterior, inclusive se houver maior adequação de uma sugestão, por exemplo.***

1) Consenso

2) Peer/Facilitator Assesment

- a) 60% () Avaliação de Colega/ Coordenador
- b) 20% () Avaliação entre os pares/ Facilitadores
- c) Sugestão 1 () Avaliação do Colega / Avaliação do Facilitador

3) How well do you feel you did the following

- a) 20% () Em que medida você cumpre os procedimentos seguintes
- b) 40% () Quão bem você acha que fez abaixo
- c) Sugestão 1 () Em que medida você acha que cumpre os procedimentos seguintes
- d) Sugestão 2 () Quão bem você acha que fez o abaixo relacionado

4) How well does the participant do the following:

- a) 40% () Em que medida o participante cumpre os procedimentos seguintes
- b) 20% () Quão bem o participante faz
- c) Sugestão 1 () Quão bem o participante fez o seguinte
- d) Sugestão 2 () Quão bem o participante faz o seguinte

5) (níveis de concordância) Poor/ Fair/ Good/ Very Good/ Excellent

- a) 60%() Ruim/ Razoável/ Bom/ Muito bom/ Excelente
- b) 20%() Fraco/ Regular/ Bem/ Muito bem/ Excelente
- c) Sugestão 1 () Ruim/ Regular/ Bom/ Muito bom/ Excelente

6) Builds a Relationship (includes the following)

- a) 60% () Constrói uma relação (inclui o seguinte)
- b) 20% () Cria um relacionamento (inclui abaixo)
- c) Sugestão 1 () Constrói um relacionamento (inclui o seguinte)

7 a 12 Consenso

13) Asks “Is there anything else?” to elicit full set of concerns

- a) 60%() Pergunta se paciente e família têm algo mais a dizer com o intuito de esgotar todas as preocupações dos mesmos
- b) 40%() Pergunta “Mais alguma coisa?” para elucidar um conjunto de preocupações

14) Explains and/or negotiates an agenda for the visit

- a) 40%() Combina ou negocia outro horário para consulta
- b) 40%() Explica e/ou negocia um planejamento para a visita

c) Sugestão 1() Explica e/ou negocia o que será abordado naquela consulta médica
15) Consenso

16) Addresses patient and family statements using open-ended questions

- a) 60%() Fala sobre as declarações do paciente e da família usando questões em aberto
- b) 20%() Dirige ao paciente e à família declarações usando perguntas em aberto
- c) Sugestão 1() Dirige-se ao paciente e a família utilizando perguntas em aberto

17) Clarifies details as necessary with more specific or “yes/no” questions

- a) 60%() Se necessário, esclarece detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”.
- b) 40%() Esclarece detalhes quando necessário com algo mais específico ou perguntas de resposta sim e não

18) Summarizes and gives family opportunity to correct or add information

- a) 60% () Faz um apanhado da situação e dá à família a oportunidade de corrigir ou acrescentar alguma informação
- b) 20%() Resume e dá oportunidades à família para corrigir e acrescentar informações
- c) Sugestão 1() Resume a situação e dá oportunidades a família para corrigir e acrescentar informações

19) Transitions effectively to additional questions

- a) 40%() Passa efetivamente às perguntas adicionais
- b) 60%() Segue eficazmente para perguntas adicionais

20) Consenso

21) Asks about life events, circumstances, other people that might affect health

- a) 40%() Pergunta sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter afetado a saúde
- b) 60%() Pergunta sobre acontecimentos da vida, circunstâncias e outras pessoas que podem afetar a saúde

22) Elicits patient’s and family’s beliefs, concerns, and expectations about illness and treatment

- a) 60%() Elucida as crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento levadas pelo paciente e por sua família
- b) 20%() Evoca as crenças do paciente e da família, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento
- c) Sugestão 1() Elucida as crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento trazidas pelo paciente e por sua família

23) Consenso

24) Assesses patient’s and family’s understanding of problems and desire for more information

- a) 60%() Leva em consideração o entendimento da família e do paciente sobre os problemas e o desejo por mais informação
- b) 40%() Avalia o entendimento dos problemas pelo paciente e pela família e o desejo de maiores informações

25 a 27 Consenso

28) Includes family in choices and decisions to the extent they desire

- a) 60%() Inclui a família em escolhas e decisões até o ponto que desejam
- b) 40%() Inclui a família nas escolhas e decisões para atender o que eles desejam

29 e 30 Consenso

31) Identifies additional resources as appropriate

- a) 60%() Se apropriado, identifica outros recursos
- b) 40%() Identifica fontes adicionais quando apropriado

32) Consenso

33) Asks if patient and family have questions, concerns or other issues

- a) 60%() Pergunta se o paciente e a família têm dúvidas, preocupações ou outras perguntas
- b) 20%() Pergunta se o paciente e a família têm perguntas, preocupações e outros problemas
- c) Sugestão 1 () Pergunta se o paciente tem dúvidas, preocupações ou outras perguntas sobre o tratamento

34) Consenso

35) Clarifies future time when progress will again be discussed

- a) 40%() Esclarece quando o progresso do tratamento será discutido
- c) Sugestão 1 () Esclarece que sempre teria horas marcadas para discutir o progresso do tratamento
- d) Sugestão 2 () Esclarece que novos encontros serão agendados para continuar a discussão sobre o tratamento
- e) Sugestão 3 () Agenda um próximo encontro

36) Provides appropriate contact information if interim questions arise

- b) 20%() Providencia informações de contato apropriadas se no meio tempo perguntas aparecerem
- c) Sugestão 1 () Fornece meios de contato apropriados caso surjam novas perguntas a serem esclarecidas
- d) Sugestão 2 () Fornece formas de contato caso ainda surjam novas perguntas
- e) Sugestão 3 () Fornece um meio de contato caso apareçam outras questões
- f) Sugestão 4 () Fornece informações certas sobre a maneira de contatá-lo caso surgirem ainda novas perguntas

37) Acknowledges patient and family, and closes interview

- a) 60%() Agradece ao paciente e à família, e encerra o consulta
- b) 40%() Agradece o paciente e a família e encerra a entrevista

38 a 40 Consenso

41) Identifies/labels/validates patient's and family's emotional responses

- a) 40%() Identifica/qualifica/torna válidas as reações emocionais da família e do paciente
- b) 20%() Identifica/nomeia/valida respostas emocionais do paciente e da família
- c) Sugestão 1() Identifica/ qualifica/ valida as reações emocionais do paciente e da família
- d) Sugestão 2 () Identifica/ qualifica/ avalia as reações emocionais da família e do paciente

42) Consenso

43) Communicates Accurate Information (includes the following)

- a) 60%() Transmite informações precisas (inclui o seguinte)
- b) 20%() Comunica informação precisa (inclui abaixo)
- c) Sugestão 1() Comunica informação precisa (inclui o seguinte)

44) Accurately conveys the relative seriousness of patient's condition

- a) 60%() Transmite com precisão a gravidade relativa à condição do paciente
- b) 20%() Comunica precisamente a relativa seriedade da condição do paciente
- c) Sugestão 1 () Transmite com precisão a relativa gravidade da condição do paciente

45) Took other participating clinician's input into account

- a) 40%() Leva em consideração a opinião de outros médicos por que já passou o paciente
- b) 20%() Levou em consideração a participação de outro médico
- c) Sugestão 1() Considera a opinião de outros médicos que já trataram o paciente
- d) Sugestão 2 () Levou em consideração a opinião de outros médicos que trataram o paciente

46) Clearly conveys expected disease course

- a) 40%() Transmite claramente a evolução esperada da doença
- b) 40%() Comunica claramente o curso esperado da doença
- c) Sugestão 1() Comunica claramente a evolução esperada para a doença

47) Consenso

48) Gives enough clear information to empower decision making

- a) 60%() Dá informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões
- b) 20%() Dá informações suficientemente claras para endossar a decisão feita
- c) Sugestão 1 () Dá informações claras o suficiente para tomar boas decisões

49) What did this clinician do the best at? (Please pick three choices)

- a) 60% () O que o médico fez de melhor? (Por favor, escolha três opções)
- b) 20% () Em que esse clínico fez o melhor? (Por favor, escolha três opções)
- c) Sugestão 1 () O que o médico fez melhor ?

50) Consenso

51) What could they have done better?

- a) 60%() O que ele poderia ter feito melhor?
- b) 20%() Em que eles poderiam ter feito melhor?
- c) Sugestão 1 () O que eles poderiam ter feito melhor ?

52) Consenso

53) How well did your child's doctor do at...

- a) 40%() Como procede o médico de seu filho no que diz respeito aos seguintes tópicos
- b) 60%() Quão bem o médico do seu filho fez em...

54 a 57 Consenso

58) The doctor let us finish things we had to say without interrupting

- a) 60%() O médico nos deixou terminar de falar sem interrupções
- b) 40%() O médico nos deixou terminar aquilo que tínhamos a falar sem nos interromper

59) Consenso

60) The doctor clearly explained why we were meeting

- a) 60%() O médico explicou claramente o motivo de estarmos ali
- b) 40%() O médico explicou claramente por que estávamos nos encontrando

61) Consenso

62) The doctor asked us for more detail about things that we said

- a) 40%() O médico nos perguntou mais detalhes sobre as coisas que dissemos
- b) 60%() O médico nos perguntou mais detalhes a respeito daquilo que dissemos

63 e 64 Consenso

65) The doctor asked about parts of our lives and personal histories that would affect health

- a) 60% () O médico perguntou sobre hábitos e histórias pessoais que poderiam afetar nossa saúde
- b) 20%() O médico perguntou sobre parte das nossas vidas e estórias pessoais que poderiam afetar a saúde
- c) Sugestão 1 () O médico perguntou sobre hábitos pessoais que pudessem afetar a saúde

66) The doctor showed interest in our personal beliefs and concerns

- a) 60% () O médico demonstrou interesse por nossas crenças pessoais e preocupações
- b) 20%() O médico mostrou interesse nas nossas crenças pessoais e preocupações
- c) Sugestão 1 () O médico mostrou interesse por nossas crenças pessoais e preocupações

67) The doctor asked what we thought about the treatments and tests being done

- a) 40%() O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e os testes a serem feitos
- b) 20%() O médico perguntou o que achávamos dos tratamentos e dos testes feitos
- c) Sugestão 1() O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e testes que estavam sendo realizados
- d) Sugestão 2 () O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e os testes que estavam acontecendo

68) Consenso

69) We understood the words our doctor used to describe our child's illness

- a) 40% () A linguagem utilizada pelo médico para descrever a doença de nosso filho foi acessível
- b) 40%() Nós entendemos as palavras que o nosso médico usou para descrever a doença de nosso filho
- c) Sugestão 1 () Nós entendemos a linguagem que o médico usou para descrever a doença do nosso filho

70 a 72 Consenso

73) The doctor made sure that we understood what the next step would involve

- a) 40% () O médico se certificou de que havíamos entendido exatamente o passo seguinte relativo ao tratamento
- b) 20% () O médico se certificou que nós entendemos o que a próxima etapa envolve
- c) Sugestão 1 () O médico se certificou que nós entendemos qual seria a próxima etapa
- d) Sugestão 2 () O médico se certificou de que havíamos entendido exatamente o que seria envolvido no passo seguinte

74) The doctor asked what our feelings were about those plans before making any decisions

- a) 60% () O médico perguntou quais eram nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão
- b) 40% () O médico nos perguntou quais eram os nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão

75) The doctor brought in outside help when we needed it. (Social Work, Pastor)

- a) 60% () O médico recorreu à ajuda externa quando necessário (por exemplo, assistente social)
- b) 40% () O médico trouxe ajuda externa quando precisamos (assistente social, pastor)

76) The doctor made sure that we had no more questions before leaving

- a) 60% () O médico certificou-se de que nós não tínhamos mais dúvidas antes de irmos embora
- b) 40% () O médico certificou-se que nós não tínhamos mais perguntas antes de sair

77) Consenso

78) The doctor set a time to meet again

- a) 60% () O médico agendou um novo horário
- b) 40% () O médico marcou uma hora para encontrar novamente

79 a 81 Consenso

82) The doctor seemed to understand how we were feeling

- a) 60% () O médico pareceu entender como nós nos sentíamos
- b) 40% () O médico parecia entender como estávamos sentindo

83 a 86 Consenso

Deixe aqui algum comentário adicional se desejar :

Terceira Etapa
Prezado Painelista

Obrigada por participar da terceira etapa de respostas. Convido-o agora a responder a quarta e última etapa.

Sua contribuição foi fundamental para a busca de consenso na tradução.

Na terceira etapa utilizamos as respostas dos 5 painelistas que responderam o questionário anterior e fizemos análises estatísticas simples para verificar a frequência de cada resposta.

Mais seis questões tiveram frequências acima de 80% de consenso entre respondedores, então aquele item não mais se leva a verificação do grupo. Duas questões foram retiradas do painel, pois estão com respostas estáveis desde a primeira rodada e pelas regras do método Delphi não mais se leva a consenso.

Os restantes 14 itens estão listados novamente, agora com os percentuais de respostas anteriores .

A exemplo de outros trabalhos feitos pelo método Delphi, se ao término desta etapa as questões apresentarem estabilidade nas proporções das alternativas, será cogitada a hipótese de se aceitar como consenso itens com concordância de até 60%.

O prazo solicitado para leitura e retorno também pede-se que não ultrapasse os 10 dias.

*A sentença original em inglês possui 2 ou 3 alternativas possíveis de tradução para a Língua Portuguesa. Estas sentenças estão acompanhadas do percentual de respostas àquele item dado pelo grupo na etapa anterior. Por favor, escolha a sentença que, em sua opinião, é a mais adequada para formulação do questionário .**Você pode mudar a sua resposta da etapa anterior. O objetivo maior é a obtenção de consenso do grupo.***

1) *Consenso*

2) **Peer/Facilitator Assesment**

- a) 20% () Avaliação de Colega/ Coordenador
- b) 20% () Avaliação entre os pares/ Facilitadores
- c) 60% () Avaliação do Colega / Avaliação do Facilitador

3) *Consenso*

4) **How well does the participant do the following:**

- a) 60% () Em que medida o participante cumpre os procedimentos seguintes
- c) 40% () Quão bem o participante fez o seguinte

5 a 13 *Consenso*

14) **Explains and/or negotiates an agenda for the visit**

- a) 60%() Combina ou negocia outro horário para consulta
- c) 40%() Explica e/ou negocia o que será abordado naquela consulta médica

15) *Consenso*

16) **Addresses patient and family statements using open-ended questions**

- a) 40%() Fala sobre as declarações do paciente e da família usando questões em aberto
- c) 60%() Dirige-se ao paciente e a família utilizando perguntas em aberto

17) *Consenso*

18) **Summarizes and gives family opportunity to correct or add information**

- a) 60% () Faz um apanhado da situação e dá à família a oportunidade de corrigir ou acrescentar alguma informação
- c) 40%() Resume a situação e dá oportunidades a família para corrigir e acrescentar informações

19) **Transitions effectively to additional questions**

- a) 40%() Passa efetivamente às perguntas adicionais
- b) 60%() Segue eficazmente para perguntas adicionais

20) Consenso

21) Asks about life events, circumstances, other people that might affect health

- a) 60%() Pergunta sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter afetado a saúde
- b) 40%() Pergunta sobre acontecimentos da vida, circunstâncias e outras pessoas que podem afetar a saúde

22) Elicits patient's and family's beliefs, concerns, and expectations about illness and treatment

- a) 40%() Elucida as crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento levadas pelo paciente e por sua família
- b) 20%() Evoca as crenças do paciente e da família, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento
- c) 40%() Elucida as crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento trazidas pelo paciente e por sua família

23 a 34 Consenso

35) Clarifies future time when progress will again be discussed

- a) 40% () Esclarece quando o progresso do tratamento será discutido
- c) 40% () Esclarece que sempre teria horas marcadas para discutir o progresso do tratamento
- d) 20% () Esclarece que novos encontros serão agendados para continuar a discussão sobre o tratamento

36) Provides appropriate contact information if interim questions arise

- b) 20% () Providencia informações de contato apropriadas se no meio tempo perguntas aparecerem
- c) 40% () Fornece meios de contato apropriados caso surjam novas perguntas a serem esclarecidas
- d) 20% () Fornece formas de contato caso ainda surjam novas perguntas
- f) 20% () Fornece informações certas sobre a maneira de contatá-lo caso surgiram ainda novas perguntas

37) Acknowledges patient and family, and closes interview

- a) 60%() Agradece ao paciente e à família, e encerra o consulta
- b) 40%() Agradece o paciente e a família e encerra a entrevista

38 a 40 Consenso

41) Identifies/labels/validates patient's and family's emotional responses

- a) 60%() Identifica/qualifica/torna válidas as reações emocionais da família e do paciente
- c) 40%() Identifica/ qualifica/ valida as reações emocionais do paciente e da família

42 e 43 Consenso

44) Accurately conveys the relative seriousness of patient's condition

- a) 60% () Transmite com precisão a gravidade relativa à condição do paciente
- c) 40% () Transmite com precisão a relativa gravidade da condição do paciente

45) Took other participating clinician's input into account

- a) 20% () Leva em consideração a opinião de outros médicos por que já passou o paciente
- b) 20% () Levou em consideração a participação de outro médico
- c) 40% () Considera a opinião de outros médicos que já trataram o paciente
- d) 20% () Levou em consideração a opinião de outros médicos que trataram o paciente

46) Clearly conveys expected disease course

- a) 40% () Transmite claramente a evolução esperada da doença
- c) 60% () Comunica claramente a evolução esperada para a doença

47) Consenso

48) Gives enough clear information to empower decision making

- a) 60% () Dá informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões
- b) 20% () Dá informações suficientemente claras para endossar a decisão feita
- c) 20% () Dá informações claras o suficiente para tomar boas decisões

49) What did this clinician do the best at? (Please pick three choices)

- a) 40% () O que o médico fez de melhor? (Por favor, escolha três opções)
- b) 20% () Em que esse clínico fez o melhor? (Por favor, escolha três opções)
- c) 40% () O que o médico fez melhor ?

50) Consenso

51) What could they have done better?

- a) 60% () O que ele poderia ter feito melhor?
- c) 40% () O que eles poderiam ter feito melhor ?

52 a 66 Consenso

67) The doctor asked what we thought about the treatments and tests being done

- a) 40% () O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e os testes a serem feitos
- b) 20% () O médico perguntou o que achávamos dos tratamentos e dos testes feitos
- c) 20% () O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e testes que estavam sendo realizados
- d) 20% () O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e os testes que estavam acontecendo

68) Consenso

69) **We understood the words our doctor used to describe our child's illness**

- a) 40% () A linguagem utilizada pelo médico para descrever a doença de nosso filho foi acessível
- b) 20% () Nós entendemos as palavras que o nosso médico usou para descrever a doença de nosso filho
- c) 40% () Nós entendemos a linguagem que o médico usou para descrever a doença do nosso filho

70 a 72 Consenso

73) **The doctor made sure that we understood what the next step would involve**

- a) 20% () O médico se certificou de que havíamos entendido exatamente o passo seguinte relativo ao tratamento
- b) 20% () O médico se certificou que nós entendemos o que a próxima etapa envolve
- c) 40% () O médico se certificou que nós entendemos qual seria a próxima etapa
- d) 20% () O médico se certificou de que havíamos entendido exatamente o que seria envolvido no passo seguinte

74 a 86 Consenso

Deixe aqui algum comentário adicional se desejar :

Quarta Etapa

Prezado Painelista

Obrigada por participar da terceira etapa de respostas. Convido-o agora a responder a quarta e última etapa.

Sua contribuição foi fundamental para a busca de consenso na tradução.

Na terceira etapa utilizamos as respostas dos 5 painelistas que responderam o questionário anterior e fizemos análises estatísticas simples para verificar a frequência de cada resposta.

Mais seis questões tiveram frequências acima de 80% de consenso entre respondedores, então aquele item não mais se leva a verificação do grupo. Duas questões foram retiradas do painel, pois estão com respostas estáveis desde a primeira rodada e pelas regras do método Delphi não mais se leva a consenso.

Os restantes 14 itens estão listados novamente, agora com os percentuais de respostas anteriores .

A exemplo de outros trabalhos feitos pelo método Delphi, se ao término desta etapa as questões apresentarem estabilidade nas proporções das alternativas, será cogitada a hipótese de se aceitar como consenso itens com concordância de até 60%.

O prazo solicitado para leitura e retorno também pede-se que não ultrapasse os 10 dias.

A sentença original em inglês possui 2 ou 3 alternativas possíveis de tradução para a Língua Portuguesa. Estas sentenças estão acompanhadas do percentual de respostas àquele item dado pelo

grupo na etapa anterior. Por favor, escolha a sentença que, em sua opinião, é a mais adequada para formulação do questionário. **Você pode mudar a sua resposta da etapa anterior. O objetivo maior é a obtenção de consenso do grupo.**

1) *Consenso*

2) **Peer/Facilitator Assesment**

- a) 20% () Avaliação de Colega/ Coordenador
- b) 20% () Avaliação entre os pares/ Facilitadores
- c) 60% () Avaliação do Colega / Avaliação do Facilitador

3) *Consenso*

4) **How well does the participant do the following:**

- a) 60% () Em que medida o participante cumpre os procedimentos seguintes
- c) 40% () Quão bem o participante fez o seguinte

5 a 13 *Consenso*

14) **Explains and/or negotiates an agenda for the visit**

- a) 60%() Combina ou negocia outro horário para consulta
- c) 40%() Explica e/ou negocia o que será abordado naquela consulta médica

NOTA : reescrevo aqui a opinião do autor da questão original para sua avaliação

AUTOR : Section B, 3rd point: The translation here says “arrange a time for another appointment” but what this is really asking is whether the clinician subject discussed what his plans were for the conversation that is about to occur (ie, did he or she discuss with the family what he wanted to discuss in the current conversation and how he or she planned on approaching it)

15 a 17 *Consenso*

18) **Summarizes and gives family opportunity to correct or add information**

- a) 40% () Faz um apanhado da situação e dá à família a oportunidade de corrigir ou acrescentar alguma informação
- c) 60%() Resume a situação e dá oportunidades a família para corrigir e acrescentar informações

19) Estabilização em 3 rodadas

20) *Consenso*

21) **Asks about life events, circumstances, other people that might affect health**

- a) 60%() Pergunta sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter afetado a saúde
- b) 40%() Pergunta sobre acontecimentos da vida, circunstâncias e outras pessoas que podem afetar a saúde

22) Elicits patient's and family's beliefs, concerns, and expectations about illness and treatment

- a) 40%() Elucida as crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento levadas pelo paciente e por sua família
- b) 20%() Evoca as crenças do paciente e da família, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento
- c) 40%() Elucida as crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento trazidas pelo paciente e por sua família

23 a 34 Consenso

35) Clarifies future time when progress will again be discussed

- a) 60% () Esclarece quando o progresso do tratamento será discutido
- c) 20% () Esclarece que sempre teria horas marcadas para discutir o progresso do tratamento
- d) 20% () Esclarece que novos encontros serão agendados para continuar a discussão sobre o tratamento

36) Consenso

37) Estabilização em 3 rodadas

38 a 40 Consenso

41) Identifies/labels/validates patient's and family's emotional responses

- a) 60%() Identifica/qualifica/torna válidas as reações emocionais da família e do paciente
- c) 40%() Identifica/ qualifica/ valida as reações emocionais do paciente e da família

42 a 44 Consenso

45) Took other participating clinician's input into account

- a) 20%() Leva em consideração a opinião de outros médicos por que já passou o paciente
- c) 60%() Considera a opinião de outros médicos que já trataram o paciente
- d) 20% () Levou em consideração a opinião de outros médicos que trataram o paciente

46 a 48 Consenso

49) What did this clinician do the best at? (Please pick three choices)

- a) 40% () O que o médico fez de melhor? (Por favor, escolha três opções)
- c) 60% () O que o médico fez melhor ?

50) Consenso

51) What could they have done better?

- a) 60%() O que ele poderia ter feito melhor?
- c) 40% () O que eles poderiam ter feito melhor ?

52 a 66 Consenso

67) The doctor asked what we thought about the treatments and tests being done

- a) 40%() O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e os testes a serem feitos
- b) 20%() O médico perguntou o que achávamos dos tratamentos e dos testes feitos

c) 40% () O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e testes que estavam sendo realizados

68) Consenso

69) **We understood the words our doctor used to describe our child's illness**

a) 40% () A linguagem utilizada pelo médico para descrever a doença de nosso filho foi acessível

b) 20% () Nós entendemos as palavras que o nosso médico usou para descrever a doença de nosso filho

c) 40% () Nós entendemos a linguagem que o médico usou para descrever a doença do nosso filho

70 a 72 Consenso

73) **The doctor made sure that we understood what the next step would involve**

a) 20% () O médico se certificou de que havíamos entendido exatamente o passo seguinte relativo ao tratamento

b) 20% () O médico se certificou que nós entendemos o que a próxima etapa envolve

c) 40% () O médico se certificou que nós entendemos qual seria a próxima etapa

d) 20% () O médico se certificou de que havíamos entendido exatamente o que seria envolvido no passo seguinte

74 a 86 Consenso

Deixe aqui algum comentário adicional se desejar :

H Gráficos de todos os itens avaliados no método *Delphi* modificado

Item 2:

Gráfico I1: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 2

Tabela I1: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 2

Item 2	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	1,6	2	2,4	2,4
desvio padrão	1,4	0,7	0,9	0,9

Item 3:

Gráfico I2: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 3

Tabela I2: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 3

	etapa 1	etapa 2	etapa 3
média	1,8	3	2,8
desvio padrão	0,44	0,7	0,44

Item 4 :

Gráfico I3: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 4

Tabela I3: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 4

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	2	3	1,8	1,4
desvio padrão	1	1,87	1	0,89

Item 5 :

Gráfico I4: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 5

Tabela I4: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 5

	etapa 1	etapa 2
média	1,6	1,6
desvio padrão	0,89	1,34

Item 6 :

Gráfico I5: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 6

Tabela I5: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 6

	etapa 1	etapa 2
média	1,6	1
desvio padrão	0,89	0

Item 13 :

Gráfico I6: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 13

Tabela I6: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 13

	etapa 1	etapa 2
média	1,4	1,2
desvio padrão	0,54	0,44

Item 14 :

Gráfico I7: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 14

Tabela I7: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 14

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	1,8	2,8	1,8	1,4
desvio padrão	0,83	1,64	1,09	0,89

Item 16 :

Gráfico I8: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 16

Tabela I8: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 16

	etapa 1	etapa 2	etapa 3
média	1,6	2,8	3
desvio padrão	0,89	1,64	0

Item 17:

Gráfico I9: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 17

Tabela I9: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 17

	etapa 1	etapa 2
média	1,4	1,2
desvio padrão	0,54	0,44

Item 18:

Gráfico I10: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 18

Tabela I10: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 18

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	1,6	2,2	2,2	2,6
desvio padrão	0,89	1,64	1,09	0,89

Item 19:

Gráfico I11: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 19

Tabela I11: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 19

	etapa 1	etapa 2	etapa 3
média	1,6	1,6	1,6
desvio padrão	0,54	0,54	0,54

Item 21 :

Gráfico I12: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 21

Tabela I12: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 21

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	1,6	1,4	1,4	1,4
desvio padrão	0,54	0,54	0,54	0,54

Item 22:

Gráfico I13: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 22

Tabela I13: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 22

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	1,6	2,4	2	1,8
desvio padrão	0,89	1,51	1	0,83

Item 24 :

Gráfico I14: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 24

Tabela I14: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 24

	etapa 1	etapa 2
média	1,4	1
desvio padrão	0,54	0

Itens 28, 31 e 33:

Gráfico I15: Médias e desvio padrão a cada etapa dos itens 28, 31 e 33

Tabela I15: Médias e desvio padrão a cada etapa dos itens 28, 31 e 33

	etapa 1	etapa 2
média	1,4	1
desvio padrão	0,54	0

Item 35:

Gráfico I16: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 35

Tabela I16: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 35

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	2,2	3	2	1
desvio padrão	1,09	1,87	1,41	0

Item 36:

Gráfico I17: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 36

Tabela I17: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 36

	etapa 1	etapa 2	etapa 3
média	2,8	4,2	1
desvio padrão	0,44	2,16	0

Item 37:

Gráfico I18: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 37

Tabela I18: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 37

	etapa 1	etapa 2	etapa 3
média	1,4	1,4	1,4
desvio padrão	0,54	0,54	0,54

Item 41:

Gráfico I19: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 41

Tabela I19: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 41

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	2	2,2	1,8	2,2
desvio padrão	1	1,64	1,09	1,09

Item 43:

Gráfico I20: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 43

Tabela I20: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 43

	etapa 1	etapa 2
média	1,6	1,2
desvio padrão	0,89	0,44

Item 44:

Gráfico I21: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 44

Tabela I21: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 44

	etapa 1	etapa 2	etapa 3
média	1,6	2,2	1,4
desvio padrão	1,4	0,84	0,89

Item 45:

Gráfico I22: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 45

Tabela I22: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 45

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	2	3,2	2,8	2,8
desvio padrão	1	1,64	1,09	1,09

Item 46:

Gráfico I23: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 46

Tabela I23: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 46

	etapa 1	etapa 2	etapa 3
média	1,8	2,8	2,6
desvio padrão	0,83	1,64	0,89

Item 48:

Gráfico I24: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 48

Tabela I24: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 48

	etapa 1	etapa 2	etapa 3
média	1,6	1,8	1
desvio padrão	0,89	1,3	0

Item 49:

Gráfico I25: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 49

Tabela I25: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 49

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	1,6	2,4	2,2	2,2
desvio padrão	1,41	0,98	1,09	1,09

Item 51:

Gráfico I26: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 51

Tabela I26: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 51

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	1,6	2,2	1,8	1,8
desvio padrão	0,89	1,64	1,09	1,09

Item 53:

Gráfico I27: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 57

Tabela I27: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 57

	etapa 1	etapa 2
média	1,6	2
desvio padrão	0,54	0

Itens 58 e 60:

Gráfico I28: Médias e desvio padrão a cada etapa dos itens 58 e 60

Tabela I28: Médias e desvio padrão a cada etapa dos itens 58 e 60

	etapa 1	etapa 2
média	1,4	1,2
desvio padrão	0,54	0,44

Item 62:

Gráfico I29: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 62

Tabela I29: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 62

	etapa 1	etapa 2
média	1,6	1,8
desvio padrão	0,54	0,44

Item 65 :

Gráfico I30: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 65

Tabela I30: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 65

	etapa 1	etapa 2
média	1,6	1,2
desvio padrão	0,89	0,44

Item 66:

Gráfico I31: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 66

Tabela I31: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 66

	etapa 1	etapa 2
média	1,6	1,2
desvio padrão	0,89	0,44

Item 67:

Gráfico I32: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 67

Tabela I32: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 67

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	2	2,6	2	2
desvio padrão	1	1,81	1	1

Item 69:

Gráfico I33: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 69

Tabela I33: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 69

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	1,8	2,4	2	2
desvio padrão	0,83	1,51	1	1

Item 73:

Gráfico I34: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 73

Tabela I34: Médias e desvio padrão a cada etapa do item 73

	etapa 1	etapa 2	etapa 3	etapa 4
média	2	3,2	2,6	2,6
desvio padrão	1	1,64	1,14	1,14

Itens 74, 75, 76, 78 e 82:

Gráfico I35: Médias e desvio padrão a cada etapa dos itens 74, 75, 76, 78, 82

Tabela I35: Médias e desvio padrão a cada etapa dos itens 74,75,76,78 e 82

	etapa 1	etapa 2
média	1,4	1,2
desvio padrão	0,74	0,44

I Versões finais para validade de face (pré-teste)

Avaliação do Colega / Avaliação do Facilitador

Data: ___/___/___

Encontro: ☐ 1 – UTI Neonatal ☐ 2 – UTI Pediátrica ☐ 3 – Neonatologia

Em que medida o participante cumpre os procedimentos seguintes:

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
A. Constrói uma relação (inclui o seguinte) :	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Cumprimenta e demonstra interesse pelo paciente e por sua família Usa palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversa Usa tom pausado, contato visual e postura que demonstram cuidado e preocupação Reage explicitamente às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito a suas ideias e sentimentos 					
B. Abre a discussão (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Permite ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-los Pergunta se paciente e família têm algo mais a dizer com o intuito de esgotar todas as preocupações dos mesmos Explica e/ou negocia o que será abordado naquela consulta médica 					
C. Recolhe informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Dirige-se ao paciente e a família utilizando perguntas em aberto Se necessário, esclarece detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”. Resume a situação e dá oportunidade a família para corrigir e acrescentar informações Segue eficazmente para perguntas adicionais 					
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Pergunta sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter afetado a saúde Elucida as crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento levadas pelo paciente e por sua família 					
E. Compartilha informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Leva em consideração o entendimento da família e do paciente sobre os problemas e o desejo por mais informação Explica usando linguagem acessível à família Pergunta se a família tem mais alguma dúvida 					

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Inclui a família em escolhas e decisões até o ponto que desejam
- Confere se houve entendimento mútuo em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento
- Pergunta sobre a aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento
- Se apropriado, identifica outros recursos

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Pergunta se o paciente e a família têm dúvidas, preocupações ou outras perguntas
- Faz um resumo da situação
- Esclarece quando o progresso do tratamento será discutido
- Fornece meios de contato apropriados caso surjam novas perguntas a serem esclarecidas
- Agradece ao paciente e à família, e encerra a consulta

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
H. Demonstra Empatia (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O comportamento do médico é apropriado à natureza da conversa
- Demonstra compaixão e preocupação
- Identifica/qualifica/torna válidas as reações emocionais da família e do paciente
- Reage de maneira apropriada aos estímulos emocionais do paciente e da família

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Transmite com precisão a gravidade relativa à condição do paciente
- Considera a opinião de outros médicos que já trataram o paciente
- Comunica claramente a evolução esperada para a doença
- Apresenta e explica claramente as opções para cuidados futuros
- Dá informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões

O que o médico fez melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Constrói uma relação
- ☐ Abre a discussão
- ☐ Recolhe informações
- ☐ Compreende a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilha informações
- ☐ Chega a um acordo
- ☐ Conclui o diálogo
- ☐ Demonstra Empatia
- ☐ Transmite informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

O que ele poderia ter feito melhor? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ **Constrói uma relação**
- ☐ **Abre a discussão**
- ☐ **Recolhe informações**
- ☐ **Compreende a perspectiva do paciente e da família**
- ☐ **Compartilha informações**
- ☐ **Chega a um acordo**
- ☐ **Conclui o diálogo**
- ☐ **Demonstra Empatia**
- ☐ **Transmite informações precisas**

O que poderia ter feito melhor ?

***Adaptado de :** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

Contato: Anna Beatriz Amaral : beatriz_amaral@hotmail.com

Auto avaliação

Data: ____/____/____

Encontro: ☐ 1 – Neonatologia ☐ 2 – UTI Pediátrica ☐ 3 – Oncologia

Em que medida você acha que cumpre os procedimentos seguintes:

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
A. Construo uma relação (inclui o seguinte) :	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Cumprimento e demonstro interesse pelo paciente e por sua família Uso palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversa Uso tom pausado, contato visual e postura que demonstram cuidado e preocupação Reajo explicitamente às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito a suas ideias e sentimentos 					
B. Abro a discussão (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Permito ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-los Pergunto se paciente e família têm algo mais a dizer com o intuito de esgotar todas as preocupações dos mesmos Explico e/ou negocio o que será abordado naquela consulta médica 					
C. Recolho informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Dirijo-me ao paciente e a família utilizando perguntas em aberto Se necessário, esclareço detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”. Resumo a situação e dou oportunidade a família para corrigir e acrescentar informações Sigo eficazmente para perguntas adicionais 					
D. Compreendo a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Pergunto sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter afetado a saúde Elucido as crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento levadas pelo paciente e por sua família 					
E. Compartilho informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Levo em consideração o entendimento da família e do paciente sobre os problemas e o desejo por mais informação Explico usando linguagem acessível à família Pergunto se a família tem mais alguma dúvida 					
F. Chego a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Incluo a família em escolhas e decisões até o ponto que desejam Confiro se houve entendimento mútuo em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento Pergunto sobre a aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento Se apropriado, identifico outros recursos 					

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
G. Concluo o diálogo (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Pergunto se o paciente e a família têm dúvidas, preocupações ou outras perguntas
- Faço um resumo da situação
- Esclareço quando o progresso do tratamento será discutido
- Forneço meios de contato apropriados caso surjam novas perguntas a serem esclarecidas
- Agradeço ao paciente e à família, e encerro a consulta

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
H. Demonstro Empatia (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Meu comportamento é apropriado à natureza da conversa
- Demonstro compaixão e preocupação
- Identifico/qualifico/torno válidas as reações emocionais da família e do paciente
- Reajo de maneira apropriada aos estímulos emocionais do paciente e da família

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
I. Transmito informações precisas (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Transmito com precisão a gravidade relativa à condição do paciente
- Considero a opinião de outros médicos que já trataram o paciente
- Comunico claramente a evolução esperada para a doença
- Apresento e explico claramente as opções para cuidados futuros
- Dou informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões

O que você fez melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Construo uma relação
- ☐ Abro a discussão
- ☐ Recolho informações
- ☐ Compreendo a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilho informações
- ☐ Chego a um acordo
- ☐ Concluo o diálogo
- ☐ Demonstro Empatia
- ☐ Transmito informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

O que você poderia melhorar ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Construo uma relação
- ☐ Abro a discussão
- ☐ Recolho informações
- ☐ Compreendo a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilho informações
- ☐ Chego a um acordo
- ☐ Concluo o diálogo
- ☐ Demonstro Empatia
- ☐ Transmito informações precisas

O que poderia ter feito melhor ?

*Adaptado de : Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

Contato: Anna Beatriz Amaral : beatriz_amaral@hotmail.com

Avaliação dos Pais/Família

Data: ____/____/____

Encontro: ☐ 1 – UTI Neonatal ☐ 2 – UTI Pediátrica ☐ 3 – Neonatologia

Quão bem o médico do seu filho faz quando...

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
A. Constrói uma relação (inclui o seguinte) :	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">• O médico estava realmente interessado em minha família .• As palavras do médico mostraram que ele realmente se preocupava com meu filho.• O médico pareceu se importar com os nossos sentimentos e com aquilo que queríamos .• A linguagem corporal do médico mostrou que ele se preocupava com meu filho .					
B. Abre a discussão (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">• O médico nos deixou terminar de falar sem interrupções.• O médico nos perguntou sobre outras coisas que poderiam estar nos preocupando .• O médico explicou claramente o motivo de estarmos ali.					
C. Recolhe informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">• O médico não tentou forçar a conversa com suas perguntas .• O médico nos perguntou mais detalhes a respeito daquilo que dissemos.• O médico ocasionalmente repetia novamente o que tínhamos dito, de maneira resumida.• O médico não parecia nos interromper quando fazia suas próprias perguntas .					
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">• O médico perguntou sobre hábitos e histórias pessoais que poderiam afetar nossa saúde.• O médico demonstrou interesse por nossas crenças pessoais e preocupações .• O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e testes que estavam sendo realizados .					
E. Compartilha informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">• O médico perguntou o que havíamos entendido sobre a doença de nosso filho.• Nós entendemos a linguagem que o médico usou para descrever a doença do nosso filho .• O médico verificava se tínhamos alguma pergunta após cada explicação .• O médico nos deu tempo suficiente para pensar sobre o que ele disse antes de seguir em frente.					

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico nos incluiu em todas as decisões que estavam sendo tomadas.
- O médico se certificou que nós entendemos qual seria a próxima etapa.
- O médico perguntou quais eram nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão .
- O médico recorreu à ajuda externa quando necessário (por exemplo, assistente social)

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico certificou-se de que nós não tínhamos mais duvidas antes de irmos embora.
- Ao final, o médico resumiu nosso diálogo.
- O médico agendou um novo horário .
- O médico nos indicou para quem ligar no caso de mais perguntas .
- O médico mostrou um interesse real e humano em nossa família ao encerrar a consulta.

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
H. Demonstra Empatia (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico demonstrou compaixão por nossa família.
- O médico pareceu entender como nós nos sentíamos .
- O médico reagiu a nossos sentimentos de um modo compreensível para nós .

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico explicou claramente a condição de nosso filho.
- O médico explicou claramente quais eram nossas opções .
- As explicações dadas pelo médico foram boas o suficiente para tomarmos decisões importantes.

O que o médico fez melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Constrói uma relação
- ☐ Abre a discussão
- ☐ Recolhe informações
- ☐ Compreende a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilha informações
- ☐ Chega a um acordo
- ☐ Conclui o diálogo
- ☐ Demonstra Empatia
- ☐ Transmite informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

O que o médico poderia melhorar ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Constrói uma relação
- ☐ Abre a discussão
- ☐ Recolhe informações
- ☐ Compreende a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilha informações
- ☐ Chega a um acordo
- ☐ Conclui o diálogo
- ☐ Demonstra Empatia
- ☐ Transmite informações precisas

O que ele poderia ter feito melhor ?

***Adaptado de :** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

Contato: Anna Beatriz Amaral : beatriz_amaral@hotmail.com

J Avaliação linguística

Avaliação do Colega/ Avaliação do Facilitador

Data: ____/____/____

Encontro: ☐ 1 – UTI Neonatal ☐ 2 – UTI Pediátrica ☐ 3 – Oncologia

Em que medida o participante cumpre os procedimentos seguintes:

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
A. Constrói uma relação (inclui o seguinte) :	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">Cumprimenta e demonstra interesse pelo paciente e por sua famíliaUsa palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversaFala em tom pausado, faz contato visual e assume postura (corporal ?) que demonstra cuidado e preocupaçãoResponde de forma explicitamente solidária às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito às ideias e sentimentos deles					
B. Abre e mantém discussão (inclui o seguinte) Eu preferia uma formulação que mencionasse diálogo: “ Observo que “ permite” já supõe uma certa superioridade do médico ... :	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">Dialoga com o paciente e sua família, nunca interrompendo as declarações iniciais deles ? Permite ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-losIncentiva que o paciente e sua família verbalizem todas as preocupações deles ? Pergunta-se paciente e família têm algo mais a dizer com o intuito de esgotar todas as preocupações dos mesmosExplica e/ou negocia / e justifica o que será abordado/ trabalhado / tratado / avaliado naquela consulta médica					
C. Recolhe informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">Dirige-se ao paciente e a família utilizando perguntas em aberto, claramente formuladasSe necessário, esclarece detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”.Resume a situação apreendido e dá oportunidade a família para corrigir e acrescentar informaçõesSegue eficazmente para perguntas adicionais NÃO ENTENDI					
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">Conversa sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter alguma relação com a doença atualDiscute e esclarece questões levantadas pelo paciente e sua família relativas a crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento ? (observo que o “ esclarece” , assim como o “elucida” pode sugerir superioridade)					
E. Compartilha informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">Tenta satisfazer as expectativas do paciente e de sua família					

relativamente a informações sobre a doença e o tratamento prescrito ?

- Esforça-se por usar linguagem acessível ao paciente (quando possível) e à sua família (sempre)

--

<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
-------------------------	-----------------------------	------------------------	------------------------------	------------------------------

F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

- Aceita e respeita, na extensão desejada por eles, a participação de familiares em escolhas e decisões
- Faz o possível para certificar-se de que houve entendimento mútuo (não entendi o porquê do mútuo...) em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento
- Faz o possível para certificar-se de que há aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento

--

<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
-------------------------	-----------------------------	------------------------	------------------------------	------------------------------

G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte):

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

- Pergunta se o paciente e a família têm dúvidas, preocupações ou outras perguntas
- Faz um resumo da situação
- Informa quando o progresso do tratamento será discutido
- Fornece meios de contato apropriados para o caso de surgirem novas dúvidas ou preocupações
- Agradece ao paciente e à família, e encerra a consulta

--

<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
-------------------------	-----------------------------	------------------------	------------------------------	------------------------------

H. Demonstra empatia (inclui o seguinte):

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

- O comportamento do médico é apropriado à natureza da conversa
- Demonstra ~~compaixão~~ solidariedade e preocupação
- Identifica/qualifica/ e respeita ~~torna válidas~~ as reações emocionais da família e do paciente
- Responde de maneira apropriada (de novo: apropriada para quem ?) às manifestações emocionais do paciente e da família

--

<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
-------------------------	-----------------------------	------------------------	------------------------------	------------------------------

I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte):

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

- Transmite com precisão a gravidade relativa à condição do paciente
- Leva em consideração opiniões de outros médicos que já trataram o paciente
- Comunica claramente a evolução esperada para a doença
- Apresenta e explica claramente as opções para cuidados futuros
- Dá informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões

--

O que o médico faz melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

☐ Constrói uma relação
☐ Abre a discussão
☐ Recolhe informações
☐ Compreende a perspectiva do paciente e da família
☐ Compartilha informações
☐ Chega a um acordo
☐ Conclui o diálogo
☐ Demonstra empatia
☐ Transmite informações precisas |
|---|

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

O que ele poderia ter feito melhor? (Por favor assinale 3 alternativas)

☐ Construído uma relação
☐ Aberto a discussão
☐ Recolhido informações
☐ Compreendido a perspectiva do paciente e da família
☐ Compartilhado informações
☐ Chegado a um acordo
☐ Concluído o diálogo
☐ Demonstrado empatia
☐ Transmitido informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

***Adaptado de :** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

Contato: Anna Beatriz Amaral : beatriz_amaral@hotmail.com

Auto avaliação

Data: ____/____/____

Encontro: ☐ 1 – Neonatologia ☐ 2 – UTI Pediátrica ☐ 3 – Oncologia

Em que medida você acha que cumpre os procedimentos seguintes:

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
A. Construo uma relação (inclui o seguinte) :	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Cumprimento e demonstro interesse pelo paciente e por sua família Uso palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversa Falo em tom pausado, faço contato visual e assumo postura (corporal) que demonstra cuidado e preocupação Respondo de forma explicitamente solidária às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito às ideias e sentimentos deles 					
B. Abro a discussão (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Dialogo com o paciente e sua família Permito ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-los Incentivo que o paciente e sua família verbalizem todas as preocupações deles ? Explico e/ou negocio / justifico o que será abordado naquela consulta médica 					
C. Recolho informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Dirijo-me ao paciente e a família utilizando perguntas em aberto claramente formuladas Se necessário, esclareço detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”. Resumo a situação apreendida e dou oportunidade a família para corrigir e acrescentar informações Sigo eficazmente para perguntas adicionais NÃO ENTENDI 					
D. Compreendo a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Converso sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter alguma relação com a doença atual Discuto e esclareço questões levantadas pelo paciente e sua família relativas a crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento (observo que o “ esclarece”, assim como o “elucida” pode sugerir superioridade) 					
E. Compartilho informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> Tento satisfazer as expectativas do paciente e de sua família relativamente a informações sobre a doença e o tratamento prescrito Esforço-me por usar linguagem acessível ao paciente (quando possível) e à sua família (sempre) 					

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
F. Chego a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Aceito e respito, na extensão desejada por eles, a participação de familiares em escolhas e decisões .
- Faço o possível para certificar-me de que houve entendimento mútuo (não entendi o porquê do mútuo...) em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento
- Faço o possível para certificar-me de que há aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
G. Concluo o diálogo (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Pergunto se o paciente e a família têm dúvidas, preocupações ou outras perguntas
- Faço um resumo da situação
- Informo quando o progresso do tratamento será discutido
- Forneco meios de contato apropriados caso para o caso de surgirem novas dúvidas ou preocupações
- Agradeço ao paciente e à família, e encerro a consulta

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
H. Demonstro empatia (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Meu comportamento é apropriado à natureza da conversa (ser apropriado para quem ... ?
- Demonstro ~~compaixão~~ solidariedade e preocupação
- Identifico/qualifico/ e respeito as reações emocionais da família e do paciente
- Respondo de maneira apropriada às manifestações emocionais do paciente e da família

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
I. Transmito informações precisas (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Transmito com precisão a gravidade relativa à condição do paciente
- Levo em consideração opiniões de outros médicos que já trataram o paciente
- Comunico claramente a evolução esperada para a doença
- Apresento e explico claramente as opções para cuidados futuros
- Dou informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões

O que você faz melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Construo uma relação
- ☐ Abro a discussão
- ☐ Recolho informações
- ☐ Compreendo a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilho informações
- ☐ Chego a um acordo
- ☐ Concluo o diálogo
- ☐ Demonstro Empatia
- ☐ Transmito informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

O que você poderia ter feito melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Construído uma relação
- ☐ Aberto a discussão
- ☐ Recolhido informações
- ☐ Compreendido a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilhado informações
- ☐ Chegado a um acordo
- ☐ Concluído o diálogo
- ☐ Demonstrado empatia
- ☐ Transmitido informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

***Adaptado de :** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

Contato: Anna Beatriz Amaral : beatriz_amaral@hotmail.com

Avaliação dos Pais/Família

Data: ___/___/___

Encontro: ☐ 1 – UTI Neonatal ☐ 2 – UTI Pediátrica ☐ 3 – Oncologia

Quão bem o médico do seu filho faz quando...

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
A. Constrói uma relação (inclui o seguinte) :	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> O médico parecia estar realmente interessado em minha família . As palavras do médico mostraram que ele realmente se preocupava com meu filho. O médico pareceu se importar com os nossos sentimentos e com aquilo que queríamos . O olhar e a linguagem corporal do médico mostraram que ele se preocupava com meu filho . VEJAM SÓ: EM VEZ DE MOSTRARAM/MOSTRAVAM/MOSTRAM EU SEPRE USARIA “SUGERIAM” . 					
B. Abre a discussão (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> O médico nos deixou terminar de falar sem nos interromper . O médico nos perguntou sobre outras coisas que poderiam estar nos preocupando . O médico explicou claramente o que ia acontecer naquela consulta e as razões daquela consulta . 					
C. Recolhe informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> O médico não tentou forçar a conversa com suas perguntas . NÃO SEI SE ENTENDI : SERIA : Entendemos direitinho tudo o que o médico queria saber Quando necessário, o médico nos pedia mais detalhes a respeito das respostas que demos às perguntas dele . De vez em quando o médico repetia o que tínhamos dito, de maneira resumida. O médico não parecia nos interromper quando fazia suas próprias perguntas . NÃO ENTENDI 					
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> O médico perguntou sobre hábitos, acontecimentos e outras pessoas que poderiam ter alguma relação com a doença atual O médico demonstrou interesse por nossas crenças pessoais e preocupações . O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e testes que estavam sendo realizados . 					
E. Compartilha informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none"> O médico perguntou o que havíamos entendido sobre a doença de nosso filho. Entendemos TUDO O QUE O MÉDICO DISSE SOBRE a 					

doença do nosso filho .

- O médico verificava se tínhamos alguma pergunta depois de cada explicação .
- O médico nos dava tempo suficiente para pensar sobre o que ele disse antes de seguir em frente.

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico nos ouviu/incluiu em todas as decisões que estavam sendo tomadas.
- O médico se certificou que nós entendemos qual seria a próxima etapa.
- O médico perguntou quais eram nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão . OU Antes de tomar decisões , o médico nos perguntava o que achávamos do que ele propunha / OU Antes de tomar decisões , o médico discutia conosco as propostas que fazia
- O médico recorreu à ajuda externa quando necessário (por exemplo, assistente social)

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico certificou-se de que nós não tínhamos mais dúvidas antes de irmos embora.
- Ao final, o médico resumiu o que tínhamos conversado na consulta
- O médico agendou um novo horário .
- O médico nos indicou para quem ligar no caso de mais perguntas .
- O médico mostrou um interesse real e humano em nossa família ao encerrar a consulta.

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
H. Demonstra Empatia (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico demonstrou solidariedade para com nossa família.
- O médico pareceu entender como nós nos sentíamos .
- O médico reagiu a nossos sentimentos de um modo compreensível para nós . TENHO A IMPRESSÃO DE QUE ES TA QUESTÃO REPETE A ANTERIOIR

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico explicou claramente a condição de nosso filho.
- O médico explicou claramente quais eram nossas opções .
- As explicações dadas pelo médico foram boas o suficiente para tomarmos decisões importantes.

O que o médico faz melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Constrói uma relação
- ☐ Abre a discussão
- ☐ Recolhe informações
- ☐ Compreende a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilha informações
- ☐ Chega a um acordo
- ☐ Conclui o diálogo
- ☐ Demonstra empatia
- ☐ Transmite informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

O que ele poderia ter feito melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Construído uma relação
- ☐ Aberto a discussão
- ☐ Recolhido informações
- ☐ Compreendido a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilhado informações
- ☐ Chegado a um acordo
- ☐ Concluído o diálogo
- ☐ Demonstrado empatia
- ☐ Transmitido informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

***Adaptado de :** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

Contato: Anna Beatriz Amaral : beatriz_amaral@hotmail.com

K Versão final para validação

Avaliação do Colega/ Avaliação do Facilitador

Data: ____/____/____

Encontro: ☐ 1 – UTI Neonatal ☐ 2 – UTI Pediátrica ☐ 3 – Oncologia

Em que medida o participante cumpre os procedimentos seguintes:

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
A. Constrói uma relação (inclui o seguinte) :	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">Cumprimenta e demonstra interesse pelo paciente e por sua famíliaUsa palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversaFale em tom pausado, faz contato visual e assume postura corporal que demonstra cuidado e preocupaçãoResponde explicitamente às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito a ideias e sentimentos deles					
B. Abre a discussão (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">Permite ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-losIncentiva que o paciente e sua família verbalizem todas as preocupações deles.Explica e/ou negocia o que será abordado naquela consulta médica					
C. Recolhe informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">Dirige-se ao paciente e a família utilizando perguntas em abertoSe necessário, esclarece detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”.Resume a situação e dá oportunidade a família para corrigir e acrescentar informaçõesSegue eficazmente para perguntas adicionais					
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">Pergunta sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter alguma relação com a doença atualEsclarece questões levantadas pelo paciente e sua família relativas a crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento.					
E. Compartilha informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">Leva em consideração o entendimento da família e do paciente sobre os problemas e o desejo por mais informaçãoExplica usando linguagem acessível à família					

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Inclui a família em escolhas e decisões até o ponto que desejam
- Certifica-se que houve entendimento em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento
- Pergunta sobre a aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Pergunta se o paciente e a família têm outras dúvidas ou preocupações
- Faz um resumo da situação
- Informa quando o progresso do tratamento será discutido
- Fornece meios de contato apropriados caso surjam novas perguntas a serem esclarecidas
- Agradece ao paciente e à família e encerra a consulta

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
H. Demonstra empatia (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O comportamento do médico é apropriado à natureza da conversa
- Demonstra compaixão e preocupação
- Identifica/qualifica/respeita as reações emocionais da família e do paciente
- Responde de maneira apropriada as manifestações emocionais do paciente e da família

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Transmite com precisão a gravidade relativa à condição do paciente
- Considera a opinião de outros médicos que já trataram o paciente
- Comunica claramente a evolução esperada para a doença
- Apresenta e explica claramente as opções para cuidados futuros
- Dá informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões

O que o médico faz melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Constrói uma relação
- ☐ Abre a discussão
- ☐ Recolhe informações
- ☐ Compreende a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilha informações
- ☐ Chega a um acordo
- ☐ Conclui o diálogo
- ☐ Demonstra empatia
- ☐ Transmite informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

O que ele poderia ter feito melhor? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Construído uma relação
- ☐ Aberto a discussão
- ☐ Recolhido informações
- ☐ Compreendido a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilhado informações
- ☐ Chegado a um acordo
- ☐ Concluído o diálogo
- ☐ Demonstrado empatia
- ☐ Transmitido informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

***Adaptado de :** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

Contato: Anna Beatriz Amaral : beatriz_amaral@hotmail.com

Auto avaliação

Data: ____/____/____

Encontro: ☐ 1 – Neonatologia ☐ 2 – UTI Pediátrica ☐ 3 – Oncologia

Em que medida você acha que cumpre os procedimentos seguintes:

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
A. Construo uma relação (inclui o seguinte) :	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">• Cumprimento e demonstro interesse pelo paciente e por sua família• Uso palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversa• Uso tom pausado, contato visual e postura que demonstram cuidado e preocupação• Respondo explicitamente às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito a ideias e sentimentos deles					
B. Abro a discussão (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">• Permito ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-los• Incentivo que o paciente e sua família verbalizem todas as preocupações deles• Explico e/ou negocio o que será abordado naquela consulta médica					
C. Recolho informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">• Dirijo-me ao paciente e a família utilizando perguntas em aberto• Se necessário, esclareço detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”.• Resumo a situação e dou oportunidade a família para corrigir e acrescentar informações• Sigo eficazmente para perguntas adicionais					
D. Compreendo a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">• Pergunto sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter alguma relação com a doença atual• Esclareço questões levantadas pelo paciente e sua família relativas a preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento					
E. Compartilho informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">• Levo em consideração o entendimento da família e do paciente sobre os problemas e o desejo por mais informação• Explico usando linguagem acessível à família					

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
F. Chego a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Incluo a família em escolhas e decisões até o ponto que desejam
- Certifico-me se houve entendimento mútuo em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento
- Pergunto sobre a aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
G. Concluo o diálogo (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Pergunto se o paciente e a família têm outras dúvidas ou preocupações
- Faço um resumo da situação
- Esclareço quando o progresso do tratamento será discutido
- Forneço meios de contato apropriados caso surjam novas perguntas a serem esclarecidas
- Agradeço ao paciente e à família, e encerro a consulta

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
H. Demonstro empatia (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Meu comportamento é apropriado à natureza da conversa
- Demonstro compaixão e preocupação
- Identifico/qualifico/respeito as reações emocionais da família e do paciente
- Respondo de maneira apropriada as manifestações emocionais do paciente e da família

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
I. Transmito informações precisas (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- Transmito com precisão a gravidade relativa à condição do paciente
- Considero a opinião de outros médicos que já trataram o paciente
- Comunico claramente a evolução esperada para a doença
- Apresento e explico claramente as opções para cuidados futuros
- Dou informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões

O que você faz melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Construo uma relação
- ☐ Abro a discussão
- ☐ Recolho informações
- ☐ Compreendo a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilho informações
- ☐ Chego a um acordo
- ☐ Concluo o diálogo
- ☐ Demonstro Empatia
- ☐ Transmito informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

O que você poderia ter feito melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Construído uma relação
- ☐ Aberto a discussão
- ☐ Recolhido informações
- ☐ Compreendido a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilhado informações
- ☐ Chegado a um acordo
- ☐ Concluído o diálogo
- ☐ Demonstrado empatia
- ☐ Transmitido informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

***Adaptado de :** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

Contato: Anna Beatriz Amaral : beatriz_amaral@hotmail.com

Avaliação dos Pais/Família

Data: ____/____/____

Encontro: ☐ 1 – UTI Neonatal ☐ 2 – UTI Pediátrica ☐ 3 – Oncologia

Quão bem o médico do seu filho faz quando...

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
A. Constrói uma relação (inclui o seguinte) :	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">O médico parecia estar realmente interessado em minha família .As palavras do médico mostraram que ele realmente se preocupava com meu filho.O médico pareceu se importar com os nossos sentimentos e com aquilo que queríamos .A linguagem corporal do médico mostrou que ele se preocupava com meu filho .					
B. Abre a discussão (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">O médico nos deixou terminar de falar sem interrupções.O médico nos perguntou sobre outras coisas que poderiam estar nos preocupando .O médico explicou claramente o motivo de estarmos ali.					
C. Recolhe informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">O médico não tentou forçar a conversa com suas perguntas .Quando necessário, médico nos perguntou mais detalhes a respeito daquilo que dissemos.O médico ocasionalmente repetia novamente o que tínhamos dito, de maneira resumida.O médico não nos interrompeu para fazer suas próprias perguntas .					
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">O médico perguntou sobre hábitos e histórias pessoais que poderiam ter alguma relação com a doença atualO médico demonstrou interesse por nossas crenças pessoais e preocupaçõesO médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e testes que estavam sendo realizados					
E. Compartilha informações (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐
<ul style="list-style-type: none">O médico perguntou o que havíamos entendido sobre a doença de nosso filhoNós entendemos tudo o que o médico disse sobre a doença do nosso filhoO médico verificava se tínhamos alguma pergunta após cada explicaçãoO médico nos dava tempo suficiente para pensar sobre o que ele disse antes de seguir em frente.					

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico nos incluiu em todas as decisões que estavam sendo tomadas.
- O médico se certificou que nós entendemos qual seria a próxima etapa.
- O médico perguntou quais eram nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão .
- O médico recorreu à ajuda externa quando necessário (por exemplo, assistente social)

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico certificou-se de que nós não tínhamos mais duvidas antes de irmos embora.
- Ao final, o médico resumiu o que tínhamos conversado na consulta
- O médico agendou um novo horário
- O médico nos indicou para quem ligar no caso de mais perguntas
- O médico mostrou um interesse real e humano em nossa família ao encerrar a consulta.

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
H. Demonstra Empatia (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico demonstrou compaixão por nossa família.
- O médico pareceu entender como nós nos sentíamos
- O médico reagiu a nossos sentimentos de um modo compreensível para nós

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte):	☐	☐	☐	☐	☐

- O médico explicou claramente a condição de nosso filho.
- O médico explicou claramente quais eram nossas opções
- As explicações dadas pelo médico foram boas o suficiente para tomarmos decisões importantes.

O que o médico faz melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Constrói uma relação
- ☐ Abre a discussão
- ☐ Recolhe informações
- ☐ Compreende a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilha informações
- ☐ Chega a um acordo
- ☐ Conclui o diálogo
- ☐ Demonstra empatia
- ☐ Transmite informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

O que ele poderia ter feito melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- ☐ Construído uma relação
- ☐ Aberto a discussão
- ☐ Recolhido informações
- ☐ Compreendido a perspectiva do paciente e da família
- ☐ Compartilhado informações
- ☐ Chegado a um acordo
- ☐ Concluído o diálogo
- ☐ Demonstrado empatia
- ☐ Transmitido informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

***Adaptado de :** Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

Contato: Anna Beatriz Amaral : beatriz_amaral@hotmail.com