MARCELA CECI DOHMS

**Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação
clínica na atenção primária à saúde**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa de Ciências Médicas
Área de Concentração: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra Iolanda de
Fátima Lopes Calvo Tibério

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Dohms, Marcela Ceci

Videogravação de consulta como instrumento
docente para ensino da comunicação clínica na atenção
primária à saúde / Marcela Ceci Dohms. -- São Paulo,
2018.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências Médicas. Área de
Concentração: Educação e Saúde.

Orientadora: Iolanda de Fátima Lopes Calvo
Tibério.

Descritores: 1.Educação médica 2.Relação médico-
paciente 3.Comunicação em saúde 4.Avaliação
educacional 5.Atenção primária à saúde 6.Gravação em
vídeo

USP/FM/DBD-

Responsável: Kátia Maria Bruno Ferreira - CRB-8/6008

Nome: DOHMS, Marcela

Título: Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na Atenção Primária à Saúde.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências Médicas.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTO

Agradeço principalmente a todos os residentes e preceptores do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família de Curitiba que participaram da pesquisa, em especial à Carol, Diogo e Filipak.

Agradeço aos alunos que atuaram como paciente simulado, em especial aos alunos Marcelo, Gabriela, Vitória, Paulo Henrique e Jaqueline.

Algumas pessoas me apoiaram muito durante o período do doutorado e por quem tenho muita gratidão: Joseane e Francisco Mouzinho, Izabel Coelho, Carlos Cardoso e Elaine Rossi.

Agradeço à coordenação e preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro pela participação na fase 2 da pesquisa.

Agradeço imensamente à minha orientadora Profa. Iolanda Calvo Tibério, pela orientação atenciosa e afetuosa, com feedback sempre construtivo e motivador.

Um agradecimento especial ao Dr Josep Maria Bosch Fontcuberta, do Grupo de Comunicação da Sociedade Catalana de Medicina de Família, que foi que primeiro me apresentou o PBI em Barcelona e por todo seu apoio. E também ao Prof. Carlos Collares, da Universidade de Maastricht, pelas contribuições na tese e artigos

Agradeço à banca de qualificação pelas contribuições, em especial ao Prof. Gustavo Gusso pelo apoio e troca de ideias durante a pesquisa. Agradeço também à Profa. Suelly Grosseman, pela parceria e apoio desde o mestrado, e à Aline Rossi pela revisão final.

Aos grandes amigos Otto, Ronaldo, Angélica, Lys, Juliana, Leisiane, Paulo Edu, Lucio, Sil e Ivo por todo o apoio. Ao Paulo Poli pelo apoio no início do doutorado. À Dra Vera Drehmer pela parceria nos grupos de PBI e por todo seu afeto.

E agradeço à minha família, Claudia, Jubal, Michel, Noemy, Emeric e Jennifer, essenciais na minha vida, que me apoiaram desde sempre em tudo que puderam. Um agradecimento especial ao meu pai, que além de todo o apoio, ajudou na revisão e impressão e à minha mãe por todo o apoio logístico.

Agradeço ao Emeric, pela paciência nas minhas ausências e pelo suporte fundamental para a finalização da tese.

RESUMO

Dohms MC. *Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na atenção primária à saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Atualmente o vídeo tem sido considerado por alguns autores o padrão-ouro para ensino de habilidades de comunicação e o vídeo feedback (VF) tem se mostrado eficaz no treinamento de habilidades em várias áreas profissionais. Entretanto, há poucos estudos sobre os efeitos das diferentes metodologias de VF. Este estudo propõe explorar as potencialidades, desafios e efeitos do VF de filmagem de consultas em contexto real, para uma avaliação formativa em habilidades de comunicação, com médicos residentes, em um programa de Atenção Primária. Foi conduzido um estudo pré e pós teste com um grupo controle. A intervenção constituiu-se de sessões de revisão do vídeo em pequenos grupos, na metodologia de entrevista baseada em problemas, com feedback por colegas (*peer-feedback*) e com um facilitador. Os 54 (cinquenta e quatro) médicos residentes responderam questionários quantitativos e qualitativos e dois avaliadores externos analisaram em vídeo, randomicamente e às cegas, cerca de 200 (duzentas) performances dos residentes com pacientes-simulados, antes e após a intervenção. Para análise dos dados foi usado ANOVA *two-way* de medidas repetidas e para análise qualitativa foi usado análise temática de Braun e Clarke. A metodologia de VF utilizada para avaliação formativa mostrou ser bem avaliada pelos participantes e com potencial de gerar mudança de atitudes no entrevistador. Na análise qualitativa, as principais potencialidades identificadas na metodologia foram autopercepção e o feedback por pares, e as principais mudanças na prática clínica foram a melhora da comunicação não-verbal, mudanças de comportamento, abordagem mais centrada no paciente e incorporação de prática reflexiva. Houve aumento de escores, entre os tempos, relacionados à decisão compartilhada, aviso de alerta de comunicação de má notícia e disposição para apoio ao paciente. Os desafios foram a dificuldade do facilitador em conectar o vídeo feedback com o referencial teórico e o estresse inicial para gravar-se e assistir-se em vídeo. Observamos que a análise qualitativa dos dados revelou mais informações sobre os efeitos nos participantes que a análise quantitativa. Os dados observados nos resultados qualitativos não tiveram o mesmo impacto nos resultados quantitativos. Devido à

dificuldade observada em encontrar instrumentos adequados e validados para avaliar habilidades de comunicação, foi realizada em uma etapa posterior, a tradução e adaptação transcultural para o português falado no Brasil do instrumento *Calgary-Cambridge Observation Guide* (CCOG), com análise psicométrica. Concluímos que há uma dificuldade nos questionários em mensurar competências atitudinais e aspectos mais subjetivos de comunicação. Sugere-se mais estudos com aprofundamento na definição de parâmetros dos itens subjetivos de avaliação, conforme as competências exigidas para cada fase da formação médica. Concluímos também que para uma metodologia de VF efetiva é importante estimular a autoavaliação com uma prática reflexiva, feedback por pares focado em reforço positivo na busca de estratégias, além de um facilitador cuidadoso em relação a psicologia do aprendiz, com habilidade de conectar o feedback com uma teoria de comunicação abordada previamente. A versão brasileira do CCOG mostrou confiabilidades aceitáveis nos indicadores psicométricos, incluindo no modelo multifacetado de Rasch e assim, um instrumento adequado para auxiliar no ensino e avaliação de habilidades de comunicação no Brasil.

Descritores: educação médica; relação médico-paciente; comunicação em saúde; avaliação educacional; atenção primária à saúde; gravação em vídeo.

ABSTRACT

Dohms MC. *Video recording of consultations used as an instrument to teach clinical communication in primary care*. [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018

Currently, video recordings of medical consultations have become the standard teaching approach to communication skills, and video feedback has shown to be effective in skills training in many professional areas. However, researches on the effects of different video-based feedback methodologies remains scarce. This study proposes to explore the potentials, challenges, and effects of video-based feedback methodology in real contexts for the formative assessment of communication skills of medical residents in a primary health care program. We conducted a pre/post study with a control group. The intervention was video feedback sessions with peer-feedback. Before and after the intervention, medical residents 54 (fifty four) answered quantitative and qualitative questionnaires and two raters blind assessed about 200(two hundred) video-recorded clinical examinations with simulated patients, who also scored the performances. For the data analysis, we used ANOVA two-way and for the qualitative analysis, we used the Braun and Clarke framework for thematic analysis. This video feedback methodology showed to be a well-accepted formative assessment. The main potentialities identified were self-perception and peer-feedback. The main effects in the residents' medical practice was a better patient-centered approach, with increased scores mainly in good listening, decision-sharing, and patient support. Improvements were reported in non-verbal communication, behavior changes, and incorporation of reflective practices. Some of the challenges were the difficulty of the coordinator to link the video feedback with theoretical references and the initial stress to record and watch oneself in video. During the study, we did not find adequate and validated instruments to assess communication skills, and so in stage 2 we developed the translation and transcultural adaptation to Brazilian Portuguese of the *Calgary-Cambridge Observation Guide* (CCOG). This study did not find instruments that completely answered the assessment necessities regarding training in clinical communication. Further researches about assessment tools are thus required, as discussion about competence parameters in subjective items in assessment.

The qualitative analysis revealed more information about the effects in communication skills than the quantitative analysis. We observed that there is a difficulty in questionnaires assessing attitudinal competences and subjective aspects in communication. We conclude that for an effective video-based feedback it becomes important to promote self-evaluation alongside reflective practices, peer-feedback focused in positive reinforcement and pursuing strategies, and a supervisor attentive to the learner's psychology and able to relate the feedback with a well-defined communication theory. The Brazilian CCOG version showed acceptable reliability in the Rasch model indicators and could be part of a systematic assessment of communication skills in Brazil.

Descriptors: medical education; doctor-patient relationship; communication health; primary health care; educational evaluation; video recording.

Listas de Figuras

Figura 1 – Roda do Currículo de Comunicação	30
Figura 2 – Descrição da pirâmide de Miller.....	35
Figura 3 – Critério do <i>Royal College of Physician</i>.....	36
Figura 4 – Tarefas da consulta de <i>Neighbour</i>.....	37
Figura 5 – Escala de avaliação de consulta de <i>Pendleton</i>.....	38
Figura 6 – Escala PPOS traduzida.....	40
Figura 7 – Autoavaliação de <i>Pendleton</i>.....	41
Figura 8 – Informações ao solicitar consentimento.....	51
Figura 9 – Guia para revisão efetiva de videogravações.....	52
Figura 10- O Método de Visualização Global.....	54
Figura 11 - Resumo do Procedimento de Coleta de Dados.....	71

Listas de Tabelas

Tabela 1 - Fases de análise temática de Braun e Clarke.....	77
Tabela 2 – Resumo da metodologia da etapa 2.....	80
Tabela 3 - Estatísticas Descritivas do questionário CARE.....	82
Tabela 4 – Resultados questionário CARE.....	83
Tabela 5 - Estatísticas Descritivas da escala Jefferson	85
Tabela 6 – Resultados de efeitos da Escala Jefferson	86
Tabela 7 - Estatísticas Descritivas do Questionário PPACP (Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa)	90
Tabela 8 – Resultados de efeitos do Questionário PPACP (Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa)	91
Tabela 9 - Estatísticas Descritivas do Questionário- Checklist A – baseado no CCOG.....	93
Tabela 10 – Resultados de efeitos do Questionário- Checklist A – baseado no CCOG.....	94
Tabela 11 - Estatísticas Descritivas do Questionário- Checklist B – baseado no protocolo SPIKES.....	96
Tabela 12 – Resultados de efeitos do Questionário- Checklist B – baseado no protocolo SPIKES.....	97
Tabela 13 – Agrupamentos das sentenças em unidades temáticas.....	100
Tabela 14 –Temas de consultas em vídeo que mais provocaram mudanças na prática diária.....	106
Tabela 15 – Resultado dos domínios nas diferentes Estações.....	108
Tabela 16 - Tabela Indicadores pelo modelo multifacetado de Rasch.....	110
Tabela 17 - Coeficientes alfa de Cronbach considerando-se todas as perguntas do bloco.....	110
Tabela 18 - Coeficientes de correlação intraclasse (ICC) para cada domínio (em porcentagem).....	112
Tabela 19 - Resultado dos domínios nas diferentes Estações.....	112
Tabela 20 - Coeficientes de confiabilidade no modelo de multifacetado de Rasch..	113
Tabela 21 - Índices de bondade de ajuste ao modelo multifacetado de Rasch.....	113

Listas de Quadros

Quadro 1: - Avaliação do papel de facilitador (ou monitor) de uma sessão formativa através do comentário de vídeogravações.....	65
Quadro 2 - Resumo dos instrumentos usados nas estações de OSCE:	73
Quadro 3 - Abertura da Consulta.....	115

Listas de Gráficos

Gráfico 1 - Gráficos do perfil da Questão 2.....	84
Gráfico 2 - Gráficos de perfil da Questão 10:.....	85
Gráfico 3 - Gráficos de perfil da Questão 5.....	89
Gráfico 4 - Gráficos de perfil do Somatório de questões.....	90
Gráfico 5 - Gráficos de perfil da Questão 9.....	93
Gráfico 6 - Gráficos de perfil da Questão 4.....	98
Gráfico 7 - Gráficos de perfil da Questão 14.....	99
Gráfico 8 – Dispersão das confiabilidades individuais.....	114

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABIM	<i>American Board of Internal Medicine.</i>
APS	Atenção Primária à Saúde.
CCOG	<i>Calgary-Cambridge Observation Guide</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i> , Índice de Ajuste Comparativo.
ESF	Estratégia Saúde da Família
MVG	Método de Visualização Global
PBI	<i>Problem Based Interviewing</i>
PPACP	Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa
PPOS	<i>Patient-practitioner orientation scale</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i> , Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação.
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i> , Índice de Tucker-Lewis.
WRMR	<i>Weighted Root Mean Square Residual</i> , Raiz Quadrada Média Residual ponderada.

Sumário

1. Introdução.....	18
1.1 O ensino de comunicação clínica na formação médica.....	18
1.1.1 Por que ensinar comunicação clínica?	20
1.1.2 O que ensinar?.....	26
1.1.2.1 Consensos e recomendações sobre comunicação no ensino médico.....	29
1.1.3 Como ensinar?	33
1.1.4 Como avaliar?	34
1.1.4.1 Avaliação tipo OSCE (<i>Objective Structured Clinical Examination</i>).....	41
1.2 O uso do vídeo feedback como instrumento docente de comunicação clínica.....	42
1.2.1 Histórico e panorama atual.....	42
1.2.2 Vantagens e desvantagens do vídeo.....	44
1.2.3 O vídeo feedback como parte de um programa educativo.....	46
1.2.4 Recursos necessários.....	47
1.3 Como fazer vídeo feedback?.....	48
1.3.1 O preparo da videogravação de consultas.....	48
1.3.1.1 Que tipo de consultas gravar?.....	48
1.3.1.2 Termo de consentimento.....	50
1.3.2 A sessão de vídeo feedback.....	52
1.3.2.1 Recomendações gerais para sessões de vídeo feedback.....	52
1.3.2.2 Métodos de revisão e análise do vídeo.....	53
1.3.2.2.1 Método de Visualização Global.....	53
1.3.2.2.2 PBI.....	55
1.3.3 O feedback	56
1.3.3.1 Princípios do feedback de Pendleton.....	56
1.3.3.2 Princípios para um feedback ALOBA.....	57
1.3.3.3 Desenvolvimento de uma sessão de vídeo na metodologia PBI e com feedback ALOBA.....	60
1.3.3.4 O papel do facilitador da sessão.....	64
2 Objetivos.....	67

3 Casuística e Métodos.....	68
3.1 Aspectos éticos.....	68
3.2 Desenho, cenário e participantes.....	68
3.3 A intervenção – Sessões de vídeo feedback de consulta médica.....	72
3.4 Instrumentos de Coleta das Informações.....	73
3.4.1 Escala de avaliação de Empatia - <i>Consultation and Relational Empathy</i> (CARE).....	74
3.4.2 Escala Jefferson de Empatia.....	75
3.4.3 Questionário PPACP (Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa) para o médico.....	75
3.5 Análise dos dados	76
3.6 Metodologia da Etapa 2	78
4. Resultados.....	82
4.1 Resultados da Etapa 1.....	82
4.1.1 Resultados quantitativos	82
4.1.2 Resultados qualitativos	99
4.2 Resultados da Etapa 2.....	108
4.2.1 Estatísticas descritivas das perguntas, coeficientes Alfa de Cronbach e coeficiente de correlação intraclasse:.....	108
4.2.2 Análise da correlação entre os domínios.....	112
4.2.3 Análise pelo modelo multifacetado de Rasch.....	113
5 Discussão.....	117
5.1 Discussão etapa 1.....	117
5.1.1 Discussão dos resultados quantitativos.....	117
5.2 Discussão etapa 2.....	130
6 Conclusão.....	134
6.1 Conclusão etapa 1	135
6.2 Conclusão Etapa 2	136
Referências.....	137
Apêndices.....	149
Apêndice A – Estação de avaliação prática tipo OSCE.....	150
Apêndice B – Questionários para avaliação dos vídeos das estações OSCE.....	151

Apêndice C – Questionário da pesquisa para médicos residentes após as sessões de PBI:.....	153
Apêndice D - Termo de Consentimento para a pesquisa Etapa 1.....	154
Apêndice E – Consentimento informado para autorização de registro em vídeo da entrevista médica	157
Apêndice F - Termo de consentimento para a pesquisa etapa 2.....	158
Apêndice G - Comunicação por e-mail com os autores do instrumento da etapa 2 solicitando permissão para validação e verificando se outro pesquisador já havia validado o questionário no Brasil.....	160
Anexos.....	162
Anexo A – Escalas e questionários de autopreenchimento pelos médicos residentes nas estações OSCE.....	162
Anexo B – Escalas respondida pelo paciente simulado.....	164
Anexo C - Guia calgary-cambridge resumido original em inglês.....	166
Anexo D - Parecer Consubstanciado do CEP /Curitiba.....	168
Anexo E – Parecer Consubstanciado do CEP /RJ.....	171
Anexo F - Parecer Consubstanciado do CEP /SP.....	176

1 INTRODUÇÃO

1.1 O ensino de comunicação clínica na formação médica

Na sua pesquisa qualitativa de mestrado, a pesquisadora concluiu que as principais potencialidades no ensino de habilidades de comunicação encontradas nas escolas médicas estudadas (Brasil, Espanha e Holanda) foram a aprendizagem por modelos, treinamento com pacientes simulados e o uso da videogravação, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) um ambiente privilegiado desse ensino (DOHMS, 2011). Nesta pesquisa de doutorado, dando continuação aos resultados encontrados em sua pesquisa anterior, busca-se investigar sobre o uso do vídeo feedback para avaliação formativa de habilidades de comunicação, utilizando consultas reais, com revisão e análise do vídeo em grupo com colegas, na metodologia de Entrevista Baseada em Problemas (*Problem Based Interviewing- PBI*).

Partimos do pressuposto que a comunicação faz parte de todos os processos de interação de um profissional de saúde, em diferentes contextos e diferentes culturas e que é um instrumento que deve fazer parte das ferramentas essenciais na formação médica (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). A comunicação tem o poder de causar dano como um bisturi com as palavras ou de ampliar a escuta como um estetoscópio. E sem saber como usá-la adequadamente não é possível ser um bom médico.

A origem da palavra “comunicação” vem do latim *communicare*, e tem o sentido de “compartilhar, participação em comum” (CLÈRIES, 2006). A comunicação em saúde é um termo bem abrangente, que inclui a comunicação individual com os pacientes, seus familiares, com os colegas de profissão, com colegas de outras profissões, envolvendo tanto a comunicação escrita como a comunicação oral em diálogos presenciais ou por telefone. Abrange ainda a comunicação em apresentações em conferências profissionais e até a comunicação com a mídia (VON FRAGSTEIN et al, 2008).

O termo comunicação clínica se refere principalmente à comunicação entre profissional de saúde e paciente. Neste estudo, o foco será a comunicação na relação médico-paciente que ocorre no contexto da entrevista clínica durante uma consulta, que é o ato central da Medicina. Assim, os termos comunicação clínica e comunicação

médico-paciente serão usados nesse estudo para se referir ao compartilhamento de informações e emoções que ocorrem nesta interação médico-paciente, englobando os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para uma comunicação médica efetiva, tanto na graduação, pós-graduação e educação permanente.

Habilidades de comunicação é um termo menos amplo, e que vem sendo cada vez mais usado na literatura, se refere às aptidões necessárias para um aprendiz desenvolver uma boa comunicação dentro de um currículo formal. Do dicionário a palavra Habilidade: "1. Qualidade daquele que é hábil; 2. Capacidade, inteligência; 3. Destreza; 4. Astúcia; 5. Aptidão" (AURÉLIO, 2011). Foi escolhido usar a palavra “paciente”, por ser historicamente o mais comum e aceito entre os profissionais (CLÈRIES, 2006), mas com a concepção de um ser ativo e não passivo, como a palavra pode subentender. Este termo foi preferido a outros que vêm sendo utilizados, como “usuário” ou “cliente”, porque estes podem trazer a noção de consumidor de serviços e esse estudo quer se referir ao sujeito da relação (ENTRALGO, 2003).

Alguns dicionários definem relacionamento como: ter comunhão, envolver-se com alguém ao ponto de compartilhar experiências, é aprender com o outro (AURÉLIO, 2011). Como em qualquer relacionamento humano, todos têm a tarefa de tentar compreender o outro e buscar ser compreendidos. E mais que compartilhar, comunicar-se é também arriscar. Somente compartilha quem se dispõe a arriscar-se. Começar a saber algo do outro é, em primeiro lugar, colocar em dúvida o que já se sabe ou o que se crê saber por terceiras pessoas e processar por si mesmo a informação. É estar aberto à surpresa (BORRELL-CARRIÓ, 2012).

Esse estudo pretende olhar para o ensino da comunicação clínica, englobando o estudo de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao processo de ensino-aprendizagem para uma comunicação efetiva na formação médica, com atenção especial ao contexto da Atenção Primária à Saúde. E dentro do ensino da comunicação clínica, esse estudo focará a atenção para o uso de um instrumento relativamente ainda pouco utilizado, mas considerado por alguns autores como o “padrão-ouro de ensino de comunicação”, que é o vídeo (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005; HAMMOUD et al, 2012). No contexto do ensino na pós-graduação, modalidade Residência Médica, na Atenção Primária à Saúde, será investigado em especial o uso de feedback em grupo, de videogravações de consultas com pacientes reais, na metodologia PBI (*Problem Based Interviewing*).

1.1.1 Por que ensinar comunicação clínica na formação médica

Apesar da grande importância da comunicação com os pacientes, ainda é muito comum os médicos priorizarem o conhecimento técnico-científico de doenças em relação ao conhecimento de competências comunicacionais. Diante de doenças graves ou quando se salva vidas, o distanciamento na relação pode parecer um detalhe pouco significativo. O médico humanista é visto, muitas vezes, como menos eficiente (MARTINS; KIRA, 2004).

O panorama atual observado nos estudos em relação à comunicação clínica é de que, apesar do aumento de tecnologia, há uma insatisfação grande tanto por parte dos pacientes e dos médicos. Os pacientes insatisfeitos com seus médicos e os médicos frustrados em relação a sua profissão (MCWHINNEY, 1989). É o que Schraiber (2008) chama de crise atual dos vínculos de confiança, a partir de seu estudo com médicos brasileiros. A comunicação médico-paciente atualmente é como um “diálogo de surdos”, os dois falam, mas não se ouvem (SCHRAIBER, 2008).

Em geral há uma relação assimétrica entre médicos e pacientes, em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). A partir da grande insatisfação dos pacientes, muitos pesquisadores se aprofundaram no tema para tentar entender melhor essa problemática. Ao analisar entrevistas clínicas, foram observados vários problemas na comunicação médico-paciente.

A dificuldade de os médicos ouvirem seus pacientes é tanta, que pesquisas mediram que 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos, em média, em 15 a 20 segundos após início da explicação do motivo de consulta. E observou-se que quando o paciente não é interrompido, em geral o paciente para de falar sozinho em torno de dois minutos. E que quando o paciente consegue falar sem ser interrompido, aumenta a probabilidade que ele revele os seus medos e preocupações (BECKMAN; FRANKEL, 1984; RABINOWITZ, 2004). Vários autores reforçam a importância do valor simbólico do primeiro minuto da entrevista sem interrupção. Os primeiros minutos são cruciais para reconhecer e demonstrar que o paciente é o centro do ato clínico, e não papéis ou a tela do computador (BORRELL-CARRIÓ, 2012).

Pode-se observar que há também uma grande dificuldade relacionada ao entendimento dos motivos de consulta do paciente. Em um estudo, verificou-se que 54% das queixas dos pacientes não são detectadas pelos profissionais e que em 50% das

consultas, profissionais e pacientes não estão de acordo sobre o motivo principal da consulta (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Nas pesquisas foi constatado que o paciente era desencorajado a falar sobre suas preocupações, expectativas e sua percepção sobre o adoecimento. Suas crenças e o impacto social, emocional e físico que a doença acarretava em sua vida também não eram levados em consideração (MAGUIRE; FAIRBAIRN; FLETCHER, 1986).

As pesquisas com revisão de processo por erro médico verificaram que o principal motivo de abertura de processos, em média 70%, deve-se a conflitos na comunicação entre médicos e pacientes e não por problemas de competência clínica. Esses dados confirmam a importância do tema da comunicação clínica para os médicos e para a sociedade. (PENDLETON et al, 2011; LEVINSON et al, 1997). De nada adianta uma consulta onde o médico fez um excelente diagnóstico, um tratamento baseado nas últimas evidências científicas e solicitou exames de alta tecnologia, se o paciente não confiar no médico ele não fará os exames, não seguirá o tratamento, e ainda irá procurar outro profissional. E se houver dificuldades maiores na comunicação e entendimento, o paciente pode comunicar a seus amigos e familiares sobre a insatisfação em relação ao médico e algumas vezes até mesmo levar essas queixas para órgãos de ouvidoria e processos (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

Em um estudo observacional em três municípios baianos com participação de 20 médicos, cada profissional teve, em média, vinte consultas observadas e gravadas em áudio. Na maioria das consultas, observou-se que não havia explicação adequada do diagnóstico, sem esclarecimento do problema ao paciente e sem decisão compartilhada da conduta. O estudo relata, ainda, que quando a queixa continha um fator psicossocial relevante, este não era incorporado à sua investigação e compreensão, o que foi observado em todos os médicos (FRANCO; BASTO; ALVES, 2005).

Os médicos com aperfeiçoamento em comunicação conseguem orientar melhor seus pacientes e assim, apresentam pacientes que manejam melhor seus medicamentos e consequentemente, com melhores resultados de tratamento (LLOYD; BOR, 2009). Um médico com uma boa relação com seus pacientes e bom comunicador é mais seguro. Estudos observaram que ele comete menos erros clínicos e há menos queixas por má prática. Por tudo isso e por apresentarem melhores relações de trabalho em equipe, há aumento de satisfação no trabalho, diminuição do estresse e isso está relacionado à prevenção de *Burnout* (STEWART et al, 2010; KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

A síndrome de *Burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional é cada vez mais comum entre os médicos. Há sensação de esgotamento físico e emocional que se reflete em atitudes negativas, que pode levar a afastamentos do trabalho, agressividade, ansiedade e depressão (MASLACH; JACKSON, 1981). Um profissional mais seguro e tranquilo, poderá também evitar a medicalização. Através da construção de um bom vínculo de confiança, o paciente pode entender e aceitar mais facilmente a prevenção quaternária (NORMAN, TESSER, 2010; JAMOULLE, 2010).

Outros estudos demonstraram também que os profissionais que apresentam uma abordagem centrada no paciente, ao invés de na enfermidade, tiveram pacientes com resultados de saúde mais positivos comparada aos modelos tradicionais de abordagem. Nesse caso, os pacientes apresentavam diminuição da utilização dos serviços de saúde, aumento de satisfação, menos queixas por má-prática, melhora da aderência aos tratamentos, redução de preocupações, melhora da saúde mental, redução de sintomas e melhora da recuperação de problemas recorrentes (STEWART et al, 2010).

A abordagem das preocupações do paciente influencia fortemente o resultado da consulta. Em um estudo em que foram analisadas 716 consultas que envolviam a queixa de dor de garganta, observou-se que os pacientes que melhoraram mais rapidamente, foram aqueles que tiveram suas preocupações mais bem abordadas pelos médicos (LITTLE et al, 2001). Aumentar o envolvimento do paciente na consulta, desde o processo diagnóstico até as decisões a respeito do manejo do problema de saúde, afetam o resultado da consulta (PENDLETON et al 2011).

Vários autores vêm discutindo a importância da comunicação na prática médica e da necessidade de maior atenção e aperfeiçoamento no que alguns chamam de “Arte da Medicina”. Arte, talvez, porque se refere aos aspectos subjetivos das relações humanas, que se contrapõem ao campo mais palpável da objetividade científica. Entretanto, quando nos referimos aos aspectos relacionais subjetivos apenas como “arte”, parece que se vincula à sorte de ter ou não um “dom” para as relações. Certamente que há muito de arte no que ocorre nas relações médico-paciente, mas é importante enfatizar que não apenas arte, e sim muito de conhecimento científico, como uma tecnologia das relações, e prática de habilidades que podem ser aperfeiçoadas com técnicas e práticas. Essa tecnologia do conhecimento das relações é chamada por alguns autores de “tecnologia leve” ou “tecnologia leve-dura”, que seria a produção das relações entre dois sujeitos, em contraposição à tecnologia-dura, baseadas em equipamentos (MERHY; FRANCO, 2003).

A Medicina pode ser entendida como Arte também no sentido de Artesão, de um profissional aprender uma habilidade manual especializada na sua prática. Por outro lado, é preciso cuidar para não reduzirmos a comunicação clínica a uma atividade meramente técnica instrumental de prática de habilidades e minimizar demais a subjetividade humana que existe em cada médico, em cada paciente e em cada relação entre eles. O profissional não pode estar mais interessado nas técnicas que deve realizar e enfermidades do que nas pessoas, que não são apenas “portadoras de doenças” (BORRELL-CARRIÓ, 2012). As estratégias de ensino podem ajudar a que cada profissional conheça melhor suas próprias zonas de irritabilidade nas relações interpessoais. Entretanto, não adianta apenas técnicas, pois na ausência de um real interesse pelos problemas de uma determinada pessoa, o mais provável é que, por exemplo, uma empatia verbal pareça um ato mecânico incapaz de tocar o paciente (BORRELL-CARRIÓ, 2012).

O tema da comunicação médico paciente já era discutido desde a Grécia Antiga. Os gregos já diziam que antes da ajuda técnica, a relação entre médico e doente deve ser amigável (ENTRALGO, 2003). Lain Entralgo, um médico, historiador, escritor e filósofo espanhol, enfatizava a importância do olhar, da palavra, do silêncio e do contato manual. Para comunicar-se com seu paciente, o médico olha, fala, escuta, coloca suas mãos e emprega os mais diversos instrumentos exploratórios e terapêuticos (ENTRALGO, 2003). Hipócrates afirmava que o médico deve ter 3 saberes: 1. Conhecer a doença, 2. Para isso, saber quem é a pessoa que está doente, 3. Saber porque o remédio atua curando a enfermidade (ENTRALGO, 2003).

Em *Corpus hippocraticum*, para o médico conquistar a confiança do doente deve:

“Vestir-se com limpeza e se perfumará discretamente, ser honesto e regular em sua vida, humanitário em seu trato, sem chegar a ser jocoso e sem deixar de ser justo, evitará a excessiva austeridade, se encontrará sempre dono de si. Deve ser sério sem rebuscamento, pronto na resposta, difícil na contradição, penetrante e conversador nas concórdias, moderado com todos e silencioso na turbulência....” (ENTRALGO, 2003)¹.

O bom médico seria aquele que apresenta uma “simpatia vital”, que é acolhedor, que faz com que as pessoas sintam-se confortáveis e à vontade. Além disso, com boa capacidade de observação comparativa, boa imaginação e disposição constante para praticar o benefício (ENTRALGO, 2003). Platão também já afirmava que a arte de

¹Tradução nossa.

curar só chega à perfeição individualizando o diagnóstico e o tratamento do paciente. Os recursos para isso seriam observar, olhar, conversar, conhecer a história de vida, fazer-se compreender e ser compreendido (ENTRALGO, 2003).

Entralgo (2003) entende que em toda consulta é preciso que o médico possa responder à três questões em relação aos motivos do paciente: Por que o paciente resolveu procurar ajuda médica pelo que lhe ocorre? Como o paciente chegou a sentir-se doente? Como o paciente respondeu ao fato de sentir-se doente? Além disso, três questões relacionadas aos motivos do médico: Como o médico se sente e realiza sua condição de médico? Como é o médico como pessoa? E como o médico se sente frente ao paciente que vai atender? (ENTRALGO, 2003). Essas questões demonstram a grande importância de uma boa relação médico-paciente e são geralmente pouco discutidas na Educação Médica. Os grandes médicos de todos os tempos tinham em comum um grande interesse e perspicácia na observação das emoções humanas. Por exemplo, Wilian Osler, que era médico e filósofo, além de historiador e escritor canadense, conhecido como um dos médicos mais influentes da sua época, em torno da década de 1890, demonstrava grande preocupação com o humanismo na Medicina (LIBRARY AND ARCHIVES CANADA, 2011).

Apesar da interação médico-paciente ser atividade essencial do trabalho médico, ainda é pouco valorizada na formação médica e mal avaliada pelos pacientes. As pesquisas mostram que a insatisfação maior dos pacientes em relação aos médicos se refere às dificuldades de comunicação médico-paciente (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Os modelos e métodos convencionais na educação médica tradicional têm demonstrado não preparar adequadamente para os desafios diários da vida profissional (MCWHINNEY, 1989) e as escolas médicas parecem estar cegas ou míopes frente aos problemas atuais referentes à relação médico-paciente (ENTRALGO, 2003).

Muito médicos apresentam grande incapacidade de desenvolver relações empáticas e demonstram frieza e distanciamento nas suas relações com os pacientes, talvez aprendido no currículo oculto na sua formação ou como um mecanismo de defesa por não saber lidar com seus próprios sentimentos de medos e angústias diante do sofrimento dos pacientes. Frequentemente os médicos não se aproximam emocionalmente do paciente para não sofrer. Muitas vezes se isolam, podendo até perder a capacidade de lidar com suas emoções e conflitos (MARTINS; KIRA; 2004).

Um estudo de coorte de 2004 a 2008, com 229 alunos, ilustra bem essa afirmação. Foi aplicado um questionário de empatia, a escala Jefferson de empatia, em

estudantes desde o primeiro ao último ano em uma escola médica nos Estados Unidos. Observou-se que os escores de empatia foram diminuindo entre 73% dos estudantes ao longo do curso e aumentando o que eles chamaram de escores de cinismo. Ou seja, os alunos entraram na universidade melhor do que saíram em relação à capacidade empática. O maior declínio foi entre os homens. Nesse estudo os escores mais altos de empatia ocorreram entre alunos que buscavam especialidades orientadas para pessoas (medicina de família, clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia) comparada com especialidades orientadas para tecnologia (anestesiologia, patologia, radiologia, cirurgia, ortopedia cirúrgica). Observou-se também que os que iniciaram com baixos escores perderam mais empatia comparados com os que começaram com escores mais altos. As hipóteses explicativas para isso estão relacionadas à falsa ideia de que empatia não tem importância no ensino para a prática médica. A Educação Médica atual tem dado pouca ênfase a esse tema e os modelos de comportamento e atitudes que os alunos observam nos professores e médicos como currículo oculto, transmitem ensinamentos de distanciamento afetivo e podem levar à interpretação de que o envolvimento interpessoal no cuidado do paciente deve ser evitado (HOJAT et al, 2009).

Apesar dos principais estudos no tema da comunicação clínica serem de fora do Brasil, podemos correlacionar com a realidade brasileira, pois as deficiências encontradas na formação médica nos estudos brasileiros são semelhantes às encontradas na literatura internacional, principalmente de que os alunos são pouco capacitados para obtenção de dados sociais e psicológicos nas entrevistas médicas (MAGUIRE, 1976; BALLESTER, 2009; BALLESTER et al, 2011).

A qualidade da entrevista e da relação médico-paciente está muito relacionada às habilidades do profissional para conhecer e manejar o processo de comunicação (BORRELL-CARRIÓ, 2012). Consequentemente, para melhorar a comunicação clínica atual, é preciso mudanças na formação médica, com apropriação de tecnologias específicas, devido a sua alta complexidade (TURINI et al, 2008). Para isso, as habilidades comunicacionais não devem ser consideradas complementares nem opcionais e sim centrais para uma comunicação efetiva em saúde (DENT; HARDEN, 2009).

1.1.2 O que ensinar?

Os médicos, em geral, têm grande dificuldade para compreender os aspectos mais subjetivos do ser humano. Acostumados a ouvir e palpar, tendem a não acreditar em nada que não possa ser tocado ou percebido pelos órgãos sensoriais (BALINT, 2005).

Uma boa comunicação médico-paciente reflete no paciente tanto na satisfação da consulta, como em melhora da adesão ao tratamento. Observou-se quando os médicos conseguiam ouvir mais, permitiam que o paciente fizesse perguntas e entendiam as suas expectativas em relação à consulta, os pacientes apresentavam melhora das taxas de adesão. (PENDLETON et al, 2011). Saber usar técnicas de comunicação adequadas, como entrevista motivacional, para tomada de decisão compartilhada e motivar o paciente para mudanças, diminui as resistências e melhora as chances de um paciente modificar um estilo de vida ou comportamento (ROLLNICK et al, 2009; MILLER; ROLLNICK, 2001).

Vários estudos concluíram que há correlações positivas entre satisfação do paciente e alguns aspectos do comportamento do médico. As principais características observadas foram: fornecer mais informações, expressar sentimentos afetuosos e cortesia, utilizar o humor, escutar mais, facilitar para o paciente falar, abordar preocupações e expressar apoio, confirmar, parafrasear e mostrar entendimento e preocupação (PENDLETON et al, 2011).

Pouco se ensina também sobre comunicação não-verbal e a arte de saber ouvir, com uma escuta ativa e qualificada. Pouco se discute sobre a importância dos silêncios e os alunos e médicos tendem a se sentir ansiosos diante do silêncio dos pacientes em momentos de relatos de situações com alto conteúdo emocional. Borrell-Carrió enfatiza a importância de sentir-se confortável com os silêncios (BORRELL-CARRIÓ, 2012).

A maioria dos recursos de comunicação não-verbal são pouco discutidos no currículo formal aos estudantes de medicina, o que deixa esse aprendizado baseado na escolha de exemplos médicos. O contato visual é um exemplo, que pode se relacionar muito com vínculos de confiança com o paciente. Outro recurso ainda é o toque, que quando usado de maneira adequada, no momento adequado, pode ajudar na conexão empática na relação médico-paciente. Interessante observar a correlação de satisfação do paciente com a utilização do humor pelo médico, pois é um recurso raramente discutido na formação médica. Há benefícios também para o médico que desenvolve uma

comunicação efetiva. Permitir que o paciente faça perguntas, aumenta a captação de informação entendida, consequentemente, facilita a obtenção de informações com mais facilidade e qualidade, o que leva a um diagnóstico mais preciso (especialmente em relação a problemas com um elemento psicológico) (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

Em um estudo com mais de 2000 entrevistas em atenção primária, observou-se que a maioria dos profissionais de saúde tendiam para um estilo “centrado no entrevistador”. Identificou-se que o paciente não podia expressar todas as suas preocupações porque o entrevistador controlava a cada momento o que desejava que o paciente lhe dissesse (BYRNE; LONG, 1976).

Carl Rogers, psicólogo, observou as relações entre psicólogos e seus pacientes, estudou os fundamentos da abordagem centrada na pessoa. Concluiu em seus estudos que a base da relação terapêutica é o “senso de comunicação” alcançado na relação empática, onde o profissional precisa ser sensitivo aos significados dos sentimentos que fluem na outra pessoa a cada momento (ROGERS, 1979).

Levenstein, médico sul-africano, em 1982, foi questionado por uma estudante de medicina a respeito da sua técnica de relação médico-paciente, que era muito diferente da que ela conhecia do hospital. Buscando responder à estudante e entender melhor esse tema, ele gravou 1000 consultas próprias, buscando perceber quais intervenções eram efetivas e não efetivas. Percebeu que quando ouvia os medos e expectativas dos pacientes, tinha intervenções mais efetivas. A partir de então, procurou-se desenvolver um método que pudesse ser praticado pelos médicos. Desenvolveu assim a abordagem da “Medicina centrada na pessoa”, como foi traduzida no Brasil (STEWART et al, 2010).

O modelo foi pensado no contexto da Medicina de Família, mas pode ser aplicável para todas as disciplinas da medicina e outras profissões da saúde. Esse modelo apresenta 4 componentes em um método clínico que envolvem abordar a exploração da experiência da doença, a compreensão da pessoa como um todo em seu contexto pessoal, familiar comunitário e social, a busca de um plano comum e o fortalecimento da relação médico-paciente. Propõe uma relação em que o profissional de saúde promove uma relação de cooperação e busca abordar as preocupações do paciente, suas ideias sobre o que lhe ocorre, levando em conta as expectativas e experiências pessoais e culturais da vivência da enfermidade, utilizando o conceito de *illness* (STEWART et al, 2017; KLEINMAN, 1988).

Michel Balint, psicanalista inglês, que analisou um grupo de médicos de Atenção Primária discutindo suas relações médico-paciente por um longo tempo nas décadas de 50 e 60 procurou estudar “o uso da compreensão de forma que ela tenha efeito terapêutico”. Seu estudo baseia-se nas próprias experiências do seu grupo, no que chamou de “a coragem da nossa própria estupidez”. Identificou que a “droga” mais usada em medicina, é a “substância médico”. E assim, buscou estudar sua farmacologia, descrevendo então certos processos da relação médico-paciente, como seus efeitos colaterais indesejáveis e inconscientes da substância chamada “médico” que, segundo o autor, podem provocar sofrimento desnecessário e irritação tanto no paciente quanto no seu médico. Seus estudos mostraram a importância da capacidade empática e intuitiva do médico (BALINT, 2005).

A Medical School Objectives Projects of the Association da American Medical College inclui as habilidades interpessoais e empatia entre os objetivos educacionais da graduação médica (HOJAT et al, 2009). Karl Rogers (1980) foi quem possivelmente iniciou o uso do termo empatia. Mais do que apenas o conceito de “se colocar no lugar do outro”, como geralmente ensinado nas escolas médicas, empatia seria, além do entendimento da perspectiva do paciente, a capacidade de comunicar esse entendimento, com a intenção de ajudar a aliviar a dor e o sofrimento (HOJAT et al, 2009). Quando um paciente conta algo difícil na consulta, muitas vezes o médico pouco pode fazer para solucionar diretamente o problema. Entretanto, Borrell-Carrió lembra que sempre é possível uma empatia solidária expressada por um olhar ou um gesto, mesmo na pior das situações (BORRELL-CARRIÓ, 2012).

Atualmente, alguns autores têm preferido usar o termo “ressonância” no lugar de empatia. Para isso, é preciso o conhecimento das próprias emoções e experiências pessoais do médico (ou outro profissional da saúde) como base para o entendimento das percepções das sensações de adoecer do outro, chamado pelo termo *illness* (STEWART et al, 2017; KLEINMAN, 1988; HOJAT et al, 2009). Só podemos entender o outro investindo na nossa própria experiência no processo de entendimento (BAARTS; TULINIUS; REVENTLOW, 2000).

1.1.2.1 Consensos e recomendações sobre comunicação no ensino médico

Para melhor definir as recomendações para o ensino de comunicação, foram realizadas pesquisas de intervenção com médicos, pacientes e acadêmicos para avaliar os componentes associados à melhor qualidade da relação e sua efetividade. A partir da década de 90, começou a elaboração de consensos e diretrizes para o ensino de habilidades de comunicação nas escolas médicas, que incluem além da interação com o paciente, também as interações entre colegas e outros profissionais envolvidos no cuidado (STEWART et al, 2010; MAKOUL et al, 2001; SIMPSON et al, 1991).

Desde 1995, o Comitê de Acreditação em Educação Médica dos EUA (*Liaison Committee on Medical Education*) e o Comitê de Acreditação das Escolas Médicas Canadenses (*Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools*) adotaram a importante resolução de que “as habilidades de comunicação são fundamentais para a educação e o funcionamento eficiente dos médicos” e que “deve haver instrução e avaliação específicas destas habilidades, já que estão relacionadas a responsabilidades médicas, incluindo comunicação com pacientes, famílias, colegas e outros profissionais de saúde” (ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES, 1998).

As recomendações internacionais dos currículos de comunicação para o ensino médico orientam que sua inclusão no currículo formal ocorra de forma sistemática, integrada durante toda a formação médica (SIMPSON et al, 1991; MAKOUL, 2001; VON FRAGSTEIN et al, 2008). Desde 2001, as diretrizes curriculares brasileiras para os cursos de Medicina já vêm orientando uma ênfase no desenvolvimento da habilidade de comunicação adequada com os pacientes e na capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente (BRASIL, 2001). Há a recomendação de ensino no artigo 5º. da Seção I, parágrafo VII: “comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;” e no parágrafo IX: “cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade” (BRASIL, 2014).

Um dos consensos sobre currículo de comunicação mais abrangentes é o consenso de 33 escolas médicas do Reino Unido (VON FRAGSTEIN et al, 2008). Recomenda-se um currículo de comunicação que seja ensinado em todas as etapas da

Recomenda-se que os estudantes estejam preparados para se comunicar em situações de maior dificuldade como: comunicação de más notícias, lidar com o paciente nervoso ou agressivo e comunicação em situações de emergência. Além disso, recomenda-se preparar o aprendiz de comunicação para saber abordar temas específicos como morte, sexo, abuso, aconselhamento sobre mudança de estilo de vida, lidar com reclamações e erros médicos, entre outros temas mais complexos e que merecem maior atenção no ensino (VON FRAGSTEIN et al, 2008).

Além desses aspectos, recomenda-se que o estudante saiba lidar com a incerteza, lidar com prognóstico incerto, comunicar-se com pacientes que geram insegurança, como o paciente *experto*, o paciente bem-informado sobre sua doença e explicar sobre sintomas médicos inexplicáveis. Além disso, saber lidar com suas próprias emoções é fundamental (VON FRAGSTEIN et al, 2008). Todas essas habilidades comunicacionais desenvolvem-se tanto na comunicação oral e escrita, pessoalmente, por telefone e em apresentações em conferências (VON FRAGSTEIN et al, 2008).

Os guias recomendam ainda atenção para abordagem em relação às diversidades culturais e pessoais, comunicando-se com pacientes de diferentes idiomas e culturas e com suas deficiências (mental, auditiva, visual, de aprendizagem...). Para desenvolver essa competência cultural, é preciso entender os valores e modelos explicativos dos pacientes (KLEINMAN, 1980; 1988).

O Guia *Calgary-Cambride Guide Communication Process Skills* organiza as ações consideradas importantes por fases da entrevista clínica e que se relacionam com melhora do processo comunicativo, de maneira concreta, concisa e em formato acessível. Vem sendo usado por mais de 25 anos como característica central de um currículo de comunicação na graduação da *University of Calgary Faculty of Medicine* no Canadá e mais recentemente também nos programas de residência médica e educação continuada (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

As tarefas recomendadas pelo guia seriam divididas em 5 fases (KURTZ, SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 1996): 1. Início da consulta; 2. Obtenção de informações; 3. Construção da relação; 4. Explicação e plano; 5. Fechamento. Por exemplo, em relação à primeira tarefa, os médicos devem buscar a identificação dos problemas de saúde prioritários para aquela consulta, abordar a agenda do paciente, que idealmente deve ser negociada entre o médico e o paciente antes do início da exploração dos problemas, pois a identificação precoce da agenda do paciente influencia o resultado final da consulta (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 1996; KURTZ et al. 2005).

Após a versão apresentada em 1998, com 71 itens, foram feitas muitas melhorias e detalhamentos, principalmente em relação à seção de tomada de decisão compartilhada (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Enfatiza-se que não é necessário usar os 71 itens em cada encontro, que as habilidades que serão necessárias dependem da situação e dos resultados específicos que o médico e paciente desejam atingir (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Ele é mais útil como guia para avaliação formativa do que somativa, por ser um instrumento longo. No Brasil ainda é pouco usado e não há validação publicada.

Tem sido usado em pesquisas para avaliar se cursos de treinamento de comunicação melhoram as competências comunicativas. Por exemplo, um estudo com estudantes do terceiro ano de uma escola médica alemã com 32 estudantes escolhidos aleatoriamente, foram analisados antes do curso e depois através do *Calgary-Cambridge Observation Guide* (CCOG) para avaliar se houve melhora nas habilidades de coletar a história médica do paciente. Os autores observaram que houve melhora na média dos itens do instrumento, principalmente nas estudantes mulheres. E concluíram que os aspectos “técnicos” de comunicação podem ser melhor ensinados que as habilidades emocionais (SIMMENROTH-NAYDA et al, 2012).

Uma versão resumida do instrumento, com 28 itens, derivado do *Calgary-Cambridge Process Guide* é apropriado para avaliar qualquer entrevista, em um formato de avaliações em relação à habilidade de tirar a história, associado a um *checklist* de conteúdo relacionado ao caso, para avaliações tipo OSCE com pacientes-simulados (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Devido à maior utilidade prática na avaliação e falta de validação no Brasil, em uma etapa 2 desse estudo, foi realizada a tradução e adaptação transcultural para o português falado no Brasil do Guia de observação *Calgary-Cambridge Observation Guide* (CCOG).

BORRELL-CARRIÓ (2012) sugere como guia de discussão com estudantes de graduação a abordagem e discussão de exemplos práticos: o profissional irônico, o profissional culpabilizador e o do médico frio. Sugere que é conveniente se basear em situações-problemas, que podem ser introduzidas por um vídeo, o mais próximo possível da realidade do discente. O ideal seriam sessões com grupos pequenos (até 25 pessoas), de no máximo 3 horas, com um tutor acessível e assertivo, que conduza de forma participativa e prática.

Apesar dos consensos e diretrizes, poucas escolas hoje no Brasil contemplam no currículo formal, de forma sistematizada, essas recomendações a respeito do ensino

da comunicação clínica. Estudos mostram que mesmo as escolas médicas brasileiras que passaram por reforma curricular ainda precisam aumentar e aprofundar o ensino na área de comunicação clínica (STOCK, 2009). Um próximo passo seria a elaboração de um consenso brasileiro em relação a um currículo específico de comunicação para as escolas médicas no país, que já está em fase de elaboração por um grupo relacionado à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), coordenado por Suely Grosseman.

1.1.3 Como ensinar?

O ensino de comunicação clínica é muito mais complexo que habilidades procedimentais e deve ser ensinada com o mesmo rigor que uma habilidade clínica. Isso envolve abordar aspectos mais subjetivos, como nossos próprios sentimentos e dos outros, geralmente evitado no ensino de áreas técnicas e cognitivas (KUTZ et al, 2005). O ensino de comunicação clínica tem sido considerado uma parte essencial do currículo médico na graduação em países desenvolvidos nos últimos vinte anos (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

Há décadas vem se pesquisando a respeito da melhor maneira de ensinar esses conhecimentos de habilidades comunicativas na formação médica. Todas as estratégias metodológicas devem buscar a reflexão da prática individual e o desenvolvimento do autoconhecimento. É preciso um ensino com questões geradoras de reflexão (THISTLETHWAITE; MORRIS, 2006).

Epstein usa a metáfora de que o clínico é como um instrumento musical, que deve ser constantemente afinado para que faça boa música. Ou seja, mesmo um bom instrumento vai desafinando com o tempo. Para “manter a afinação”, é necessário que os aprendizes tenham oportunidade de revisar o aprendizado prévio e aperfeiçoar seus conhecimentos, habilidades e atitudes de comunicação em situações com grau crescente de complexidade e desafios, já que as habilidades são facilmente esquecidas se não mantidas na prática (EPSTEIN, 1999).

Além disso, muitos estudos demonstram as deficiências do modelo de aprendizagem tradicional. Para ensinar diferente, é preciso metodologias e recursos diferentes. Quando se propõe um caminho diferente de ser médico, o processo educativo requer um caminho diferente para ensinar (STEWART et al, 2010). Observação, feedback a gravação em áudio e vídeo de performances tem sido indicado como métodos e recursos

importantes para melhorar as habilidades dos estudantes (CARROLL; MONROE, 1979; SIMPSON et al, 1991). A maioria das escolas médicas usa uma combinação de ensino em pequenos grupos, dramatizações com pacientes simulados e feedback com gravações em vídeo (PENDLETON et al, 2011).

Há evidências que métodos de ensino experimentais são necessários para o ensino de habilidades de comunicação em Medicina. O uso de vídeo tem sido descrito como um método de ensino experimental. É considerado um recurso potencialmente desafiador e ameaçador ao mesmo tempo, pela pouca quantidade de pesquisa e de práticas sobre o tema (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

As pesquisas têm destacado cada vez mais o uso do vídeo para ensino de habilidades de comunicação. O aprendizado pode ocorrer por auto-observação e por observação de um professor ou em grupo. É de grande utilidade para o ensino de comunicação ser capaz de ver a si mesmo o que e como exatamente está sua performance e como é possível melhorar (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

1.1.4 Como avaliar?

Se é preciso ensinar diferente, é preciso também avaliar de maneira diferente. Em relação a avaliação do ensino de comunicação, a grande maioria das escolas médicas usa os mesmos métodos há décadas, que já se mostraram pouco efetivos. Há a necessidade de mais instrumentos para avaliação estruturada e feedback de comunicação clínica integrados de forma sistemática no currículo (STEWART et al, 2010, HOOK; PFEIFFER, 2016).

De acordo com diretrizes internacionais, as escolas médicas não têm apenas a oportunidade, mas sim a responsabilidade de ensinar e avaliar as habilidades de comunicação. Além da necessidade de maior desenvolvimento de habilidades comunicacionais, espaço no currículo, é preciso estímulo à reflexão a respeito das experiências vivenciadas pelos alunos (GROSSEMAN; STOLL, 2008; STOCK, 2009).

Embora nas últimas décadas muitos métodos tenham sido desenvolvidos e utilizados na avaliação da formação médica, a maioria deles ainda foca em habilidades da esfera cognitiva, que são essenciais, mas insuficientes para avaliar competência clínica. Para realizar o processo de avaliação de forma adequada, é necessário inicialmente definir competências profissionais. As competências clínicas fundamentais

envolvem a tomada da história clínica, a realização de exame clínico, a interpretação dos achados no raciocínio clínico e, principalmente, a interação e comunicação apropriada com o paciente (EPSTEIN; HUNDERT, 2002).

Considerando a importância da aquisição de competências e o modo como estas podem ser adquiridas, Miller (1990) descreveu uma pirâmide que exemplifica o processo de aquisição de conhecimentos:

Figura 2 - Descrição da pirâmide de Miller

Fonte: Miller, 1990; Crues, 2016

A recente ênfase da pirâmide de Miller na formação da identidade profissional na avaliação do profissionalismo trouxe questionamentos sobre o “fazer” como último nível da pirâmide. Acreditando que um indicador mais confiável do comportamento profissional é a incorporação de valores e atitudes do profissional, foi proposto que um quinto e último nível no topo da pirâmide: “Ser”. Este nível reflete um componente de identidade profissional para guiar os métodos de avaliação atuais (CRUESS, 2016).

Nas avaliações convencionais escritas é possível definir se o educando sabe e se sabe como fazer. No entanto, para uma avaliação completa deve ser avaliado também como o educando faz e a avaliação de suas atitudes. Para isso, é necessário utilizar

metodologias de avaliação de habilidades clínicas, como o OSCE – *Organized Structured Clinical Examination* e o vídeo.

O *Royal College of Physicians*, no Reino Unido, por exemplo, exige a consulta centrada no paciente e inclui as habilidades de comunicação nos exames profissionais, usando os seguintes critérios (PENDLETON et al, 2011).

Figura 3.

CrITÉRIOS do *Royal College of Physician*.

1. Habilidades de comunicação – condução da entrevista

- a. Apresenta-se ao paciente e explica seu papel de forma clara
- b. Acorda o objetivo da entrevista com o paciente
- c. Deixa o paciente à vontade e estabelece uma boa relação
- d. Explora as preocupações, sentimentos e expectativas do paciente – demonstrando empatia, respeito e atitude de não-julgamento.
- e. Prioriza problemas e redireciona a entrevista sensivelmente

2. Habilidade de comunicação – exploração e negociação do problema

- a. Estilo de questões apropriado – geralmente questões abertas para fechadas com o progresso da entrevista.
- b. Oferece explicações claras (sem jargões) que o paciente entende
- c. Acorda um curso claro de ações
- d. Resume e checka o entendimento do paciente
- e. Conclui a entrevista apropriadamente

Ética e lei:

- a. Na relação do cenário clínico, demonstra conhecimento dos princípios éticos e legais importantes e atitudes apropriadas na tomada de decisões
- b. Conhecimento dos princípios éticos
- c. Entendimento dos limites legais aplicáveis ao caso
- d. Demonstra raciocínio adequado e apropriado ao caso.

Fonte: PENDLETON et al, 2011

Obs: Esses critérios não foram ainda validados no Brasil.

Em seu livro *Inner Consultation*, Neighbour aborda a importância da conexão com os pacientes em como desenvolver um estilo de consulta eficaz e intuitivo, ao mesmo tempo chamando a atenção para aspectos pouco abordados em outros modelos, como em relação ao manejo da incerteza e ao autocuidado do médico para manejar o estresse da prática clínica (NEIGHBOUR, 1987).

Figura 4 -Tarefas da consulta de *Neighbour*

- 1. Conexão com o paciente
- 2. Resumo do seu entendimento dos problemas do paciente
- 3. Compartilhamento de decisões e manejo
- 4. Rede de segurança para manejo da incerteza e evitar desfechos inesperados

5. Autocuidado do médico para manejar o estresse da prática clínica

Fonte: NEIGHBOUR, 1987.

Outra escala que pode ser útil é de avaliação de consulta de Pendleton. É uma escala de avaliação que tem por base as tarefas da consulta e cada individual de cada tarefa é classificada separadamente. A escala é distribuída na forma de afirmativas opostas ligadas pelas letras (a), (b), (c). É solicitado para marcar qual letra representa quanto se concorda com as afirmações opostas. Por exemplo: se concorda com a afirmação da coluna esquerda, marca (a), se com a esquerda (c) e se em parte com as duas (b) (PENDLETON et al, 2011). Há a vantagem de poder expressar grandes variações de opiniões, porém por outro lado, um avaliador pode sempre usar o ponto médio e nunca se comprometer em uma opinião (PENDLETON et al, 2011). A escala pode ser preenchida tanto pelo estudante e pelo tutor e depois comparada e assim discutir os pontos de divergência. Uma dificuldade é a necessidade do consenso e esclarecimento do que significa “adequadamente” ou “inadequadamente” para cada afirmação, pois senão pode haver muita diferença nas avaliações.

Figura 5 - Escala de avaliação de consulta de Pendleton

Tarefa 1: Entender as razões que o paciente veio à consulta, incluindo o problema e a perspectiva do paciente:

A. O problema do paciente:

Natureza e história definida adequadamente	(a) (b) (c)	Natureza e história definida inadequadamente.
Etiologia definida adequadamente		Etiologia definida inadequadamente
Efeitos definidos adequadamente		Efeitos definidos inadequadamente

B. A perspectiva do paciente

Aspectos sociais e pessoais definidos adequadamente		Aspectos sociais e pessoais definidos inadequadamente
Ideias e crenças sobre saúde definidas adequadamente		Ideias e crenças sobre saúde definidas inadequadamente
Ideias sobre o problema, suas causas e seu manejo definidas adequadamente		Ideias sobre o problema, suas causas e seu manejo definidas inadequadamente
Preocupações a respeito do problema e suas implicações definidas adequadamente		Preocupações a respeito do problema e suas implicações definidas inadequadamente
Expectativas pelas informações, envolvimento e cuidado definidas adequadamente		Expectativas pelas informações, envolvimento e cuidado definidas inadequadamente

Tarefa 2. Levar em conta a perspectiva do paciente, realizar um entendimento compartilhado:

Entendimento compartilhado a respeito do problema foi realizado adequadamente e apropriadamente	(a) (b) (c)	Entendimento compartilhado a respeito do problema foi realizado inadequadamente e inapropriadamente.
Entendimento compartilhado a respeito da evidência e opções para manejo foi realizado adequadamente e apropriadamente		Entendimento compartilhado a respeito da evidência e opções para manejo foi realizado inadequadamente e inapropriadamente

Tarefa 3. Possibilitar que o paciente escolha uma ação apropriada para cada problema:

Opções e implicações consideradas adequadamente e apropriadamente	(a) (b) (c)	Opções e implicações consideradas inadequadamente e inapropriadamente
Maior parte das ações escolhidas adequadamente e apropriadamente		Maior parte das ações escolhidas inadequadamente e inapropriadamente

Tarefa 4: Possibilitar que o paciente maneje o problema:

Habilidade do paciente para tomar ações apropriadas foi discutido adequadamente	(a) (b) (c)	Habilidade do paciente para tomar ações apropriadas foi discutido inadequadamente
Médico e paciente concordam com as ações e responsabilidades adequadamente		Médico e paciente concordam com as ações e responsabilidades inadequadamente
Objetivos, monitoramento e seguimentos foram acordados adequadamente		Objetivos, monitoramento e seguimentos foram acordados inadequadamente

Tarefa 5: Considerar outros problemas

Problemas ainda não apresentados foram considerados adequadamente	(a) (b) (c)	Problemas ainda não apresentados foram considerados inadequadamente
Problemas frequentes foram considerados adequadamente		Problemas frequentes foram considerados inadequadamente
Fatores de risco foram considerados adequadamente		Fatores de risco foram considerados inadequadamente

Fonte: Pendleton, 2007

Outra escala de avaliação é a Escala *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS). Essa é uma escala para avaliar se o atendimento é mais centrado no paciente ou na doença. É composta por 18 itens, em uma escala Lickert de 1 a 6, variando entre 1 (centrado no médico e na doença) e 6 (centrado no paciente). A escala se refere à capacidade de compartilhar decisões (subescala poder) e à abordagem dos aspectos de vida e sentimentos do paciente no processo de adoecer (subescala cuidado).

A escala de PPOS pode ser utilizada para medir atitudes de pacientes e médicos a respeito da relação médico-paciente (RIBEIRO; AMARAL, 2008). Tem sido usada em algumas pesquisas brasileiras associada a um questionário socio-demográfico. Em pesquisa realizada em uma universidade pública do Brasil foi observada relação significativa do escore total PPOS com renda familiar, com escore mais baixo para os estudantes que informaram renda familiar mais elevada, dado este não observado neste estudo realizado em uma universidade privada, em que 64% dos estudantes informaram renda familiar acima de 20 salários mínimos (PEIXOTO, 2009). Ainda, em relação ao gênero, verificou-se que as mulheres apresentaram escore da subescala de poder superior ao dos homens, sendo os escores da subescala de cuidado semelhante (PEIXOTO, 2009).

A seguir as perguntas da escala PPOS traduzida (PEIXOTO, 2009):

Figura 6 - Escala PPOS traduzida

- 1- Cabe ao médico decidir o que será conversado durante a consulta.
- 2- A atenção à saúde mais impessoal nos dias atuais é um pequeno preço a pagar pelos avanços alcançados pela medicina.
- 3- A parte mais importante da consulta médica padrão é o exame físico.
- 4- Frequentemente, é melhor para o paciente que ele não tenha uma explicação detalhada sobre sua condição clínica.
- 5- O paciente deve confiar no conhecimento do seu médico e não buscar informações sobre suas condições de saúde por conta própria.
- 6- Quando o médico faz muitas perguntas sobre os aspectos psicossociais da vida do paciente isto é intromissão em problemas pessoais
- 7- Se o médico é realmente bom de diagnóstico e tratamento, a forma como ele se relaciona com o paciente não é tão importante.
- 8- Muitos pacientes mesmo quando não estão aprendendo nada novo, continuam a fazer perguntas
- 9- O paciente deve ser tratado como parceiro do médico, igual em poder e importância.
- 10- O paciente busca, geralmente, mais tranquilização que informações sobre sua saúde.
- 11- Um médico cuja primeira estratégia na consulta é mostrar-se acessível e receptivo não terá muito sucesso.
- 12- Se o paciente discorda de seu médico, é sinal que o médico não tem o respeito e a confiança do paciente.
- 13- Um tratamento não pode dar certo se estiver em conflito com os hábitos e valores do paciente.
- 14- A maioria dos pacientes prefere permanecer no consultório médico o menor tempo possível.
- 15- O paciente deve saber que o médico é quem está no comando.
- 16- Não é muito importante conhecer as características culturais e psicossociais do paciente para tratá-lo.
- 17- O bom-humor é um ingrediente fundamental para que o médico trate o paciente
- 18- Quando o paciente busca informação médica por conta própria, isto geralmente mais confunde que ajuda.

Fonte: Peixoto, 2009

Outra forma de avaliação é com os pacientes. Essa é a melhor maneira de avaliar a respeito de muitas áreas cruciais da prática. Um artigo de revisão sistemática de instrumentos e métodos de feedback de avaliação pelo paciente com feedback individual concluiu que deve-se continuar com avaliações com as experiência dos pacientes e tentar entender mais sobre o que representam. Além disso, conclui-se que é preciso mais pesquisas sobre validade, confiabilidade e padronização (EVANS et al, 2007).

Existem alguns questionários validados e publicados sobre feedback de paciente após a consulta, como o “*Ask the Patient*” (Pergunte ao paciente) do *College of Health*, “*General Practice Assessment Survey*” (Pesquisa sobre Avaliação da Clínica Geral) (GRECO et al, 1998) e o “*Patient Enablement Instrument*” (Instrumento de Empoderamento do Paciente) (HOWIE et al., 1998). Esses instrumentos são de fácil

acesso e fácil uso e é possível fazer pesquisas comparando com os escores publicados (PENDLETON et al, 2011).

Ainda uma outra forma de avaliação é a autoavaliação. Pendleton sugere 10 questões para o próprio médico ou estudante se fazer após as consultas. A ideia seria que o médico produzisse um breve diário de reflexões a respeito de suas emoções vivenciadas (PENDLETON et al, 2011)

Figura 7

Autoavaliação de Pendleton

Eu sei significativamente mais a respeito dos pacientes que antes da consulta?
 Eu descobri o que preocupa os pacientes?
 Eu ouvi?
 Eu explorei suas agendas, crenças e expectativas?
 Eu fiz um diagnóstico de trabalho aceitável?
 Eu usei o que eles pensavam quando comecei a explicação?
 Eu compartilhei as opções de investigação ou tratamento?
 Eu envolvi os pacientes na tomada de decisões?
 Eu tentei checar se os pacientes realmente entenderam?
 . Eu fui facilitador?

Fonte: Pendleton, 2007

Neste estudo escolhemos usar as escalas de atendimento centrado na pessoa preenchidos pelo médico e paciente e para avaliar empatia, a escala CARE e a escala Jefferson de empatia, que serão discutidas no item Materiais e Métodos.

1.1.4.1 Avaliação tipo OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*)

Para uma avaliação prática estruturada de habilidades e atitudes, o OSCE é uma metodologia de avaliação válida, fidedigna, acurada, flexível e de alto impacto educacional (TIBÉRIO et al, 2012). Desde 1975, quando esta técnica foi descrita por Harden, vem sendo cada vez mais utilizada em vários países e para avaliar vários tipos de situações clínicas (TRONCON et al., 1996; WILKINSON et al. 2003). Nesse processo de avaliação, os participantes percorrem várias “estações”, onde irão realizar diferentes tarefas clínicas. Em cada uma dessas estações, o desempenho do examinado é observado por um observador direto ou por vídeo para avaliar o domínio das habilidades clínicas selecionadas.

Avaliação tipo OSCE é muito útil no ensino de comunicação clínica, pois permite avaliar competências clínicas associadas à comunicação em situações padronizadas e diversificadas (TIBÉRIO et al, 2012). O OSCE pode ser associado à gravação em vídeo e é muito potente quando o estudante tem a possibilidade de receber um feedback de um tutor assistindo ao seu desempenho em uma consulta gravada (DENT; HARDEN, 2009). Esta metodologia vem sendo bem avaliada pelos estudantes, por ser uma experiência de aprendizado mais ativa (HARDEN et al, 2000; ELMAN et al, 2004). É possível também o *feedback* não apenas aos examinandos, mas também aos educadores (EPSTEIN, HUNDERT, 2002).

Alguns estudos afirmam que 4 a 7 observações podem produzir confiabilidade suficiente na avaliação de habilidades clínicas para determinar “aprovação-reprovação”. Entretanto é preciso um treinamento por parte do professor para detectar erros. O *American Board of Internal Medicine* (ABIM) encontrou deficiências nos avaliadores. Foi demonstrado que avaliadores falharam em até 68% em detectar erros cometidos no desempenho de um residente em gravação de vídeo e professores sentem-se desconfortáveis em admitir suas limitações na detecção de deficiências em habilidades clínicas (HOLMBOE et al, 2008).

Em relação às desvantagens do OSCE descritas: pode haver uma fragmentação da avaliação; custos (relativo); tempo de preparo da atividade e de treinamento da equipe; número de pessoas participantes do processo; necessidade do envolvimento da instituição (TIBÉRIO et al, 2012).

1.2 Uso do vídeo feedback para ensino e avaliação formativa em comunicação clínica

1.2.1 Histórico e panorama atual

A videogravação tem sido usada para ensino e desenvolvimento profissional desde 1951 (GINSHRG, 1956) e programas educativos usando vídeo feedback para estudar mais profundamente o comportamento profissional desde a década de 60 (ALLEN, 1966). Há registro de primeiras entrevistas de consulta filmadas em vídeo em Amsterdam, no ano 1954, com fins de pesquisa. Posteriormente, seu uso foi difundido,

principalmente no Reino Unido onde foi desenvolvida a metodologia de Entrevista Baseada em Problemas (*Problem Based Interviewing- PBI*) (LESSER, 1985).

Na Espanha há uma longa experiência em seu uso, iniciando-se de maneira pontual no ano 1986, e generalizando seu uso após a difusão da metodologia de *Problem Based Interviewing* (PBI). Desde o ano 2006 a filmagem de entrevistas tem sido obrigatória para os residentes de terceiro ano de Medicina de Família na maioria das Unidades Docentes de Espanha, constituindo uma das tarefas do Portfólio Formativo (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

No início da década de 80, o uso de gravações em vídeo de consultas reais com objetivo de aprendizagem era uma novidade. Atualmente é uma técnica aceita pela maioria dos médicos na Atenção primária e cada vez mais sendo reconhecida sua importância também nas demais disciplinas médicas (PENDLETON et al, 2011). Para ampliar esta oferta formativa, por exemplo, na Espanha há uma organização de muitos cursos periódicos de capacitação em coordenação de filmagens de entrevista. Trata-se de cursos-oficina de 20 horas de formação em que se reproduzem os passos necessários para filmar e comentar com o discente as gravações, com especial ênfase nas dificuldades do feedback (BORRELL-CARRIÓ, 2012).

No Brasil, em 2010, através da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade, um grupo de médicos de família iniciaram pioneiramente no país sessões mensais de análise de filmagem de suas consultas na metodologia PBI (*Problem Based Interviewing*), baseados na vivência da autora com a experiência do Grupo de Comunicação em Saúde da SEMFYC (Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade), de Barcelona (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012). A partir de então, com o apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, foram promovidos cursos e oficinas em congressos e eventos com o objetivo de divulgar a técnica e formar mais grupos de análise de consultas nessa metodologia no país. Sabe-se que há grupos atuantes em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo (USP), coordenados por Gustavo Gusso, e também nos Programas de Residências de Medicina de Família integrados que ocorrem na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e do Rio de Janeiro. O relato dos participantes é que as sessões mudam sua prática por estimular a capacidade de “ver-se atuar” nas consultas posteriores aos encontros, promovendo uma prática mais reflexiva e com a sensação de melhoria nas próprias habilidades de comunicação na relação clínica (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

Há poucas experiências publicadas com uso de vídeo no Brasil e não há ainda uma sistematização para todas as universidades (BALLESTER, 2009; DE MARCO et al, 2010). Um exemplo do uso de filmagem na Residência Médica no Brasil: Ballester em seu estudo, analisou filmagens de consulta de residentes de Pediatria, no início e no final do estágio ambulatorial, buscando analisar se o modelo de temas adotado permitia ao residente, após um ano de estágio, conduzir uma consulta com a inclusão da perspectiva dos pais. Observou que a maioria dos residentes explorou precocemente a primeira queixa referida pelos pais, assumindo-a como principal, sem explorar outras queixas, além de não realizar decisão compartilhada do plano terapêutico. Observou também que os residentes conversam pouco com as crianças, não explicavam o exame físico. Concluiu que os residentes realizam consultas sem a inclusão da perspectiva dos pais e, portanto, sem atender aos pressupostos do modelo centrado no paciente (BALLESTER, 2009).

1.2.2 Vantagens e desvantagens

O vídeo é como um espelho que reflete as habilidades de comunicação do entrevistador. Na visão de alguns autores, o vídeo representa o padrão-ouro no ensino de habilidades de comunicação, por possibilitar a visualização de aspectos de comunicação verbal e não-verbal, apesar de ainda ser considerado uma metodologia experimental (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). É uma técnica ainda pouco utilizada no Brasil, mas de grande potencial. Vídeos de consultas reais, gravados previamente, têm se tornado a abordagem padrão no treinamento de médicos residentes em Atenção Primária no Reino Unido e esse método tem sido muito recomendado (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

Os estudos têm mostrado superioridade evidente nos profissionais treinados com a técnica de “vídeo-feedback interativa” no aspecto de comunicação, em relação à técnica convencional de ensino. Vários trabalhos posteriores têm confirmado a importância dessa técnica para o sucesso no ensino das habilidades de comunicação (ROTTER et al, 2004; MAGUIRE et al, 1986; GASK, 1991).

Um estudo mostrou que estudantes de graduação demonstraram obtenção de informações três vezes mais relevantes e precisa após um teste de entrevistas que aqueles que receberam treinamento apenas no método tradicional de habilidades de anamnese (RUTHER; MAGUIRE, 1976). Em outra pesquisa, estudantes de graduação foram

randomizados em 4 grupos para um programa de treinamento de entrevista clínica. Houve aplicação de diferentes técnicas de ensino, desde somente a tradicional até com gravação em vídeos ou áudio, com ou sem tutor assistindo juntos, e com feedback por um tutor. Em todos os grupos que receberam feedback de um tutor mostraram ganhos significativos, mas somente o grupo que recebeu o benefício do vídeo e com um feedback em grupo demonstrou ganhos significativos nas suas habilidades de comunicação (MAGUIRE et al, 1978).

O feedback baseado em vídeo tem muitas vantagens comparando com o feedback com observação direta, porque facilita a análise da comunicação não-verbal, a avaliação das necessidades de aprendizagem, possibilita revisar posteriormente e quantas vezes seja necessário, estimula a autoavaliação e reflexão e envolve os participantes de maneira mais ativa na solução dos seus problemas (HARGIE; MORROW, 1986; BECKMAN; FRANCKEL, 1994; ASAN; MONTAGNE, 2014; HENRY; FORMAN; FELTERS, 2011; PERRON et al, 2017)

Permite também rever aspectos que merecem mais atenção e possibilita uma análise mais detalhada da entrevista. (WETSBERG; JASON, 1994). O vídeo oferece a possibilidade de os alunos revisarem, refinarem e construírem habilidades enquanto simultaneamente adicionam novas habilidades em grau crescente de complexidade, como preconizado pelas diretrizes e consensos nacionais e internacionais (VON FRAGSTEIN et al, 2008). Além disso, gravar em vídeo causa menos interferência na consulta do que se estiver alguém observando diretamente dentro do consultório (PENDLETON et al, 2011).

A análise de gravações em vídeo pode facilitar o feedback para prevenir mal-entendidos ou entendimentos equivocados a respeito do que realmente ocorreu na consulta, pois estamos falando de fatos concretos e que podem ser visualizados, não apenas opiniões subjetivas (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). O próprio vídeo por si só já é didático pela experiência pessoal de ver-se atuando. As filmagens permitem aos alunos a oportunidade de reverem seus comportamentos e atitudes, possibilitando a discussão do significado de cada postura assumida (SUCUPIRA, 2007). Quando o aprendiz pode observar-se e ouvir a si mesmo, isso facilita o entendimento a respeito das suas potencialidades e fraquezas e uma autoavaliação mais precisa. A autorreflexão durante as sessões parece ser uma maneira efetiva de aperfeiçoamento das competências comunicacionais e atitudinais (EECKHOUT et al, 2016; KALISH et al, 2011).

Inicialmente as pessoas podem se sentir assustadas e apreensivas com a ideia de serem observadas em vídeo (HARGIE; MORROW, 1986). Depois que iniciam as gravações, a tendência é que esqueçam a câmera após os primeiros minutos de filmagem e isso aumenta quanto mais vezes são filmados. O desconforto que pode ser causado aos discentes precisa ser manejado cuidadosamente com uma boa condução de grupo (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). É necessário um ambiente seguro e criar um clima de confiança pelo coordenador das sessões, para evitar possíveis constrangimentos. Apesar dessas potenciais dificuldades, a gravação em vídeo continua a ferramenta mais valiosa para programas de ensino de comunicação. Estas dificuldades precisam ser superadas pelos benefícios aos aprendizes e professores (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

1.2.3 O vídeo feedback como parte de um programa educativo

Todas essas possibilidades metodológicas com uso de vídeo para ensino de habilidades de comunicação podem ser usadas tanto para cenário de ensino como em avaliações. Em relação a qual grupo de participantes o vídeo feedback é mais efetivo, alguns estudos mostraram um melhor progresso nos estudantes de graduação que nos de pós-graduação (BAKER; DANIELS; GREELEY, 1990), mas uma metanálise não encontrou diferenças entre os grupos (HILL; LENT, 2006). Outra metanálise concluiu que os efeitos não eram menores em participantes mais experientes, como pensado anteriormente (FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2011).

Algumas pesquisas concluíram que o vídeo feedback sozinho é menos efetivo que uma associação de instruções adicionais. Assim, é importante que seja feita uma conexão teórica durante o feedback e que o discente tenha mais oportunidades de praticar, como com um role-play e prática posterior no seu cenário real (HOSFORD; MILLS, 1983; HARGIE; MORROW, 1986; HATTIE; TIMPERLEY, 2007). Muitas escolas mesclam as possibilidades, de acordo com os recursos disponíveis. Em países como Reino Unido e Holanda, a maioria das escolas médicas usa uma combinação de ensino em pequenos grupos, dramatizações com pacientes simulados e feedback com gravações em vídeo, de maneira sistemática no currículo e apresentando resultados satisfatórios (PENDLETON et al, 2011).

Em relação aos programas de treinamentos com vídeo feedback, em uma metanálise encontrou-se uma média de duração de 10 semanas, a maioria sem um seguimento posterior pelos preceptores locais.

Em revisão sobre formatos de treinamento de habilidades de comunicação em serviço contendo vídeo feedback, recomenda-se que o programa contenha os seguintes passos:

1. **Instrução:** definir e explicar as habilidades específicas a serem trabalhadas.
2. **Modelagem:** mostrar as habilidades desejadas.
3. **Prática:** o aprendiz tentar colocar em prática as habilidades.
4. **Vídeo feedback:** principal dimensão para promover uma mudança na prática do aprendiz.

FONTE: BORG et al,1970; FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2011

1.2.4 Recursos necessários

Em relação aos recursos para um programa de treinamento educativo com vídeos, em geral acredita-se que esse é um recurso didático caro, por precisar de câmeras e caixas de som e que isso pode ser um limitante. Felizmente, o avanço da tecnologia tornou os aparelhos cada vez mais baratos (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Certamente a aquisição e manutenção de equipamentos para gravação de vídeo e caixas de som para a instituição podem trazer a necessidade de mais recursos financeiros em comparação com métodos tradicionais. Entretanto, na prática pode-se observar que com recursos mais econômicos e de uso diário, como câmeras de celulares próprios, pode-se fazer excelentes videogravações como instrumento docente. A tecnologia evoluiu dos gravadores de fita analógicos para gravadores digitais, facilitando muito o uso dessa técnica com boa qualidade técnica (PENDLETON et al, 2011).

Muitas vezes, mais importante que uma câmera sofisticada é uma caixa de som de boa qualidade, para permitir uma escuta adequada do volume do áudio da gravação. Além do cuidado com o som, para assistir o vídeo não é necessário mais que os recursos audiovisuais geralmente já utilizados nas salas de ensino, como os aparelhos de Datashow.

O uso da tecnologia de vídeo exige maior preparação e cuidados específicos. É preciso um preparo prévio e cuidados éticos, principalmente quando usado para filmagem de pacientes reais. No caso de filmagem de simulações, os laboratórios de habilidades, câmeras fixas facilitam muito (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

1.3 Como fazer vídeo feedback?

1.3.1 O preparo da videogravação de consultas

1.3.1.1 Que tipos de consultas filmar?

A demonstração de competências práticas através de videogravação pode ser de várias maneiras, com encenação/ role-play, com pacientes simulados ou com pacientes reais. A filmagem pode ser associada à simulação de entrevistas com pacientes-simulados, durante atividades didáticas de treinamento de uma tarefa específica em pequenos grupos ou em momentos individuais de avaliação formativa ou somativa, e em avaliações estruturadas como o OSCE.

Muitas universidades contam com um laboratório de habilidades médicas, chamados “Laboratório de Comunicação”, onde há salas específicas para simulação e sistema de captação de imagem e vídeo acoplados ou não, que favoreçam a evolução das capacidades de comunicação, antecedendo a prática das entrevistas com as pessoas. As salas-espelho são outra excelente opção para além de acompanhar a performance do aluno sem interferir fisicamente no espaço da sala, pode-se filmar e rever posteriormente dificuldades em um feedback individualizado ou em grupo.

A filmagem de encenações é um recurso muito interessante e sem grandes custos. Traz a vantagem de não necessitar de pessoas externas e causar menos interferência que uma pessoa na sala observando a consulta. Os alunos podem encenar o papel do paciente e do médico numa consulta simulada e ainda ver suas atuações no vídeo. Vivenciar o papel de paciente pode ser uma introdução muito útil quando os estudantes são incapazes de explorar a perspectiva do paciente. Além disso, estar no papel do paciente, médico e observador pode contribuir para consciência do aluno sobre suas próprias necessidades de ensino (DENT; HARDEN, 2009).

A filmagem da encenação tem a vantagem de ser mais simples e de menos estresse para estudantes de graduação, principalmente do início do curso que ainda têm pouca experiência com entrevistas. Além disso, poupa os pacientes de entrevistas possivelmente mais longas e de maiores dificuldades. Com o vídeo, é possível parar a gravação da consulta em partes e refazer a encenação no mesmo momento da dificuldade observada, na tentativa de buscar diferentes abordagens para encontrar diferentes soluções para vários temas de comunicação. Tem a desvantagem de não ser tão realística.

As encenações de consultas ganham mais qualidade e mais poder realístico quando realizadas com pacientes-simulados, que são pessoas geralmente externas ao grupo, que recebem previamente um roteiro estruturado e orientações para atuação. Esses roteiros podem ser criados usando membros da equipe de professores, pessoas voluntárias ou atores profissionais. É muito útil usar **pacientes simulados padronizados**, que são pessoas treinadas que representam casos previamente elaborados por uma equipe de tutores e que repetem um mesmo caso e mesmas reações para todos os estudantes, o que facilita muito a comparação e avaliação (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

As simulações gravadas em vídeo podem ser ainda mais úteis e potentes quando o aprendiz encontra-se com o paciente simulado sozinho e recebe um feedback do próprio paciente simulado logo após o seu desempenho, que chama-se de **paciente simulado instrutor**, ou quando recebe um feedback de um tutor após assistir ao seu desempenho de uma consulta gravada (DENT; HARDEN, 2009).

Outra possibilidade em relação ao tipo de participantes é o uso de **pacientes reais**. Uma alternativa é convidar pacientes para participar de cursos de comunicação com a proposta de ajudar os aprendizes. Nesse caso pode-se convidar pacientes selecionados para auxiliar em role-play e feedbacks focados em comunicação (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

A técnica de análise de consultas por videogravação, mesmo com pacientes reais, já se definiu com boa aceitação pelos médicos e pacientes e tem sido cada vez mais usadas por exames educacionais e profissionais (PENDLETON et al, 2011). O realismo que os pacientes reais trazem à entrevista é um fator muito importante, comparado ao treinamento com pacientes-simulados (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

Algumas escolas médicas têm parceria com programas comunitários de pacientes voluntários para contarem suas histórias e darem feedback de comunicação. Uma possível desvantagem é que às vezes os pacientes podem querer ajudar tanto os estudantes que podem ter dificuldade de fazer críticas construtivas. Outra dificuldade é

que os pacientes reais terão dificuldade de repetir da mesma maneira muitas vezes para estudantes diferentes, já que não são atores. Além disso, apenas determinados grupos de pacientes poderão participar, por exemplo, pessoas com tempo livre durante o dia, geralmente aposentados, ou grupo de pacientes crônicos ou pacientes internados estáveis (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005)

Em relação a quando gravar uma consulta, o ideal é que a gravação ocorra próxima à data da sessão de vídeo feedback. Não há um limite de tempo de duração. Em uma metanálise, a média de tempo da gravação do vídeo foi de cerca de 1 semana antes da sessão e com duração de 20 minutos (FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2011). Entende-se que toda consulta apresenta aspectos de comunicação que podem ser analisados (BORRELL-CARRIÓ, DOHMS, FONTCUBERTA, 2012).

1.3.1.2 Termo de Consentimento

O uso de consentimento informado é de essencial importância na educação médica onde pacientes reais são convidados a participar, principalmente quando serão feitas filmagens. É necessário um consentimento realmente informado e que o paciente tenha mesmo a oportunidade de sentir-se livre para recusar-se a participar e mudar de ideia durante ou após a consulta (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). A maioria das pessoas atendidas aceita que sua consulta seja gravada. O pedido de gravação deve ser formulado com assertividade e flexibilidade autorização (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

É essencial dar ao paciente a possibilidade de ele mudar de ideia após a gravação (*General Medical Council*, 1995). No item Apêndice há um modelo de termo de consentimento para gravações de consultas em vídeo. É recomendável realizar algumas vezes exercícios de *role-play* com o médico residente, em que ele explica e solicita ao paciente a assinatura do termo de autorização (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

Abaixo algumas informações importantes de serem transmitidas ao paciente ao solicitar seu consentimento.

Figura 8 - Informações ao solicitar consentimento

Porque se registrará a consulta: finalidade clara. Não para avaliar o paciente.
O que será registrado.

Quem verá o registro.
 Quem será o responsável por guardar o registro.
 Quando se destruirá o registro.
 Sua decisão não afetará o trato que receberá na consulta.
 Que pode renunciar a qualquer momento a filmagem, que será apagada imediatamente.
 Que em nenhum caso o registro será utilizado para outras finalidades (se deveria pedir outra vez o consentimento).

Fonte: BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012

Estudos sobre a perspectiva do paciente em relação a ser filmado são divergentes. Em um estudo foi encontrado uma taxa de recusa de apenas 16% (MARTIN; MARTIN, 1984), em outros menos de 10% de recusas ((BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012), enquanto outro mostrou uma taxa média de aceitação do paciente de apenas 6% (SERVANT, MATHESON, 1986). Em um estudo menos da metade dos pacientes disseram que poderiam se sentir sob pressão para participar, outro estudo mostrou não haver diferença no índice de satisfação de pacientes que foram filmados ou não (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

Deve-se ter claramente uma preocupação em relação a possibilidade de os pacientes se sentirem coagidos a ter suas consultas gravadas em vídeo para agradar ao médico e por medo de terem seu cuidado prejudicado (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Quando recepcionistas pedem autorização ao invés do médico, pode haver redução da impressão de coerção, mas essas pessoas precisam ser bem treinadas na tarefa de garantir que os pacientes tenham uma escolha livre e certifiquem-se de que o médico não se importará se o paciente preferir não ter sua consulta gravada em vídeo (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

1.3.2 A sessão de vídeo feedback

1.3.2.1 Recomendações gerais para sessões de vídeo feedback

Inicialmente é importante conhecer as recomendações para abordagem de ensino e aprendizagem de Pendleton:

1. Fazer o ensino ser centrado no aprendiz.
2. Escolher métodos adequados à mensagem.
3. Pregar que faz.
4. Integrar aprendizagem e prática
5. Estabelecer uma cultura de aprendizagem. (PENDLETON et al, 2011)

Em 1993 Steinert já publicava um artigo com 12 dicas para vídeo feedback:

Figura 9 – Guia para revisão efetiva de videogravações

Durante a revisão do vídeo:

1. Considere os muitos usos de revisões de vídeo em dar feedback de desempenho clínico e cuidadosamente determine seus próprios objetivos no uso deste método de ensino.
2. Trabalhe para dominar os temas mais comumente encontrados.
3. Assegure-se de haver um consentimento informado.
4. Escolha o melhor formato para ensino e prepare o estudante para revisão do vídeo.
5. Ajude o aluno a desenvolver o plano de trabalho.
6. Crie um ambiente de apoio e discuta as reações do estudante no vídeo.
7. Determine como a sessão irá se desenvolver.
8. Solicite uma breve descrição do que será visto na videogravação.
9. Reveja as partes selecionadas do vídeo.
10. Siga os princípios do feedback efetivo.
11. Foque na discussão.
12. Resuma e avalie a revisão.

Fonte: STEINERT, 1993 (tradução nossa).

A possibilidade de compartilhar a autopercepção como com um pequeno grupo em que se confia é um aspecto muito importante da análise da consulta e o uso do vídeo torna isso mais fácil, detalhado e objetivo (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). A revisão do vídeo por pares (colegas) é mais benéfica do que um feedback tradicional no aperfeiçoamento das habilidades de comunicação do discente (EECKHOUT et al, 2016; KALISH et al, 2011) e é muito recomendada porque o feedback é mais efetivo para otimizar performance quando há associação de autoavaliação, feedback externo e feedback por pares (PELGRIM et al, 2013).

É preciso atenção em relação a uma possível assimetria que pode ocorrer quando o grupo não é uniforme e há estudantes e professores ou preceptores na mesma sessão. Esta assimetria pode dar a impressão de algo como um “tribunal” que julga o

desempenho dos residentes, algo que seria contraproducente e contrário à proposta formativa e de reforço positivo. Para evitar esse possível feedback negativo não construtivo, nessa situação de assimetria de membros, seria adequado que alguns profissionais da equipe do programa (professores ou preceptores) se prestassem também a trazer entrevistas suas para feedback em sessões anteriores a dos residentes (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

1.3.2.2 Métodos de revisão e análise do vídeo

Pode-se treinar com o vídeo determinados micro comportamentos em habilidades específicas ou habilidades mais holísticas (FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2011). Em relação a como visualizar o vídeo focando nas habilidades, há basicamente 2 metodologias de revisão e análise da videogravação de consulta: a Entrevista Baseada em Problemas (PBI) e o Método de Visualização Global (MVG). Pode-se ainda assistir apenas fragmentos de maior dificuldade escolhidos previamente pelo entrevistador para um feedback breve ou assistir o vídeo através de programas de computador que possibilitam edições com codificações para feedback (FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2011).

1.3.2.2.1 Método de Visualização Global (MVG)

Esse método consiste em visualizar a totalidade ou a maior parte da entrevista para capturar os objetivos dos protagonistas e as estratégias que foram usadas para dar resposta às demandas do paciente, assim como o resultado final da entrevista. O MVG tem a vantagem de que se valoriza a entrevista em suas grandes linhas estratégicas, eixo emocional e eixo cognitivo-comportamental, em uma “*macroanálise*”.

Este enfoque é particularmente útil para que os participantes analisem as intenções de fundo do paciente e também nas suas próprias, e saibam planejar os encontros percebendo desde o início “o que se pretende deles”, isso é, o enquadre (ou agenda) das entrevistas. Este enfoque geral vai desenvolver neles um *sentido estratégico* (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

As instruções para revisão do vídeo no Método de Visualização Global:

Figura 10- O Método de Visualização Global

INSTRUÇÕES:

1) Avalie em primeiro lugar o tom emocional do encontro

TOM EMOCIONAL DO PROFISSIONAL: análise principalmente da entonação de voz, interesse por captar a atenção do paciente, presença de sorrisos e outros marcadores de cordialidade:

QUALIDADES DE SUPERFÍCIE: CORDIALIDADE.

QUALIDADES PROFUNDAS: PROATIVIDADE (*), ASSERTIVIDADE...

(*) Entendendo por isso: resposta aos objetivos emocionais do paciente com bom-humor; capacidade de dar um tom otimista, inclusive na presença de um paciente pessimista; não responder com hostilidade ao paciente hostil, manter nosso tom.

2) Identifique a (s) modalidade (s) de entrevista que foram ativadas. Avalie as tarefas mais importantes e seu cumprimento. Se várias modalidades foram ativadas, avalie separadamente.

CLASSIFICAÇÃO POR MODALIDADES: Pontue cada item com “SIM / NÃO”.

ENTREVISTA SEMIOLÓGICA: presença de um ou mais sintoma(s) ou sinais, quando é solicitada uma orientação diagnóstica.

1. Houve uma boa delimitação do motivo de consulta.
2. Foi delimitado o mapa de demandas e queixas, se o paciente é complexo.
3. Foi delimitado a natureza do problema principal: *como, *quando e *onde das enfermidades.
4. Foram averiguados os fatores ou sintomas associados.
5. Foram averiguadas ideias, preocupações ou expectativas do paciente.
6. Foi realizado o salto psicossocial, se procede.
7. Foram delimitados outros problemas que merecem seguimento.

ENTREVISTA OPERATIVA: profissional e paciente têm claro o conteúdo da entrevista: controle de um determinado adoecimento, aplicação de uma técnica, etc.

1. Em todo momento, profissional e paciente sabem do que estão falando.
2. Foram realizadas a maior parte de tarefas protocoladas (segundo o protocolo de cada entidade abordada).
3. Houve uma boa gestão do tempo.

ENTREVISTA DE ESCUTA E ACOMODAÇÃO: escutar para que o paciente se compreenda e aceite.

1. O entrevistador permite que o paciente fale sem interrupções e pede clarificações.
2. O entrevistador não se precipita em dar conselhos.
3. Os sentimentos do paciente foram aflorados, (sinalizações, escuta, empatia...).
4. O entrevistador sugere outras maneiras de ver a realidade, ou outras maneiras de enfocar a resolução dos problemas (*reframing*).

ENTREVISTA PSICOEDUCATIVA E DE INTEGRAÇÃO: o profissional procede a dar um sentido biográfico aos sintomas, e/o procede a dar conselhos para obter uma melhor adaptação.

1. O entrevistador situa as demandas e queixas em um contexto de história de vida e as normaliza /legítima, se procede.
2. O entrevistador respeita as defesas do paciente para entrar no psicológico, sem forçar o ritmo.
3. O entrevistador estimula a melhorar a qualidade de vida mostrando como outras pessoas em situação semelhante conseguiram.

ENTREVISTA INFORMATIVO-PRESCRITIVA: o profissional informa e/ou prescreve alguns conselhos. Pode ser a segunda parte de qualquer das modalidades anteriores. Em ocasiões deriva de uma tarefa persuasiva e/ou de negociação, que consideraremos na seguinte modalidade.

1. Frases curtas e claras sem termos médicos, (ou se usa, clarifica seu significado).
2. Uso de exemplificação com racionalidade da medida terapêutica
3. As dúvidas do paciente foram atendidas, dando espaço para expressão do seu ponto de vista.
4. Os conselhos foram detalhados e/ou fornecido instruções por escrito.

ENTREVISTA PERSUASIVO-NEGOCIADORA: o paciente nos pede de maneira explícita ou implícita uma prestação de saúde, ou nos solicita que ajudemos a modificar determinados hábitos.

1. O entrevistador detecta uma expectativa do paciente que não estava no seu plano de entrevista, e determina que o paciente não ficará satisfeito a menos que a tal expectativa seja persuadida ou negociada, (por exemplo, fazer uma receita, uma RNM, encaminhamento a outro centro...).
2. O entrevistador em lugar de justificar suas opções permite ao paciente que expresse suas expectativas ou pedidos ou crenças.
3. O entrevistador tenta reconverter crenças e/ou explicar seu ponto de vista.
4. Chega-se a um acordo ou desacordo, (parênteses, duplo pacto, atribuição intencional ou real, negação...).
5. Em caso de negação o profissional clarifica o papel que tem assumido e oferece seus serviços no futuro.

ENTREVISTA DE MUDANÇA DE HÁBITOS, (ENTREVISTA MOTIVACIONAL)

1. O grau de compromisso ou a predisposição com a mudança do paciente foram determinados.
2. O entrevistador se mostrou respeitoso com as crenças do paciente mas, por sua vez, firme em suas convicções de que é necessário modificar.
3. Foi aplicada uma estratégia de aconselhamento diretivo: “o melhor para sua saúde seria...”
4. Foi aplicada uma estratégia não diretiva: “se continuar assim, como vê seu futuro?”
5. O paciente foi agendado para um seguimento posterior, marcando objetivos intermediários, se pertinente.

QUESTÃO FINAL: Pelo conteúdo observado... o profissional teria tido que ativar algum outro tipo de modalidade de entrevista?

NOTA: Em uma mesma entrevista podem surgir várias modalidades. Por exemplo, é muito normal que de uma entrevista semiológica passemos a uma prescritiva na fase de resolução. Ou que de uma semiológica passemos a uma modalidade de escuta, para talvez entrar em uma entrevista psicoeducativa. Nestes casos, classificaremos cada uma das seções que correspondam.

Fonte: BORRELL-CARRIÓ F. Entrevista Clínica. 2012.

1.3.2.2.2 Entrevista Baseada em Problemas – *Problem Based Interviewing (PBI)*

Essa metodologia de revisão de vídeo para feedback é o foco principal deste estudo. Foi baseada no modelo de Lesser (LESSER, 1981) e nos princípios de feedback construtivo de Pendleton e no feedback ALOBA (*Agenda-Led Outcome-Based Analysis*) com análise baseada em resultados e guiada pela agenda (demanda) do aprendiz (PENDLETON et al, 2011; SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 1996). É recomendável que se desenvolva em grupos de até 15 pessoas (SEMFYC, 2010). Pede-se o compromisso que todos do grupo participem trazendo seus vídeos de consulta (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

O objetivo da revisão do vídeo pela metodologia PBI em sua versão clássica, serve para sensibilizar os participantes nos pequenos detalhes da comunicação verbal e não-verbal (SEMFYC, 2010). A diferença com o Método de visualização global (MVG), é que, neste, o objetivo é sensibilizar os participantes a respeito das estratégias globais de acordo com as intenções dos protagonistas (SEMFYC, 2010). O PBI, diferentemente,

consiste em visualizar partes importantes da entrevista, convidando o entrevistador a expressar em que sentido surpreende o diálogo observado, que tipo de conteúdos são percebidos, e que previsões podem ser estabelecidas. A partir destes comentários podem ser sugeridas melhores estratégias emocionais e cognitivo-comportamentais para enfrentar situações parecidas.

O PBI é uma estratégia de *microanálise*, de detalhes de comunicação, onde predomina o processo acima dos conteúdos. O PBI se adapta muito bem às suas necessidades formativas específicas de cada grupo, e é menos normativo que o MVG. Ainda que perdendo aspectos de estratégia global, os primeiros minutos de entrevista costumam bastar para que os participantes deduzam os propósitos que cada protagonista tem na entrevista, ou seja, os objetivos ou a agenda que o paciente e o entrevistador trazem.

Pode ser conveniente combinar a metodologia de PBI com a de MVG. Isto pode realizar-se em qualquer momento, por exemplo, visualizando os primeiros minutos de entrevista como PBI, e na segunda parte da sessão visualiza-se o resto do vídeo com MVG.

1.3.3 O feedback

1.3.3.1 Princípios de feedback construtivo de Pendleton

Pendleton et al (2011) foram um dos primeiros e importantes autores que conseguiu organizar princípios para um feedback construtivo. Os princípios de feedback que podem ser resumidos em (PENDLETON et al, 2011):

1. Engajar e envolver o aprendiz, elencando suas preocupações e objetivos e chegue a um acordo para prosseguir.
2. Apresentar a fundamentação lógica para as tarefas da consulta e negocie sua aceitação em relação à experiência da prática do próprio aprendiz.
3. Observar e descrever a consulta e identifique quando há tentativa de realizar uma tarefa específica.
4. Avaliar até que ponto cada tarefa foi realizada em uma consulta.
5. Fornecer feedback construtivo. Identifique como as tarefas foram realizadas e as razões porque qualquer das tarefas não foi completamente realizada, e veja como isso pode ser melhorado.
6. Desenvolver a autoconsciência. Ajude o aprendiz a avaliar sua própria efetividade e a identificar os pensamentos e sentimentos que teve durante a consulta.

7. Escolher estratégias de aprendizagem apropriadas. Chegue a um acordo quanto às necessidades futuras de aprendizagem e ao método mais apropriado para aprendê-las.
8. Experimentar e praticar. Encoraje o aprendiz a colocar em prática as mudanças propostas tanto em ambientes protegidos quanto com seus pacientes. (PENDLETON et al, 2011)

As regras de Pendleton para feedback, publicadas pela primeira vez em 1984, em que sugere que deve-se encorajar o aprendiz a falar primeiro, considerar o que foi bem feito (iniciar por feedback positivo) e preferencialmente fazer recomendações ao invés de apontar fraquezas (PENDLETON et al, 2011). Ao permitir que o entrevistador sempre fale primeiro quando o vídeo é parado, possibilita-se que o discente dê primeiro o feedback e faça uma autoavaliação das cenas vistas.

Para realizar um feedback construtivo, recomenda-se focar mais na descrição do que na avaliação (PENDLETON et al, 2011). Por exemplo, em lugar de comentar: “eu tentaria fazer com que o paciente não divagasse tanto e se concentrasse no tema”, procurava-se estimular que os participantes verbalizassem exatamente as palavras que utilizariam. No exemplo: “eu teria dito ao paciente: eu queria que me explicasse como é a dor” (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

Essas regras foram pensadas inicialmente para se contrapor à norma antiga das escolas médicas de ensinar pela humilhação (PENDLETON et al, 2011) e, talvez por isso, hoje ainda parece algo tão inovador para muitos docentes. Um feedback bem-intencionado, detalhado e descritivo, observações de aprendizes com revisões através de gravações em vídeo e áudio são os ingredientes essenciais do aprendizado experimental de habilidades de comunicação (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

1.3.3.2 O feedback ALOBA (*Agenda-Led Outcome-Based Analysis*)

Há algumas críticas em relação às regras do feedback de Pendleton, como de que há muita rigidez, como a de que o feedback positivo deve sempre vir antes, o que poderia forçar um discurso artificial inicialmente e de que o estudante não é ativamente envolvido em alcançar seu objetivo, apenas recebendo sugestões (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

Silverman e colaboradores, buscaram equilibrar as desvantagens das regras de Pendleton com a abordagem ALOBA, que foi elaborada pensando no feedback para

pequenos grupos ou individual (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005. SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 1996). A metodologia do feedback ALOBA foi construída baseada na própria agenda (motivos, intenções) do estudante, colocando o entrevistador que trouxe o vídeo no centro do processo e ativamente envolvido na análise da entrevista, permitindo que identifiquem seus problemas individuais no contexto dos seus resultados desejados para o paciente e para si mesmo na consulta (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 1996).

Nesta abordagem um dos princípios é identificar no que o aprendiz quer ajuda e a discussão é então direcionada para atingir o objetivo do entrevistador, estimulando a autoavaliação e oportunisticamente introduzindo a agenda do facilitador e a discussão de novas teorias e conceitos. Ao invés do grupo dar inicialmente sempre um feedback positivo, propõe-se que o próprio entrevistador inicie com uma autoavaliação. O objetivo é empoderar o estudante e reduzir as suas defesas enquanto permite uma oportunidade para melhoria nas suas habilidades (PENDLETON et al, 2011; CHOWDHURY; KALU, 2004).

O feedback baseado no vídeo é mais efetivo se específico e focado na comunicação efetiva e quando conectado com as instruções teóricas de um modelo de comunicação desejado (FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2011; BORG et al, 1970, THELEN; LASOSKI, 1980). Atualmente os estudos não sugerem mais usar o vídeo para autoconfrontação, porque um feedback negativo pode destruir a autoconfiança e não é efetivo. O modelo de reforço positivo é pedagogicamente mais recomendável (HATTIE, TIMPERLEY 2007; KLUGER; DENISI, 1996; DOWRICK, 1983; HOSFORD, 1983; BANDURA, 1969).

Abaixo os princípios do feedback ALOBA (*Agenda-Led Outcome-Based Analysis*):

1) Inicie com a agenda do médico	Pergunte que problemas o médico experienciou e que ajuda ele gostaria do grupo.
2) Sempre olhe para os resultados que você está tentando atingir.	Pensando sobre seus objetivos e como poderia alcançá-los estimulado a resolução de problemas – efetividade na comunicação depende do que você está tentando atingir.
3) Estimule a autoavaliação e a	Sempre permita que o médico possa dar sugestões antes do compartilhamento de ideias do grupo.

autoresolução de problemas inicialmente

4) Envolva o grupo todo na resolução dos problemas	O grupo deveria trabalhar junto para encontrar soluções não apenas para ajudar o médico como também para ajudar a si mesmos em situações similares.
5) Use feedback descritivo para encorajar uma abordagem de não julgamento.	O feedback descritivo assegura que os comentários sejam específicos e não de julgamento e previne generalização vaga.
6) Proporcione um feedback balanceado.	Cada membro do grupo deveria assegurar que fornecerão um balanço no feedback do que foi trabalhado bem e o que não funcionou tão bem: isto apoia o estudante e maximiza o aprendizado – nós aprendemos tanto pela análise do por que funcionou como por que não funcionou.
7) Faça sugestões e dê alternativas.	Faça sugestões ao invés de comentários prescritivos e devolva as reflexões para o médico fazer suas considerações a respeito.
8) Ensaie sugestões	Ensaie e pratique sugestões através de role play – na aprendizagem de qualquer habilidade é preciso observação, feedback e ensaio para uma mudança efetiva.
9) Seja bem intencionado, apreciador e seja suportivo.	É responsabilidade do grupo ser respeitoso e sensível uns aos outros.
10) Valorize o vídeo como um presente de material bruto para o grupo.	O vídeo proporciona um material bruto que todo o grupo pode explorar os aspectos de comunicação. Os membros do grupo podem aprender tanto quanto o entrevistador e devem estar preparados para fazer e praticar sugestões – o entrevistador não deve ser o centro constante de atenção.
11) Aproveite as oportunidades para introduzir exercícios de ensino e evidências de pesquisa.	Os facilitadores devem aproveitar as oportunidades para introduzir exercícios de ensino e evidências de pesquisa para ajudar a delinear os princípios de comunicação e iluminar o aprendizado para o grupo como um todo.
12) Estruture e resuma o aprendizado para	Os facilitadores devem resumir a sessão e assegurar que o grupo desenvolveu suas

alcançar um objetivo final construtivo.

habilidades individuais dentro de um quadro conceitual global.

Fonte: Silverman, Draper and Kurtz: Education for General Practice vol 7 e 8, pag 279-378, 1996 (tradução nossa).

1.3.3.3 Desenvolvimento de uma sessão na metodologia PBI com feedback ALOBA (*Agenda-Led Outcome-Based Analysis*)

Inicialmente, o coordenador solicita ao entrevistador que trouxe o vídeo que fica uma breve introdução em relação ao contexto em que a entrevista foi filmada, a respeito do paciente e como se sentiu ao gravar-se em vídeo (SEMFYC, 2010). Por exemplo: se era uma consulta agendada ou de demanda espontânea, se já havia atendido o paciente antes ou não e se sim, como era sua relação com o paciente. A seguir, o coordenador busca fazer a definição da agenda da sessão junto com o aprendiz, pedindo para que o entrevistador explicita sua demanda, ou seja, quais foram suas dificuldades e em quais elementos deseja centrar-se, e assim chegam a um acordo sobre quais aspectos seriam focados para o feedback (SEMFYC, 2010).

Na sequência o coordenador relembra ao grupo a metodologia e recorda as normas de participação em relação a “Regra dos 3 C” usada na condução (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012):

a) **C de Comunicação** – Os comentários devem referir-se a elementos de comunicação da entrevista.

b) **C de Crítica construtiva** – os comentários devem ser feitos de maneira construtiva, iniciando com um feedback positivo, a partir de fatos, sem juízos de valor e oferecendo estratégias concretas que considera que possam ser eficazes para a dificuldade apresentada.

c) **C de Controle** – que quando o vídeo é parado temos que permitir que quem trouxe o vídeo sempre fale primeiro e o entrevistador tem o controle de parar, adiantar ou voltar o vídeo a qualquer momento.

No o método clássico de PBI, a visualização do vídeo é feita desde o início, como se o grupo estivesse fazendo a consulta junto com quem trouxe o vídeo, e a qualquer momento, se algum aspecto importante de comunicação chamar a atenção de alguém, a

videogravação é parada. Geralmente o vídeo é pausado antes dos 2 minutos iniciais (SEMFYC, 2010). O grupo assiste à consulta como se eles mesmos estivessem conduzindo a entrevista, pausando o vídeo com frequência cada vez que alguém percebe um sinal ou uma “pista”. Quando o vídeo é parado o coordenador convida o entrevistador a verbalizar sua auto-imagem e o que observou na interação, com análise de micro-habilidades, e microanálise de microcomportamentos, prestando atenção em cada palavra exatamente falada, assim como na comunicação não-verbal (GASK, 1998; BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

Na dinâmica da análise da gravação, primeiro sempre fala o entrevistador, fazendo sua autoavaliação, explicitando como se sentiu e quais foram suas dificuldades. Depois o coordenador e o grupo assinalam os aspectos positivos. Só depois recomenda-se apontar o que poderia ser feito de outra forma, através de alternativas concretas, como “Às vezes nessa situação ajuda...”.

O papel do grupo formado geralmente por pares (colegas) é dar um feedback efetivo com critérios relacionados às habilidades de comunicação e ajudar a encontrar alternativas para os comportamentos menos efetivos observados (HATTIE; TIMPERLEY, 2007). Nesse caso, por exemplo, há a possibilidade de fazer um *role-play* associado, porque é muito recomendável que algum membro do grupo se coloque na perspectiva do paciente para dar o feedback e esteja preparado para fazer um *role-play* no papel do paciente. É especialmente útil associar o *role-play* quando considera-se necessário ensaiar técnicas sobre o que foi discutido. Poderia ser solicitado a algum participante mostrar como faria diferente e com que palavras exatamente diria (SEMFYC, 2010).

Pode-se também associar princípios da técnica desenvolvida por Norman Kagan em 1969, chamada *Inter-Personal Process Recall* (IPPR), onde o coordenador convida o entrevistador a lembrar-se do que estava pensando ou sentindo em cada estágio da entrevista gravada. Nessa técnica, o objetivo é o coordenador fazer perguntas para promover a reflexão e não para ensinar comportamentos, buscando desenvolver a autoconsciência do aprendiz e estabelecer maior controle sobre seus sentimentos (PENDLETON et al, 2011).

Nas sessões de vídeo feedback, procura-se evitar tentar encontrar uma explicação para tudo, entendendo a importância de cultivar o que BORRELL-CARRIÓ chama de “ponto de perplexidade”, quando reconhecemos que há incerteza ou falta de conhecimentos e tolera-se a ambivalência e “o não saber”, que é um dos grandes valores

cultivados neste tipo de sessões (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

1.3.3.4 O papel do facilitador ou coordenador

O papel mais recomendado de um facilitador de sessões de vídeo feedback é além de coordenar a sequência do processo e as falas do grupo, facilitar que o participante observe sua autoimagem, faça sua autoavaliação e estimule que o grupo dê um reforço positivo para os comportamentos observados, além de estimular que o próprio entrevistador encontre, sozinho e com a ajuda do grupo, estratégias para melhorar suas dificuldades (DOWRICK, 1983; HOSFORD; MILLS, 1983; BANDURA, 1969).

É importante que o facilitador da sessão lembre que o objetivo é que as habilidades de comunicação com o paciente podem ser adquiridas e melhoradas, e que para isso temos que desenvolver um sentido de crítica e autocrítica construtiva. “Não há entrevistador, por melhor que seja, que não tenha aspectos a melhorar” (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

É essencial que o facilitador saiba usar as regras de feedback de Pendleton e os princípios do feedback ALOBA, com critérios claros de avaliação, senão o feedback pode ser incompleto. Além disso, se as regras são usadas como leis ou dogmas, acabam criando uma artificialidade ao feedback, prejudicando a aprendizagem (PENDLETON et al, 2011).

Um dos objetivos prioritários das sessões de vídeo feedback é que seja lembrado como uma experiência enormemente positiva. Não será assim quando alguém do grupo acusa de maneira grosseira ou impositiva a atuação do profissional. Alguns comentários podem estar carregados de boas intenções, mas podem prejudicar a auto estima de quem as recebe (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012). O coordenador deve estar atento a isso e deve interromper de maneira educada, mas firme, por exemplo:

Te agradeço muito o comentário, mas sempre temos que fazer o esforço de dar um feedback positivo, ou seja, não fazer tanto juízos de valor e sim dizer o que nós nesta mesma situação faríamos ou diríamos ao paciente... em seu caso, qual seria a frase que você responderia ao paciente? (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

Se o discente começar a apresentar resistência ou se mostra desconfortável, é importante explicar a intenção da pergunta ou comentário. Recomenda-se também que o coordenador faça um resumo ao aprendiz sobre o que tem sido falado até o momento (SEMFYC, 2010). É importante que o coordenador perceba que algumas pessoas não são capazes de dinamizar com suficiente agilidade o progresso de um grupo e têm dificuldade em permitir a participação dos outros ou ainda, desejam controlar a opinião do grupo e maneje essas situações com naturalidade (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, GUSSO, LOPES, 2012). Além disso, o coordenador deve abordar os preconceitos do grupo quando identificá-los. Por exemplo: “os pacientes imigrantes abusam do sistema de saúde”. O facilitador, quando perceber isso, enfatizará e pedirá ao grupo que evite estereótipos e supere estes preconceitos (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

Um papel importante do facilitador é ir pontuando as técnicas de comunicação que surgem no vídeo e deve ajustar-se ao tempo programado. As sessões deste tipo levantam paixões e facilmente se alongam até o esgotamento. Deve-se evitar isso, mas também não se deve encerrar a sessão com sensação de inacabado e com um “gosto amargo na boca” de quem trouxe a gravação. Neste caso, permitiríamos que a sessão se prolongue uns minutos mais (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

Recomenda-se estimular que os próprios discentes descubram e pontuem as técnicas de comunicação durante as sessões. Para isso, o facilitador da sessão procura fazer perguntas que vão do geral para o específico, para tentar fazer com que cada participante perceba uma determinada situação ao invés de explicitá-la diretamente (SEMFYC, 2010). Por exemplo, se o facilitador deseja que o grupo observe uma pista não verbal de alto conteúdo emocional do paciente, pode fazer perguntas como: “Por que pensa que o vídeo foi parado? Notou se ocorre algo nesse momento? Notou algo na voz do paciente? Percebeu como mudou a voz do paciente ao falar de sua esposa? Em que consistiu essa mudança? ”. Se apesar de tudo o discente não conseguir identificar a dificuldade, o coordenador ou algum membro do grupo pode indicar ou realizar uma demonstração de como faria na situação discutida (SEMFYC, 2010).

Para encerrar, facilitador deve agradecer a todos os participantes o esforço realizado, e de maneira muito especial aos profissionais que trouxeram suas gravações. Também fará um resumo do que o grupo aprendeu, e as dúvidas que suscitaram e aspectos abertos a reflexão (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012).

Abaixo um guia para avaliação do facilitador de sessões de PBI:

Quadro 1 - Avaliação do papel de facilitador (ou coordenador) de uma sessão formativa através do comentário de videogravações.

Sessão nº.....					
Marcar com um círculo a frase que melhor reflete a conduta do facilitador desta sessão de aprendizagem.					
Avaliar cada item de: 1 (nada de acordo) a 5 (muito de acordo)					
1-Agenda da sessão:	1	2	3	4	5
* O monitor tenta acordar uma agenda prévia para a sessão, com base nos problemas do profissional e/o do grupo (indaga preocupações, crenças, expectativas...) em relação à entrevista.					
2- Clarifica as normas de participação:	1	2	3	4	5
* O monitor recorda as normas da sessão e relativas aos conteúdos, ao controle e às críticas (Os três "C").					
3- Ensino baseado em fatos	1	2	3	4	5
* Quando a gravação é parada, trabalha-se sobre algum aspecto observado.					
4- O vídeo é parado com a frequência adequada	1	2	3	4	5
* Se aparecem elementos comunicativos novos e ninguém do grupo solicita parar a gravação, o monitor é quem o faz.					
5- Utilização de metodologia ativa	1	2	3	4	5
* O monitor facilita que os profissionais descubram as estratégias e as técnicas adequadas.					
6- Consideração aos sentimentos do profissional	1	2	3	4	5
*O monitor se interessa pelos sentimentos do profissional (a respeito de que sentimentos o paciente lhe desperta na entrevista, como os apresenta na sessão). Os comentários sobre seu comportamento verbal e não verbal estão incluídos.					
7- São comentados o que é apresentado de forma adequada	1	2	3	4	5
*O monitor ressalta aquelas coisas que o profissional faz bem					
8- São solicitadas alternativas	1	2	3	4	5
*O monitor solicita ao profissional e ao grupo que expressem outras formas de atuação (perguntas, técnicas ou outras estratégias) que se poderiam ter sido utilizado em um momento determinado.					
9- Se proporcionam alternativas	1	2	3	4	5
*O monitor proporciona outras formas que poderia ser realizada uma pergunta ou técnica, mas sempre depois do grupo trazer as suas.					
10. Ensaia alternativas	1	2	3	4	5
*O monitor solicita ao profissional e ao grupo que coloquem em prática (a modo de role-play) as formas alternativas de atuação que foram sugeridas.					
11. Manejo do grupo adequadamente	1	2	3	4	5
* O monitor permitiu e solicitou a participação dos membros do grupo nos momentos oportunos e de uma forma adequada durante a sessão.					
12. Foi dado nome às técnicas	1	2	3	4	5
*Cada vez que surge uma técnica ou estratégia com um nome reconhecido, o monitor proporciona informação teórica relevante.					
13. Encerra a sessão com um comentário global	1	2	3	4	5
*O monitor realiza um resumo final da sessão, ligando com as agendas trabalhadas, quando procede.					
Avaliação global da monitoria	1	2	3	4	5
Comentários e/ou sugestões					
Data:...../...../..... Avaliador					

Fonte: BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012

Alguns aspetos que os facilitadores destas sessões devem evitar, seriam os seguintes (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012):

- Parar a gravação em poucos segundos, sem permitir que os participantes percebam a natureza da comunicação que está se estabelecendo. (Os detalhes não nos deixam ver o bosque).
- Não perguntar ao participante que traz a videogravação como se sentiu, o que faria diferente, etc.

- Não proteger o participante que trouxe sua gravação dos comentários agressivos do grupo.
- O grupo se fixa nos detalhes superficiais da entrevista e o moderador não detecta que deveria reenfocar a análise. (BORRELL-CARRIÓ; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012)

2 Objetivos

Objetivo geral

1. Analisar o uso de videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica com médicos residentes em um programa de Atenção Primária (APS).

Objetivos específicos

1. Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa de sessões de vídeo feedback de consultas reais, em grupo, na metodologia de Entrevista Baseada em Problemas (PBI - *Problem Based Interviewing*), para avaliação formativa de habilidades de comunicação, através de:
 - a) Utilização de uma metodologia de avaliação clínica com estações simuladas padronizadas tipo OSCE, comparando antes e após essas sessões, com avaliação por 2 avaliadores externos.
 - b) Utilização de questionários validados de avaliação de empatia e atendimento centrado na pessoa, preenchidos pelo próprio residente e pelo paciente simulado.
2. Avaliar as potencialidades e desafios das sessões de vídeo feedback e mudanças na prática clínica do residente, através de questionário semiestruturado para análise qualitativa.
3. Tradução e adaptação transcultural para o português falado no Brasil do instrumento *Calgary-Cambridge Observation Guide* (CCOG) **(Etapa 2)**.

3. Casuística e Métodos

3.1 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (CAAE: 340214147.0000.0101), e também pelo Comitê de Ética da Universidade de São Paulo (CAAE 5927167.0000.0065), disponíveis no item Anexos. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Apêndice D) informando os objetivos, método, riscos e implicações, foi apresentado e preenchido pelos participantes da pesquisa. Em relação à divulgação dos dados da pesquisa, os nomes dos participantes serão alterados de modo a preservar a identidade das pessoas.

Cabe ressaltar que há um “potencial conflito de interesse” de uma das pesquisadoras em relação a essa pesquisa e ao trabalho de campo, por exercer por um período a Coordenação dos Programas de Residência Médica (até 2015) e por ser professora e coordenadora das sessões de videogravação de consulta na metodologia PBI com os residentes. Entretanto, foram adotados procedimentos para minimizar os possíveis riscos de vieses que poderiam surgir, conforme descrito previamente no detalhamento da pesquisa de campo e análise de dados. Para tentar minimizar a possível interferência no aceite em participar da pesquisa, os questionários foram entregues e recolhidos por outra professora que não participa da pesquisa.

Como benefício ao grupo controle, foram realizadas sessões de videogravação na metodologia PBI para os interessados do grupo que não participaram das sessões de PBI durante a pesquisa. Todos os recursos decorrentes da pesquisa foram custeados pela própria pesquisadora e não houve qualquer tipo de remuneração aos participantes. Os resultados farão parte de futuras publicações científicas e serão divulgados em forma de artigo, independentemente dos resultados.

3.2 Desenho, cenário e participantes

Foi conduzido um estudo experimental com pré-teste, intervenção e pós-teste com um grupo controle, para avaliar os efeitos de uma intervenção educativa nas habilidades de comunicação de médicos residentes de um programa de Atenção Primária. A

intervenção educativa proposta foi a realização de sessões de vídeo feedback, utilizando consultas reais, com revisão do vídeo na metodologia de Entrevista Baseada em Problemas (*Problem Based Interviewing- PBI*), com feedback por pares (colegas residentes) em pequenos grupos para avaliação formativa em habilidades de comunicação.

Todos os 61 médicos residentes do primeiro ano de 3 turmas (de 2014 a 2016) de um Programa Integrado de Residência em Medicina de Família com atuação de estágio na Secretaria de Saúde de Curitiba foram convidados a participar. Todos aceitaram e 54 participaram de todas as etapas da pesquisa, sendo 17 homens e 37 mulheres. Os residentes foram divididos aleatoriamente em grupos de 12 a 15 participantes de um programa educativo de vídeo feedback e foram identificados com letras e números de forma também aleatória.

A coleta de dados foi realizada antes e após a intervenção, através de uma análise em vídeo da performance dos residentes em estações tipo OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) com 2 estações clínicas antes e 2 após a intervenção, com 4 cenários de situações comuns da APS, com duração de 7 minutos. Além disso, havia mais 1 estação de autopreenchimento de 2 questionários (empatia e percepção do atendimento centrado na pessoa) pré e pós-intervenção.

Os pacientes simulados também preencheram questionário avaliativo após cada estação da avaliação prática. Esses pacientes simulados eram alunos de graduação de Medicina, que recebiam um roteiro do caso a ser dramatizado e havia uma reunião prévia em que se discutia o roteiro para que os pacientes-simulados tivessem reações semelhantes, para atuarem como pacientes simulados padronizados em estações que se repetiam em paralelo ou em tempos diferentes. Procurava-se alunos que não tivessem tido contato ou algum tipo de relacionamento afetivo com os médicos residentes. Nessa reunião prévia discutia-se também com os alunos que fariam o papel de paciente simulado a respeito dos questionários que eles preencheriam logo após o término de cada estação para cada médico residente com o objetivo de uniformizar as avaliações.

As estações ocorreram em duas unidades de saúde do município de Curitiba, utilizando cenários reais, semelhantes à prática de atendimento dos médicos residentes, apenas com pacientes simulados e com tempo delimitado de 7 minutos para cada estação. Os médicos residentes recebiam para leitura um resumo do caso que iriam atender, junto com a tarefa focada e direcionada para determinada parte da entrevista e o tempo disponível para a realização a tarefa. Para as estações antes da intervenção foram

elaborados um caso de abordagem de cefaleia envolvendo aspectos biopsicossociais e um caso de comunicação de notícia difícil (resultado de HIV reagente). Após a intervenção havia estações com um caso de um paciente hipertenso descompensado envolvendo necessidade de mudança de estilo de vida e outro caso de comunicação de notícias difíceis (resultado de endoscopia mostrando adenocarcinoma gástrico). Os casos utilizados nas estações podem ser visualizados no item Apêndice.

As performances dos médicos residentes nas estações de avaliação prática tipo OSCE foram filmadas e analisadas posteriormente por dois avaliadores externos treinados para avaliar aspectos de comunicação clínica do questionário. Foi feito um teste piloto com os avaliadores, analisando algumas consultas filmadas e discutindo as diferenças de respostas entre os avaliadores e detalhando cada item do questionário, para que tivessem uma homogeneidade nas avaliações. Foi escolhido utilizar avaliadores externos para maior confiabilidade ao processo avaliativo e minimizar os possíveis vieses que podem surgir devido a uma das pesquisadoras ser “sujeito implicado” na pesquisa e ter “potencial conflito de interesse”, por ser professora e coordenadora das sessões de vídeo feedback na metodologia estudada e também Coordenadora de um dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Os avaliadores externos não tinham nenhuma relação com os residentes e analisaram os vídeos sem conhecimento de qual grupo cada residente pertencia (se do grupo intervenção ou não) e se os vídeos haviam sido realizados antes ou após a intervenção. Cada avaliador externo analisou cerca de 200 vídeos de consulta.

Figura 11 - Resumo do Procedimento de Coleta de Dados: População (54 residentes)**Pré-intervenção** **Pós -intervenção**

Fonte: o autor

Para complementar um entendimento além da avaliação da performance e dos resultados das escalas numéricas, buscou-se proporcionar um aprofundamento dos pensamentos e reflexões dos médicos residentes a respeito da intervenção educativa investigada, buscando entender suas percepções sobre o método e como a intervenção

impactou seu aprendizado na comunicação clínica. Também buscou-se avaliar se houve mudanças na sua prática. Ao final das sessões de videofeedback foi aplicado um questionário semiestruturado a respeito das percepções subjetivas da participação.

O estudo exploratório qualitativo, segundo Minayo, permite uma abordagem subjetiva, trabalha com mensagens, com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade, para compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, que por sua vez são depositários de crença, valores, atitudes e hábitos (MINAYO,1994).

Para a determinação do referencial teórico foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos últimos 20 anos (1997-2017) utilizando os bancos de dados MEDLINE e LILACS. Foram citados apenas os artigos mais relevantes e que se relacionavam diretamente ao tema da pesquisa, além de livros textos clássicos em função do número limitado de artigos sobre o tema. Na busca foram utilizados os seguintes descritores: relações médico-paciente, comunicação em saúde, comunicação médico-paciente, comunicação clínica, educação médica, habilidades de comunicação, vídeo, videotape e feedback.

3.3 A intervenção – Sessões de vídeo feedback de consulta médica

A intervenção foi um programa educativo com sessões de vídeo feedback com objetivo de avaliação formativa. Foram utilizadas consultas médicas reais, com revisão do vídeo em grupo, com feedback por pares (colegas), com método de revisão e análise de vídeo com Entrevista Baseada em Problemas, que neste estudo chamaremos pela sigla em inglês, PBI (*Problem Based Interviewing*), por ser o termo consagrado na prática.

Os participantes das sessões foram: o entrevistador, pelo menos um coordenador/facilitador da sessão e um grupo de colegas (residentes), em grupos pequenos de 12 a 15 médicos residentes. O programa de treinamento levou em torno de 12 semanas, com cada sessão com duração de 60 a 90 minutos. Não houve limite no tamanho do vídeo gravado previamente. A média de tempo dos vídeos apresentados foi de cerca de 20 minutos. Para facilitar a autoavaliação e reflexão prática recomendou-se que a consulta fosse gravada próxima à sessão (em torno de no máximo 15 dias antes).

O entrevistador poderia gravar um vídeo com uma dificuldade específica ou de um paciente difícil para discutir ou filmar um dia todo de consulta e depois selecionar a que teve mais dificuldade ou ainda escolher alguma ao acaso. Recomendava-se que na

filmagem fosse possível visualizar tanto o entrevistador como o paciente, para que pudesse ser analisada a comunicação não-verbal de ambos. Recomendava-se que o entrevistador refletisse inicialmente sobre quais aspectos gostaria de receber o feedback do grupo.

Cada médico residente apresentou uma consulta filmada previamente em contexto de prática real e recebeu um feedback na metodologia ALOBA pelo coordenador da sessão e por seus pares (médicos residentes), com revisão e análise do vídeo na metodologia PBI. Os aspectos do desenvolvimento das sessões nessas metodologias foram descritos detalhadamente no item Introdução.

3.4 Instrumentos de Coleta das Informações

Foram escolhidas escalas validadas e/ou publicadas e consideradas relevantes em literatura de referência do tema. Ao todo, foram utilizados 8 instrumentos de avaliação, buscando contemplar os vários ângulos de avaliação. Todas as escalas e questionários já publicados utilizados estão apresentados no item “Anexos” e os questionários criados para analisar a experiência após a sessão de PBI e pelos avaliadores externos está no item “Apêndice”.

Quadro 2- Resumo dos instrumentos usados nas estações de OSCE:

Para autopreenchimento pelo médico residente:

1. Escala *Jefferson* de Empatia (anexo A).
2. Questionário PPACP (Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa) para o médico (anexo A).
3. Questionário após participação as sessões de videogravação de consulta na metodologia PBI (apêndice C).

Para preenchimento pelo paciente simulado padronizado após atendimento nas estações:

4. Escala CARE de empatia para pacientes (anexo B)
5. Questionário PPACP (Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa) para paciente (anexo B)

Para preenchimento pelos avaliadores externos:

Questionários baseados no CCOG (apêndice B)

7. Questionário A (apêndice B)

8. Questionário B – específico para caso de comunicação de notícias difíceis (apêndice B).

Foram criados questionários quando não se encontrou na literatura um instrumento que, na avaliação das pesquisadoras, correspondesse completamente às expectativas relacionadas às informações que se desejava pesquisar. Foi criado então um questionário semiestruturado para a análise qualitativa do residente após participação das sessões de PBI.

Os questionários para os avaliadores externos foram criados em uma das fases finais da pesquisa, pela dificuldade de encontrar um instrumento adequado e foi baseado no CCOG e no protocolo SPIKES para comunicação de má notícia.

3.4.1 Escala de avaliação de Empatia - *Consultation and Relational Empathy* (CARE)

Esta é uma escala para medida de empatia simples preenchida por pacientes e que vem sendo muito utilizada no exterior (MERCER et al, 2004). Foi desenvolvida na Escócia e validada para atendimento ambulatorial de Atenção Primária. Existe a versão validada dessa escala no Brasil. Apesar do estudo de validação ter ocorrido com uma amostra pequena (12 pacientes voluntários), o estudo de validação conclui que a versão brasileira é de fácil compreensão e com evidências aceitáveis de validade e consistência interna. O estudo de validação no Brasil concluiu também que as medidas de empatia autorreferidas pelos médicos tendem a não se correlacionar com as percepções dos pacientes. O valor mediano da escala CARE nos 12 pacientes brasileiros foi próximo do escore observado nos 23 pacientes atendidos por médicos do sistema público de saúde escocês no estudo original da escala (SCARPELLINI; CAPELLATO; SILVA, 2014).

A escala apresenta 10 itens com explicações adicionais em linguagem coloquial para facilitar o entendimento do paciente que irá avaliar as perguntas a respeito do atendimento do médico. A resposta do paciente avaliador pode variar em escala de 5

pontos entre ruim, regular, bom, excelente e não se aplica. Os valores dos itens individuais são somados fornecendo escore final entre 10 e 50. Quando houver a opção por “Não se aplica” ou faltar dados, eles podem ser substituídos pela média dos demais valores obtidos. Questionários faltando mais de dois itens ou com mais do que duas respostas “Não se aplica” devem ser desconsiderados (SCARPELLINI; CAPELLATO; SILVA, 2014).

3.4.2 Escala Jefferson de Empatia

Essa escala foi elaborada por membros do *Jefferson Medical College* em 2001 e foi o primeiro instrumento de avaliação de empatia voltado para a Medicina (HOJAT et al, 2001). Foi escolhida a versão S para estudantes por ser a escala validada, que é composta por 20 perguntas, com análise da empatia sob a ótica cognitiva, respondidas pelo médico residente em uma escala Likert de “discordo totalmente” até “concordo totalmente”, através do somatório de valores que podem variar de 20 a 140 pontos. Não há uma definição de um ponto de corte para considerar empatia adequada ou suficiente (PARO et al, 2012).

3.4.3 Questionário de Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa (PPACP)

Esse questionário foi desenvolvido por Henbest e Stewart a partir de um estudo sobre a comunicação na prática da Medicina de Família, buscando medidas de percepção quanto ao método centrado na pessoa (STEWART et al, 2010). As duas versões foram usadas em projeto-piloto para especialistas no Canadá, fazendo parte de um programa de manutenção de competência do *Royal College of Physicians and Surgeons* (STEWART et al, 2010).

O questionário apresentava 14 itens inicialmente, mas no final da década de 90 por pressões para uma versão mais curta, o questionário passou para 9 itens em duas versões: uma para a pessoa atendida e outra para o médico. O coeficiente alfa de Cronbach para o questionário respondido pelo paciente é 0,8 (n=85) e para o médico 0,79 (n=117) (STEWART et al, 2010). Os questionários são codificados por pontos e quanto maior o

escore, maior a percepção positiva e usado para dar feedback ao médico em avaliações formativas. O médico pode observar em qual aspecto do atendimento centrado na pessoa precisa melhorar. Além disso, pode-se ver o nível de concordância entre avaliações da pessoa e do médico em cada item (STEWART et al, 2010).

3.5 Análise dos dados

Na análise dos dados quantitativos, o conjunto das informações coletadas foi transferido para uma base de dados específica criada por dupla digitação, com validação e checagem da consistência do banco de dados obtido. Foram utilizados o programa EXCEL, e na análise dos mesmos o pacote *Sigma Plot e Sigma Stat 3.0* e, *SPSS* para *Windows*, 10.0. Para análise dos dados quantitativos foi usado análise de variância (ANOVA) *two way* de medidas repetidas, comparando os grupos entre si e na variação do tempo antes e após a intervenção. Por essa abordagem estatística avalia-se as diferenças entre as variáveis categóricas e examina as diferenças observadas nas médias dos grupos (baseado em suas variâncias esperadas) e as variâncias não explicadas devido ao acaso. As amostras foram consideradas independentes e com uma homogeneidade das variâncias entre os grupos. Um nível de significância de 5% foi assumido para todas as hipóteses testadas. Foi utilizado distribuição de Fisher-Snedecor, conhecida como *F*, que verificou a igualdade de variâncias. As amostras foram consideradas independentes e com uma homogeneidade das variâncias entre os grupos (VIEIRA, 2006).

Na análise dos dados qualitativos, estimulou-se nos questionários que os residentes trouxessem narrativas sobre sua experiência de aprendizado nas sessões de vídeo feedback. A narrativa pode ser percebida como uma mediação entre estrutura e acontecimento, que pode ser “densificada” em modos de pensar (BURKE, 1992). A coleta de dados foi complementada com informações em diário de campo da pesquisadora.

Foram analisados os questionários de toda a amostra de residentes que aceitaram participar da pesquisa. Apenas 5 dos 61 residentes não responderam aos questionários por falta no dia de entrega do instrumento. A amostra escolhida para apresentação nos resultados foi determinada por saturação ou recorrência dos dados, isto é, aquele momento no qual novos sujeitos não acrescentam dados novos (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para análise qualitativa foi usada a análise temática de Braun e Clarke (2006), seguindo as seis fases sugeridas pelas autoras:

Tabela 1 - Fases de análise temática de Braun e Clarke:

- 1. Familiarização dos dados:** Transcrição dos dados, leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais;
- 2. Geração de códigos iniciais:** Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código;
- 3. Busca de temas:** Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial;
- 4. Revisão de temas:** Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados e ao conjunto de dados inteiro, com elaboração de um "mapa" temático da análise;
- 5. Definição e nomeação de temas:** Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, gerando definições e nomes claros para cada tema.
- 6. Produção do relatório acadêmico da análise:** Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura

Fonte: Braun e Clarke, 2006.

A codificação dos dados foi realizada manualmente dando igual atenção a cada item, identificando aspectos interessantes nos segmentos de dados com padrões repetidos potenciais de temas em todo o conjunto. Todos os extratos reais foram codificados e posteriormente agrupados em conjuntos dentro de cada código. O processo de codificação buscou ser profundo, inclusivo e abrangente. Inicialmente a codificação foi direcionada pelos dados e posteriormente dirigida pelas questões teóricas relevantes surgidas no aprofundamento teórico. Foram usadas representações visuais para ajudar na classificação dos diferentes códigos em temas e subtemas.

A seguir, foi realizada uma revisão com releitura do conjunto de dados e refinamento e reagrupamento dos temas até chegar a um mapa temático satisfatório. Os temas e subtemas foram sendo formados por agrupamento de semelhanças de temas e ideias, ao mesmo tempo que se revisitava o referencial teórico, que levava a novos reagrupamentos. A cada revisita ao referencial teórico novos reagrupamentos eram feitos,

até se chegar a 3 grandes temas principais, que estão descritos nos resultados. O processo de categorização realizado pela pesquisadora principal foi revisto e validado pela outra pesquisadora, buscando uma validação entre pares. Na análise, buscou-se posicionar-se ativamente no processo de pesquisa e de forma consistente com a posição epistemológica, considerando que “*A análise do material ... é uma criação artística autoconsciente pelo pesquisador, e deve ser construída para convencer o leitor da plausibilidade de um argumento*” (FOSTER; PARKER, 1995).

3.6 Metodologia da Etapa 2

Durante a etapa 1 deste estudo observou-se a dificuldade de encontrar instrumentos adequados e validados para avaliar habilidades de comunicação e a partir dessa necessidade foi iniciada numa etapa 2 a tradução e adaptação transcultural para o português falado no Brasil do Guia *Calgary-Cambridge Observation Guide* (CCOG).

Esse projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE: 57387816.7.0000.5279), disponível no item Anexo E. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F) com explicação sobre a pesquisa foi apresentado e preenchido pelos sujeitos da pesquisa nessa etapa, que foram 35 médicos preceptores do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro que aceitaram participar do estudo.

Inicialmente foi realizado contato por correio eletrônico com a autora principal do guia, a Prof^a Dr^a Suzanne Kurtz, e confirmado que não havia ainda pesquisa de validação do instrumento no Brasil. A autora confirmou a informação também com o presidente da Associação Europeia de Comunicação em Saúde (apêndice G).

Para adaptação cultural seguiu-se as normas metodológicas recomendadas por pesquisas passando pelas seguintes etapas: tradução; síntese; retro - tradução; revisão por um comitê; e pré-teste. A primeira fase foi a tradução do instrumento do inglês para o português falado no Brasil. Para este fim, dois tradutores bilíngues com língua materna o português fizeram duas traduções independentes.

Após as traduções, o instrumento foi enviado para um Comitê de Especialistas de 6 médicos com experiência de ensino com habilidades de comunicação para validação de

conteúdo e das diferenças nas duas traduções. Cada membro do comitê respondeu ao questionário sobre cada item da tradução de forma online pelo *googleform* e deu sugestões. Posteriormente, houve consolidação de todas as versões do instrumento e indicação de quais as características que deveriam ser consideradas na versão para pré-teste. Após atingido um consenso foram consideradas as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual. Após todas as sugestões feitas, uma versão pré-teste foi elaborada. O instrumento então foi aplicado para os sujeitos da pesquisa, 35 médicos preceptores do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro que aceitaram participar do estudo. Esse programa foi escolhido por ser o maior programa de residência em atenção primária no Brasil.

Inicialmente todos os participantes receberam instruções sobre o preenchimento e discutiram dúvidas sobre todos os itens do questionário. Posteriormente, todos assistiram ao mesmo tempo aos 5 vídeos de entrevistas de 5 médicos- residentes de uma mesma estação de OSCE com paciente simulado. Cada vídeo apresentava no máximo 7 minutos de duração. Em seguida responderam ao questionário CCOG, de 28 itens, para cada vídeo, com 3 possibilidades de resposta para cada um dos itens: “SIM/BOM”, PARCIAL (SIM, MAS...)” e “NÃO”. Se os avaliadores não conseguiam avaliar o item por algum motivo, por exemplo, se não era possível visualizar ou ouvir, eram orientados a deixar o item em branco.

Após o preenchimento e entrega dos questionários houve discussão com relação ao entendimento das palavras de cada item e sobre às dificuldades no preenchimento das respostas. Foram anotadas as sugestões de alteração dos itens e posteriormente discutido entre os autores para modificações na versão final.

Tabela 2 – Resumo da metodologia da Etapa 2:

1. Comunicação por email com autora principal do instrumento CGOC solicitando permissão para validação e verificando se outro pesquisador já havia validado o questionário no Brasil.
2. Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa.
3. Tradução; síntese; retro – tradução.
4. Revisão por comitê de especialista.

5. Aplicação do questionário em português por preceptores do programa de Medicina de Família da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, analisando 5 vídeos de consultas gravados previamente.
6. Discussão sobre os termos do questionário com os preceptores.
7. Análise estatística dos dados.

Fonte: Autor 2018.

Para avaliar a confiabilidade interavaliador, para cada domínio do questionário, foi estimado o coeficiente de correlação intraclass (ICC). Para avaliação da consistência interna de cada domínio foi estimado o coeficiente alfa de Cronbach. Dentro de cada domínio, para avaliação do grau de importância de cada uma das perguntas, o coeficiente alfa de Cronbach foi estimado com a exclusão de cada pergunta. A avaliação da correlação entre os domínios do questionário foi feita estimando-se o coeficiente de correlação de Spearman e testando-se a sua significância. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.20.

Para fornecer evidências adicionais no suporte à validação da interpretação dos escores, os dados foram também analisados usando o modelo de multifacetos de Rasch (MFRM – Many Facet Rasch Modeling), desenvolvido por Linacre (LINACRE, 2011). Neste modelo de análise da qualidade psicométrica do instrumento é possível analisar como múltiplas variáveis podem ter uma influência simultânea nos scores e permite estimar um examinador completamente neutro e fornecer um “fair score” estimado (BOND; FOX, 2012).

O modelo MFRM tem sido cada vez mais utilizado para analisar a qualidade das avaliações com itens de respostas por permitir a inclusão de outras variáveis importantes e que podem ser geradoras de vieses nos processos avaliativos, como características pessoais dos avaliadores, suas tendências e diferenças de critérios de severidade ou de entendimento. (TOFFOLI, 2015). Quando se observa a adequação ao modelo MFRM, significa que foram atingidas as medidas de invariância. Isso implica que as medições das pessoas não foram influenciadas por itens particulares e as medições dos itens não foram influenciadas pelas pessoas em particular por quem foram medidas (RASCH 1980). Por exemplo, uma pessoa mais hábil pode ter sempre mais chance de sucesso em um item que uma pessoa menos hábil e há mais chances de as pessoas terem mais sucesso em itens mais fáceis. O modelo tenta fazer uma calibração dos itens independente das pessoas

(ENGELHARD 2011). Os dados foram analisados com o software FACETAS, versão 3.71.4.

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados pelas etapas do estudo (1 e 2) e divididos pelos instrumentos de avaliação.

4.1 Resultados da Etapa 1

Abaixo o resumo dos dados dos questionários pela análise de variância (ANOVA) *two way* de medidas repetidas. Apresentaremos as estatísticas descritivas de cada grupo antes (T1 – tempo 1) e após a intervenção (T2 – tempo 2), os resultados de efeito entre sujeitos (comparativo entre os tempos) e os resultados de efeitos dentre sujeitos (comparativo entre os grupos) e os gráficos das questões em que houve uma diferença significativa.

4.1.1 Resultados quantitativos

a) Resultados do questionário CARE de empatia para pacientes:

Tabela 3 - Estatísticas Descritivas do questionário CARE

Questões	Grupo controle					Grupo intervenção				
	Média		Desvio Padrão		N	Média		Desvio Padrão		N
	T1	T2	T1	T2		T1	T2	T1	T2	
1	3,82	4,36	,982	,809	11	4,06	4,19	,680	,911	16
2	4,00	4,27	,775	,786	11	3,75	4,5	,775	,816	16
3	4,18	4,27	,874	,786	11	4,00	4,50	,730	,816	16
4	3,82	3,73	1,079	1,104	11	3,13	3,75	1,088	1,291	16
5	3,82	3,82	1,401	,874	11	3,44	3,75	,892	,931	16
6	4,00	3,82	1,095	,874	11	3,44	4,13	,964	,885	16
7	4,00	3,73	,775	1,009	11	3,63	3,94	,719	,854	16
8	3,82	3,82	1,168	,982	11	3,50	4,25	1,211	,931	16
9	3,91	3,82	,944	,874	11	3,69	3,94	1,078	,854	16
10	4,09	3,45	1,044	1,128	11	3,40	4,13	1,242	,834	15

T1: tempo 1 - pré-exposição/ T2: tempo 2 - pós-exposição

Fonte: dados brutos

Tabela 4 – Resultados questionário CARE

Questões	Comparativo entre os tempos				Comparativo entre os grupos			
	Como foi o médico em:	F	Sig (p)	Eta parcial quadrado (N2)		F	Sig (p)	Eta parcial quadrado (N2)
1. Deixar você à vontade	Tempo	1,647	,211	,062	Intercepto	1651,906	,000	,985
	Tempo/Grupo	,648	,429	,025	Grupo	,028	,867	,001
2. Deixar você contar sua “história”	Tempo	4,139	,053	,142	Intercepto	2100,338	,000	,988
	Tempo/Grupo	,901	,351	,035	Grupo	,004	,950	,000
3. Realmente ouvir	Tempo	1,391	,249	,053	Intercepto	2061,170	,000	,988
	Tempo/Grupo	,667	,422	,026	Grupo	,015	,904	,001
4. Estar interessado em sua pessoa como um todo	Tempo	,536	,471	,021	Intercepto	729,132	,000	,967
	Tempo/Grupo	,964	,336	,037	Grupo	1,576	,221	,059
5. Entender plenamente suas preocupações	Tempo	,268	,609	,011	Intercepto	796,093	,000	,970
	Tempo/Grupo	,268	,609	,011	Grupo	,730	,401	,028
6. Mostrar cuidado e compaixão	Tempo	,661	,424	,026	Intercepto	1398,114	,000	,982
	Tempo/Grupo	1,953	,175	,072	Grupo	,386	,540	,015
7. Ser positivo	Tempo	,006	,938	,000	Intercepto	1354,834	,000	,982
	Tempo/Grupo	1,341	,258	,051	Grupo	,157	,695	,006
8. Explicar as coisas claramente	Tempo	1,667	,209	,063	Intercepto	626,852	,000	,962
	Tempo/Grupo	1,667	,209	,063	Grupo	,034	,855	,001
9. Ajudar você a manter o controle	Tempo	,090	,767	,004	Intercepto	874,289	,000	,972
	Tempo/Grupo	,413	,527	,016	Grupo	,039	,845	,002
10. Planejar junto com você o que será feito	Tempo	,027	,871	,001	Intercepto	613,351	,000	,962
	Tempo/Grupo	5,343	,030	,182	Grupo	,000	,984	,000

Fonte: dados brutos

O teste ANOVA *two way* de medidas repetidas mostrou diferenças significativas nas questões 2 e 10.

Na questão 2 (Deixar você contar sua “história”), o ANOVA de medidas repetidas em teste de efeito entre sujeitos foi significativo na diferença entre os tempos ($gl=1$, $F=4,139$, $p=0,053$) com uma magnitude de efeito grande ($\eta^2=0,142$) e a diferença entre os grupos não foi significativa.

Na questão 10 (Planejar junto com você o que será feito), o ANOVA de medidas repetidas em teste de efeito entre sujeitos foi significativo na diferença entre os tempos ($gl=1$, $F=5,343$, $p=0,03$) com uma magnitude de efeito grande ($\eta^2=0,182$) e a diferença entre os grupos não foi significativa.

Gráfico 1 - Gráficos do perfil da Questão 2:

Pode-se observar nos gráficos o aumento dos escores do grupo intervenção no tempo.

Gráfico 2 - Gráficos de perfil da Questão 10:

Observa-se o aumento mais significativo dos escores do grupo intervenção no tempo na questão 10.

b) Resultados do questionário Escala Jefferson de Empatia

Tabela 5 - Estatísticas Descritivas da Escala Jefferson

Questões	Grupo controle					Grupo intervenção				
	Média		Desvio Padrão		N	Média		Desvio Padrão		N
	T1	T2	T1	T2		T1	T2	T1	T2	
1	1,28	1,06	,958	,236	18	1,30	1,33	1,171	1,177	27
2	6,89	6,89	,323	,323	18	6,93	6,81	,385	,483	27

3	3,83	3,28	1,823	1,776	18	3,58	3,58	1,172	1,362	26
4	6,67	6,67	,594	,594	18	6,27	6,65	1,116	,892	26
5	5,89	6,22	1,278	1,060	18	5,33	6,15	1,494	,949	27
6	3,28	3,06	2,296	1,798	18	3,22	3,30	1,826	1,836	27
7	1,39	1,44	1,420	1,423	18	1,35	1,54	1,198	1,392	26
8	1,28	1,11	,461	,323	18	1,35	1,35	1,198	,745	26
9	6,06	6,17	1,392	1,249	18	6,07	6,37	1,517	,839	27
10	6,33	6,39	1,188	,979	18	6,15	6,48	1,460	,849	27
11	1,22	1,11	,732	,323	18	1,11	1,44	,424	1,013	27
12	1,28	1,11	,826	,323	18	1,37	1,48	,884	1,369	27
13	6,76	6,71	,562	,470	17	6,52	6,74	,802	,526	27
14	1,44	1,00	1,199	,000	18	1,37	1,15	1,214	,456	27
15	6,39	5,72	1,092	1,904	18	6,31	5,81	,884	1,939	26
16	6,22	6,89	1,629	,323	18	6,65	6,65	,485	,846	26
17	5,17	5,78	1,823	1,927	18	5,88	6,04	1,107	1,371	26
18	3,33	2,89	1,534	1,779	18	2,93	2,67	1,542	1,593	27
19	1,22	1,28	,548	,669	18	1,26	1,41	,813	1,118	27
20	6,76	6,53	,562	,874	17	6,42	6,88	1,653	,326	26
Somatório	82,33	80,94	6,259	5,439	18	80,26	83,63	6,383	3,894	27

T1: tempo 1 - pré-exposição/ T2: tempo 2 - pós-exposição

Fonte: dados brutos

Tabela 6 – Resultados de efeitos da Escala Jefferson

Questões	Comparativo entre os tempos				Comparativo entre os grupos			
		F	Sig (p)	Eta parcial quadrado (N2)		F	Sig (p)	Eta parcial quadrado (N2)
1. A compreensão dos médicos em relação aos sentimentos dos seus pacientes e familiares não tem influência no tratamento clínico ou cirúrgico.	Tempo	,173	,680	,004	Intercepto	135,696	,000	,759
	Tempo/ Grupo	,339	,563	,008	Grupo	,484	,491	,011
2. Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem os seus sentimentos.	Tempo	,391	,535	,009	Intercepto	28600,129	,000	,998
	Tempo/ Grupo	,391	,535	,009	Grupo	,052	,821	,001
3. É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes.	Tempo	1,430	,239	,033	Intercepto	318,780	,000	,884
	Tempo/ Grupo	1,430	,239	,033	Grupo	,003	,958	,000
4. Compreender a linguagem não verbal é tão importante quanto compreender a linguagem verbal nas	Tempo	1,646	,207	,038	Intercepto	3587,503	,000	,988
	Tempo/ Grupo	1,646	,207	,038	Grupo	,876	,355	,020

relações médico-paciente.								
5. O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores.	Tempo	8,993	,004	,173	Intercepto	1371,164	,000	,970
	Tempo/Grupo	1,582	,215	,035	Grupo	,977	,329	,022
6. Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes.	Tempo	,092	,763	,002	Intercepto	145,622	,000	,772
	Tempo/Grupo	,367	,548	,008	Grupo	,030	,863	,001
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não influencia o resultado dos tratamentos.	Tempo	,179	,674	,004	Intercepto	95,366	,000	,694
	Tempo/Grupo	,055	,816	,001	Grupo	,008	,931	,000
8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia o resultado dos tratamentos.	Tempo	,246	,623	,006	Intercepto	192,821	,000	,821
	Tempo/Grupo	,246	,623	,006	Grupo	,688	,412	,016
9. Os médicos deveriam tentar colocar-se no lugar de seus pacientes quando estão cuidando deles.	Tempo	,924	,342	,021	Intercepto	1473,380	,000	,972
	Tempo/Grupo	,191	,664	,004	Grupo	,120	,731	,003
10. Os pacientes valorizam a compreensão que o médico tem dos seus sentimentos, o que é terapêutico por si próprio.	Tempo	,772	,384	,018	Intercepto	2164,333	,000	,981
	Tempo/Grupo	,394	,534	,009	Grupo	,029	,866	,001
11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos, assim, os laços emocionais estabelecidos entre médicos e seus pacientes não têm influência significativa no tratamento.	Tempo	,890	,351	,020	Intercepto	189,200	,000	,815
	Tempo/Grupo	3,559	,066	,076	Grupo	,391	,535	,009
12. Fazer perguntas aos pacientes sob reo que se passa na sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.	Tempo	,035	,853	,001	Intercepto	103,124	,000	,706
	Tempo/Grupo	,870	,356	,020	Grupo	,805	,375	,018
13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e linguagem corporal.	Tempo	,749	,392	,018	Intercepto	6334,252	,000	,993
	Tempo/Grupo	2,217	,144	,050	Grupo	,396	,533	,009
	Tempo	3,270	,078	,071	Intercepto	156,297	,000	,784

14. Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças.	Tempo/ Grupo	,363	,550	,008	Grupo	,035	,853	,001
15. A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.	Tempo	3,003	,090	,067	Intercepto	1391,457	,000	,971
	Tempo/ Grupo	,061	,806	,001	Grupo	,000	,995	,000
16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e familiares é um componente importante da relação médico-paciente.	Tempo	3,008	,090	,067	Intercepto	4139,807	,000	,990
	Tempo/ Grupo	3,008	,090	,067	Grupo	,229	,635	,005
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.	Tempo	1,724	,196	,039	Intercepto	962,163	,000	,958
	Tempo/ Grupo	,616	,437	,014	Grupo	1,762	,192	,040
18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias.	Tempo	1,989	,166	,044	Intercepto	197,862	,000	,821
	Tempo/ Grupo	,138	,712	,003	Grupo	,562	,458	,013
19. Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte.	Tempo	,368	,547	,008	Intercepto	170,992	,000	,799
	Tempo/ Grupo	,076	,784	,002	Grupo	,178	,675	,004
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.	Tempo	,310	,581	,008	Intercepto	2785,485	,000	,985
	Tempo/ Grupo	2,944	,094	,067	Grupo	,001	,979	,000
Somatório	Tempo	,952	,335	,022	Intercepto	14926,220	,000	,997
	Tempo/ Grupo	5,494	,024	,113	Grupo	,052	,821	,001

Fonte: dados brutos

O teste ANOVA *two way* de medidas repetidas mostrou diferenças significativas nas questões 5 e no somatório de questões.

Na questão 5 (O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores), o ANOVA de medidas repetidas em teste de efeito entre sujeitos foi significativo na diferença entre os tempos ($gl=1$, $F= 8,993$, $p=0,04$) com uma magnitude de efeito grande ($\eta^2=0,173$) e a diferença entre os grupos não foi significativa.

No somatório das questões, o ANOVA de medidas repetidas em teste de efeito entre sujeitos foi significativo na diferença entre os tempos ($gl=1$, $F= 5,494$, $p=0,024$)

com uma magnitude de efeito grande ($n^2=0,113$) e a diferença entre os grupos não foi significativa.

Gráfico 3 - Gráficos de perfil da Questão 5:

Observa-se no gráfico que o grupo intervenção inicia com média mais baixa e tem um crescimento maior que o controle.

Gráfico 4 - Gráficos de perfil do Somatório de questões:

Pode-se observar no gráfico o grande crescimento do somatório de médias do grupo intervenção.

c) Resultados do Questionário PPACP (Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa)

Tabela 7 - Estatísticas Descritivas do Questionário PPACP (Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa)

Questões	Grupo controle	Grupo intervenção
----------	----------------	-------------------

	Média		Desvio Padrão		N	Média		Desvio Padrão		N
	T1	T2	T1	T2		T1	T2	T1	T2	
1 Especialista*	2,79	2,74	,535	,653	19	2,81	2,81	,634	,491	26
1 Pessoa**	3,41	3,65	,712	,492	17	3,10	3,15	,788	,745	20
2 Especialista	2,45	2,65	,686	,671	20	2,65	2,50	,629	,648	26
2 Pessoa	3,29	3,41	,588	,507	17	3,45	3,05	,686	,826	20
3 Especialista	2,90	2,80	,718	,696	20	2,65	2,65	,629	,745	26
3 Pessoa	3,12	3,41	,857	,507	17	3,05	3,20	,826	,696	20
4 Especialista	2,74	2,63	,653	,597	19	2,88	2,69	,516	,618	26
4 Pessoa	3,24	3,35	,562	,493	17	3,15	2,95	,745	,826	20
5 Especialista	2,20	1,75	,768	,550	20	2,00	1,77	,632	,652	26
5 Pessoa	2,47	3,24	1,179	,752	17	2,50	2,80	,889	1,056	20
6 Especialista	2,30	2,40	,470	,503	20	2,31	2,46	,679	,582	26
6 Pessoa	3,19	3,50	,655	,632	16	3,20	3,00	,616	,918	20
7 Especialista	1,74	1,95	,806	,705	19	1,92	2,08	,909	,862	25
7 Pessoa	2,88	3,35	,928	,862	17	2,70	2,90	,733	1,119	20
8 Especialista	2,60	2,45	,681	,605	20	2,62	2,81	,637	,694	26
8 Pessoa	3,24	3,53	,752	,514	17	3,20	3,35	,894	,671	20
9 Especialista	1,90	2,00	,788	,725	20	2,31	2,23	,838	,710	26
9 Pessoa	3,12	3,47	,857	,874	17	2,70	3,30	,923	,979	20
Somatório Especialista	25,60	21,35	3,979	3,911	20	27,12	21,96	3,514	3,904	26
Somatória Pessoa	32,24	30,94	5,551	3,716	17	32,05	27,70	5,817	6,383	20

T1: tempo 1 - pré-exposição/ T2: tempo 2 - pós-exposição

Fonte: dados brutos

*Especialista – respondido pelos médicos residentes.

**Pessoa – respondido pelo paciente simulado.

Tabela 8 – Resultados de efeitos do Questionário PPACP (Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa)

Questões	Comparativo entre os tempos				Comparativo entre os grupos			
		F	Sig (p)	Eta parcial quadrado (N2)		F	Sig (p)	Eta parcial quadrado (N2)
1. Até que ponto o problema principal foi discutido hoje?	Tempo	,604	,439	,008	Intercepto	2546,904	,000	,970
	Tempo/ Grupo	,196	,659	,003	Grupo	2,207	,141	,028

2. Qual a satisfação quanto á discussão do problema?	Tempo	,571	,452	,007	Intercepto	2210,154	,000	,965
	Tempo/ Grupo	7,768	,007	,090	Grupo	,093	,761	,001
3. Até que ponto foi escutado o que o paciente tinha a dizer?	Tempo	,880	,351	,011	Intercepto	2103,316	,000	,964
	Tempo/ Grupo	,014	,905	,000	Grupo	1,677	,199	,021
4. Como foi explicado o problema?	Tempo	1,316	,255	,017	Intercepto	2635,595	,000	,971
	Tempo/ Grupo	1,493	,225	,019	Grupo	,369	,545	,005
5. Até que ponto paciente e médico discutiram o papel de cada um?	Tempo	,696	,407	,009	Intercepto	1120,595	,000	,934
	Tempo/ Grupo	,284	,595	,004	Grupo	1,100	,297	,014
6. Como foi explicado o tratamento?	Tempo	1,308	,256	,016	Intercepto	2168,722	,000	,965
	Tempo/ Grupo	2,050	,156	,026	Grupo	,759	,386	,010
7. Como foi analisado se o tratamento seria possível de ser realizado?	Tempo	5,455	,022	,066	Intercepto	910,390	,000	,922
	Tempo/ Grupo	,519	,473	,007	Grupo	,244	,623	,003
8. Quão bem o médico entendeu o paciente?	Tempo	1,870	,175	,023	Intercepto	2281,759	,000	,967
	Tempo/ Grupo	,310	,579	,004	Grupo	,101	,751	,001
9. Até que ponto o médico discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde do paciente?	Tempo	5,132	,026	,061	Intercepto	1209,472	,000	,939
	Tempo/ Grupo	,027	,871	,000	Grupo	,007	,934	,000
Somatório	Tempo	62,396	,000	,441	Intercepto	3574,207	,000	,978
	Tempo/ Grupo	4,321	,041	,052	Grupo	,126	,724	,002

Fonte: dados brutos

Na questão 9 (Até que ponto o médico discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde do paciente?), o ANOVA *two way* de medidas repetidas em teste de efeito entre sujeitos foi significativo na diferença entre os tempos ($gl=1$, $F= 5,132$, $p=0,026$) com uma magnitude de efeito moderada ($\eta^2=0,061$) e a diferença entre os grupos não foi significativa.

Gráfico 5 - Gráficos de perfil da Questão 9:

Observa-se no gráfico que o grupo intervenção e controle iniciam iguais nos tempos, mas o grupo intervenção sobe mais no gráfico.

d) Resultados do Questionário- Checklist A – baseado no CCOG

Tabela 9 - Estatísticas Descritivas do Questionário- Checklist A – baseado no CCOG

Questões	Grupo controle					Grupo intervenção				
	Média		Desvio Padrão		N	Média		Desvio Padrão		N
	T1	T2	T1	T2		T1	T2	T1	T2	
1	,53	,20	,900	,551	30	,51	,37	,870	,767	41

2	,86	1,28	,990	,944	36	,73	1,25	,931	,968	52
3	1,85	1,94	,500	,239	34	1,92	2,00	,396	,000	50
4	,69	,56	,931	,878	32	1,18	,54	,983	,885	50
5	1,31	1,06	,965	1,014	32	1,47	1,06	,868	1,008	49
6	1,29	,79	,955	,977	24	1,35	,82	,884	,968	34
7	,60	1,10	,932	,995	30	,60	1,18	,889	,960	45
8	1,04	,57	,999	,879	28	1,25	,57	,943	,873	44
9	1,88	1,97	,485	,174	33	1,96	1,94	,283	,314	50
10	1,31	1,92	,855	,277	13	1,60	1,80	,707	,577	25
11	,39	,32	,761	,702	31	,35	,52	,706	,809	46
12	1,76	,96	,663	,978	25	1,90	1,00	,441	,987	40
13	1,85	2,00	,508	,000	33	1,82	1,98	,565	,143	49
14	1,94	1,88	,354	,492	32	1,96	1,91	,204	,408	47
15	,94	,59	1,029	,939	17	,93	,52	,997	,893	27
16	,95	,95	1,026	1,026	19	1,38	,54	,941	,905	26
17	,20	1,30	,632	,949	10	,57	1,86	,938	,535	14
Soma tório	17,00	16,28	5,586	6,300	36	19,06	16,65	5,058	5,587	52

T1: tempo 1 - pré-exposição/ T2: tempo 2 - pós-exposição

Fonte: dados brutos

Tabela 10– Resultados de efeitos do Questionário- Checklist A – baseado no CCOG

Questões	Comparativo entre os tempos				Comparativo entre os grupos			
		F	Sig (p)	Eta parcial quadrado (N2)		F	Sig (p)	Eta parcial quadrado (N2)
Como foi o médico em:								
1. Confirma lista de problemas/prevenção de demanda aditiva.	Tempo	5,311	,024	,071	Intercepto	25,810	,000	,272
	Tempo/ Grupo	,807	,372	,012	Grupo	,208	,650	,003
2. Muda adequadamente das perguntas abertas para as fechadas.	Tempo	11,806	,001	,121	Intercepto	173,180	,000	,668
	Tempo/ Grupo	,142	,707	,002	Grupo	,255	,615	,003
3. Escuta atentamente/ deixa falar sem interromper.	Tempo	2,861	,095	,034	Intercepto	5133,074	,000	,984
	Tempo/ Grupo	,007	,934	,000	Grupo	1,367	,246	,016
4. Aborda as ideias do paciente quanto à causa.	Tempo	8,228	,005	,093	Intercepto	84,953	,000	,515
	Tempo/ Grupo	3,729	,057	,045	Grupo	2,127	,149	,026
	Tempo	5,528	,021	,065	Intercepto	214,335	,000	,731

5. Explora as preocupações do paciente relacionadas aos problemas.	Tempo/ Grupo	,319	,574	,004	Grupo	,216	,644	,003
6. Encoraja o paciente a expressar suas emoções.	Tempo	10,37 5	,002	,156	Intercepto	120,367	,000	,682
	Tempo/ Grupo	,008	,927	,000	Grupo	,058	,811	,001
7. Aborda preocupações relacionadas ao trabalho.	Tempo	13,57 0	,000	,157	Intercepto	108,796	,000	,598
	Tempo/ Grupo	,071	,791	,001	Grupo	,054	,816	,001
8. Aborda preocupações relacionadas à família.	Tempo	20,56 4	,000	,227	Intercepto	87,167	,000	,555
	Tempo/ Grupo	,741	,392	,010	Grupo	,331	,567	,005
9. Demonstra comportamento não-verbal adequado.	Tempo	,591	,444	,007	Intercepto	4660,848	,000	,983
	Tempo/ Grupo	1,445	,233	,018	Grupo	,206	,651	,003
10. A leitura ou escrita não interfere com a comunicação.	Tempo	8,871	,005	,198	Intercepto	372,848	,000	,912
	Tempo/ Grupo	2,302	,138	,060	Grupo	,243	,625	,007
11. Empatiza com e apoia o paciente.	Tempo	,176	,676	,002	Intercepto	47,063	,000	,386
	Tempo/ Grupo	,836	,364	,011	Grupo	,482	,489	,006
12. Aborda possível relação do sintoma com o contexto estressante.	Tempo	37,05 1	,000	,370	Intercepto	370,433	,000	,855
	Tempo/ Grupo	,128	,721	,002	Grupo	,380	,540	,006
13. Explicação de fácil entendimento (sem linguagem técnica).	Tempo	6,269	,014	,073	Intercepto	3809,159	,000	,979
	Tempo/ Grupo	,009	,926	,000	Grupo	,180	,672	,002
14. Orientações no final da consulta (não na fase de coleta de informações)	Tempo	1,173	,282	,015	Intercepto	3079,889	,000	,976
	Tempo/ Grupo	,042	,838	,001	Grupo	,187	,667	,002
15. Encoraja o paciente a discutir mais alguma pergunta.	Tempo	3,074	,087	,068	Intercepto	53,151	,000	,559
	Tempo/ Grupo	,016	,901	,000	Grupo	,043	,836	,001
16. Coloca-se à disposição para retorno/apoio.	Tempo	4,605	,038	,097	Intercepto	78,511	,000	,646
	Tempo/ Grupo	4,605	,038	,097	Grupo	,004	,948	,000
	Tempo	33,57 2	,000	,604	Intercepto	62,034	,000	,738

17. Considera a opinião do paciente sobre o plano.	Tempo/ Grupo	,203	,656	,009	Grupo	3,466	,076	,136
Somatório	Tempo	3,231	,076	,036	Intercepto	1667,467	,000	,951
	Tempo/ Grupo	,935	,336	,011	Grupo	2,075	,153	,024

Fonte: dados brutos

Não houve diferença significativa entre os grupos e entre os grupos pelo teste ANOVA de medidas repetidas.

e) Resultados do Questionário- Checklist B – baseado no protocolo SPIKES

Tabela 11 - Estatísticas Descritivas do Questionário- Checklist B – baseado no protocolo SPIKES

Questões	Grupo controle					Grupo intervenção				
	Média		Desvio Padrão		N	Média		Desvio Padrão		N
	T1	T2	T1	T2		T1	T2	T1	T2	
1	,93	1,21	1,016	,995	28	,88	1,07	1,005	1,010	41
2	1,83	2,00	,531	,000	30	1,93	1,98	,327	,147	46
3	,50	1,07	,861	1,015	30	,67	,86	,922	1,000	49
4	,42	,74	,807	,965	31	,36	1,30	,693	,931	50
5	1,03	1,26	,912	,965	31	1,04	1,17	,955	,963	47
6	1,03	1,03	1,016	,982	31	,93	1,11	,986	,982	45
7	1,10	,97	1,012	1,016	31	1,00	1,35	,966	,924	46
8	,48	1,06	,811	,964	31	,31	1,16	,701	,976	45
9	1,84	1,87	,523	,428	31	2,00	1,94	,000	,245	48
10	1,93	1,93	,267	,267	14	1,83	1,83	,388	,388	23
11	,31	,34	,660	,670	29	,61	,25	,868	,651	44
12	1,80	1,70	,610	,651	30	1,88	1,77	,393	,592	48
13	1,44	1,48	,917	,823	25	1,31	1,18	,950	,970	39
14	1,41	1,44	,931	,847	27	1,64	1,79	,778	,615	39

T1: tempo 1 - pré-exposição/ T2: tempo 2 - pós-exposição

Fonte: dados brutos

Tabela 12 – Resultados de efeitos do Questionário- Checklist B – baseado no protocolo SPIKES

Questões	Comparativo entre os tempos				Comparativo entre os grupos			
		F	Sig (p)	Eta parcial quadrado (N2)		F	Sig (p)	Eta parcial quadrado (N2)
1. Muda adequadamente das perguntas abertas para as fechadas.	Tempo	3,063	,085	,044	Intercepto	99,740	,000	,598
	Tempo/ Grupo	,109	,743	,002	Grupo	,219	,642	,003
2. Escuta atentamente/ deixa falar sem interromper.	Tempo	4,214	,044	,054	Intercepto	5834,758	,000	,987
	Tempo/ Grupo	1,448	,233	,019	Grupo	,618	,434	,008
3. Aborda as ideias do paciente quanto à causa.	Tempo	7,420	,008	,088	Intercepto	80,112	,000	,510
	Tempo/ Grupo	1,933	,168	,024	Grupo	,011	,917	,000
4. Alerta que irá comunicar algo importante (sinal de aviso).	Tempo	20,848	,000	,209	Intercepto	108,002	,000	,578
	Tempo/ Grupo	4,985	,028	,059	Grupo	3,375	,070	,041
5. Explora as preocupações do paciente relacionadas aos problemas.	Tempo	1,470	,229	,019	Intercepto	186,616	,000	,711
	Tempo/ Grupo	,113	,737	,001	Grupo	,055	,815	,001
6. Encoraja o paciente a expressar suas emoções.	Tempo	,334	,565	,004	Intercepto	141,751	,000	,657
	Tempo/ Grupo	,334	,565	,004	Grupo	,003	,954	,000
7. Deixa tempo para o paciente expressar suas emoções.	Tempo	,640	,426	,008	Intercepto	149,975	,000	,667
	Tempo/ Grupo	3,039	,085	,039	Grupo	,618	,434	,008
8. Aborda rede de apoio familiar.	Tempo	26,663	,000	,265	Intercepto	103,868	,000	,584
	Tempo/ Grupo	,914	,342	,012	Grupo	,076	,783	,001
9. Demonstra comportamento não-verbal adequado.	Tempo	,096	,757	,001	Intercepto	4417,502	,000	,983
	Tempo/ Grupo	,945	,334	,012	Grupo	3,921	,051	,048
10. A leitura ou escrita não interfere com a comunicação.	Tempo	,000	1,000	,000	Intercepto	1328,214	,000	,974
	Tempo/ Grupo	,000	1,000	,000	Grupo	,990	,327	,027
11. Empatiza com e apoia o paciente.	Tempo	2,273	,136	,031	Intercepto	31,208	,000	,305
	Tempo/ Grupo	3,326	,072	,045	Grupo	,588	,446	,008
	Tempo	1,354	,248	,018	Intercepto	1419,303	,000	,949

12. Explicação de fácil entendimento (sem linguagem técnica).	Tempo/ Grupo	,001	,981	,000	Grupo	,591	,444	,008
13. Encoraja o paciente a discutir mais alguma pergunta.	Tempo	,076	,784	,001	Intercepto	238,925	,000	,794
	Tempo/ Grupo	,275	,602	,004	Grupo	1,531	,221	,024
14. Coloca-se à disposição para retorno/apoio.	Tempo	,531	,469	,008	Intercepto	464,034	,000	,879
	Tempo/ Grupo	,199	,657	,003	Grupo	4,004	,050	,059
Somatório	Tempo	17,274	,000	,176	Intercepto	884,141	,000	,916
	Tempo/ Grupo	,096	,758	,001	Grupo	,017	,898	,000

Fonte: dados brutos

Gráfico 6 - Gráficos de perfil da Questão 4:

Observamos o grupo intervenção crescendo com o tempo mais que o grupo controle.

Gráfico 7 - Gráficos de perfil da Questão 14:

Na questão 4 (Sinal de aviso de que irá comunicar algo importante), o ANOVA de medidas repetidas em teste de efeito entre sujeitos foi significativo na diferença entre os tempos ($gl=1$, $F= 4,995$, $p=0,028$) com uma magnitude de efeito baixa ($\eta^2=0,059$) e a diferença entre os grupos não foi significativa.

Na questão 14 (Coloca-se à disposição para retorno/apoio), o ANOVA de medidas repetidas em teste de efeito entre grupos foi significativo na diferença entre os tempos e grupos ($gl=1$, $F= 4,0004$, $p=0,050$) com uma magnitude de efeito baixa ($\eta^2=0,059$) e a diferença entre os grupos não foi significativa.

Observa-se no gráfico o maior crescimento do grupo intervenção no tempo que o grupo controle.

4.1.2 Resultados qualitativos

O questionário semiestruturado para análise qualitativa utilizado estimulou a narrativa a respeito da experiência de participar dos grupos de vídeo feedback e percepções sobre os efeitos e mudanças na sua prática clínica.

Como descrito previamente na seção Metodologia, através da análise temática, as sentenças escritas pelos médicos residentes foram transcritas, codificadas, agrupadas e reagrupadas em temas e subtemas, conforme o referencial teórico era revisitado.

As sentenças foram agrupadas em 3 grandes unidades temáticas em relação às percepções dos participantes, conforme quadro abaixo:

- 1) O Programa Educativo
- 2) A sessão de vídeo feedback
- 3) Os efeitos na prática clínica

Tabela 13 – Agrupamentos das sentenças em unidades temáticas:

1) O PROGRAMA EDUCATIVO	
Geral	Parece que isso revoluciona a consulta! (2.2)
	Inovador para a educação médica (2.8).
	São sessões bastante reveladoras (3.25).
	Excelente “visitar” os consultórios dos colegas e avaliar práticas de todos (3.16).
	Adorei! (2.5)
Metodologia das sessões	As sessões são muito interativas, aprendemos com a experiência dos outros e com as nossas também (1.12).
	Desestressante, motivador e ajuda a resolver consultas difíceis (1.8).
	Interessante abordar a postura médica ao invés da conduta clínica (2.1).
Utilidade	Acrescentam bastante na nossa formação profissional (1.6).
	É ótimo observar-se, perceber-se na consulta, de forma que só é possível com o PBI (2.11).
	Acho uma ferramenta importante de auto avaliação e crítica para profissionais com visão conjunta dos colegas para suporte e avaliação construtiva para prática médica (2.3).
	Ótima oportunidade de avaliar a importância da comunicação não-verbal e o conhecimento de métodos para melhorar a consulta (2.6).
	Conhecimento fundamental que teria me poupado muita dor de cabeça se eu tivesse tido acesso antes. Vai de encontro às minhas

	profundas necessidades. Mostrou-me formas de agir que me nortearão nos próximos passos (3.21).
	Achei muito interessante, realmente modifica a postura em consultório (1.2).
	Pude perceber o quão complexo é uma consulta médica e quanto posso melhorar (3.13).
Sugestões	O programa poderia ser expandido por mais tempo (2.10).

2) A SESSÃO DE VIDEO FEEDBACK	
POTENCIALIDADES	
2.1 Autopercepção	
Autoavaliação	As sessões propiciam auto avaliações e nos ajudam a perceber como está sua consulta, nossos pontos de potencialidade e vulnerabilidade (2.15).
	Ajuda a se auto avaliar e melhorar sua postura como profissional e a relação médico-paciente (2.9).
	São interessantes no sentido de avaliar quanto ao desempenho na consulta e relação médico-paciente (2.14)
	As sessões mostram detalhes importante que na correria da nossa rotina não percebemos, mas que são fundamentais para a relação médico-paciente (3.9).
Autoconsciência	É muito difícil ter a auto percepção da própria consulta. Na gravação é possível ver nossas limitações e pontos fortes (1.1)
	Permitiu autoconhecimento para melhoria da execução da profissão médica (1.7).
	Autoconhecimento sobre métodos de comunicação eficaz (2.7).
	As sessões me ajudaram bastante a me perceber, a mudar minha maneira de atender (3.15)
	Nas gravações percebemos detalhes que não ficam evidentes só pela prática diária (2.18).
	A gente acha que o paciente entendeu, mas aí percebe que não (3. 2).
2.2 Aprendizado com o vídeo dos colegas	
Aprender com a consulta do outro	Os erros dos outros e próprios ajudam a ver a consulta de forma diferente e provocar mudanças na nossa prática (1.3).
	As situações de todos os casos trazem algum aprendizado. Conseguimos ver nos colegas as falhas que nós mesmos cometemos, atentando assim para nossas posturas e atitudes (2.11).
	Ajuda a se perceber melhor e a me enxergar nas situações vivenciadas pelos colegas (1.3)
	Percebi como interrompemos rápido os pacientes e que na maioria das consultas que vimos até os primeiros 5 minutos já haviam informações suficientes para manejar a consulta (1.3).
	Apreendi com o vídeo dos colegas a falar menos (3.7).
	Observamos situações em que a organização da consulta estava mal estruturada (2.14).
	Através de condutas realizadas pelos colegas pude me inspirar (3.7).

Perceber que a dificuldade é comum a outros	Entendi que muitos dos problemas que me ocorrem na verdade são problemas comuns a outros médicos (1.8).
	Gostei de observar consultas de outras pessoas e ver que muitas vezes apresentam as mesmas dificuldades (2.3).
	Tive mais segurança durante as consultas percebendo que todos nós médicos enfrentamos as mesmas dificuldades (3.5).
2.3 Feedback por pares/colegas	
Opinião dos colegas	Prática interessante mesmo que apenas para filmar e assistir sozinho e ainda mais interessante ter a opinião dos outros (1.5).
	As contribuições dos colegas e sugestões são muito úteis (2.18).
Feedback positivo	Percebi que nem sempre as nossas próprias percepções são as mesmas para quem está assistindo, como por exemplo, criticamos uma atitude nossa e os nossos colegas elogiam (2.15).
	Ninguém nunca me disse o que eu fazia bem (3.5).
Feedback construtivo	Eu tinha medo de ser sabatinada, mas todos se apoiam e dão uma visão mais solidária “já passei por isso, é difícil mesmo...”, não é para criticar (3.6).
Aprender a dar feedback empático	A gente aprende a dar feedback, a se colocar no lugar de quem trouxe o vídeo (3.8).
Troca de experiências	Grande aprendizado e troca de experiências (2.13).
	Tento seguir alguns conselhos dados a mim ou a meus colegas durante as sessões (1.6).
DESAFIOS	Poderia ter mais correlação teórica com os vídeos (3.7).
3) Efeitos na prática clínica	
3.1 Comunicação em geral	
Melhora na comunicação	Os erros dos outros e próprios ajudam a ver a consulta de forma diferente e provocar mudanças na nossa prática (3.3).
	Durante as consultas diariamente lembro do meu PBI e do PBI de colegas (1.1).
	As sessões me ajudaram bastante a mudar minha maneira de atender (1.6).
	Melhor comunicação com o paciente (3.1).
	Aprimoramento na comunicação clínica durante os atendimentos. Passei a buscar melhorar a comunicação e compreender a importância dela dentro da prática médica (2.8).
Vínculo	Melhor vínculo com o paciente (3.6).
	Maior vínculo do paciente com médico e equipe (2.13).
Relação médico-paciente	Permite avaliar tanto os aspectos clínicos de uma consulta médica, quanto a prática da relação médico-paciente (1.1).
	Houve mudanças na construção de uma boa relação médico-paciente e estabelecer melhores formas de comunicação (2.9).
Perguntas abertas	Abordagem de queixas de forma aberta (1.3).
	Comecei a fazer mais perguntas abertas, dando abertura ao paciente (2.15).

Linguagem	Comecei a ter maior atenção ao vocabulário usado com o paciente, procurando falar em termos mais simples (3.8).
Apresentação	Maior cuidado na apresentação, na comunicação (3.2).
Contratransferência	Passei a identificar reações de contratransferência dentro das consultas, antes não percebidas, e por isso ter visão mais imparcial na avaliação dos pacientes e suas queixas (2.8).
Comunicação não-verbal	
Observação das reações dos pacientes	Fiquei mais focada nas reações não-verbais que o paciente expressa (1.1).
	Melhor avaliação das reações dos pacientes às nossas atitudes (2.14).
	Afastei-me um pouco mais do computador (3.21).
	Dar mais atenção ao que o paciente pode estar pensando sobre o que significa um gesto, um tom de voz e um tipo de palavra (1.5).
	Passei a fazer maior contato visual (2.6, 3.7).
	Comecei a observar posturas e gestos dos pacientes e o que ele está dizendo, mesmo sem falar (2.15).
	Passei a sentar mais de frente para o paciente, olhar nos olhos, observar mãos e pés, demonstrar cordialidade (1.5).
	Estou começando a perceber melhor a comunicação não verbal dos pacientes (2.10, 1.3).
	Autoconhecimento sobre linguagem não-falada (2.7).
Postura	Comecei a ficar mais consciente da minha postura e comunicação (2.18).
	Passei a tentar a passar mais confiança para o paciente, mantendo uma postura mais segura (1.7).
	O PBI muda a postura, a forma de explicar, a linguagem (3.2).
	Aprendi a arrumar minha postura corporal (3.7).
	Melhorei minha postura (2.7).
	Passei a perceber melhor minha postura perante o paciente. (2.5, 2.11).
Paralinguagem	Passei a dizer menos diminutivos (2.15).
	Passei a evitar falar “né?” (1.7).
	Reparei através da gravação que falava muitas vezes a expressão “tá” e não estou falando mais (2.3).
Aparência/ Julgamento	Aprendi a não julgar pela aparência do paciente (no meu próprio vídeo apresentado, a paciente estava com fisionomia fechada e séria e acabou “se soltando” e contando seus problemas (3.20).
Silêncio	Maior atenção para o silêncio e como não ficar ansiosa durante minutos de silêncio quando você tenta registrar consulta e realizar prescrições (2.3).
	Não deixar muito tempo sem falar nada enquanto paciente espera eu fazer algo (1.8).
Mudança de comportamento	
Comportamento	Fiquei mais calma e mais atenta (1.8).
	Desarme-me (3. 21).

3.2 Abordagem centrada na pessoa	
Medicina centrada na pessoa	Fiquei mais focada no paciente e nas reações não-verbais que ele expressa (1.1).
	Aprendi a falar menos, deixar o paciente falar mais e focar mais na queixa do paciente (3.5).
	Os vídeos dos colegas me levaram a centrar mais minhas consultas na pessoa do que na doença (3.2).
	O caso que apresentei também me lembro todos os dias no consultório que por vezes o paciente precisa que se preste atenção nele e na sua “doença” (1.1).
Escuta	Ensinou a uma escuta mais focada na pessoa (2.7).
	Aprendi a ouvir mais e ter mais paciência (1.12).
	Aprender a ouvir o paciente nos primeiros 2 minutos (0.5).
	Me ajudou a desenvolver mais escuta qualificada (1.1).
	Passei a ouvir mais o paciente (2.15).
Interrupção	Fiquei mais consciente com algumas questões, como as interrupções que fazemos com o paciente. (3.3).
	Passei a interromper menos os pacientes. Deixar o paciente falar sem interromper (2.3, 2.5, 2.10, 2.15).
	Passei a deixar o paciente falar durante os dois minutos iniciais, sem interrompe-lo (2.11, 2.1, 2.9).
Empatia	Me ajudou a desenvolver mais empatia (1.1).
	Melhorei a empatia com o paciente (2.10).
Prevenção de demandas aditivas para delimitação dos motivos de consulta	Adotei a prática de esgotar as demandas antes de entrar em cada uma (1.1).
	Melhorei a prevenir demanda aditiva com perguntas como: mais alguma coisa? (2.10)
	Comecei a fazer mais prevenção de demanda aditiva (2.6).
Agenda do paciente	Descobrir a demanda do paciente, busco o real motivo da consulta (2.7, 3.21).
	Passei a sempre perguntar quais as necessidades do paciente (2.9).
	Me preocupo mais com a demanda do paciente do que a do médico, as preocupações que o levaram à consulta e com a diferença entre queixa e demanda (2.3).
	Aprendi a focar mais na queixa principal (3.5).
	Melhor entendimento das queixas do paciente (1.6).
	Ajuda a tentar descobrir o real motivo da consulta (3.1).
	Aprendi quando usar interrupção que me permita compreender qual é a verdadeira demanda do paciente (2.18).
	Procuo valorizar mais a agenda do paciente (2.14, 2.18).
	Houve mudanças na condução da consulta e na avaliação das necessidades do paciente (2.9).
	Mudanças na forma de abordar os pacientes, melhor compreensão sobre demandas em consultas de Medicina de Família e Comunidade (2.8).
	Avaliar a agenda do paciente sem conflitos com a minha agenda (2.8).

	Passei a deixar os pacientes mais à vontade para trazerem as próprias demandas (2.7).
Agenda oculta	Com a análise do vídeo de consulta do colega tal, aprendi a abordar mais a agenda oculta do paciente (1.12).
	Observamos situações em que a agenda do paciente permaneceu oculta por bastante tempo, interferindo negativamente no manejo do quadro (2.14).
	Buscar queixas ocultas dentro de queixas cotidianas (2.8).
Priorização de queixas	Tentar não abordar todas as queixas dos pacientes, tentar ver o que mais lhe incomoda (3.15).
	Aprendi a procurar ajudar o paciente em suas queixas mais importantes, racionalizando o tempo de consulta (2.13).
	Outra mudança foi adquirir confiança para falar para o paciente que abordaremos algumas daquelas queixas em uma próxima consulta (2.3).
Expectativas do paciente	Procuro conhecer mais as expectativas do paciente (1.1).
Preocupações do paciente	Passei a perguntar ao paciente mais quais as agonias/medos em relação ao seu problema (2.7).
	Passei a ter maior consideração das angústias e preocupações do paciente em relação à queixa (2.6).
Percepção do paciente	Aprendi a tentar ver e o que o paciente pensa sobre o seu quadro (3.8).
	Melhorei em entender a preocupação do paciente, principalmente em queixas que não são tão graves, mas que o paciente refere (2.10).
	Perguntar mais a percepção com relação à doença e suas relações (2.9).
Interesse do paciente	Aprendi a trazer mais facilmente o interesse do paciente para a consulta (2.7).
Abordagem social/contexto	Melhora da abordagem biopsicossocial (3.3).
	Procurar mais entender o contexto do paciente (2.9).
Orientações/ explicações ao paciente	Outra situação que vi em vários vídeos e me levou a mudança é a questão de respeitar a sequência da entrevista, deixando as orientações para o final da consulta e não fazer durante as outras etapas (2.18).
	Passei a enfatizar mais o tratamento prescrito principalmente com idoso devido a dificuldade de compreensão (2.13).
	Passei a ter menos repetições da minha fala. Maior atenção para repetições de recomendações finais e orientações de prescrição (2.3).
	Também estou seguindo melhor a ordem da consulta, deixando para explicar no final e não na anamnese (2.3).
	Comecei a prestar mais atenção na forma de comunicar condutas aos pacientes (2.1).
Decisão compartilhada	Me vi bastante na forma da colega atender e passei a incluir o paciente na construção do plano de ação (3.24).
Organização da consulta	
Gestão do Tempo	Melhor otimização do tempo (3.16).

	Como se organizar dentro do tempo de consulta. (3.15).
	Melhorei bastante em relação a minha principal dificuldade que era o controle do tempo quando o paciente era poliqueixoso, por exemplo, fazendo interrupções que me permitam compreender qual é a verdadeira demanda do paciente (2.18).
	Passei a me preocupar mais com o tempo da consulta (2.15).
	Procuo manejar melhor o tempo de consulta (2.14).
	Ajudou no controle do tempo de consulta (2.10, 2.3).
	Observamos situações em que muito tempo foi dispendido em aspectos do paciente que não eram tão fundamentais no quadro clínico (2.14).
Controle da consulta	Melhor direcionamento da consulta (3.9).
	Melhorei a organização das consultas (1.7, 2.7, 2.14).
Registro	Melhorei a qualidade dos meus registros e minhas consultas em geral (1.2).
	Melhor organização do registro SOAP e elaboração de uma lista de problemas em todas as consultas (3. 17).
Ambiência	Melhorei o aspecto da minha sala para torna-la mais agradável, mais aconchegante (1.1, 3.21).
	Mudei algumas coisas na disposição do consultório (1.6, 3.4).
Incorporação da prática reflexiva	
Aumento da reflexão na prática	Gostei porque as sessões me ajudaram na prática clínica a reparar algumas dificuldades em consultas que nem sempre entendia o porquê de ser uma consulta difícil (2.3).
	Procurei me observar mais (1.8).
	Procuo ser mais autocrítico comigo durante as consultas. Consigo perceber melhor minhas dificuldades (1.3).
	Comecei a me perceber melhor durante as consultas, a me “soltar” mais (1.6, 3.6).
	A gente aprende a se prestar mais atenção (2.2).
	Comecei a refletir mais sobre minha pratica diária (2.18).

Fonte: autor (2018)

Tabela 14 –Temas de consultas em vídeo que mais provocaram mudanças na prática diária:

Casos/ Temas que mais provocaram mudanças na prática diária:	
Geral	Todas as sessões foram produtivas a respeito do tempo de escuta, discussão sobre formas de conduzir consulta e leitura corporal do médico e do paciente (2.1).
Comunicação de notícias difíceis	Como contar uma notícia triste para o paciente (3.1).
Demanda aditiva e agenda oculta	Paciente que à princípio foi para entrega de resultado de exame, mas que desejava também realizar exame de rastreamento (2.6).

Demanda por exames desnecessários	Como explicar a não necessidade de exames (1.7).
Comunicação não-verbal	Maneiras de expressão corporal visualizada em várias consultas dos colegas em adota-las ou não (2.3).
	No meu vídeo eu percebi que eu deixava a minha maleta médica em cima da mesa, parecendo uma “barreira” entre eu e o paciente (1.6).
Interrupção na consulta	Observar colegas de saúde que interrompem a consulta (1.1, 3.11).
	A questão de o paciente atender telefone durante a consulta (2.9).
Quando e como interromper um paciente prolixo	O caso de uma residente em que a paciente dominou o ritmo da consulta foi muito marcante para mim, pois eu também tinha dificuldade em reconhecer quando interromper o paciente e recentemente consegui conduzir de forma muito tranquila uma consulta em que o paciente precisou ser redirecionado para os motivos da consulta (1.1).
	Casos de como conduzir situação em que você deve interromper uma consulta devido a fala extensa do paciente (2.3).
Pacientes poliqueixosos	Como solucionar uma consulta com paciente poliqueixoso (3.9).
	Abordagem do paciente com muitas queixas (1.4).
	Com a análise do vídeo da minha consulta aprendi a lidar com as várias queixas do paciente (1.12).
	Vídeo de uma paciente poliqueixosa que queria muito fazer determinado exame: aprimorei minhas táticas para negociar assuntos difíceis com pacientes intransigentes. (1.9).
Situações de impasse com o paciente	Melhor resolutividade em situações de impasse e dificuldade com o paciente (1.6).
Abordagem de Angústias e preocupações/ Agenda oculta	A paciente com queixa de vômitos e que depois revelou medo que fosse um AVC (3.4).
Plano conjunto	O meu próprio vídeo foi o que mais me fez repensar a prática de dar condutas autoritárias. Hoje pratico o plano conjunto (3.16).

Fonte: autor (2018)

4.2 Resultados da Etapa 2

Os resultados serão apresentados conforme o tipo de análise psicométrica.

4.2.1 Estatísticas descritivas, coeficientes Alfa de Cronbach e coeficiente de correlação intraclasse:

Inicialmente, na tabela abaixo são apresentadas, para cada vídeo e para cada pergunta do questionário, os percentuais de acordo com as opções de resposta.

Tabela 15 - Estatísticas descritivas de respostas dos itens do questionário CCOG com os percentuais de acordo com as opções de resposta.

Item do questionário	Resposta dos avaliadores	Vídeo analisado				
		1	2	3	4	5
1. Cumprimenta o paciente.	Não	0	76	74	6	18
	Sim, mas...	17	21	7	9	12
	Sim	83	31	19	85	69
2. Apresenta-se e menciona a sua função.	Não	83	94	96	94	100
	Sim, mas...	11	6	4	6	0
	Sim	6	0	0	0	0
3. Demonstra respeito.	Não	0	13	3	0	6
	Sim, mas...	57	77	6	23	42
	Sim	43	9	91	77	52
4. Confirma os motivos de consulta.	Não	27	50	21	40	22
	Sim, mas...	48	37	29	40	53
	Sim	24	13	50	20	25
5. Negocia a agenda (motivos de consulta).	Não	57	92	48	75	63
	Sim, mas...	36	8	24	21	18
	Sim	7	0	28	4	18
6. Encoraja o paciente a contar sua história.	Não	26	42	0	9	10
	Sim, mas...	47	37	24	29	48
	Sim	27	21	76	62	42
7. Muda apropriadamente de questões abertas para fechadas.	Não	53	76	15	53	42
	Sim, mas...	30	15	37	29	52
	Sim	17	9	47	18	6
8. Escuta atentamente.	Não	20	41	3	3	9
	Sim, mas...	48	50	12	44	56
	Sim	31	9	85	53	34
9. Facilita respostas verbais e não verbais do paciente.	Não	35	83	0	38	36
	Sim, mas...	35	17	33	38	61
	Sim	29	0	67	24	3
10. Utiliza perguntas e comentários facilmente compreensíveis.	Não	3	12	0	9	10
	Sim, mas...	21	39	9	61	50
	Sim	76	49	91	30	40
	Não	10	22	7	39	22

11. Esclarece as declarações do paciente.	Sim, mas...	45	61	36	50	55
	Sim	45	16	57	11	22
12. Define cronologia dos problemas.	Não	43	50	17	37	21
	Sim, mas...	29	32	27	33	27
	Sim	28	18	56	30	52
13. Determina e reconhece as ideias do paciente sobre a causa do problema.	Não	23	12	12	52	10
	Sim, mas...	17	72	24	33	51
	Sim	60	16	64	15	39
14. Explora as preocupações do paciente sobre o problema.	Não	6	13	15	47	12
	Sim, mas...	17	56	21	37	41
	Sim	77	31	64	16	47
15. Estimula que o paciente verbalize como se sente.	Não	42	65	28	81	52
	Sim, mas...	23	31	28	19	28
	Sim	35	4	44	0	20
16. Percebe e responde às pistas verbais e não-verbais.	Não	43	78	42	79	42
	Sim, mas...	48	22	35	21	42
	Sim	9	0	23	0	16
17. Resume ao final de uma linha específica de investigação.	Não	32	62	31	50	39
	Sim, mas...	36	31	31	28	42
	Sim	32	7	38	22	19
18. Progride usando frases de transição entre os tópicos.	Não	46	68	38	70	58
	Sim, mas...	36	28	23	23	32
	Sim	18	28	39	7	10
19. Estrutura uma sequência lógica.	Não	9	29	21	73	27
	Sim, mas...	32	32	21	12	52
	Sim	59	39	58	15	21
20. Usa o tempo de maneira eficiente.	Não	0	21	6	61	41
	Sim, mas...	20	46	23	29	24
	Sim	80	32	71	10	35
21. Demonstra comportamento não verbal apropriado.	Não	38	70	3	38	35
	Sim, mas...	32	18	18	31	55
	Sim	55	12	79	31	10
22. Se lê ou escreve, isto não interfere com o diálogo/comunicação.	Não	8	80	4	70	58
	Sim, mas...	23	1	11	18	24
	Sim	69	7	85	12	18
23. Não demonstra preconceito ou julgamento.	Não	11	4	0	11	19
	Sim, mas...	21	29	11	26	23
	Sim	68	67	89	63	58
24. Demonstra empatia e apoio ao paciente.	Não	3	24	6	17	16
	Sim, mas...	43	65	45	62	68
	Sim	54	10	49	21	16
25. Demonstra confiança.	Não	3	25	0	49	28
	Sim, mas...	38	53	15	27	53
	Sim	59	22	85	24	19
26. Encoraja o paciente a discutir mais algum ponto adicional.	Não	40	50	78	33	52
	Sim, mas...	24	28	19	37	29
	Sim	36	22	3	30	19
27. Encerra a consulta com um breve resumo.	Não	47	63	35	24	27
	Sim, mas...	27	25	24	46	30
	Sim	26	12	41	30	43

28. Pactua com o paciente os próximos passos.	Não	41	55	12	23	16
	Sim, mas...	28	35	36	42	34
	Sim	31	10	52	35	50

Observamos que o item que apresentou maior concordância entre os avaliadores foi o item 23 (“Não faz juízo de valor”) e os que houveram menos concordância foram o 4 (“Identifica e confirma a lista de problemas”), 12 (“Estabelece datas”) e 28 (“Pactua com o paciente os próximos passos”). Em muitos itens observa-se que houve percentual parecido entre o “sim” e “sim, mas...”.

Na tabela abaixo, apresentamos o coeficiente Alfa de Cronbach geral, considerando-se todas as perguntas do questionário:

Tabela 16 - Índices do Alfa de Cronbach geral para cada vídeo analisado.

Vídeo analisado	Alfa de Cronbach geral
Residente 1	0,88
Residente 2	0,84
Residente 3	0,89
Residente 4	0,87
Residente 5	0,83

Obs: A estação em todos os vídeos era o mesmo caso com paciente-simulado, que envolvia mudança de estilo de vida de um hipertenso.

O coeficiente alfa de Cronbach analisa a homogeneidade dos itens medindo a confiabilidade de um questionário a partir da consistência interna dos itens. O valor varia de 0 a 1 sendo zero a ausência total de consistência interna e 1 a consistência perfeita. É considerado aceitável um coeficiente acima de 0,7 (STREINER, 2003). Observamos que o índice foi alto em todos os vídeos. Estimamos também o coeficiente alfa de Cronbach para cada bloco de questões (domínios), considerando-se todas as perguntas do bloco e, também, considerando-se a exclusão de cada uma das perguntas do bloco:

Tabela 17 - Coeficientes alfa de Cronbach considerando-se todas as perguntas do bloco e, também, considerando-se a exclusão de cada uma das perguntas do bloco.

	Vídeo analisado
--	------------------------

Residente	1 (n=28)	2 (n=23)	3 (n=24)	4 (n=23)	5 (n=21)
ABERTURA DA CONSULTA					
Todas as perguntas	0,45	0,09	0,57	0,52	0,23
Sem a pergunta 1	0,47	0	0,49	0,50	0,51
Sem a pergunta 2	0,53	0,05	0,56	0,48	0,24
Sem a pergunta 3	0,25	0	0,53	0,53	0,20
Sem a pergunta 4	0,27	0,28	0,53	0,32	0
Sem a pergunta 5	0,33	0,16	0,44	0,40	0
EXPLORAÇÃO DE PROBLEMAS					
Todas as perguntas	0,82	0,42	0,60	0,74	0,67
Sem a pergunta 6	0,78	0,23	0,48	0,72	0,66
Sem a pergunta 7	0,80	0,37	0,57	0,67	0,60
Sem a pergunta 8	0,79	0,23	0,64	0,68	0,68
Sem a pergunta 9	0,75	0,41	0,55	0,74	0,56
Sem a pergunta 10	0,81	0,39	0,64	0,64	0,66
Sem a pergunta 11	0,81	0,47	0,42	0,72	0,69
Sem a pergunta 12	0,82	0,49	0,53	0,74	0,60
AValiação DO QUADRO DE REPRESENTAÇÕES DO DOENTE					
Todas as perguntas	0,75	0,69	0,83	0,65	0,76
Sem a pergunta 13	0,55	0,66	0,77	0,40	0,74
Sem a pergunta 14	0,74	0,67	0,79	0,60	0,64
Sem a pergunta 15	0,73	0,51	0,71	0,53	0,64
Sem a pergunta 16	0,70	0,65	0,86	0,70	0,76
ESTRUTURAÇÃO DA CONSULTA					
Todas as perguntas	0,48	0,58	0,82	0,59	0,61
Sem a pergunta 17	0,33	0,53	0,76	0,40	0,54
Sem a pergunta 18	0,11	0,42	0,77	0,49	0,60
Sem a pergunta 19	0,34	0,27	0,75	0,63	0,45
Sem a pergunta 20	0,64	0,71	0,80	0,53	0,55
CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO					
Todas as perguntas	0,78	0,84	0,84	0,64	0,58
Sem a pergunta 21	0,70	0,79	0,73	0,49	0,43
Sem a pergunta 22	0,80	0,81	0,79	0,66	0,59
Sem a pergunta 23	0,76	0,83	0,81	0,58	0,55
Sem a pergunta 24	0,74	0,80	0,81	0,65	0,52
Sem a pergunta 25	0,71	0,77	0,87	0,48	0,54
ENCERRAMENTO DA CONSULTA					
Todas as perguntas	0,29	0,61	0,47	0,67	0,67
Sem a pergunta 26	0,44	0,56	0,55	0,86	0,52
Sem a pergunta 27	0,28	0,55	0,21	0,35	0,57
Sem a pergunta 28	0	0,43	0,24	0,43	0,62

Fonte: dados brutos (2018)

Podemos observar que as perguntas que mais aumentariam a confiabilidade se retiradas em pelo menos 2 vídeos foram: 1 (Cumprimenta o paciente), 8 (Escuta atentamente), 11 (Esclarece as declarações do paciente), 16 (Percebe e responde às pistas verbais e não-verbais), 20 (Usa o tempo de maneira eficiente.), 22 (Se lê ou escreve, isto

não interfere com o diálogo/comunicação) e 26 (Encoraja o paciente a discutir mais algum ponto adicional).

Outra medida de confiabilidade, é o coeficiente de correlação intraclass (ICC), que é uma estimativa de fração da variabilidade total de medidas devido às variações entre os indivíduos. Quanto mais próximo de 1 ou 100%, mais reprodutível é o questionário e menor a variabilidade intra-observadores. Na tabela abaixo foram estimados os ICC para cada domínio do questionário:

Tabela 18 - Coeficientes de correlação intraclass (ICC) para cada domínio (em porcentagem).

Domínio	Tema	ICC
1	Iniciando a consulta.	36,2 %
2	Exploração dos problemas.	45,8 %
3	Compreendendo a perspectiva do paciente.	27,7 %
4	Estruturando a consulta.	32,1 %
5	Construindo a relação.	45,3 %
6	Encerrando a consulta.	6,8 %

Os domínios com melhor ICC foram o 2 (Exploração de problemas) e o 3 (Avaliação do quadro de representações do doente) e o pior foi o 6 (Encerramento da consulta).

4.2.2 Análise da correlação entre os domínios

Outro coeficiente importante para validação de um questionário é o coeficiente de correlação de Spearman (r), que avalia a intensidade de relação entre domínios. Quanto mais alto e próxima a, significa que observações têm classificações mais semelhantes entre as 2 variáveis. Realizou-se uma análise considerando-se a soma dos pontos de cada domínio em cada estação. Na análise de cada vídeo, foram incluídos os dados de avaliadores que tiveram avaliação completa em todas as perguntas do domínio. Para cada dois domínios analisados, testou-se a hipótese nula de que não existe correlação entre eles, versus a hipótese alternativa de que existe correlação. Na tabela abaixo são apresentados os coeficientes de correlação de Spearman estimados (r) e os valores de p dos testes estatísticos.

Tabela 19 - Resultado dos domínios nas diferentes Estações.

Domínios	Estação 1		Estação 2		Estação 3		Estação 4		Estação 5	
	R	Valor de p	R	Valor de p	r	Valor de p	R	Valor de p	r	Valor de p
d1 x d2	0,68	0,001	0,03	0,900	0,44	0,128	0,59	0,017	0,64	0,014
d1 x d3	0,38	0,131	-0,06	0,828	0,39	0,100	0,41	0,085	0,15	0,567
d1 x d4	0,35	0,142	0,24	0,345	0,32	0,210	0,77	0,000	0,39	0,115
d1 x d5	0,46	0,063	0,15	0,558	0,06	0,813	0,53	0,019	0,60	0,011
d1 x d6	0,27	0,186	0,00	0,995	0,09	0,700	0,24	0,280	0,08	0,735
d2 x d3	0,52	0,072	0,40	0,092	0,39	0,135	0,29	0,280	0,78	0,001
d2 x d4	0,53	0,033	0,39	0,107	0,33	0,248	0,55	0,022	0,37	0,140
d2 x d5	0,69	0,004	0,78	0,000	0,07	0,777	0,81	0,000	0,36	0,186
d2 x d6	0,50	0,020	-0,20	0,368	0,48	0,042	0,22	0,356	-0,13	0,614
d3 x d4	0,65	0,005	0,38	0,168	0,22	0,416	0,71	0,001	0,43	0,065
d3 x d5	0,30	0,335	0,78	0,000	0,46	0,070	0,22	0,370	0,40	0,100
d3 x d6	0,12	0,640	0,14	0,555	0,12	0,616	0,03	0,907	0,00	0,995
d4 x d5	0,15	0,579	0,45	0,079	0,36	0,169	0,43	0,072	0,32	0,154
d4 x d6	-0,14	0,533	0,48	0,028	0,55	0,012	0,23	0,299	0,42	0,041
d5 x d6	0,25	0,323	-0,10	0,660	0,46	0,042	0,06	0,792	0,07	0,769

r: coeficiente de correlação de Spearman

4.2.3 Análise fatorial confirmatória e modelo multifacetado de Rasch.

A seguir, apresentamos a análise fatorial confirmatória, baseada na teoria de resposta ao item multidimensional e pelo modelo multifacetado de Rasch.

Tabela 20 - Coeficientes de confiabilidade no modelo de multifacetadas de Rasch:

Faceta	Coeficiente de confiabilidade
Avaliadores	0,90
Estações	0,99
Itens	0,98

Tabela 21 - Índices de bondade de ajuste ao modelo multifacetado de Rasch.

Medidas de ajuste para o modelo					
Modelo	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA	WRMR
Fit	1,92	0,90	0,84	0,068	1,21

O índice representado pela fração χ^2/df apresenta um valor adequado, já que o limiar desejável é abaixo de 2,0 (ULLMAN, 2001). O CFI, que é o índice de ajuste comparativo ou de comparação do ajuste de Bentler, corresponde ao melhor ajuste do modelo dos dados quando as variáveis são independentes. O seu valor está no limite, pois é aceitável acima de 0,9 (HU; BENTLER, 1999). Quando se exclui o item 1 e 2 ele sobe para 0,91. O TLI, que é o Índice de Tucker-Lewis varia de 0 a 1, sendo que 1 refere-se ao ajuste perfeito. Seu valor também está no limite, e é desejável também acima de 0,9 (BROWNE; CUDEK, 1998). O TLI também sobe se excluídos os itens 1 e 2, para 0,9. O RMSEA, que é a Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação reflete a diferença média entre a covariância observada e a do modelo, e apresentou um valor dentro do limiar desejável, que é de até 0,08 (BROWNE; CUDEK, 1998). O índice WRMR, que é a raiz quadrada média residual, ficou um pouco acima do limite desejável de 1,0 (HU; BENTLER, 1999).

Gráfico 8 - Estimativas de precisão individual de acordo com o modelo multifacetado de Rasch.

Podemos observar que quanto mais próximo com a linha, maior é a correlação entre as variáveis e quanto mais próximo a 1, maior é a confiabilidade.

4.2.4 Resultado final da versão brasileira

Apresentamos abaixo os itens em que os participantes sentiram dificuldades na interpretação e em que foram sugeridas alterações após a aplicação do instrumento:

- 4. Identifica e confirma lista de problemas - suprimido a palavra “identifica”.
- 9. Facilita respostas verbais e não verbais do paciente – dificuldade na interpretação e definição de parâmetros, mas sem sugestão melhor.
- 12. Estabelece datas – foi alterado para: Define cronologia dos problemas.
- 15. Encoraja a expressão de emoções – foi alterado para: Estimula que o paciente verbalize como se sente.
- 16. Capta/responde a pistas verbais ou não-verbais – foi alterado para: percebe e responde às pistas verbais e não-verbais.
- 18. Progride usando sentenças de transição – Progride usando frases de transição entre os tópicos.
- 20. Faz gestão do tempo – foi alterado para: Usa o tempo de maneira eficiente.
- 23. Não faz juízo de valor – foi alterado para: Não demonstra preconceito ou julgamento.
- 25. Demonstra confiança - dificuldade na interpretação e definição de parâmetros, mas sem sugestão de mudança.

Abaixo, apresentamos a versão final da versão brasileira do CCOG:

Quadro 3 - Versão final da versão brasileira do CCOG:

Estação	Identidade do Estudante	Avaliação de habilidades clínicas
---------	-------------------------	-----------------------------------

GUIA OBSERVACIONAL *CALGARY-CAMBRIDGE*

(versão resumida para avaliação de habilidades comunicacionais)

INICIANDO A CONSULTA	Não (0)	Sim, mas (1)	Sim (2)
1. Cumprimenta o paciente.			
2. Apresenta-se e menciona a sua função.			
3. Demonstra respeito.			
4. Confirma os motivos de consulta.			

5. Negocia a agenda (motivos de consulta).			
OBTENDO INFORMAÇÕES			
<i>Exploração dos problemas</i>			
6. Encoraja o paciente a contar sua história.			
7. Muda apropriadamente de questões abertas para fechadas.			
8. Escuta atentamente.			
9. Facilita respostas verbais e não verbais do paciente.			
10. Utiliza perguntas e comentários facilmente compreensíveis.			
11. Esclarece as declarações do paciente.			
12. Define cronologia dos problemas.			
<i>Compreendendo a perspectiva do paciente</i>			
13. Determina e reconhece as ideias do paciente sobre a causa do problema.			
14. Explora as preocupações do paciente sobre o problema.			
15. Estimula que o paciente verbalize como se sente.			
16. Percebe e responde às pistas verbais e não-verbais.			
<i>Estruturando a consulta</i>			
17. Resume ao final de uma linha específica de investigação.			
18. Progride usando frases de transição entre os tópicos.			
19. Estrutura uma sequência lógica.			
20. Usa o tempo de maneira eficiente.			
<i>Construindo a relação</i>			
21. Demonstra comportamento não verbal apropriado.			
22. Se lê ou escreve, isto não interfere com o diálogo/comunicação.			
23. Não demonstra preconceito ou julgamento.			
24. Demonstra empatia e apoio ao paciente.			
25. Demonstra confiança.			
ENCERRANDO A CONSULTA			
26. Encoraja o paciente a discutir mais algum ponto adicional.			
27. Encerra a consulta com um breve resumo.			
28. Pactua com o paciente os próximos passos.			

5 DISCUSSÃO

5.1 Discussão etapa 1

Aprofundaremos a discussão dividindo a análise dos resultados em quantitativos e qualitativos.

5.1.1 Discussão dos resultados quantitativos

Os questionários buscaram mensurar os efeitos da seguinte intervenção: programa educativo, com sessões de vídeo feedback em grupo, de consultas reais, na metodologia de entrevista baseada por problemas (em inglês *PBI*) para uma melhora da comunicação clínica. Para isso, foram analisados os efeitos sob o ponto de vista do paciente simulado, de um observador externo e de autoavaliação, através de questionários com escala Lickert.

Na escala CARE, que é uma avaliação de empatia sob o ponto de vista dos pacientes, os grupos ao iniciarem o estudo não apresentavam diferenças. Após a intervenção foi possível mensurar com essa escala apenas uma melhora significativa em relação ao tempo no item referente à decisão compartilhada, em planejar junto o plano terapêutico. Esse item talvez seja um dos mais objetivos e fáceis de o médico comunicar ao paciente e ele compreender. O paciente simulado avaliou que na percepção dele, sentiu-se mais envolvido nas decisões (na medida do quanto gostaria de estar envolvido), sem ignorar os seus pontos de vista, como descrito no instrumento.

Os demais itens envolvem aspectos mais subjetivos e complexos, em relação aos sentimentos tanto do entrevistador como do paciente simulado, como a percepção de se sentir ouvido, de se sentir à vontade, de sentir que o entrevistador está interessado nele, de perceber o entrevistador como positivo, de sentir o cuidado e compaixão do outro e de se sentir compreendido. Nota-se aqui que a escala avalia a percepção de sentimentos do paciente em relação à habilidade do entrevistador em comunicar emoções. É quase uma “régua de medir sentimentos”.

Na Escala Jefferson de Empatia, que busca mensurar escores de empatia de maneira autorreferida, pelo grau de concordância com determinadas frases, os dois grupos ao iniciarem o estudo também não apresentavam diferenças. Notou-se aumento de escores em relação ao tempo na questão referente ao item de que o senso de humor do médico contribui para resultados clínicos melhores no grupo intervenção. O humor como recurso

de comunicação foi trabalhado nas sessões de vídeo feedback. É uma ferramenta de comunicação muito importante que lentamente tem sido reconhecido seu papel terapêutico na APS e é pouco trabalhado no currículo formal (BLACK, 1984; WENDER, 1996; GANETH-CATARIVAS, 2005). Entretanto, essa escala não possibilitou mensurar os demais achados relacionados à percepção de melhora da empatia dos participantes relatados nos resultados de análise qualitativa.

Em relação ao questionário de Percepção quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa (PPACP), que eram preenchidos com as mesmas perguntas tanto pelo paciente simulado como pelo médico residente, observou-se que os dois grupos ao iniciarem o estudo também não apresentavam diferenças. Após a intervenção esse questionário possibilitou mensurar apenas uma discreta melhora no tempo na percepção de abordagem dos aspectos familiares. Estes instrumentos de medida de percepção do atendimento centrado na pessoa talvez sejam de maior utilidade para feedback individual do que para fins de comparação e avaliação somativa de impacto de incorporação de habilidades de comunicação. Por exemplo, mostrar a cada médico sobre a concordância entre suas respostas e a dos pacientes pode ser muito útil (STEWART et al, 2010), e sugere-se mais pesquisas neste tema. Além disso, sugerimos usá-lo para casos de menor complexidade, não para comunicação de notícias difíceis por exemplo como foi usado. Também, melhor se com uma menor variação de pacientes-simulados padronizados avaliadores, para melhor uniformidade de avaliação.

Em relação aos questionários para avaliação de vídeos, preenchidos por 2 observadores externos e que foram elaborados baseados no CCOG resumido e um adaptado para más notícias incorporando aspectos do protocolo SPIKES, observou-se que os dois grupos tiveram as mesmas variações de diminuição de escores em itens relacionados a abordagem dos aspectos do trabalho e do contexto, mas sem diferença entre os grupos. É preciso considerar que o segundo caso, de mudança de estilo de vida, realizado após a intervenção, envolvia menos questões relativas a necessidade de abordagem desses itens de trabalho e contexto, o que pode ter interferido negativamente nos escores.

O questionário adaptado para comunicação de más notícias, que representa uma situação de comunicação de maior complexidade, mostrou que houve aumento de escores nos mesmos itens nos dois grupos e no somatório geral, mas que houve um aumento, em relação ao tempo, apenas no grupo intervenção no item que descreve sobre usar sinal de aviso para alertar que irá comunicar algo importante. Esse item faz parte das

recomendações do protocolo SPIKES (BUCKMAN, 1984) e houve também uma diferença significativa entre os grupos, no item referente ao médico residente colocar-se à disposição para apoio e retorno, porém com magnitude de efeito baixa e a diferença não foi significativa entre os grupos no tempo.

As diferenças encontradas decorreram do efeito tempo e não foi possível atribuir exclusivamente à intervenção. Devemos considerar que provavelmente os preceptores tiveram um impacto positivo nos dois grupos na formação dos residentes nos aspectos relacionados à comunicação. Provavelmente ocorreu o chamado “efeito-teto”, em que o grupo controle ao iniciar o estudo já era muito bom e há mais dificuldade de mostrar a diferença do bom para o ótimo do que do ruim para o bom.

Na avaliação das estações filmadas e analisadas pelos observadores externos, uma possível limitação do estudo foi o baixo número de estações e apenas dois tempos de avaliações, com quatro (4) estações, sendo 2 antes e 2 depois. Apesar da análise de um grande número de vídeos, aproximadamente 200 vídeos de consulta no presente estudo, recomenda-se um número maior de estações e uma análise mais longitudinal para uma avaliação mais confiável, o que dificulta a execução de uma pesquisa desse tipo, principalmente considerando os recursos necessários. Além disso, apesar de semelhantes no tema, as estações apresentavam casos e situações diferentes, o que pode ter causado diferenças na avaliação.

É preciso considerar ainda, que o processo de mudança da comunicação clínica é progressivo e lento, e que os instrumentos foram aplicados logo após as sessões e talvez seja necessário mais tempo para que os aprendizes incorporem os novos conhecimentos na prática e sejam capazes de demonstrar esse impacto em testes quantitativos. Além disso, a variação entre avaliadores, assim como de pacientes simulados, também pode ter prejudicado as pontuações. É importante considerar também que uma limitação foi o número da amostra baixo e assim, a probabilidade de erro tipo II neste teste é alta, ou seja, têm-se um alto risco de "falsos negativos" e de assumirmos que não há diferença quando na verdade ela existe.

A habilidade de comunicação envolve a habilidade de comunicar sentimentos para compreender o outro e fazer com que ele se sinta compreendido. A habilidade de empatia, por exemplo, foi analisada por questionário preenchido pelo paciente, por avaliador externo e pelo próprio residente. O objetivo era avaliar se os participantes ficaram mais empáticos após as sessões de vídeo feedback. A dificuldade em obter dados de mensuração dessa habilidade na pesquisa levantou vários questionamentos. Se

analisamos o conceito de empatia, que é uma conexão invisível que vai se construindo gradativamente entre o entrevistador e o paciente, será que esses questionários são mesmo capazes de mensurar uma melhora? Será que um avaliador externo é mesmo capaz de avaliar essa conexão e os sentimentos do médico e do paciente? A comunicação não-verbal pode nos comunicar muito sobre os sentimentos e interesses do entrevistador e paciente, mas é de interpretação complexa e subjetiva.

A empatia tem um componente emocional (sentir) e um cognitivo (pensar). Nos questionários avaliamos apenas o aspecto cognitivo. O que queremos dos médicos: que sintam empatia ou que pensem “Agora vou ser empático” e que comuniquem uma frase técnica? Certamente queremos que sintam e que sejam capazes de comunicar esse sentimento. Há frases técnicas que podem ser aprendidas e ditas na entrevista, mas sem necessariamente o profissional ter sentido empatia. Não queremos que o entrevistador apenas repita as frases que esperamos ouvir para terem bons escores no preenchimento de questionários e checklists, sem sentir de fato. Então como objetivar e mensurar sentimentos, que é o que esses questionários se propõem? Essas são boas questões para estudo.

Para uma conexão afetiva entre duas pessoas, uma precisa encontrar algo em comum na outra e vice-versa, algo que sintam que há uma ressonância de pensamentos, emoções ou interesses. Para cada um encontrar o que de si pode ser comum ao outro, é preciso um processo de autoconhecimento. Na relação médico-paciente para haver uma boa conexão o médico precisa conhecer bem a si mesmo, seus próprios sentimentos e seus processos transferenciais para saber que características da sua maneira de ser podem facilitar a conexão com o outro sem gerar resistências e fazer sentido para o paciente. Por isso, deveria fazer parte da formação médica o conhecimento dos próprios sentimentos do médico em formação, que é em parte o que os grupos Balint possibilitam (BRANDÃO, 2000; BRANCO et al, 2012).

Deve ser considerado que há também muitos aspectos relatados na percepção dos participantes que são de difícil mensuração, que estão relacionados principalmente ao recente elemento incorporado na pirâmide de Miller, o “ser”, componente de identidade profissional (CRUES, 2016) e que precisa de melhores instrumentos de avaliação quantitativa e que parece fazer mais sentido que seja de avaliação do paciente, pois como um avaliador externo pode mensurar se o paciente se sentiu entendido e apoiado?

Por exemplo, em uma situação em que um paciente verbaliza a preocupação de que sua dor esteja relacionada com um possível câncer e o entrevistador responde

“Compreendo sua preocupação”, mas o paciente pode não ter se sentido compreendido por apenas esta frase e o avaliador julgar que sim, ou o contrário. Outro exemplo, é como avaliar que o entrevistador demonstra interesse no paciente. Cada um tem uma percepção diferente, que envolve a interpretação de várias frases e de comunicação não verbal. É preciso considerar a grande variação individual de expectativas e exigências dos pacientes às respostas dos entrevistadores.

Ainda em relação às possíveis justificativas de porque as escalas quantitativas não evidenciaram os resultados encontrados na avaliação qualitativa, é importante considerarmos que quando objetivamos as medidas, podem haver falhas em revelar reais diferenças. Nem tudo que se mede realmente importa, e nem tudo que importa pode ser realmente medido. Van der Vleuten (2010) ressalta que a noção de objetividade não é sinônimo de confiabilidade. Uma diferença que realmente importa em um estudo pode não ser possível de ser mostrada em uma categoria ordinal de uma escala tipo Likert. Testes chamados subjetivos podem ser confiáveis e testes objetivos não confiáveis.

Ao tentarmos objetivar numericamente ao máximo as avaliações de habilidades de comunicação, corremos o risco de perder a avaliação das subjetividades. Dessa forma, uma possibilidade para conseguirmos evidenciar melhor os resultados encontrados na análise qualitativa, seria ter associado uma avaliação subjetiva e uma avaliação global. Estudos mostram que em uma avaliação tipo OSCE, a confiabilidade parece depender menos da objetividade e padronização do que da amostra e dos avaliadores. As escalas de avaliação global mostraram discriminar melhor entre os diferentes níveis de expertise (ROTHMAN; BLACKMORE; DAUPHINEE, 1997; HODGES, 1999). Van der Vleuten e colaboradores enfatizam a importância desses estudos em justificarem a confiança no julgamento humano *expert* e indicam que esse tipo de julgamento é muito importante nas modernas definições de competência e que por isso não temos motivos para banir os julgamentos holísticos e subjetivos do nosso repertório de avaliações. Inclusive, recomendam e justificam o retorno da avaliação individual no ambiente clínico, que foi abandonado em muitas escolas com a introdução do OSCE (VAN DER VLEUTEN, 2010).

Outra limitação neste estudo é que o objetivo não foi focar na efetividade das variáveis metodológicas de um programa de treinamento. Os estudos recentes não têm conseguido apresentar certezas sobre quais variáveis estão relacionadas a uma melhor efetividade no vídeo feedback (FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2011; HARGIE; MORROW, 1986; HOSFORD; MILLS, 1983). Em uma meta-análise foram

encontradas mais diferenças estatísticas na influência do vídeo feedback no comportamento verbal que não-verbal, mais impacto nas habilidades de recepção do paciente do que nas habilidades de construção da relação e mais nas habilidades macro que nas micro habilidades (FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2011).

Outra consideração em relação aos resultados é que o principal objetivo do vídeo feedback é uma avaliação formativa e não somativa. Tentamos medir uma avaliação formativa com instrumentos somativos.

Além disso, sugere-se mais estudos que utilizem questionários que abordem também outras habilidades, como os registros clínicos e gestão do tempo. Apesar de abordarmos a avaliação da consulta na visão do paciente simulado, sugere-se também complementar a abordagem do impacto das sessões de vídeo feedback nesta metodologia sobre outros pontos de vista, como dos preceptores, equipe e pacientes reais (MOONEN-VAN LOON et al, 2015, TEN CATE; SARGEANT, 2011).

Sugere-se também mais estudos com métodos qualitativos relacionados ao tema e investimentos em ensaios clínicos multicêntricos sobre o ensino de habilidades de comunicação e seu impacto, explorando outras ferramentas de avaliação, as metodologias de ensino de vídeo feedback e como avaliar o impacto dos programas de treinamento nas competências atitudinais.

5.1.2 Discussão dos resultados qualitativos

Os resultados encontrados na análise qualitativa serão discutidos por unidades temáticas e subtemas, conforme agrupamento realizado pela análise temática.

a) O Programa Educativo

Em relação a avaliação geral do programa educativo de vídeo feedback, inserido no módulo de Comunicação Clínica na grade curricular, as sessões de vídeo feedback foram avaliadas positivamente por 100% dos participantes. Na percepção de todos os participantes, as sessões foram úteis para o aprimoramento da comunicação clínica, confirmando os benefícios encontrados na literatura. A grande maioria enfatizou a importância do programa educativo na sua formação. Alguns destacaram o caráter inovador da metodologia de vídeo feedback na Educação Médica, que ainda tem sido

considerado uma prática experimental na literatura (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Os residentes avaliaram positivamente o fato de um espaço privilegiado com foco na discussão na comunicação clínica. Provavelmente por haver poucas oportunidades de discussões sobre a relação médico-paciente e a grande maioria das discussões em sua formação se restringirem a discussão de diagnóstico e condutas clínicas, ou talvez por insegurança dos preceptores e professores em abordar temas que envolvem comunicação clínica. *“Interessante abordar a postura médica ao invés da conduta clínica”* (2.1).

Foi também percebido como positivo pelos residentes o caráter ativo da metodologia, de sessões interativas. Vários residentes valorizaram o clima agradável e leve das sessões e perceberam o caráter impactante na prática: *“Parece que isso revoluciona a consulta!”* (2.2). Houve percepções de que participar das sessões de vídeo feedback foi “desestressante” e motivador. Essas percepções confirmam a importância da metodologia ativa e centrada nas necessidades dos discentes e de uma boa condução de grupos para manter o clima agradável e de confiança no grupo (BORRELL-CARRIÓ, 2012; PENDLETON et al, 2011)

No geral, os residentes perceberam que através das sessões de vídeo feedback de suas consultas filmadas reconheceram a complexidade de uma consulta médica e da relação médico-paciente: *“Pude perceber o quão complexo é uma consulta médica e quanto posso melhorar”* (3.13). Através do vídeo feedback em grupo relataram que adquiriram novos conhecimentos e técnicas para uma comunicação efetiva que antes desconheciam e perceberam o quanto esse aprendizado pode melhorar nas suas práticas médicas, principalmente em consultas difíceis.

Os temas considerados de consultas mais difíceis e mais úteis para o aprendizado foram os temas geralmente considerados de maior complexidade na literatura (VON FRAGSTEIN et al, 2008), como comunicação de más notícias, paciente com múltiplas queixas, paciente agressivo, paciente que não concorda com a conduta do médico ou com má adesão, além dos que envolviam aspectos de saúde mental.

Em relação aos desafios percebidos na participação do programa educativo, apenas 2 residentes relataram que não gostam de ser filmados, mas que gostaram de assistir ao vídeo de consultas dos colegas. Importante ressaltar que nenhum relatou sentimento negativo durante as sessões, confirmando os dados da literatura de que a técnica é bem aceita pela maioria dos médicos na APS e em outras áreas (PENDLETON et al, 2011).

Houve a sugestão de maior tempo do programa educativo, com mais sessões de vídeo feedback e mais correlação teórica com os vídeos durante as sessões. Isso evidencia um desafio relacionado à habilidade do facilitador ou coordenador da sessão em fazer a conexão do feedback com o referencial teórico e também faz repensar a necessidade da inserção do vídeo feedback em um programa educativo com uma base teórica mais estruturada. Como enfatizado no referencial teórico, em revisão sobre formatos de treinamento de habilidades de comunicação em serviço contendo vídeo feedback, recomenda-se que o programa contenha as seguintes fases: 1. Instrução (definir e explicar as habilidades específicas a serem trabalhadas); 2. Modelagem: mostrar as habilidades desejadas; 3. Prática: o aprendiz tentar colocar em prática as habilidades; 4. Vídeo feedback: principal dimensão para promover uma mudança na prática do aprendiz (BORG et al, 1970; FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2011).

Uma maior ênfase nas fases anteriores à filmagem e vídeo feedback, que seria a instrução e modelagem, poderia ter facilitado ao grupo e ao coordenador das sessões a correlação com a fundamentação teórica. No programa avaliado no estudo, a fase 1 (Instrução) poderia ter sido mais estruturada e não houve a fase 2 (Modelagem), que são sugestões de melhoria para o programa. Além disso, o facilitador parece ter um papel fundamental para o sucesso do programa educativo. Um aprofundamento teórico em comunicação clínica e bom conhecimento nos aspectos-chave da metodologia de coordenação das sessões de vídeo feedback deve fazer parte do planejamento do programa educativo. Por isso é fundamental o treinamento de facilitadores na metodologia. Entretanto, infelizmente não há muitas ofertas de treinamento atualmente no Brasil.

Ainda em relação ao programa educativo, para uma boa consolidação das habilidades trabalhadas no programa, seria importante uma continuação do feedback de comunicação clínica no seu ambiente de prática pelos seus preceptores locais. Para isso seria necessária uma melhor formação dos preceptores locais em feedback de habilidades de comunicação.

b) A sessão de vídeo feedback

As sessões foram vistas como uma ferramenta importante de auto avaliação e autoconsciência de limitações e potencialidades que os residentes não conseguiam

perceber sozinhos antes. Através das filmagens puderam atentar-se a detalhes nos vídeos que causaram reflexão crítica da sua própria prática. “*Nas gravações percebemos detalhes que não ficam evidentes só pela prática diária*” (2.18). Essa percepção confirma a capacidade do vídeo em rever aspectos da entrevista que merecem mais atenção e análise detalhada (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).

Os residentes destacaram que as sessões foram o único espaço na sua formação onde puderam perceber a si mesmos na relação médico-paciente, ao assistirem-se de um ângulo externo: “*É ótimo observar-se, perceber-se na consulta, de forma que só é possível com o PBI*” (2.11). Relatam dificuldade de perceberem sozinhos aspectos que só visualizaram nos vídeos: “*É muito difícil ter a auto percepção da própria consulta. Na gravação é possível ver nossas limitações e pontos fortes*” (1.1), confirmando dados da literatura de que o vídeo possibilita aos entrevistadores a “olharem a si mesmos de longe” e com reflexão, como em uma pintura realística de suas próprias habilidades (FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2011; HARGIE; SAUNDERS; DICKSON, 1983).

Muitos participantes destacaram a importância da possibilidade de avaliar a sua própria comunicação não-verbal, aspecto difícil de ser trabalhado sem o uso do vídeo (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Foi comentado que assistir à sua própria filmagem de consulta já é revelador, mas que percebem que é ainda mais interessante a oportunidade de poder ter a opinião dos colegas (*peer-feedback*) e de um facilitador com expertise no tema, confirmando a afirmação de que o uso de gravação de consultas em vídeo para guiar feedback oferece mais vantagens do que apenas a observação da filmagem pelo próprio entrevistador. (HARGIE; MORROW, 1986; PREMI, 1991; WESTBERG; JASON, 1994).

Além do estímulo a autoavaliação assistindo aos seus próprios vídeos, foi relatado pelos residentes como de grande aprendizado assistir ao vídeo dos demais membros do grupo, pois aprendiam com as dificuldades e exemplos que observavam no vídeo dos colegas. Foi relatado que ao assistirem a consulta do colega, se viam nas situações vivenciadas e se identificavam com as dificuldades, o que causava reflexão. “*As sessões ajudam a se perceber melhor e a me enxergar nas situações vivenciadas pelos colegas*” (1.3).

Há muitos estudos mostrando os benefícios da aprendizagem em grupos pequenos. Um estudo comparando o ensino médico tradicional com métodos experimentais mostrou maior ganho na aquisição das habilidades de obtenção da história

clínica nos grupos de trabalho pequenos (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Observou-se também que os resultados obtidos no ensino ombro-a-ombro também foram alcançados em grupos pequenos (ROE, 1980).

Os residentes valorizaram a troca de experiência entre os membros do grupo e a possibilidade de observar a consulta dos demais membros do grupo, como se entrassem virtualmente no consultório de cada um dos colegas e ficassem acompanhando a consulta. Algumas vezes era usado a expressão “*Hoje vamos ‘entrar’ no consultório de quem?*”. O feedback pelo grupo foi avaliado como útil e que contribuiu para buscarem seguir as novas estratégias sugeridas pelos colegas, percepção coerente com os estudos que mostram que a revisão do vídeo por pares, o chamado *peer-feedback*, tem se mostrado mais benéfica que o feedback tradicional nas habilidades de comunicação (EECKHOUT et al, 2016; KALISH et al, 2011; KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005)

Os participantes relataram que muitas vezes faziam uma autoavaliação ruim de suas práticas e através do feedback do grupo, conseguiam perceber aspectos positivos, com consequente melhoria da autoestima. Pode-se perceber nessas situações a importância do feedback com reforço positivo, que geralmente é pouco fornecido durante a formação médica. “*Ninguém nunca me disse o que eu fazia bem*” (2.2).

Foi relatado que o estresse inicial por receber um feedback negativo foi diminuído após perceberem o apoio do grupo, através de comentários empáticos e de um feedback construtivo, como nesse exemplo: “*Eu tinha medo de ser sabatinada, mas todos se apoiam e dão uma visão mais solidária ‘já passei por isso, é difícil mesmo...’, não é para criticar*” (3.2). Foi destacada a importância do suporte do grupo e de uma avaliação construtiva, como é preconizado em um feedback efetivo (PENDLETON et al, 2011).

Por fim, os residentes relatam que o método PBI possibilita também aprender a dar um feedback empático, algo que não é abordado na grande maioria das escolas médicas. Ao praticar colocar-se no lugar do entrevistador sentiram a importância do cuidado ao dar e receber um feedback: “*A gente aprende a dar feedback, se colocar no lugar de quem trouxe o vídeo*” (3.2). O feedback do grupo é importante para o processo de aprendizagem de todos, porque o grupo aprende como fornecer um feedback mais específico. Quando os estudantes avaliam os outros, desenvolvem suas habilidades de um melhor entendimento dos critérios de performance (HULSMAN; VAN DER VLOODT, 2015; DRIESSEN; VAN TARTWIJK; DORNAN, 2008) e uma melhor sensação ao receber feedbacks (KRUIDERING-HALL; O’SULLIVAN; CHOU, 2009).

c) Mudanças na prática clínica

No questionário utilizado, foi estimulado que os residentes relatassem mudanças que ocorreram na sua prática clínica desde o início da participação do programa educativo através das perguntas: “Houve mudanças na sua prática clínica após começar a participar das sessões de PBI? Quais?” e “Exemplifique situações de casos apresentados e discutidos nas sessões que lhe provocaram mudanças na prática diária” (apêndice C).

Foi interessante observar que as reflexões não ficaram apenas no campo teórico e que a metodologia possibilitou a elaboração de estratégias práticas que já foram sendo implementadas por iniciativa dos próprios residentes durante o processo de ensino-aprendizagem das sessões. Esses efeitos de mudança na prática clínica estão de acordo com as recomendações para ensino-aprendizagem de Pendleton, que recomenda integrar aprendizagem e prática e o encorajamento do aprendiz a colocar em prática as mudanças propostas (PENDLETON et al, 2011).

A maioria das mudanças relatada foi relacionada a uma abordagem mais centrada no paciente que na doença que se relacionam com as recomendações do método clínico centrado na pessoa (STEWART et al, 2010). Como exemplo disso, citaram que a partir das sessões de vídeo feedback passaram a perceber como interrompiam muito os pacientes. E observaram que, se permitido, o paciente fala as informações principais nos primeiros minutos e assim passaram a valorizar os minutos iniciais de uma consulta para permitir que o paciente se expresse sem interrupções. Observavam a questão do tempo de fala do médico e do paciente e a importância de consultas não centralizadas na fala do médico. *“Passei a interromper menos o paciente e deixar ele falar”* (2.14).

Afirmaram também que passaram a ter mais contato visual com o paciente, demonstrando que o foco da atenção é o paciente e não o computador ou papéis. *“Afastei-me um pouco mais do computador”* (3.21). Além disso, foi relatado também percepções de melhora na empatia. Ainda dentro dessa perspectiva, relataram que passaram a procurar entender mais o contexto da pessoa que atendem e a fazerem uma melhor abordagem biopsicossocial. Foi relatado que passaram a abordar mais sobre a percepção dos pacientes quanto à sua doença, que seria o *illness* dentro do método clínico centrado na pessoa e o entendimento dos modelos explicativos dos pacientes (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005; KLEINMAN, 1988).

Os residentes comentaram que perceberam que após as sessões passaram a ter um foco maior nas demandas do paciente e nas suas reações verbais e não-verbais,

focando assim mais na chamada “agenda” (motivos de consulta) do paciente, do que na do médico ((KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005): *“Me preocupou mais com a demanda do paciente do que a do médico, as preocupações que o levaram à consulta e com a diferença entre queixa e demanda”* (2.3).

Foram percebidas mudanças em relação à comunicação não-verbal, com maior observação de suas próprias reações não verbais suas próprias e dos pacientes. Foi relatado que diminuíram expressões desagradáveis de paralinguagem, como né” e “tá”. Perceberam também a importância de julgar menos os pacientes pela aparência inicial. Ainda dentro dos aspectos relacionados à comunicação não-verbal, foi relatado que passaram a se sentirem mais confortáveis com os silêncios e evitar os chamados silêncios longos disfuncionais (BORRELL-CARRIÓ, 2012).

Passaram também a valorizar a comunicação não-verbal da sala do consultório, chamada ambiência. Alguns modificaram a ambiência do seu local de trabalho, alterando disposição da mesa e outros colocaram objetos procurando que a sala transmita maior sensação de acolhimento e conforto *“Melhorei o aspecto da minha sala para torna-la mais agradável, mais aconchegante”* (1.1).

Em relação às fases da entrevista, os residentes relataram muitas mudanças na fase inicial e de coleta de informações devido às sessões de vídeo feedback. Informaram que passaram a ter maior cuidado com a apresentação inicial e maior preocupação em iniciar a entrevista com perguntas abertas, o que possibilita mais abertura ao paciente e assim permitindo que ele traga informações de maior qualidade (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Além disso, observaram que as sessões de vídeo feedback estimularam uma melhor abordagem da chamada “agenda oculta” (motivos de consulta ocultos) dos pacientes (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005), que não costumavam abordar com frequência. Perceberam que passaram a perguntar mais sobre as preocupações e angústias do paciente. *“Com a análise do vídeo de consulta do colega X, aprendi a abordar mais a agenda oculta do paciente”* (1.12).

Ao mesmo tempo relataram que passaram a se sentir mais seguros para reenquadrar a entrevista (BORRELL-CARRIÓ, 2012) e priorizar as queixas, principalmente com pacientes poliqueixosos, que foi uma dificuldade relatada por alguns, como nesse exemplo: *“Adquiri confiança para falar para o paciente que abordaríamos algumas daquelas queixas em uma próxima consulta ”* (2.3).

Foram percebidas também mudanças importantes na entrevista na fase de explicação e plano relacionadas a participar das sessões de vídeo feedback na

metodologia PBI. Relataram maior preocupação com a maneira de explicar o plano e de adaptar a linguagem ao paciente, evitando termos técnicos. Passaram a confirmar com o paciente o entendimento das explicações, principalmente para idosos, a evitar repetições desnecessárias nas explicações e que passaram a tentar incluir mais o paciente no plano de conduta, buscando o que a literatura chama de tomada de decisão compartilhada (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005; STEWART et al, 2017): “*O meu próprio vídeo foi o que mais me fez repensar a prática de dar condutas autoritárias. Hoje pratico o plano conjunto*” (3.16); “*Me vi bastante na forma da colega atender e passei a incluir o paciente na construção do plano de ação*” (3.24).

Além disso, perceberam também a dificuldade de organização da consulta em muitos vídeos e assim passaram a refletir sobre como melhorar esse aspecto e puderam também observar novas estratégias de organização nas consultas dos colegas. Foram observados relatos de percepção na melhora da organização geral da consulta, desde a condução até o registro. Foi observado percepção de maior incorporação do registro orientado por problemas (WEED, 1968) e melhor qualidade de registro e organização das informações do atendimento. Provavelmente por consequência da melhor organização da consulta e de um foco na demanda do paciente, muitos residentes comentaram que perceberam que passaram a ter melhor habilidade de gestão do tempo. “O tempo é o recurso mais valioso do médico” e que precisa ser otimizado (BORRELL-CARRIÓ, 2012; STEWART et al, 2010). Esse é tema geralmente pouco abordado nas escolas médicas.

Outra vantagem relatada em relação às sessões de vídeo feedback, é que ao perceberem que suas dificuldades não são apenas suas, que são comuns a demais membros do grupo, os residentes relataram que isso causa diminuição da sensação de insegurança na relação médico-paciente, comum e esperado por serem residentes de primeiro ano e estarem iniciando sua vida profissional. Ainda como percepção de mudanças importantes, foi relatado que as sessões de vídeo feedback estimularam a incorporação da prática reflexiva no cotidiano das ações de saúde, como podemos observar nestas frases: “*A gente aprende a se prestar mais atenção*” (2.2); “*Comecei a refletir mais sobre minha prática diária*” (2.18); “*Parece que agora fico me vendo de fora*” (3.3).

Na percepção dos residentes, a prática reflexiva levou a mudanças no comportamento e sentimentos do médico em relação ao paciente, deixando-os menos reativos com os pacientes e mais tranquilos: “*Desarme-me*” (3.21). Essas percepções e

reflexões confirmam que o vídeo é um bom recurso para possibilitar que os estudantes revejam suas posturas e comportamentos (SUCUPIRA, 2007).

Estas habilidades de comunicação que os residentes relataram ter adquirido através da participação das sessões de vídeo feedback, assim como a capacidade reflexiva, estão de acordo com as diretrizes curriculares nacionais e internacionais (BRASIL, 2014; SBMFC/ABEM, 2010; VON FRAGSTEIN et al, 2008;) e com as tarefas organizadas no CCOG e nas tarefas de consulta de Pendleton (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005; PENDELTON et al, 2011) para uma comunicação médico-paciente efetiva. Além disso, confirmam os achados prévios de Linda Gask, que desde a década de 90 vem usando esta técnica para capacitar médicos generalistas em habilidades de entrevista envolvendo saúde mental e suas conclusões sobre a importância de maior expansão da metodologia (GASK, 1991; 1992; 1998).

As percepções relacionadas à autoavaliação e ao feedback por pares são aspectos que têm mostrado efetividade no treinamento de habilidades de comunicação (HULSMAN; VAN DER VLOODT, 2015). O feedback e a autoavaliação estão relacionadas com a prática reflexiva, um paradigma na educação moderna. A prática reflexiva é essencial e precisa ser integrada na educação médica formal porque é necessário um treinamento específico para esse aprendizado (SCHON, 1983; DRIESSEN; VAN TARTWIJK; DORNAN, 2008; DRIESSEN et al, 2012).

5.2 Discussão da Etapa 2

A análise do processo de adaptação cultural do questionário CCOG, já validado no exterior, demonstrou bons resultados. O valor de alfa de Cronbach para todas os vídeos em conjunto foi acima de 0,80, atendendo a preferência estabelecida por Streiner (2003), que sugere que os valores do coeficiente estejam entre 0,80 e 0,90, indicando que a versão brasileira exibe consistência interna e confiabilidade aceitáveis.

Os itens 1 (Cumprimenta o paciente) e 2 (Apresenta-se e menciona a sua função) do instrumento, apresentaram na análise fatorial confirmatória carregamentos negativos, o que sugere que eles não estão medindo adequadamente o construto pretendido. A análise mostra que 0% da variância desses dois itens pode ser explicada pelo construto pretendido como 100% ruído ou outro construto não-pretendido. O coeficiente de determinação (R^2), que nos diz quanto de variância de uma variável é explicada pela outra

variável (no caso item verso construto) também teve valor baixo (zero). Isso pode ser explicado por ser uma estação simulada e pela gravação iniciar dentro do consultório, entretanto alguns médicos residentes cumprimentavam o paciente antes de entrar no consultório e começar a filmagem, interferindo assim na análise. Como os avaliadores eram orientados a deixar em branco se não era possível avaliar a tarefa, esses itens iniciais de abertura da consulta foram o que tiveram maior preenchimento em branco.

Ao refazer o mesmo tipo de análise sem os itens 1 e 2, observa-se uma melhora no ajuste ao modelo. Os índices de ajuste dos dados observados em relação ao modelo teórico proposto, juntamente com a melhora significativa do ajuste obtido com o modelo em comparação a um modelo unidimensional, são evidências de validade baseadas na estrutura interna do instrumento. Assim sugere-se que para avaliar os itens 1 e 2, o início da consulta seja dentro do ambiente avaliado para que seja possível observar o entrevistador cumprimentando e apresentando-se ao paciente.

O item que teve maior concordância entre os avaliadores em quase todos foi de que o residente não demonstrou julgamento, que é algo que parece haver maior clareza de parâmetro e que os residentes são bastante treinados para não fazer. Entre os itens com maior discordância de respostas entre os avaliadores está um item que apresentam 2 tarefas: “identifica e confirma a lista de problemas”. Talvez o fato de ter duas tarefas no mesmo item tenha interferido na diferença de respostas. Por isso sugerimos alterar para apenas “confirma a lista de problemas”, já que para confirmar a lista o estudante ou residente já deve ter identificado anteriormente.

Houve bastante discordância de resposta na tarefa que estava escrita como “Estabelece datas”, que após o preenchimento os avaliadores sugeriram alteração na redação. Provavelmente a diferença nas respostas ocorreu pela dificuldade de entendimento e por isso modificamos na versão final. O último item do questionário, que se refere a importante habilidade de realizar decisão compartilhada também apresentou grande discordância de respostas, provavelmente porque realizar uma pactuação completa com o paciente envolve uma complexidade de diálogos e negociações que talvez precisam de melhor definição dos parâmetros exigidos para cada nível. Houve um coeficiente de correlação intraclasse baixo no domínio “Encerrando a consulta”, provavelmente por dificuldade de mesmo entendimento em relação à tomada de decisão compartilhada no item “Pactua com o paciente os próximos passos”. A palavra “pactuar” pode dar margem a diferentes interpretações em relação ao grau considerado satisfatório de participação do paciente na tomada de decisão habilidade.

Há outros itens que são de interpretação mais subjetiva e que também causaram maior diferença na avaliação. Os avaliadores apresentaram dificuldade na definição de parâmetros nos itens de avaliação atitudinal menos objetivos ou técnicos, como “Demonstra respeito/ Demonstra confiança/ Demonstra empatia”. Talvez porque são itens que necessitam aprofundamento na definição de parâmetros entre os avaliadores, conforme os objetivos de aprendizagem para cada fase da formação médica. Também, porque são tarefas complexas de difícil julgamento como observador externo, que tenta mensurar sentimentos do entrevistador e do paciente e que para uma avaliação totalmente real precisaríamos saber a opinião do paciente, por exemplo se o paciente sentiu confiança no entrevistador ou se sentiu que o entrevistador foi empático.

Esses itens em especial devem ser discutidos entre o grupo de avaliadores para definir o que será considerado satisfatório ou insatisfatório e o parcialmente satisfatório. Observamos que quando um item não era realizado, os avaliadores tiveram mais facilidade de avaliar como “Não”, mas quando os residentes realizavam a tarefa, os avaliadores ficavam em dúvida em escolher entre “SIM” e o “SIM, MAS...”, demonstrando que é preciso definir melhor o que é uma tarefa realizada total ou parcialmente.

Essas dificuldades podem ter interferido em alguns coeficientes de confiabilidade e validade do instrumento. Entretanto, outro estudo de validação da escala na Alemanha apresentou coeficientes de correlação intra-classe semelhantes, variando entre 0,05 e 0,57. Neste estudo, os autores sugeriram deletar o item “Negocia a agenda” ao usar o questionário com estudantes no início do curso e deixar para usar apenas mais para o final do curso, quando eles já teriam a capacidade de abordar múltiplos temas e realizar outros procedimentos além de apenas coletar a história do paciente. Além disso, também atribuíram as dificuldades de confiabilidade da escala no estudo devido a necessidade de maior instrução e definição de parâmetros entre os avaliadores antes da aplicação (SIMMENROTH-NAYDA et al, 2014).

Além disso, as dificuldades apresentadas no julgamento dos itens podem prejudicar uma avaliação somativa final. Tem sido discutido cada vez mais a associação do julgamento por itens a um julgamento holístico subjetivo (INAYAH et al, 2016). Alguns estudos compararam as propriedades psicométricas de checklists e escalas de avaliação global em OSCEs avaliados por experts mostraram uma confiabilidade maior entre estações e melhor validade que os checklists (HODGES et al, 1997; 1999; MALAU-ADULI et al, 2012). Este instrumento prevê na versão original uma avaliação

global sem valor de nota entre “SATISFATÓRIO”, “SATISFATÓRIO, MAS...” e “INSATISFATÓRIO”, que não foi usado no estudo, mas recomendamos que seja utilizado regularmente associado ao uso do questionário.

O instrumento pode ser usado tanto para avaliação formativa como somativa, mas devido às dificuldades já discutidas no julgamento dos itens mais subjetivos, talvez o CGOC tenha mais benefícios para uma avaliação formativa do que somativa. É importante ressaltar que sempre que possível deve ser associado um feedback narrativo construtivo e detalhado à avaliação somativa, já que os estudantes preferem feedback do que notas e que a eficácia dos feedbacks reflexivos é alta (VAN DER VLEUTEN et al, 2015).

Apesar das dificuldades observadas, os coeficientes de confiabilidade no modelo de multifacetado de Rasch foram excelentes em todas as facetas, sendo que variam de 0 a 1 e quanto maior, menor o risco de falsos positivos ou negativos e assim menor o erro de medida, demonstrando que o instrumento apresenta confiabilidade aceitáveis para reprodutibilidade em outros contextos.

Uma limitação deste estudo é que os avaliadores, apesar de todos experientes como preceptores, tinham formações diferentes em avaliação de habilidades de comunicação. Além disso, apesar de termos tido cerca de 170 instrumentos preenchidos, uma amostra maior poderia fornecer mais informações. Outra limitação é que não foi possível fazer uma segunda avaliação para confirmar a confiabilidade de avaliação entre cada avaliador. Além disso, também poderia ter sido associado e/ou comparada a avaliação pelos preceptores com a avaliação por outros pontos de vista, como colegas, equipe e pacientes, já que a avaliação por múltiplas fontes e em diferentes ocasiões nos Programas de Residências Médica têm demonstrado serem bons avaliadores de competências atitudinais e tarefas complexas (MOONEN-VAN LOON et al, 2015, TEN CATE; SARGEANT, 2011).

Apesar de o estudo ter sido feito com médicos residentes, acreditamos que o instrumento pode ser usado com estudantes de graduação também, como já demonstrado em outros estudos, com adaptações e uniformização dos parâmetros dos itens conforme o ano e objetivos de aprendizagem (SIMMENROTH-NAYDA et al, 2014).

Destacamos que foi muito importante a discussão com o grupo de avaliadores sobre cada palavra do questionário e o posterior uso na prática para constante melhoria, que deve continuar sofrendo ajustes com o feedback do seu uso.

6 - CONCLUSÕES

6.1 Conclusão etapa 1

A escala CARE de empatia mostrou apenas um efeito de melhora no tempo na tomada de decisão de compartilhada. O questionário de percepção quanto ao atendimento centrado na pessoa, preenchido pelo médico e paciente simulado possibilitou a observação apenas de uma diferença significativa no tempo, na melhora na abordagem de questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde do paciente. O questionário preenchido por observadores externos, baseado no guia *Calgary-Cambridge Observation Guide* (CCOG) não mostrou diferenças significativas. O questionário adaptado para comunicação de más notícias mostrou que houve melhora nos mesmos itens nos dois grupos, mas que houve aumento de escores em relação ao tempo apenas no grupo intervenção no item sobre usar sinal de aviso para alertar que irá comunicar uma notícia difícil.

Na análise qualitativa foi perguntado especificamente sobre os efeitos percebidos na prática focados na intervenção educativa, enquanto as diferenças encontradas nos resultados quantitativos estavam relacionadas ao tempo e não podem ser atribuídos apenas à intervenção educativa. A melhora no tempo está provavelmente relacionada aos aspectos trabalhados pelos residentes com seus preceptores locais durante a supervisão nos estágios na Atenção Primária.

Na análise qualitativa, as principais potencialidades identificadas na metodologia foram autopercepção e o feedback por pares, e as principais mudanças na prática clínica foram percepção de uma abordagem mais centrada no paciente, com melhora da comunicação não-verbal, melhora do registro, melhor organização da consulta, melhora do tempo, melhora das habilidades de dar feedback ao colega, mudanças de comportamento, e incorporação de prática reflexiva. Os desafios foram a dificuldade do facilitador em conectar o vídeo feedback com o referencial teórico e o estresse inicial para gravar-se e assistir-se em vídeo.

Observamos que a análise qualitativa dos dados revelou mais informações sobre os efeitos nos participantes que a análise quantitativa. Os dados observados nos resultados qualitativos não tiveram o mesmo impacto nos resultados quantitativos. Concluimos que há uma dificuldade nos questionários em mensurar competências atitudinais e aspectos mais subjetivos de comunicação. Assim, concluimos que o ensino e a avaliação da

comunicação não podem ser totalmente técnicos, objetivos e numéricos, pois há uma grande parte subjetiva, individual e intuitiva. O que podemos medir nos questionários são os efeitos da comunicação no paciente e o seu componente cognitivo.

Sugere-se mais estudos sobre as metodologias de vídeo feedback com aprofundamento na definição de parâmetros dos itens subjetivos de avaliação, conforme as competências exigidas para cada fase da formação médica. Sugere-se também considerar a complementação de avaliações de habilidades de comunicação com julgamentos holísticos e escalas globais para contemplar as subjetividades inerentes ao processo.

O estudo confirma que métodos de ensino experimentais são necessários para aperfeiçoar o ensino de habilidades de comunicação e que a introdução desta ferramenta na formação dos residentes foi bem recebida e com potencial de mudança de atitudes e condutas do entrevistador. O vídeo feedback na metodologia estudada mostrou a possibilidade de abordar os aspectos fundamentais para uma comunicação efetiva de forma motivadora e centrada no educando, através das potencialidades apontadas pela revisão de literatura e relatadas pelos residentes: estímulo à autopercepção, feedback por pares com reforço positivo, auxiliando na busca de estratégias para as dificuldades percebidas, além da incorporação de uma reflexão crítica na prática clínica.

Concluimos que o uso de videogravação como instrumento docente é uma ferramenta valiosa de avaliação formativa para programas de ensino de comunicação, com possibilidade de desenvolvimento de autoconsciência e de implementação de mudanças na prática clínica, conforme já vem apontando a literatura, por isso, sugerimos que metodologias de vídeo feedback seja efetivamente incorporadas na formação médica nos programas de graduação e pós-graduação.

O uso do vídeo feedback no ensino de comunicação clínica, assim como outras opções metodológicas de ensino que envolvem abordagem de subjetividades, podem evocar sentimentos profundos, devendo ser usada em um ambiente com suporte e com um facilitador cuidadoso em relação a psicologia do aprendiz, com habilidade de conectar o feedback com uma teoria de comunicação abordada previamente. Por isso, sugerimos que ocorra uma maior capacitação de formadores nesta metodologia de vídeo feedback no Brasil.

6.2 Conclusão Etapa 2

Os indicadores de confiabilidade do modelo de Rasch mostraram uma boa estimativa da reprodutibilidade, da estabilidade desses avaliadores caso precisassem avaliar as mesmas pessoas em outro momento. A versão brasileira da versão resumida do CCOG demonstrou confiabilidade aceitáveis para uso na avaliação de habilidades de comunicação. Pode ser um instrumento adequado para ser incorporado na avaliação sistemática de habilidades de comunicação no Brasil, como já utilizado em outros países.

A validade de um instrumento é um processo contínuo (SHEPARD, 1983; STREINER; GEOFFREY; CAIRNEY, 2014), assim, recomendamos que os itens da escala sejam continuamente reavaliados com o seu uso para uma melhoria constante e destacamos a importância da homogeneização de parâmetros de avaliação entre os avaliadores sobre cada item antes da aplicação da escala, com clareza dos objetivos de aprendizagem exigidos para cada nível de formação, principalmente em relação aos itens de avaliação atitudinal menos objetivos, como demonstração de respeito, confiança e empatia.

Sugere-se também considerar associar uma avaliação global para um julgamento holístico subjetivo e associar a escala a um feedback narrativo detalhado, já que a validade consequential parece ser maior na avaliação formativa (HATTIE; TIMPERLEY, 2007). Além disso, sugere-se também complementar a avaliação de habilidades comunicacionais considerando outras fontes e pontos de vista, como o paciente, colegas e equipe. Sugere-se mais pesquisas sobre instrumentos de avaliação das competências atitudinais, com aprofundamento na definição de parâmetros dos itens subjetivos conforme os objetivos de aprendizagem de cada fase da formação médica.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, D.W. A new design for teacher education: The teacher intern program at Standford University. **The Journal of Teacher Education**, v. 17, n. 3, p. 296–300, 1966.
- ASAN, O.; MONTAGUE, E. Using video-based observation research methods in primary care health encounters to evaluate complex interactions. **Informatics in primary care**, v. 21, n. 4, p. 161-170, 2014.
- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGE. Learning Objectives for Medical Student Education. **Guidelines for medical Schools**. AAMC, Whashington, jan, 1998.
- AURÉLIO, L. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. 2ª Ed, 2011.
- BAARTS, C.; TULINIUS, C.; REVENTLOW, S. Reflexivity – a strategy for a patient-centred approach in general practice. **Family Practice**, vol 17, n.5, 2000.
- BAKER, S. B.; DANIELS, T. G.; GREELEY, A. T. Systematic training of graduate-level counselors: Narrative and meta-analytic reviews of three major programs. **The Counseling Psychologist**, v. 18, n. 3, p. 355–421, 1990.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2ª. Ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005.
- BALLESTER, D. **Ensino do residente de pediatria em um ambulatório geral: análise da consulta**. 2009. Tese (doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- BALLESTER, D. et al. Avaliação da consulta médica realizada por ingressantes na residência de Pediatria. **Rev. bras. educ. med. [online]**. v. 35, n. 3, p.389-397, 2011.
- BANDURA, A. **Principles of behavior modification**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969..
- BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The use of videotape in internal medicine training. **J Gen Intern Med**, v. 9, n. 9, p. 517-21, 1994.
- BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The effect of physician behavior on the collection of data. **Ann Intern Med**, n. 101, v. 5, p. 692-696, 1984.
- BLACK, D.W. Laughter. **JAMA**, v. 252, n. 51, p. 2995–8, 1984.
- BOND, T.; FOX, C. **Applying the Rasch Model Fundamental Measurement in the Human Sciences** (2nd Edition), New York & London: Routledge, 2012.
- BORG, W. R.; KELLEY, M. L.; LANGER, P.; GALL, M. D. **The mini course**; A microteaching approach to teacher education. Beverly Hills, CA: Macmillan, 1970.

- BORRELL-CARRIÓ, F. **Entrevista clínica**: habilidades de comunicação para os profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- BRANCO, R.F.G.R. et al. Grupos Balint. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.A.C. (Org). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípio, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v (846 p e 1354 p). 2222 p.
- BRANDÃO, J. Relação médico-doente: sua complexidade e papel dos grupos Balint. **Rev Port Geral**, 23: 733-44, 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES nº4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38. 9.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p.8-11.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v.3, n. 2. p. 77-101, 2006.
- BROWNE, M. W.; CUDEK, R. Alternate ways of assessing model fit. In BOLLEN K. A.; LONG J. S. (Eds.). **Testing structural equation models**. Newbury Park, CA: Sage, 1993.
- BUCKMAN, R. Breaking bad news: why is it so difficult? **Br Med J**, v. 288, n. 6430, p. 597-9, 1984.
- BURKE, P. **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: Editora Unesp; 1992.
- BYRNE, O. S.; LONG B. E. L. **Doctor talking to Patients**. Londres: Her Majesty's Stationary Office, 1976.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico, **Ciênc. saúde coletiva**. v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.
- CARROLL, J. G.; MONROE, J. Teaching medical interviewing: a critical of educational research and practice. **J med Educ**, v. 54, p. 498-500, 1979.
- CHOWDHURY, R. R.; KALU, G. Learning to give feedback in medical education. **The Obstetrician & Gynecologist**, v. 6, p. 243-247, 2004.
- CLÈRIES, X. **La Comunicación**. Una competencia esencial para los profesionales de La salud. Barcelona, España: Elsevier Masson, 2006.

- CRUESS, S. R., CRUESS, R.L. Professionalism as a Social Construct: The Evolution of a Concept. **J Grad Med Educ**, v. 8, n. 2, p. 265-267, 2016.
- DE MARCO, M. A.; VESSONI, A. L.; CAPELO, A., DIAS, C. C. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.14, n.32, p.217-27, jan./mar. 2010.
- DENT, J. A.; HARDEN, H. **A Practical Guide for Medical Teachers**. 3º. ed. Toronto: Elsevier, 2009.
- DOHMS, M. C. **Ensino aprendizagem de comunicação médico-paciente, na percepção de estudantes, em uma escola brasileira e duas europeias**. 2011. 94 f. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva], Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- DOWRICK, P. Self-modeling. In P. Dowrick & S. Biggs (Eds.), **Using video: Psychological and social applications** (pp. 105–124). New York: Wiley, 1983.
- DRIESSEN E.; VAN TARTWIJK J.; DORNAN T. The self critical doctor: helping students become more reflective. **BMJ: British Medical Journal**, v. 336, n. 7648, p. 827-830, 2008.
- DRIESSEN, E.W.; VAN TARTWIJK, J.; GOVAERTS, M.; TEUNISSEN, P.; VAN DER VLEUTEN, C.P. The use of programmatic assessment in the clinical workplace: A Maastricht case report. **Med Teach**, v. 34, p. 226–231, 2012.
- EECKHOUT, T. et al. “Video Training with Peer Feedback in Real-Time Consultation: Acceptability and Feasibility in a General-Practice Setting.” Postgraduate **Medical Journal**, v 92, 431–435, 2016.
- ENGELHARD G. Evaluating the bookmark judgments of standard-setting panelists. **Educational and Psychological Measurement**, v. 71, n. 6, p. 909-924, 2011.
- ELMAN, D. et al. The effectiveness of unannounced standardized patients in the clinical setting as a teaching Intervention. **Med. Educ**, v. 38, p. 969-973, 2004.
- ENTRALGO, P. L. **El médico y el enfermo**. 2a ed. Madrid: Triacastela, 2003
- EPSTEIN, R.M.; HUNDERT, E.M. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, v. 287, n. 2, p. 226-235, 2002.
- EPSTEIN, R. M. Mindful Practice. **JAMA**, v. 282, n. 9, p. 833-839, 1999.
- EVANS, R. G. et al. Assessing the practising physician using patient surveys: a systematic review of instruments and feedback methods. **Family Practice**, v. 24, n. 2, p. 117-127, 2007.

- FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.
- FOSTER, J. J., PARKER, I. **Carrying out investigations in psychology**: Methods and statistics. Leicester, UK: BPS Books, 1995.
- FRANCO, A. L. S.; BASTO, A. C. S.; ALVES, V.S. A relação médico-paciente no programa saúde da família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.246-255, jan-fev, 2005.
- FUKKINK, R.G.; TRIENEKENS, N.; KRAMER, L.J.C. Video Feedback in Education and Training: Putting Learning in the Picture. **Educ Psychol Rev**, v. 23, n. 1, p. 45-63, 2011.
- GASK, L.; GOLDBERG, D.; BOARDMAN, J.; CRAIG, T.; GODDARD, C.; JONES, O. et al. Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: An evaluation of group training. *Medical Education*, 25, 444–451, 1991.
- GASK, L. Training general practitioners to detect and manage emotional disorders. **International Review of Psychiatry**, 4, 293–300, 1992.
- GASK, L. Small group interactive techniques utilizing videofeedback. **Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 28, p. 97–113, 1998.
- GINSBURG, C. A new magnetic video recording system. **Journal of Society of Motion Picture and Television**, v 65, p. 302–304, 1956.
- GRANEK-CATARIVAS, M.; GOLDSTEIN-FERBER, S.; AZURI, Y. et al. Use of humour in primary care: different perceptions among patients and physicians. **Postgraduate Medical Journal**, v. 81, p.126-130, 2005.
- GRECO, M. et al. **Real-patient evaluation communication skills teaching for GP registrars**. Family Practice. Oxford University Press, 1998.
- GROSSEMAN, S; STOLL C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. Estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 301-308, 2008.
- HAMMOUD, M.M. et al. Is video review of patient encounters an effective tool for medical student learning? A review of the literature. **Advances in Medical Education and Practice**, v. 3, p.19-30, 2012.
- HARDEN, R. M. et al. Best Evidence Medical. **Education Advances in Health Sciences Education**, v. 5, p.71-90, 2000.

HARGIE, O.; SAUNDERS, C.; DICKSON, D. **Social skills in interpersonal communication**. Hoboken, NJ: Wiley, 1983.

HARGIE, O.; MORROW, N.C. Using videotape in communication skills training: a critical review of the process of self-viewing. **Med Teacher**, v. 8, p. 359-65, 1986.

HATTIE, J.; TIMPERLEY, H. The power of feedback. **Review of Educational Research**, v. 77, p. 81-112, 2007.

HENRY, S.G.; FORMAN, J.H.; FELTERS, M.D. How do you know what Aunt Martha looks like?' A video elicitation study exploring tacit clues in doctor–patient interactions. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 17, P. 933 -939, 2011.

HILL, C. E.; LENT, R. W. A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 43, n. 2, p. 154-172, 2006.

HODGES, B., REGEHR, G., HANSON, M., & MCNAUGHTON, N. An objective structured clinical examination for evaluating psychiatric clinical clerks. **Academic Medicine**, v. 72, p. 715-721, 1997.

HODGES, B., REGEHR, G., MCNAUGHTON, N., TIBERIUS, R., & HANSON, M. Checklists do not capture increasing levels of expertise. **Academic Medicine**, v. 74, p. 1129-1134, 1999.

HOJAT, M. et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. **Academic Medicine**, v. 84, p. 1182-1191, 2009.

HOLMBOE, E.S. et al. Association between maintenance of certification examination scores and quality of care for medicare beneficiaries. **Arch Intern Med.**, v. 168, n. 13, p. 1396-403.

HOOK, K.M.; PFEIFFER, C.A. Impact of a new curriculum on medical students' interpersonal and interviewing skills. **Med Educ**, 4(2):154-59, 2016.

HOSFORD, R. E., MILLS, M. E. Video in social skills training. In: DOWRICK P. W; BIGGS S. J. (Eds.). **Using video; Psychological and social applications** (pp. 125–149). Hoboken: Wiley, 1983.

HOWIE, J.G.; HEANEY, D.J.; MAXWELL, M.; WALKER, J.J. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. **Fam Pract.**, v. 15, n. 2, p. 165-71, 1998.

HU, L. T.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural equation modeling: a multidisciplinary journal**, v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999.

- HULSMAN, R.L.; VAN DER VLOODT, J. Self-evaluation and peer-feedback of medical students' communication skills using a web-based video annotation system. Exploring content and specificity. **Patient Educ Couns.**, v. 98, n.3, p.356-63, 2015.
- INAYAH, A.T.; ANWER, L.A.; SHAREEF, M.A. et al. Objectivity in subjectivity: do students' self and peer assessments correlate with examiners' subjective and objective assessment in clinical skills? A prospective study. **BMJ Open**, v.7, n. 5, 2017.
- JAMOULLE, M. Prevenção quaternária, uma tarefa do clínico geral. **Primary Care**, v. 10, n. 18, p. 350-354, 2010.
- KALISH, R.; DAWISKIBA M.; SUNG Y.C.; BLANCO M. Raising medical student awareness of compassionate care through reflection of annotated videotapes of clinical encounters. **Educ Health (Abingdon)**, v. 24, n. 3, p. 490, 2011.
- KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Cultures**. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.
- KLEINMAN, A., **The Illness Narratives**. New York: Basic Books, 1988.
- KLUGER, A. N.; DENISI, A. The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. **Psychological Bulletin**, v. 119, n. 2, p. 254-284, 1996.
- KRUIDERING-HALL, M.; O'SULLIVAN P.S.; CHOU C. "Teaching Feedback to First-Year Medical Students: Long-Term Skill Retention and Accuracy of Student Self-Assessment." **Journal of General Internal Medicine**, v. 24, n.6, p. 721–726, 2009.
- KURTZ, S.; SILVERMAN, J.; DRAPER, J. **Teaching and learning communication skills in medicine**. 2nd ed. Oxford: Radcliffe, 2005.
- KURTZ, S.M.; SILVERMAN, J.D. The Calgary-Cambridge referenced observation guides: an aid to the defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programs. **Med Educ**, v. 30, n.2, p. 83-89, 1996.
- LESSER, A. L. Problem-Based interviewing in general practice: a model. **Medical Education**, v. 19, p. 299-304, 1985.
- LEVINSON, W. et al. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. **JAMA**, v. 277, n. 7, p. 553-559, 1997.
- LIBRARY AND ARCHIVES CANADA. **Arquivos Médicos Canadenses**. Disponível em: <<https://www.collectionscanada.gc.ca/physicians/030002-2300-e.html>. >Acesso em setembro de 2016.

- LINACRE JM. **Facets computer program for many-facet Rasch measurement, version 3.80.0**. Beaverton, Oregon: Winsteps.com. Books, 2017.
- LITTLE, P. et al. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. **BMJ**, v.323, n. 7318, p. 908-11, 2001.
- LLOYD, M.; BOR, R. **Communication Skills for Medicine**. London: Elsevier, 2009.
- MAGUIRE, P. The use of patient simulation in training medical students in history-taking skills. **Med Biol Illus**, v. 26, p. 91-95, 1976.
- MAGUIRE, G.P.; ROE, P.; GOLDBERG, D.; JONES, S.; HYDE, C.; O'DOWD, T. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. **Psychological Medicine**, v. 8, p. 697-704, 1978.
- MAGUIRE, P.; FAIRBAIRN, S.; FLETCHER, C. Consultation skills of young doctors: II Most young doctors are bad at giving information. **BMJ**, v. 292, p. 1576-1578, 1986.
- MAKOUL, G. et al. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: the Kalamazoo Consensus Statement. **Acad Med**, v. 76, p. 390-393, 2001.
- MALAU-ADULI, B.S.; MULCAHY, S.; WARNECKE, E. et al. Inter-Rater reliability: comparison of checklist and global scoring for OSCEs. **Creat Educ**, v. 3, p. 937-4, 2012.
- MARTIN, E.; MARTIN, P. M. L. The reactions of patients to a video camera in the consultation room. **J R Coll Gen Pract**, v. 34, p. 607-610, 1984.
- MARTINS, M., KIRA, C. M. Relação Médico-Paciente. In: **Semiologia Clínica: Sintomas Gerais, Sintomas e Sinais Específicos, Dor e Insuficiências**. São Paulo: SARVIER, 2004.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experience burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, p. 99-113, 1981.
- MCWHINNEY, I. **A textbook of Family Medicine**. New York: Oxford University Press, 1989.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.
- MERCER, S.W.; MAXWELL, M.; HEANEY, D.; WATT, G.C. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. **Fam Pract**, v. 21, p 699-705, 2004.

MILLER, R.W.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional. Preparando as Pessoas para a Mudança de Comportamento Adictivos**. São Paulo: Artmed, 2001.

MILLER, G.E. The assessment of clinical skills, competence and performance **Acad. Med.**, v. 9, p. 63-67, 1990.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

MOONEN-VAN LOON, J.M.; OVEREEM, K, GOVAERTS, M.J.; VERHOEVEN, B.H.; VAN DER VLEUTEN, C.P.; DRIESSEN, E.W. The reliability of multisource feedback in competency-based assessment programs: the effects of multiple occasions and assessor groups. **Acad Med.**, v.90, n. 8, p. 1093-9, 2015.

NEIGHBOUR, R. **The Inner Consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style**. Lancaster: Kluwer Academic Press, 1987.

NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. prevenção quaternária na Atenção primária à Saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 9. p. 2012-2020, 2009.

PARO, H. et al. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Med Educ**, p. 12-73, 2012.

PEIXOTO, J. M. **Avaliação da atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente: Comparação entre uma escola médica com modelo curricular do aprendizado baseado em problemas e outra com modelo curricular tradicional**. 2009. Dissertação de Mestrado em Clínica Médica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

PELGRIM, E.A. et al. Reflection as a component of formative assessment appears to be instrumental in promoting the use of feedback; an observational study. **Med Teach**, v. 35, n. 9, p. 772-778, Jul, 2013.

PENDLETON D.; SCHOFIELD T.; TATE P.; HAVELOCK P. **A nova consulta: Desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente**. 1.ed. Artmed, 2011.

PERRON, J. et al. Feedback in Formative OSCEs: Comparison between Direct Observation and Video-Based Formats. **Medical Education Online**, v. 21, 2016.

PREMI, J. An assessment of 15 years experience in using videotape review in a family practice residency. **AcadMed**. v. 66, p. 56-57, 1991.

RABINOWITZ, I. Length of patient's monologue, rate of completion, and relation to other components of the clinical encounter: observation intervention study in primary care. **BMJ**, v. 328, p 501-502, 2004.

- RASCH, G. **Probabilistic Models for Some Intelligence and Attainment Tests**. Chicago: University of Chicago Press, 1980.
- RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica** , v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.
- RIBEIRO, M. M. F.; KRUPAT, E.; AMARAL, C. F. S. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. **Medical Teacher** , v. 29, p. 204-208. 2007.
- ROE, P. **Training medical students in interviewing skills**. MSc thesis. Univesity of Manchester, Manchester, 1980.
- ROGERS, C.R. The foundations of the person-centred approach. **Education** , v. 100, n. 2, p 98-107, 1979.
- ROLLNICK, S. et al. **Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde**. São Paulo: Artmed, 2009.
- ROTTER, D.; et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. **Med Educ**.v. 38, n. 2, p.145-157.2004.
- ROTHMAN, A.I.; BLACKMORE, D.; DAUPHINEE, W.D. et al. The use of global ratings in OSCE station scores. **Adv Health Sci Educ Theory Pract**, v 1, p. 215–219, 1997.
- RUTTER, D.; MAGUIRE, P. History taking for medical students. 2. Valuation of a training programme. **Lancet**. v. 2, p. 558-60. 1976
- SCARPELLINI, G. R.; CAPELLATO, G. R. F.; DA SILVA, G. A. Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v. 47, n. 1, p. 51-58. 2014.
- SCHON, D. **The Reflective Practitioner: how professionals think in action**. New York: Basic Books, 1983.
- SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações: A crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- SERVANT, J. B.; MATHESON, J. A. B. Video recording in general practice: the patients do mind. **Br J Gen Pract**, v. 36, p. 555-556, 1986.
- SHEPARD, LA. Chapter 9: Evaluating Test Validity. **Review of Research in Education**. v. 19. Washington, DC: AERA I, 1993, pp. 405 – 450.
- SILVERMAN, J.D.; KURTZ, S.M.; DRAPER, J. The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching. 1. Agenda led outcome-based analysis of the consultation. **Educ Gen Pract**, v. 7, p. 288-99, 1996.

SIMMENROTH-NAYDA, A.; WEISS, C.; FISCHER, T.; HIMMEL, W. Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study. **BMC Research Notes**, v.5, p. 486, 2012.

SIMMENROTH-NAYDA, A.; HEINEMANN, S.; NOLTE C.; FISCHER T.; HIMMEL W. Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. **International Journal of Medical Education**, v. 5, p. 212-218, 2014.

SIMPSON, M., et al. Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. **British Medical Journal**, v. 303, p. 1385-1387. 1991.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (ABEM). Documento Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. Rio de Janeiro, julho de 2009. **Revista Bras de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6. n. 19, 2011.

SOCIEDADE ESPANHOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITÁRIA (SEMFYC). Oficina Videogravacion como instrumento docente. **XXI Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial**. Espanha, Logroño, 21 a 24 de abril de 2010.

STEINERT, Y. Twelve tips for using videotape reviews for feedback on... **Medical Teacher**, v. 15, n. 2/3, p. 131, June 1993.

STEWART, M.; BROWN, J.; WESTON, W.W.; MCWHINNEY, C.L.; FREEMAN, T.R. **Medicina centrada na pessoa. Transformando o método clínico**, 2ª edição. São Paulo: Artmed, 2010.

STEWART, M.; BROWN J.; WESTON W.W.; MCWHINNEY C.L.; FREEMAN T.R. **Medicina centrada na pessoa. Transformando o método clínico**, 3ª edição. São Paulo: Artmed, 2017.

STOCK, F. **Percepção de estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina sobre o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente antes e depois da reforma curricular. 2009**. Monografia [Graduação em Medicina]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, v. 80, p. 217-222, 2003.

- STREINER, D.L, GEOFFREY, R. N.; CAIRNEY, J. **Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use** paperback. Oxford University Press, Fifth Edition, 2014.
- SUCUPIRA, A. C. A importância do Ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v 11, n 23, p. 619-35, set/dez 2007.
- TEN CATE O, SARGEANT J. Multisource feedback for residents: how high must the stakes be? **J Grad Med Educ.**, v. 3, n. 4, p.453–5, 2011.
- THELEN, M. H.; LASOSKI, M. C. The separate and combined effects of focusing information and videotape self-confrontation feedback. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 11, p. 173–178, 1980
- THISTLETHWAITE, J. E., MORRIS, P. **The Patient-Doctor Consultation in Primary Care**. London: Royal College of General Practitioner, 2006.
- TIBERIO, I.F.C. et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Ed Atheneu, 2012.
- TOFFOLI, S.F.L. **Avaliações em larga escala com itens de respostas construídas no contexto do modelo multifacetado de Rasch**. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2015.
- TRONCON, L. E. A. et al. Avaliação de habilidades clínicas por exame objetivo estruturado por estações, com emprego de pacientes padronizados: uma aplicação no Brasil. **Rev Bras Educ Med**, v. 20, p. 53-60.1996.
- TURINI, B. et al. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v, 32, n. 2; p. 264 – 270, 2008.
- ULLMAN, J. B. Structural equation modeling. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell, **Using multivariate statistics**. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2001, pp. 653-771.
- VAN DER VLEUTEN, C.P.M.; SCHUWIRTH, L.W.T.; DRIESSEN, E.W.; GOVAERTS, M.J.B. Twelve tips for programmatic assessment. **Medical teacher**, v. 37, n. 7, p. 641-646, 2014.
- VAN DER VLEUTEN, C. P. et al. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, v. 24, n. 6, p. 703-19, 2010.
- VIEIRA, S. **Análise de variância: ANOVA**. São Paulo: Atlas, 2006.

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

WEED L. L. Medical records that guide and teach. **N Engl J Med**, v. 278, n. 593, p. 652-7, 1968.

WENDER, R.C. Humor in medicine. **Prim Care**, v. 23, p.141–54, 1996.

WETSBERG, J.; JASON, H. **Teaching Creatively with Video: fostering reflection, communication and other clinical skills**. New York: Springer, 1994.

WILKINSON, T. J. et al. Objectivity in objective structured clinical examinations: checklists are no substitute for examiner commitment. **Acad Med**, v. 78, p. 219-23, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ESTAÇÃO DE AVALIAÇÃO PRÁTICA TIPO OSCE

ESTAÇÕES PRÉ-INTERVENÇÃO:

ESTAÇÃO 1

CENÁRIO: Você é o médico(a) de uma unidade básica de saúde e Ana de 30 anos de idade, procurou a unidade hoje para consulta agendada..

Você está em atendimento da paciente Ana, 25 anos, que procurou seu médico de família por queixa de cefaleia há 2 meses. Paciente faz uso de Paracetamol 500mg a cada 6 horas, sem melhora. Sem comorbidades. A paciente comenta que a cefaleia teve início desde que o marido pediu divórcio. Você já realizou a anamnese e o exame físico. Não percebeu nenhum sinal de gravidade ou alerta ou nenhuma alteração neurológica.

Tarefa: Explicar sua impressão diagnóstica e plano para a paciente.

Tempo: 7 min

ESTAÇÃO 2

CENÁRIO: Você é o médico(a) de uma unidade básica de saúde e Júlio de 27 anos de idade, vem para uma consulta de retorno.

Tarefa: Leia o resumo do prontuário e em seguida verifique o resultado dos exames que o paciente trouxe, explicando-lhe qual é o diagnóstico, conduta e esclarecendo as suas dúvidas.

Tempo: 7 min

PRONTUÁRIO:

Julio (a), 27 anos, solteiro (a), garçom (garçonete), veio para fazer um check-up e porque está com medo de ter adquirido alguma doença porque tem relações sexuais frequentemente sem preservativo. Não consulta com frequência, não tem nenhum problema de saúde crônico.

EXAME CLÍNICO: sem alterações.

CONDUTA: solicitadas sorologias e retorno em 1 mês.

Resultado de exames:

Anti-HIV: não reagente

HbsAg: não reagente

VDRL: não reagente

Anti-HCV: não reagente

ESTAÇÕES PÓS INTERVENÇÃO

ESTAÇÃO 1

CENÁRIO: Você está em atendimento de Luis/Luisa, 36 anos, que acompanha por Hipertensão Arterial Sistêmica. Relata que vem apresentando picos de PA elevada com frequência. Relata fazer uso correto da medicação e relaciona os picos de PA a períodos de estresse e ansiedade. Relata dificuldades com sua chefia no trabalho. Além disso, está com sobrepeso, é sedentária/o e não faz controle da ingestão de sal e gorduras na alimentação. Tabagista de 1 carteira de cigarros por dia há 5 anos. Você já realizou a anamnese e exame físico sem alterações. PA hoje: 160/90mmHg.

Tarefa: Faça orientações sobre mudança de estilo de vida para a/o paciente.

Tempo: 7 min

ESTAÇÃO 2

CENÁRIO: Você vai atender Joana/João, 35 anos, que está retornando ao seu médico de família para trazer resultado de uma Endoscopia Digestiva Alta que você solicitou na consulta anterior por queixa de epigastria. Você lê o exame e no laudo mostra resultado de neoplasia: Adenocarcinoma gástrico.

Tarefa: Comunique o paciente sobre o resultado.

Tempo: 7 min

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS DAS ESTAÇÕES POR AVALIADOR EXTERNO

2.1 CHECKLIST A BASEADO NO CCOG

INICIANDO A CONSULTA	Sim (1)	Não (2)	Par cial (3)	NA (4)
1. Confirma lista de problemas/ prevenção de demanda aditiva				
OBSTENDO INFORMAÇÕES <i>Exploração de problemas</i>				
2. Muda adequadamente das perguntas abertas para as fechadas.				
3. Escuta atentamente/ deixa falar sem interromper				
<i>Entendendo o ponto de vista do paciente</i>				
4. Aborda as ideias do paciente quanto à causa.				
5. Explora as preocupações do paciente relacionadas aos problemas.				
6. Encoraja o paciente a expressar as suas emoções.				
7. Aborda preocupações relacionadas ao trabalho				
8. Aborda preocupações relacionadas à família				
<i>Construindo o relacionamento</i>				
9. Demonstra comportamento não-verbal adequado.				
10. A leitura ou escrita não interfere com a comunicação.				
11 Empatiza com e apoia o paciente.				
<i>Encerrando a consulta</i>				
12. Aborda possível relação do sintoma com o contexto estressante				
13. Explicação de fácil entendimento (sem linguagem técnica)				
14. Orientações no final da consulta (não na fase coleta informações)				
15. Encoraja o paciente a discutir mais algum/pergunta se tem dúvida				
16. Coloca-se à disposição para retorno/apoio				
17. Considera a opinião do paciente sobre o plano				

*NA: Não aplicável nesta consulta

CHECKLIST B PARA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS BASEADO NO PROTOCOLO SPIKES

INICIANDO A CONSULTA	Sim (1)	Não (2)	NA (3)
OBSTENDO INFORMAÇÕES			
<i>Exploração de problemas</i>			
1. Muda adequadamente das perguntas abertas para as fechadas.			
2. Escuta atentamente/ deixa falar sem interromper			
<i>Entendendo o ponto de vista do paciente</i>			
3. Aborda as expectativas sobre o exame/o que já sabe			
4. Alerta que irá comunicar algo importante (sinal de aviso)			
5. Explora as preocupações do paciente relacionadas ao resultado			
6. Encoraja o paciente a expressar as suas emoções.			
7. Deixa tempo para o paciente expressar suas emoções			
8. Aborda rede de apoio familiar			
<i>Construindo o relacionamento</i>			
9. Demonstra comportamento não-verbal adequado.			
10. A leitura ou escrita não interfere com a comunicação (contato visual)			
11. Empatiza com e apoia o paciente.			
<i>Encerrando a consulta</i>			
12. Explicação de fácil entendimento (sem linguagem técnica)			
13. Encoraja o paciente a discutir mais algum tema/pergunta se dúvida			
14. Coloca-se à disposição para retorno/apoio			
15. Considera a opinião do paciente sobre o plano			

*NA: Não aplicável nesta consulta

APÊNDICE C - Questionário qualitativo para médicos residentes após as sessões de vídeo feedback:

Nome: _____

Idade: Sexo: F () M ()

Ano de término da graduação: _____

Formações Adicionais: _____

Participou de quantas sessões de PBI? _____

Questões:

1. Quais são as suas percepções sobre as sessões de PBI?
2. Houve mudanças na sua prática clínica após começar a participar das sessões de PBI?
Quais?
3. Exemplifique situações de casos apresentados e discutidos nas sessões que lhe provocaram mudanças na prática diária.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento para a pesquisa Etapa 1

Informações sobre a pesquisa

Estou desenvolvendo a pesquisa **“Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na Atenção Primária à Saúde”**, com o objetivo de analisar a melhora na comunicação clínica através de sessões de videogravação de consulta aplicados em médicos residentes do primeiro ano.

Você está sendo convidado a participar desse estudo. Um grupo dos participantes participará de sessões de videogravação com feedback na metodologia PBI (ProblemBased Interview), além das aulas teórico-práticas curriculares.

Será solicitado o preenchimento de questionários de auto-preenchimento e participação em consultas simuladas nas estações da avaliação prática tipo OSCE (*ObjectiveStructuredClinicalExamination*) antes e após as sessões de videogravação. As consultas simuladas nas estações serão gravadas para posterior análise.

A sua participação não trará riscos ou desconfortos, pois a identidade dos participantes não será divulgada, sendo totalmente preservada. Se houver dúvida em relação ao estudo ou caso não queira mais fazer parte do estudo, basta entrar em contato comigo.

Os resultados serão publicados na forma de artigo científico.

Espera-se que este estudo contribua para o aprimoramento do ensino da comunicação médico-paciente na Atenção Primária à Saúde.

Sua participação é voluntária e sua recusa não comprometerá o seu curso de residência. Enfatizamos que a não participação no estudo não acarretará em nenhum tipo

de prejuízo ou punição em relação ao seu Programa de Residência Médica, portanto sinta-se totalmente livre para a decisão.

Consentimento pós-informação

Eu,....., fui esclarecido (a) sobre a pesquisa **Vídeogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na Atenção Primária à Saúde**”, realizada pelas pesquisadoras Marcela Dohms e ProfaDra Iolanda Calvo Tibério, e concordo em participar da realização da pesquisa.

Curitiba, de de

Assinatura:

RG:

Contatos:

Iolanda: iocalvo@uol.com.br

Marcela: marcela@dohms.com.br, F: 9535-2533

APÊNDICE E**Consentimento informado para autorização de registro em vídeo da entrevista médica**

Eu, _____

Declaro que o/a Dr./a _____ me informou que:

1. A consulta médica de hoje será registrada na forma de videogravação.
2. A finalidade do registro é unicamente a aprendizagem do profissional e pesquisa sobre comunicação em saúde intitulada “Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na Atenção Primária à Saúde”, sob responsabilidade das pesquisadoras Marcela Dohms e Iolanda Calvo, e em nenhum caso será utilizado para outras finalidade.
3. O profissional que me atende (Dr./a _____) poderá analisar o registro com outros profissionais com a finalidade de melhorar suas habilidades comunicativas e utilizar as informações dessa consulta para publicação em revista científica, mantendo o sigilo quanto á identificação de dados pessoais.
4. Somente será gravada a conversa, não o exame físico.
5. O material registrado formará parte de um arquivo do grupo de pesquisadores sobre o tema da comunicação em saúde, que será guardado em sigilo sob responsabilidade dos pesquisadores.
6. Poderei manifestar a qualquer momento desejo de revogar esta autorização e assim o material será destruído.
7. Posso negar a gravação em vídeo e isso não interferirá no atendimento, que se realizará como o habitual.

Qualquer dúvida entrar em contato com a pesquisadora Marcela Dohms pelo email marceladohms@gmail.com

Fui esclarecido e autorizo o registro em vídeo da consulta médica.

Curitiba, de de 2016 .

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A PESQUISA ETAPA 2

Informações sobre a pesquisa

Estou desenvolvendo a pesquisa “**Validação do guia de entrevista clínica Calgary-Cambridge resumido**”. Este projeto tem por objetivo analisar se o instrumento tem validade no Brasil, considerando sua adaptação cultural para uso no ensino-aprendizagem de entrevista clínica e comunicação médico-paciente.

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar desse estudo. Será solicitado o preenchimento de questionários com 28 itens que leva cerca de 2 minutos para ser respondido integralmente após análise de vídeos de consulta simulada. O(a) Sr(a) será solicitado (a) a analisar com este questionário 6 vídeos com duração de no máximo 7min.

Os riscos referentes aos procedimentos que serão realizados neste estudo são relacionados a algum possível constrangimento durante preenchimento do questionário ou em discussão de dúvidas a respeito do instrumento. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.

Será oferecido como benefício o treinamento e padronização do uso do guia Calgary-Cambridge resumido entre os preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, e assim possível aperfeiçoamento da avaliação dos residentes. Embora não haja nenhuma garantia de que o(a) Sr(a) terá benefícios com este estudo, as informações que o(a) Sr(a) fornecer serão úteis para (especificar) podendo beneficiar outros indivíduos.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais. O(a) Sr(a) não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo, que serão custeados pela própria pesquisadora. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Sua participação é voluntária e sua recusa não comprometerá sua função como preceptor.

Os resultados serão publicados na forma de artigo científico.

Espera-se que este estudo contribua para o aprimoramento do ensino da comunicação médico-paciente.

Se houver dúvida em relação ao estudo ou caso não queira mais fazer parte do estudo, basta entrar em contato comigo.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 2215-1485. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Consentimento pós-informação

Eu fui completamente esclarecido (a) sobre a pesquisa “**Validação do guia de entrevista clínica *Calgary-Cambridge* resumido**” pela pesquisadora Marcela Dohms, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo,(primeiro nome e sobrenome), residente à(endereço) concordo em participar deste estudo realizado pelas pesquisadoras Marcela Dohms e ProfaDra Iolanda Calvo Tibério, e concordo em participar da realização da pesquisa, sem patrocinador. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada pelas pesquisadoras.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Pesquisadora: Nome: _____
 Data: _____
 Assinatura: _____

Participante: Nome: _____
 Data: _____
 Assinatura: _____

Rio de Janeiro, de de 2016.

Contatos:

Marcela Dohms: marcela@dohms.com.br, F: (41) 9535-2533

Iolanda Calvo: iolanda@calvo.com.ptF: (11) 97629-1785

Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, telefone (21) 2215-1485

e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

APÊNDICE G

Comunicação por email com os autores do instrumento da etapa 2 solicitando permissão para validação e verificando se outro pesquisador já havia validado o questionário no Brasil.

Validation **Calgary**-Cambridge guide in Brazil

Entrada x

Marcela Dohms <marceladohms@gmail.com> 28 de fev ☆

para smkurtz

Dear Suzanne Kurtz,

It is a pleasure for me to have the opportunity to be in contact with you.
My name is Marcela Dohms, I am a brazilian general practitioner and professor in Medical Education at Federal University of Paraná (UFPR). I have studied medical communication skills in my masters and doctorate degree. I am much fond of this theme and you are a very important reference for me.

I have worked with video and OSCE to teach communication skills. I would like to do the **Calgary**-Cambridge guide validation to use in researches in Brazil about this topic and to try to improve the teaching in my country. It would be part of my PhD dissertation at University of São Paulo (USP).

I would like to confirm with you whether there has been a validation of this instrument already in Brazil. If not, I would like to ask for your permission to do that, using the instrument derived with 28 items, as in the page 336 in your book "Teaching and Learning Communication Skill in Medicine".

I really appreciate your attention.

Best regards

...

Suzanne Kurtz <smkurtz@ucalgary.ca> 2 de mar ☆

para Jonathan, emfl, mim

★ **Inglês** > português Traduzir mensagem Desativar para: Inglês x

Dear Marcela,

Thank you so much for your kind interest in our work. As per your request, I am happy to extend permission for you to use in your research and teaching the version of the **Calgary**-Cambridge Guides that is on page 336 of *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, as well as the complete **Calgary**-Cambridge Guides. Please retain the titles we have used and include the references to this book and its companion, *Skills for Communicating with Patients*, on any copies of the Guides that you use.

As the book indicates, the version of the Guides on page 336 is what we used at the University of **Calgary** in some of our OSCE examinations of medical students' clinical communication process skills related to taking the patient's medical history and establishing a relationship with the patient (clinical communication skills related to explanation and planning with the patient were not assessed using this instrument). The complete **Calgary**-Cambridge Guides that we use in teaching include a few additional skills related to history taking and relationship building, of course, also the explanation and planning skills - the complete **Calgary**-Cambridge Guides are now 73 skills in total since publication of the 3rd edition of our companion book *Skills for Communicating with Patients* (2013).

With respect to your question regarding whether anyone has validated the Guides in Brazil, I think medical educators in addition to yourself have used the Guides in Brazil, but unfortunately I do not have names or contact information. So I have taken the liberty to forward your email to Dr. Jonathan Silverman in case he might have this information and also to Dr. Elizabete Loureiro in Portugal (School of Medicine, University of Porto). As you may know, Dr. Loureiro and her colleagues have developed a Portuguese translation of the complete **Calgary**-Cambridge Guides and have been working on a translation of *Skills for Communicating with Patients*. See.

I would value hearing more about your research and experience teaching communication in Brazilian medical contexts as your work progresses. So do keep in touch. Please let me know if I can be of any further assistance.

Warm regards,
Suzanne

Suzanne M Kurtz, PhD
Clinical Professor, College of Veterinary Medicine
Washington State University

Professor Emeritus
University of Calgary, AB, Canada

Office Phone: 509.335.0781
Cell Phone: 202.874.4282

Jonathan Silverman <jonathan.silverman@each.eu>
para Suzanne, mim, emfi

4 de mar

inglês > português Traduzir mensagem

Desativar para: inglês

Thanks for copying me in Suzanne and hello Marcela.

I don't know of any validation of the guides in Brazil I'm afraid.

With very best wishes

Jonathan

Dr Jonathan Silverman
President European Association for Communication in Healthcare

**European Association for
Communication in Healthcare**

www.each.eu

ANEXOS

ANEXO A – ESCALAS E QUESTIONÁRIOS DE AUTO-PREENCHIMENTO PELOS MÉDICOS RESIDENTES NAS ESTAÇÕES:

A.1. Escala Jefferson de Empatia Médica:

Escala Jefferson de Empatia Médica – Versão para Estudantes												
<p>Por favor, indique o seu nível de concordância com as seguintes afirmações:</p> <p>(Assinale a opção escolhida na seguinte escala com um ☐ ; em caso de erro, preencha por completo o quadrado ■ e assinale com um ☐ a opção correta)</p>												
Discordo fortemente					Concordo fortemente							
1	2	3	4	5	6	7						
					1	2	3	4	5	6	7	
1. A compreensão dos médicos em relação aos sentimentos dos seus pacientes e de seus familiares não tem influência no tratamento clínico ou cirúrgico.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem os seus sentimentos.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Compreender a linguagem não verbal (corporal) é tão importante quanto compreender a linguagem verbal nas relações médico-paciente.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante ao se obter a história clínica.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia o resultado dos tratamentos.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Os médicos deveriam tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando estão cuidando deles.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Os pacientes valorizam a compreensão que o médico tem dos seus sentimentos, o que é terapêutico por si próprio.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos; assim, os laços emocionais estabelecidos entre médicos e seus pacientes não têm influência significativa no tratamento clínico ou cirúrgico.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que se passa na sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e à sua linguagem corporal.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e das famílias dos seus pacientes é um componente importante da relação médico-paciente.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>Portuguese (Brazil) translation by Helena Paro, Iolanda Tibério and Renata Daud-Gallotti, University of São Paulo, Brazil</p> <p>For permission to use the scale contact: Empathy.Scales@Jefferson.edu</p> <p>© Jefferson Medical College, All rights reserved</p>												

A.2 QUESTIONÁRIO PPACP (PERCEPÇÃO DA PESSOA QUANTO AO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA) PARA O MÉDICO:

**Autoavaliação e *feedback* sobre a comunicação com pessoas
– avaliação da pessoa**

por favor, marque a alternativa que melhor representa sua resposta.

1. Até que ponto o seu problema principal foi discutido hoje?
Completamente Bastante Um pouco Nem um pouco
2. Qual a sua satisfação quanto à discussão sobre o seu problema?
Muito satisfeito Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito
3. Até que ponto o médico escutou o que você tinha a dizer?
Completamente Bastante Um pouco Nem um pouco
4. Como o médico lhe explicou o problema?
Completamente Bastante Um pouco Nem um pouco
5. Até que ponto você e o médico discutiram o papel de cada um? (Quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspectos de seu cuidado?)
Completamente Bastante Um pouco Não discutimos isso
6. Como o médico lhe explicou o tratamento?
Muito bem Bem Mais ou menos Nem um pouco
7. O médico analisou se esse tratamento seria possível de ser realizado por você?
Completamente Bastante Um pouco Nem um pouco
8. Quão bem o seu médico lhe entendeu hoje?
Muito bem Bem Mais ou menos Nem um pouco
9. Até que ponto o médico discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar sua saúde?
Completamente Bastante Um pouco Nem um pouco

ANEXO B – ESCALAS RESPONDIDA PELO PACIENTE SIMULADO

B.1 Escala CARE de Empatia para o paciente simulado padronizado:

Tabela 1

Versão brasileira da escala CARE

Por favor, avalie as afirmações abaixo a respeito da consulta de hoje. Por favor, selecione apenas uma resposta por item e responda a todos os itens.						
Como foi o médico ou a médica em	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	Excelente	Não se aplica
1. Deixar você à vontade (sendo gentil e amigável, tratando você com respeito; sem ser frio(a) ou ríspido(a))	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Deixar você contar sua "história" (dando tempo para você descrever sua doença completamente, com suas próprias palavras; sem lhe interromper ou distrair)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Realmente ouvir (prestando atenção no que você dizia; sem ficar olhando nas anotações ou no computador enquanto você falava)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Estar interessado em sua pessoa como um todo (perguntando ou sabendo detalhes importantes da sua vida, sua situação; sem lhe tratar "apenas como um número")	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Entender plenamente suas preocupações (demonstrando que ele ou ela tinha entendido corretamente suas preocupações; não esquecendo ou desconsiderando nada)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Mostrar cuidado e compaixão (demonstrando estar genuinamente preocupado, relacionando-se com você em um nível humano; não sendo indiferente ou insensível)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ser positivo (tendo uma abordagem e uma atitude positivas; sendo honesto(a), sem ser negativo(a) sobre os seus problemas)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Explicar as coisas claramente (respondendo completamente suas questões, explicando claramente, dando informações adequadas para você; não sendo vago)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ajudar você a manter o controle (conversando sobre o que você pode fazer para melhorar sua saúde; encorajando ao invés de ficar "dando sermão")	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Planejar junto com você o que será feito (conversando sobre as possibilidades, envolvendo você nas decisões na medida em que você quer estar envolvido(a); não ignorando os seus pontos de vista)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Os valores dos itens individuais são somados fornecendo score final entre 10 e 50. Quando houver a opção por "Não se aplica" ou faltar dados, eles podem ser substituídos pela média dos demais valores obtidos. Questionários faltando mais de dois itens ou com mais do que duas respostas "Não se aplica" devem ser desconsiderados.

B.2 Questionário PPACP (Percepção da Pessoa quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa) para o paciente simulado padronizado:

Autoavaliação e *feedback* sobre a comunicação com pessoas – avaliação da pessoa

por favor, marque a alternativa que melhor representa sua resposta.

1. Até que ponto o seu problema principal foi discutido hoje?

Completamente	Bastante	Um pouco	Nem um pouco
---------------	----------	----------	--------------
2. Qual a sua satisfação quanto à discussão sobre o seu problema?

Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito
------------------	------------	------------------	--------------
3. Até que ponto o médico escutou o que você tinha a dizer?

Completamente	Bastante	Um pouco	Nem um pouco
---------------	----------	----------	--------------
4. Como o médico lhe explicou o problema?

Completamente	Bastante	Um pouco	Nem um pouco
---------------	----------	----------	--------------
5. Até que ponto você e o médico discutiram o papel de cada um? (Quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspectos de seu cuidado?)

Completamente	Bastante	Um pouco	Não discutimos isso
---------------	----------	----------	---------------------
6. Como o médico lhe explicou o tratamento?

Muito bem	Bem	Mais ou menos	Nem um pouco
-----------	-----	---------------	--------------
7. O médico analisou se esse tratamento seria possível de ser realizado por você?

Completamente	Bastante	Um pouco	Nem um pouco
---------------	----------	----------	--------------
8. Quão bem o seu médico lhe entendeu hoje?

Muito bem	Bem	Mais ou menos	Nem um pouco
-----------	-----	---------------	--------------
9. Até que ponto o médico discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar sua saúde?

Completamente	Bastante	Um pouco	Nem um pouco
---------------	----------	----------	--------------

ANEXO C - GUIA OBSERVACIONAL CALGARY-CAMBRIDGE (CCOG) RESUMIDO ORIGINAL EM INGLÊS

336 Teaching and learning communication skills in medicine

Station	Student ID	MEDICAL SKILLS EVALUATION COMMUNICATION UNIT PROCESS SKILLS		
		STATION 11		
		29 and 30 JANUARY 2004		
Comments:		No (0)	Yes, but (1)	Yes (2)
	<i>Initiating the Session</i>			
	1 Greets patient	☐	☐	☐
	2 Introduces self and role	☐	☐	☐
	3 Demonstrates respect	☐	☐	☐
	4 Identifies and confirms problems list	☐	☐	☐
	5 Negotiates agenda	☐	☐	☐
	<i>Gathering Information Exploration of Problems</i>			
	6 Encourages patient to tell story	☐	☐	☐
	7 Appropriately moves from open to closed questions	☐	☐	☐
	8 Listens attentively	☐	☐	☐
	9 Facilitates patient's responses verbally and non-verbally	☐	☐	☐
	10 Uses easily understood questions and comments	☐	☐	☐
	11 Clarifies patient's statements	☐	☐	☐
	12 Establishes dates	☐	☐	☐
	<i>Understanding Patient's Perspective</i>			
	13 Determines and acknowledges patient's ideas re cause	☐	☐	☐
	14 Explores patient's concerns re problem	☐	☐	☐
	15 Encourages expression of emotions	☐	☐	☐
	16 Picks up/responds to verbal and non-verbal clues	☐	☐	☐
	<i>Providing Structure to Consultation</i>			
	17 Summarises at end of a specific line of inquiry	☐	☐	☐
	18 Progresses using transitional statements	☐	☐	☐
	19 Structures logical sequence	☐	☐	☐
	20 Attends to timing	☐	☐	☐
	<i>Building Relationship</i>			
	21 Demonstrates appropriate non-verbal behaviour	☐	☐	☐
	22 If reads or writes, doesn't interfere with dialogue/rapport	☐	☐	☐
	23 Is not judgemental	☐	☐	☐
	24 Empathises with and supports patient	☐	☐	☐
	25 Appears confident	☐	☐	☐
	<i>Closing the Session</i>			
	26 Encourages patient to discuss any additional points	☐	☐	☐
	27 Closes interview by summarising briefly	☐	☐	☐
	28 Contracts with patient re next steps	☐	☐	☐
Overall Evaluation: Unsatisfactory ☐ Satisfactory but ☐ Satisfactory ☐				
(this is simply the examiner's overall impression – it is not used as the final score for the examination)				

Digitalização do questionário da página 336 no livro Teaching and Learning Communication Skills in Medicine de Suzanne Kurtz, Janathan Silverman e Juliet Draper, Radcliffe, segunda edição, 2005

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na Atenção Primária à Saúde.

Pesquisador: Marcela Dohms

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34021414.7.0000.0101

Instituição Proponente: Prefeitura Municipal de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 784.383

Data da Relatoria: 20/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa objetiva avaliar o uso da tecnologia de "videogravação" de consultas médicas e sua efetividade na melhoria das habilidades de comunicação e consequentemente da relação médico-paciente.

Os sujeitos de pesquisa são alunos/residentes da Residência de Saúde da Família SMS/FEAES.

Na metodologia proposta os alunos serão submetidos a uma avaliação prévia; serão alvo de atividades educacionais teórico-práticas e serão novamente avaliados; serão divididos em dois grupos: um grupo que será alvo de videogravação (PBI) e aulas teórico-práticas; e, um grupo que será alvo apenas de aulas teórico-práticas. Ambos serão novamente alvo de avaliações a posteriori.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa objetiva testar uma tecnologia educacional e sua efetividade de uso na qualificação das práticas médicas, em programas de Educação Médica. Destaca-se a comunicação médico-paciente como de fundamental importância para a melhoria dos vínculos, humanização e resultados obtidos.

Endereço: Rua Francisco Torres, 830

Bairro: Centro

CEP: 80.080-130

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3350-9450

Fax: (41)3350-9320

E-mail: etica@sems.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA-SES

Continuação do Parecer: 754.383

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O desenho da pesquisa está claramente descrito, bem como os procedimentos éticos necessários a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Alerta-se apenas para alguns aspectos que devem ser observados pelo pesquisador:

1. A pesquisadora é concomitantemente a Coordenadora do referido Programa de Residência Médica em Saúde da Família. Em virtude disso, sugere-se que no próprio projeto, bem como nos artigos que venham a resultar seu referido trabalho, a pesquisadora declare-se "sujeito implicado" ao objeto de pesquisa, deixando claro sua duplicidade de papel e os riscos de vieses.
2. Pelo mesmo fato descrito no item 1, sugere-se que a pesquisadora também declare no projeto, bem como nos artigos que venham a resultar seu referido trabalho, o "potencial conflito de interesse" que decorre dessa duplicidade de papéis (Professor/Coordenador do Programa/Pesquisador).
3. Apesar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constante, objetivar a garantia da liberdade dos sujeitos em participarem ou não da pesquisa, em virtude da natureza de relações previamente tratadas nos itens 1 e 2 destes comentários, sugere-se que a pesquisadora explicita claramente aos sujeitos de pesquisa haver liberdade de participação (ou não), tanto dos procedimentos previstos que sejam do escopo educacional quanto da participação na pesquisa. Especialmente salientando-se o fato de que estes alunos são beneficiados por bolsas de estudos financiadas publicamente e que, de forma alguma, poderão sentir-se coagidos ou obrigados à participação na referida pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em sendo observados os aspectos tratados no campo "Recomendações", considera-se o projeto eticamente aprovado e com plena viabilidade para sua operacionalização.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP está de acordo com o parecerista.

Endereço: Rua Francisco Torres, 830		
Bairro: Centro		CEP: 80.060-130
UF: PR	Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3350-9450	Fax: (41)3350-9320	E-mail: etica@sema.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES

Continuação do Parecer: 704.303

CURITIBA, 09 de Setembro de 2014

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação do guia Calgary-Cambridge resumido

Pesquisador: MARCELA CECI DOHMS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57387816.7.0000.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/SMS/RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.622.708

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório quali-quantitativo, com o objetivo de validação do guia Calgary-Cambridge resumido no nosso país. O instrumento será adaptado culturalmente seguindo normas metodológicas recomendadas, nas etapas de: tradução; síntese; retro - tradução; revisão por um comitê; e o pré-teste da aplicação do instrumento. Por ser o Programa de Residência em Medicina de Família no Rio de Janeiro que conta com o maior número de preceptores no país e ser um Programa de referência em qualidade e preocupação com o desenvolvimento docente de seus preceptores, acredita-se que a fase de pré-teste de aplicação do instrumento nesse grupo de preceptores trará uma boa avaliação do seu uso. Os preceptores avaliarão com o instrumento 6 vídeos de consultas-simuladas breves em uma reunião conjunta única. Antes de iniciar as avaliações a pesquisadora entregará termo de consentimento livre e esclarecido e esclarecerá dúvidas sobre o preenchimento do instrumento. Dessa forma, pretende-se observar se o instrumento pode ser usado adequadamente no nosso país. A pesquisadora espera que este estudo contribua para o aprimoramento do ensino médico da comunicação clínica, contribuindo assim na formação de profissionais médicos com melhores relações com seus pacientes, familiares e equipe.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo primário:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 18, Sobredoja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ

Continuação do Parecer: 1.022.700

- Analisar se o Instrumento tem validade no Brasil considerando sua adaptação cultural.

* Objetivo Secundário:

- Possibilitar o uso de um Instrumento para ensino e pesquisa de entrevista clínica no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Riscos:

- Os riscos referentes aos procedimentos que serão realizados neste estudo são relacionados a algum possível constrangimento durante preenchimento do questionário ou em discussão de dúvidas a respeito do Instrumento. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.

* Benefícios:

- Os preceptores receberão treinamento para uso do Instrumento e será ofertado ao Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade um workshop a respeito de avaliação de habilidades de comunicação, focando no tema que mais a coordenação do Programa se interessar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante que irá possibilitar o aprimoramento do ensino médico da entrevista clínica usando o guia Calgary-Cambridge resumido como Instrumento docente, contribuindo assim na formação de profissionais médicos com melhores relações com seus pacientes, familiares e equipes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, 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 que requeiram ação imediata (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 18, Sobrelaje

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepams@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/SMS/ RJ

Continuação do Parecer: 1.622.708

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que 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 (Item IV.3.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PIB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_741914.pdf	01/07/2016 11:58:40		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_rev2.pdf	01/07/2016 11:58:03	MARCELA CECI DOHMS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLErev2.pdf	01/07/2016 11:57:42	MARCELA CECI DOHMS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	DeclaraçãodePesquisadores.pdf	26/06/2016 13:44:00	MARCELA CECI DOHMS	Acelto
Orçamento	Orçamento.docx	26/06/2016 13:40:52	MARCELA CECI DOHMS	Acelto
Declaração de Instituição e Intraassinatura	Carta_de_anuência.pdf	26/06/2016 13:39:53	MARCELA CECI DOHMS	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	26/06/2016 13:32:03	MARCELA CECI DOHMS	Acelto

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 18, Sobrelaje

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ

Continuação do Parecer: 1.622.708

Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	26/06/2016 13:26:19	MARCELA CECI DOHMS	Aceito
----------------	--------------------------	------------------------	-----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Julho de 2016

Assinado por:
Salesa Felipe de Oliveira
(Coordenador)

ANEXO F - PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino de comunicação clínica na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Iolanda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58927816.7.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.755.336

Apresentação do Projeto:

Pretende-se avaliar se o uso de videogravação melhora as habilidades de comunicação de médicos residentes de atenção primária à saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo é avaliar se o uso de videogravação melhora as habilidades de comunicação de médicos residentes de atenção primária à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto com dados já coletados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Projeto de pós graduação. O projeto foi aprovado por CEP de Curitiba e os dados já foram coletados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto foi aprovado por CEP de Curitiba e os dados já foram coletados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A Investigadora respondeu às questões levantadas.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 38

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.248-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3863-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 1.755.336

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_765274.pdf	08/09/2016 09:04:57		Aceito
Outros	respostaparecer.pdf	08/09/2016 09:03:36	Iolanda	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoassinada.pdf	15/08/2016 22:27:02	Iolanda	Aceito
Outros	Parecer_CEP_SMS_Ctba.pdf	30/07/2016 23:03:39	Iolanda	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/07/2016 23:02:32	Iolanda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/07/2016 22:57:08	Iolanda	Aceito
Cronograma	Cronogramarev2.pdf	30/07/2016 22:56:57	Iolanda	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_atualizrev2.pdf	30/07/2016 22:56:44	Iolanda	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 30 de Setembro de 2016

Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Kolke Folgueira
(Coordenador)