FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

LUIZ FELIPE FURTADO VILELA

“O DOUTOR NÃO ME ESCUTA!”: ENSINO DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

VOLTA REDONDA
2024
FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

“O DOUTOR NÃO ME ESCUTA!”: ENSINO DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Dissertação apresentada para defesa final em cumprimento às exigências do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente – MECSMA - UniFOA como requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Aluno:

Luiz Felipe Furtado Vilela

Orientador:

Prof. Dr. Adilson Oliveira

VOLTA REDONDA

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

V699d Vilela, Luiz Felipe Furtado
"O doutor não me escuta!": ensino do cuidado centrado na pessoa na graduação em medicina. / Luiz Felipe Furtado Vilela. - Volta Redonda: UniFOA, 2024. 63 p.

Orientador (a): Prof. Dr. Adilson Pereira

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2024.

1. Ciências da saúde - dissertação. 2. Paciente - assistência. 3. Saúde - comunicação. 4. Educação médica. I. Pereira, Adilson. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD – 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: Luiz Felippe Furtado Vilela

O DOUTOR NÃO ME ESCUTA!: ENSINO DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Orientador:

Prof. Dr. Adilson Pereira

Banca Examinadora

Adílson Pereira

Prof. Dr. Adilson Pereira

Luiza Angélica Paschoeto Guimarães

Prof.ª Dr.ª Luiza Angélica Paschoeto Guimarães

André Barbosa Vargas

Prof. Dr. André Barbosa Vargas

RESUMO

No século XX, alguns autores iniciaram o processo de reformular o método clínico construído até então, visto que este começou a demonstrar suas limitações devido ao foco exagerado nos processos orgânicos de adoecimento. O objetivo final era alcançar um cuidado mais centrado na pessoa (FREEMAN; MCWHINNEY, 2018). Emerge então uma questão que deve ser objeto de preocupação: o modo como os referidos cuidados são ensinados. O que se pretende com o ensino dos cuidados centrados na pessoa é o desenvolvimento de habilidades e competências que transcendem aquelas relacionadas exclusivamente à dimensão cognitiva. Espera-se que o estudante de medicina desenvolva o que seria essencial ao cuidado, isto é, empatia e outras competências socioemocionais. Neste sentido, a presente pesquisa tem por questão norteadora otimizar o ensino do processo de comunicação clínica para desenvolver o cuidado centrado na pessoa junto a discentes da graduação em medicina. Para isso, realizamos uma pesquisa de campo do tipo observacional analítico transversal, que teve como enfoque os acadêmicos do curso de Medicina do UniFAA em 2023. A amostra foi composta por alunos matriculados no 1º, 5º, e 8º períodos do curso no primeiro semestre letivo 2023. Utilizamos como principal instrumento a escala EOMP (Escala de Orientação Médico Paciente). O presente estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e obteve aprovação, com CAEE: 64263022.5.0000.5237. Obtivemos 151 respostas válidas, e notamos que a maioria dos alunos foi classificada como “centrada no médico” em nossa forma de análise do questionário EOMP (71,5% do total da amostra), com média geral de 4,36±0,5. Notamos ainda uma tendência para mais resultados classificados como “centrado na pessoa”, no 5º e 8º períodos, em comparação com o 1º. Considerando que outros autores descrevem que atividades de treinamento de habilidades de comunicação são preditores de modelos de cuidados mais centrado no paciente por parte dos alunos (PEREIRA, 2017), concluímos que, além de realizar pesquisas com metodologias mais precisas, é necessário aprimorar cada vez mais o processo de ensino destas habilidades. Partindo destas informações, construímos um produto educacional que consiste em uma sequência didática para estruturar oficinas práticas de comunicação clínica para a graduação em medicina, que utiliza pacientes simulados e vídeo feedback, como estratégias educacionais.

Palavras-chave: Assistência centrada no paciente, Comunicação em saúde, Educação médica, Humanização, Simulação Realística.

ABSTRACT

In the twentieth century, some authors began the process of reformulating the clinical method built up to that time, since it began to demonstrate its limitations due to the exaggerated focus on the organic processes of disease. The ultimate goal was to achieve more person-centered care (FREEMAN; MCWHINNEY, 2018). An issue that should be the object of concern then emerges: the way in which such care is taught. What is intended with the teaching of person-centered care is the development of skills and competencies that transcend those related exclusively to the cognitive dimension. Medical students are expected to develop what would be essential to care, that is, empathy and other socio-emotional skills. In this sense, the present research aims to optimize the teaching of the clinical communication process to develop person-centered care with undergraduate medical students. To this end, we conducted a cross-sectional analytical observational field research, which focused on students of the UniFAA Medicine course in 2023. The sample was composed of students enrolled in the 1st, 5th, and 8th periods of the course in the first academic semester 2023. The main instrument was the EOMP (Physician-Patient Orientation Scale) scale. The present study was evaluated by the Research Ethics Committee and was approved, with CAEE: 64263022.5.0000.5237. We obtained 151 valid responses, and we noticed that most students were classified as "physician-centered" in our form of analysis of the EOMP questionnaire (71.5% of the total sample), with an overall average of 4.36±0.5. We also note a trend towards more results classified as "person-centered", in the 5th and 8th periods, compared to the 1st. Considering that other authors describe that communication skills training activities are predictors of more patient-centered care models by students (PEREIRA, 2017), we conclude that, in addition to carrying out research with more precise methodologies, it is necessary to increasingly improve the process of teaching these skills. Based on this information, we built an educational product that consists of a didactic sequence to structure practical clinical communication workshops for medical graduation, which uses simulated patients and video feedback as educational strategies.

Keywords: Patient-centered care, Health communication, Medical education, Humanization, Realistic Simulation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

1.5 OBJETIVOS 15

1.5.1 Objetivo geral 15

1.5.2 Objetivos específicos 15

2 SUPORTE TEÓRICO 15

2.1 O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA. 15

2.1.1 Primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença. **16**

2.1.2 Segundo componente: Entendendo a pessoa de forma integral **17**

2.1.3 Terceiro componente: elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas **19**

2.1.4 Quarto componente: intensificando a relação entre a pessoa e o médico **22**

2.2 A NOVA CONSULTA, INFLUÊNCIAS DO MODELO INGLÊS. 23

2.2.1 Entendendo a pessoa **23**

2.2.2 Entendendo o médico **25**

2.3 MODELOS DE COMPREENSÃO PARA O ENSINO DA CONSULTA 26

2.3.1 As tarefas da consulta, por Pendleton et al. **26**

2.3.2 A consulta em 7 passos **28**

2.4 ENSINO DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA 32

2.4.1 Ensino centrado no aluno **35**

2.4.2 A prática simulada no ensino de habilidades de comunicação clínica **36**

2.4.3 A Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP) **38**

3 METODOLOGIA 40

3.1 MATERIAL E MÉTODOS 41

3.2 RESULTADOS 42

3.3 DISCUSSÃO 46
3.4 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES DA PESQUISA 49
4. PRODUTO EDUCACIONAL 50
4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O PRODUTO EDUCIONAL 50
4.2 SEQUÊNCIA DIDÁTICA 51
4.3 O ENSINO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO 52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 53
6 REFERÊNCIAS 55
APÊNDICE 1 – Escala de orientação médico paciente 58
APÊNDICE 2 – Questionário Sociodemográfico 60

APRESENTAÇÃO

Meu primeiro contato com os conteúdos mais aprofundados a respeito da comunicação clínica foi durante a residência em Medicina de Família e Comunidade, em Valença-RJ. Naquela época, minha preceptora me estimulou diversas vezes a melhorar minhas consultas. Sempre me dava conselhos pontuais e demonstrava ter grande conhecimento e prática no assunto (como o esperado de uma médica de família com anos de experiência). Entretanto, passei a ter grande interesse pelo assunto quando ela me emprestou um livro para leitura: A Nova Consulta, de Pendleton et al. (2011). Sem dúvidas, este livro mudou a minha forma de enxergar uma consulta médica!

Desde ponto em diante, busquei cada vez mais aprimorar meus conhecimentos teóricos e práticos no assunto. Até o momento em que findou a residência e passei a trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde do município, recebendo também internos do curso de medicina da UniFAA para me acompanharem. Além disso, me tornei docente do curso de medicina nas diversas disciplinas de Saúde da Família e Comunidade, atividade esta que exerço até o momento.

O contato direto com a docência, seja no internato ou na graduação, além da experiência positiva extremamente com os conhecimentos sobre comunicação clínica, me estimularam a desejar passar meus conhecimentos adiante. Esta tarefa tornou-se, ao mesmo tempo, gratificante, exaustiva e desafiadora. Nestes 4 anos de atividade docente, passei a buscar constantemente na literatura formas inovadoras e eficazes de ensino destas habilidades. Ao mesmo tempo, a instituição de ensino forneceu diversas capacitações docentes sobre simulação realística, e estimular fortemente o uso dos recursos do centro de simulação realística construído recentemente.

Empenhado nesta tarefa, e com o desejo de aprimorar ainda mais minhas habilidades como docente, busquei, no programa de Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e Meio Ambiente do UniFOA, uma forma de crescimento profissional e solução científica para os desafios que enfrento como docente atualmente

1 **INTRODUÇÃO**

Antes de definir o conceito de cuidado centrado na pessoa, é preciso entender como foi construído o atual modelo de cuidado vigente no século XXI, e como ele funciona. O processo de diagnóstico conforme o conhecemos atualmente tem uma construção principal a partir do século XIX, quando os médicos passaram a correlacionar os sinais e sintomas físicos dos pacientes com os resultados observados em cadáveres. Este método foi evoluindo e se consolidando, até que no final do século XIX estava bastante semelhante ao que observamos na atualidade. Devido à sua fundamentação, o objetivo consistia em fornecer aos estudantes uma forma de coletar os dados a fim de diagnosticar patologias essencialmente orgânicas, de maneira metódica e organizada (FREEMAN; MCWHINNEY, 2018).

Este modelo foi bem-sucedido do ponto de vista em que ele foi responsável pela fundamentação necessária aos avanços tecnológicos na saúde do século XX, com advento de exames de imagem, endoscopias, entre outros. No entanto, era estritamente objetivo e focado no adoecimento orgânico, não dando espaço para a experiência relacionada ao adoecimento, às emoções do paciente, sua história de vida ou cultura (FREEMAN; MCWHINNEY, 2018).

O Institute of Medicine, nos Estados Unidos, em 2001, apontou um problema importante no processo assistencial provido pelo sistema de saúde daquele país na época. No documento, os autores analisaram uma série robusta de evidências sobre o assunto e concluíram que a falta de qualidade na assistência estava ligada ao uso excessivo e ineficaz do sistema na totalidade. Apontou ainda que a falta de qualidade não acontecia necessariamente por falta de boa vontade, de capacidade técnica dos profissionais ou de recursos tecnológicos. A qualidade do atendimento estaria relacionada à deficiência organizacional do serviço, que era incapaz de prover cuidados de forma segura, eficiente, centrada na pessoa e outros atributos. Como causas subjacentes para este processo, os autores apontam quatro principais explicações: o crescimento na complexidade da ciência e tecnologia, o aumento de condições crônicas de saúde, um sistema de saúde pouco organizado e desafios no uso das tecnologias de informação (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

O aumento significativo na complexidade das ciências da saúde foi notável no final do século XX, e a capacidade dos profissionais e do sistema de saúde de entregá-la de forma segura e eficiente não acompanhou este movimento. Isso acontece devido ao volume de informação científica apresentada aos profissionais e pacientes ser

excessivo, impossibilitando para qualquer pessoa ser capaz de absorver e julgar a qualidade e utilidade clínica destas informações (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Existe uma tendência na sociedade relacionada ao envelhecimento da população, com isso, vem geralmente a tendência a pacientes com acúmulo de doenças crônicas ao longo do tempo, apontadas pelos autores como doenças que duram mais do que três meses e não se resolvem espontaneamente. Essa tendência coloca o cuidado com doenças crônicas como a principal fonte dos gastos do serviço de saúde nos Estados Unidos. Um ponto importante aqui é o fato de o cuidado com estas condições necessita ser colaborativo, exigindo que o profissional e o paciente definam os problemas clínicos em termos claros para ambos, construção de planos conjuntos com metas definidas, cuidado continuado com múltiplos contatos (inclusive de forma digital, por e-mail, internet ou telefone) e desenvolvimento de autocuidado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Um fato relevante relatado foi a estrutura do sistema de saúde naquele país, aonde boa parte dos médicos trabalhava de forma isolada ou pouco conectada entre si. Bem como a estrutura de redes mais completas de cuidados para doenças crônicas, como câncer ou diabetes, eram pequenas. Isso resultava em um processo de cuidado fragmentado e com dificuldade de compartilhar informações sobre o paciente ao longo do tempo (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

A respeito dos meios de informações digitais, o autor considera que as transformações que aconteceram até aquele momento estão transformando a relação do paciente com o serviço de saúde. Os pacientes passaram a buscar na internet informações a respeito de seu processo de saúde e doença, bem como trazer tais informações para dentro da consulta em busca de apoio do profissional para auxiliá-las a interpretar. Cita ainda o fato de alguns pacientes já construírem o seu próprio diagnóstico e manejo baseado nestas informações. O autor coloca ainda os possíveis benefícios que tais tecnologias poderiam trazer para pacientes, profissionais e o sistema de saúde, mas também existem diversas barreiras implementação (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Por fim, concluíram que o sistema de saúde norte-americano da época necessitava ser reestruturado de modo a prover um cuidado mais centrado na pessoa, humano e respeitando as preferências individuais das pessoas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Em 2008, o National Health Service, do Reino Unido, reportou dados semelhantes. No texto fica explicitado o quanto as mudanças na sociedade têm

impactado o modelo de cuidado em saúde, com uma tendência cada vez maior para a busca por cuidados de longo prazo para doenças crônicas e multiformidades, com maior participação do paciente no plano de cuidados e decisão compartilhada com o profissional de saúde. Ainda destaca o fato das novas gerações, devido ao acesso a novas tecnologias, buscarem por um cuidado mais personalizado e moldado às suas necessidades e conectado. Um ponto relevante do documento é o fato de o sistema de saúde naquela realidade ser público e financiado por impostos, o que o torna mais interessado em prover mais resolutivos e com menor custo, direcionado para prevenção, além da recuperação completa da saúde, e orientado às necessidades das pessoas e não à sua capacidade de pagar pela assistência. Pontua ainda que a alta qualidade da assistência está relacionada a um maior controle do processo de cuidado pelo paciente, com a participação dele nas decisões terapêuticas (GREAT BRITAIN, 2008).

A partir do exposto até aqui, podemos notar que uma mudança no modelo de cuidados era necessária para prover a assistência de qualidade aos pacientes, bem como reordenar o modelo assistencial dos sistemas de saúde.

Foi em meados do século XX que alguns autores iniciaram o processo de reformular o método clínico construído, visto que o este começou a demonstrar suas limitações devido ao foco exagerado nos processos orgânicos de adoecimento. Esses novos modelos reforçavam a importância de elementos como: escutar o paciente ao invés de perguntar demasiadamente; explorar os aspectos da experiência da doença e não somente a doença orgânica; conhecer e valorizar os modelos explicativos do paciente a respeito de seu problema, ressaltando que muitas vezes havia discordâncias entre este modelo explicativo e o dos médicos. O objetivo final dos novos métodos construídos era alcançar um cuidado mais centrado na pessoa (FREEMAN; MCWHINNEY, 2018).

Com o tempo o conceito de cuidado centrado na pessoa foi se constituindo. Atualmente a terminologia utilizada para designar o “cuidado centrado na pessoa” varia bastante entre os autores, surgindo termos como “cuidado centrado no paciente”, cuidado “humanizado” ou “individualizado”. Portanto, não há um consenso na literatura empírica sobre uma definição única para o conceito de “cuidado centrado na pessoa”, sendo este considerado um termo mais amplo que engloba outros conceitos como: “centrado no paciente”, “individualizado”, “centrado na família” e “personalizado”. Existem algumas definições em comum entre os termos, com

destaque para: a participação e o envolvimento do paciente; a relação entre o paciente e o profissional de saúde; e o contexto em que o cuidado é prestado (DE SILVA, 2014).

Mais recentemente, ao final do século XX, é que surge um método mais estruturado, composto por tarefas que deveriam ser cumpridas durante a consulta e critérios para sua validação. Foram as experiências com o desenvolvimento, pesquisa e ensino deste método que deram origem ao que hoje conhecemos como Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que abordaremos com mais detalhes adiante (FREEMAN; MCWHINNEY, 2018).

Moira Stewart, no artigo intitulado *Towards a global definition of patient centred care,* compara a definição de cuidado centrado na pessoa utilizado por estudiosos britânicos, sul-africanos e canadenses (ao qual ela pertence). A autora compara as definições utilizadas por estes outros pesquisadores com a sua estrutura conceitual sobre cuidado centrado na pessoa. Para a autora o cuidado centrado na pessoa é aquele que (STEWART, 2001):

a) Explora a principal razão para a visita e a expectativa do paciente.
b) Busca uma visão integrada do mundo do paciente, suas necessidades emocionais e questões de vida.
c) Busca uma visão conjunta a respeito do problema, e uma concordância mútua sobre o manejo.
d) Aumenta a prevenção e a promoção em saúde.
e) Aumenta a continuidade da relação entre médico e paciente.

Este novo método de abordagem implica que o profissional não seja mais um mero observador dos eventos clínicos manifestados pelo paciente, de forma fria ou distanciada. Assim, o médico preciso estar aberto a conhecer os sentimentos do paciente e os seus próprios, tornando a experiência da prática médica muito mais rica para ambos. Para atingir este nobre objetivo, os autores apontam quatro componentes que funcionam, de certa maneira, como tarefas a serem cumpridas durante o atendimento, que interagem entre si (STEWART et al., 2017):

1. Explorando a saúde, a doença e a experiência de doença;
2. Entendendo a pessoa na totalidade;
3. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas;
4. Intensificando a relação entre pessoa e médico.

Emerge então uma questão que deve ser objeto de preocupação face à importância dos cuidados centrados na pessoa, esta versa sobre o modo como os referidos cuidados são ensinados. Ora, tradicionalmente, os conteúdos ministrados

no meio educacional acadêmico ainda obedecem à didática tradicional, isto é, ao método expositivo, em que o docente prefigura autoridade sobre o assunto, é o usualmente utilizado. Contudo, o que se pretende com o ensino dos cuidados centrados na pessoa é o desenvolvimento de habilidades e competências que transcendem aquelas relacionadas exclusivamente à dimensão cognitiva. Espera-se que o estudante de medicina desenvolva o que seria essencial ao cuidado, isto é, empatia e outras competências socioemocionais.

Neste sentido, a presente pesquisa tem por questão norteadora:

Como otimizar o ensino do processo de comunicação clínica para desenvolver o cuidado centrado na pessoa junto a discentes da graduação em medicina?

Para responder essa questão enunciaram-se os seguintes objetivos:

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo geral

Elaborar produto de ensino no intuito de otimizar o desenvolvimento de competências relativas às habilidades de comunicação de acadêmicos da graduação em medicina com vistas ao cuidado centrado na pessoa.

1.5.2 Objetivos específicos

Identificar as principais ferramentas e estratégias de ensino de cuidado centrado na pessoa.

Conhecer a realidade do ensino do cuidado centrado na pessoa, ministrado na graduação em medicina, a partir de levantamento de campo, com vistas a ancoragem de material didático-pedagógico.

2 SUPORTE TEÓRICO

2.1 O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA.

Este método é descrito a partir de quatro componentes que serão descritos separadamente e na ordem proposta pelos autores do método, entretanto, eles

operam de forma inter-relacionada e o clínico mais experiente transita de maneira livre entre eles (STEWART et al., 2017).

2.1.1 Primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.

Este componente propõe que o médico lance um olhar amplo ao seu paciente, buscando explorar e compreender melhor a doença clínica, mas também a experiência do paciente ao vivenciar o processo de adoecimento, bem como o seu conceito a respeito de saúde. O objetivo é conseguir cuidar das pessoas para promover sua saúde e responder à sua experiência de doença de forma empática (STEWART et al., 2017).

A doença é uma abstração pela qual os médicos procuram compreender as anormalidades da estrutura e/ou função dos órgãos, ou sistemas, bem como distúrbios de ordem mental. Ela é expressa por sinais e sintomas de uma história clínica de forma objetiva, assim como alterações no exame físico ou exames complementares. Já a experiência de doença é um componente pessoal e subjetivo relacionado aos sentimentos, pensamentos e funcionamentos alterados de alguém que se sente doente (STEWART et al., 2017).

A respeito do conceito sobre saúde, é importante o profissional explorar a definição que terá cada indivíduo a respeito do significado de saúde, e que este é algo único para cada um. A partir da exploração do conceito sobre saúde o médico poderá conhecer as impressões do paciente sobre, entre outras coisas, seu estado de saúde, senso de bem-estar e sua percepção de susceptibilidade (STEWART et al., 2017).

Segundo Stewart et al. (2017), a experiência de doença pode ser mais bem compreendida a partir de quatro dimensões:

1) Sentimentos: que diz respeito aos sentimentos a respeito de seu processo de adoecimento, como o medo de seus sintomas estarem relacionados a uma doença mais grave, ou algum tipo de culpa por estar doente, por exemplo.
2) Ideias: relacionado à qual é a ideia daquela pessoa a respeito de seu adoecimento. Pode ser algo direto, como qual o possível diagnóstico, assim como algo mais profundo, como uma punição ou possibilidade de tornar-se dependente.

3) Funções: refere-se a qual o impacto da doença nas funções de vida daquela pessoa. Por exemplo, limitar as atividades diárias, relacionamentos familiares, ou exigir mudanças no estilo de vida.
4) Expectativas: esta dimensão descreve quais expectativas a pessoa tem para com o profissional de saúde. Geralmente relacionada com a prescrição de um determinado medicamento, ou que realize uma escuta ativa.

Unindo estas quatro dimensões construímos a experiência de doença do paciente em uma consulta, e podemos resumi-los didaticamente no acrônimo SIFE, respectivamente: Sentimentos, Ideias, Funções e Expectativas (STEWART et al., 2017).

Os autores destacam a importância de explorar a doença, a experiência de doença e o conceito sobre saúde, muitas vezes expressa pelo paciente por sinais verbais e não verbais durante a maioria das consultas, demonstrando sentimentos (como preocupações), tentando explicar ou entender seus sintomas, entre outras (STEWART et al., 2017). Como observado no seguinte trecho:

> Da mesma forma que médicos se sentam com as pessoas que buscam cuidado e perguntam “O que o traz aqui hoje?”, devem perguntar “O que faz a pessoa vir a esta consulta?”. Precisam escutar atentamente os sinais dados pelas pessoas, não apenas sobre suas doenças, mas também sobre sua experiência de doença e suas percepções sobre sua saúde. De igual importância é escutar os sinais e indicações e fornecer respostas empáticas que ajudem as pessoas a se sentirem entendidas e reconhecidas (STEWART, 2017, p. 50).

2.1.2 Segundo componente: Entendendo a pessoa de forma integral

Neste componente os autores conectam o entendimento da doença, da experiência da doença e o conceito sobre saúde do paciente com o seu contexto mais amplo, com destaque, mas não estando limitados a: o estágio em que ele está no ciclo de vida e seu contexto de vida em geral (STEWART et al., 2017).

É importante reconhecer que as pessoas que buscam atendimento fazem parte de uma família, isto é, são pais, mães, irmãos, filhos, etc. A experiência de doença de um deles pode afetar os laços afetivos e vínculos presentes do núcleo familiar, afetando tanto a pessoa doente como os demais membros (STEWART et al., 2017).

Os autores tomam a definição de família como sendo duas ou mais pessoas que compartilham laços biológicos, emocionais e/ou legais entre si, com uma história e um futuro a ser compartilhado. Destaca a importante função do núcleo familiar ao indivíduo, como grande promotora de bem-estar físico, psicológico e social de seus membros, garantindo um ambiente de acolhimento (STEWART et al., 2017).

A sociedade atual tem colocado grande tensão sobre os conjuntos familiares, que costumam vivenciar situações de desemprego, falta de moradia, renda insuficiente, abusos de droga, violência. Além de desafios como pais solteiros, necessidades financeiras que obrigam ambos os pais a trabalhar em turno integral, etc. Tais problemas impactam seriamente no desempenho das funções da família, e certamente afetarão seus membros (STEWART et al., 2017).

Durante a vida todos nós enfrentamos diversos desafios, cada qual em seu respectivo estágio do ciclo de vida, como, por exemplo, o desenvolvimento de parcerias íntimas de um adulto ou construção de independência de adolescentes e adultos jovens. O processo de enfrentamentos destes desafios em cada ciclo de vida é influenciado por suas experiências prévias. Algumas pessoas podem ser bem-sucedidas nestes desafios, já outros podem sofrer com problemas relativos a eles, tornando a visão destas pessoas a respeito dos desafios da vida como sendo, em alguns casos, insuperáveis ou demasiadamente difíceis (STEWART et al., 2017).

O estágio no ciclo de vida e os papeis que o indivíduo assume ou lhe são atribuídos influenciarão o tipo de cuidado que ele buscará em consulta. O conhecimento das crises do ciclo de vida no desenvolvimento individual da pessoa pode auxiliar o médico a compreender os problemas pessoais do paciente não como eventos isolados. O profissional deve tornar-se sensível para os múltiplos fatores que podem influenciar tais problemas e a história de vida daquele paciente. Um exemplo bastante claro citado pelos autores é um adolescente, que tem como desafio deste ciclo de vida tornar-se cada vez mais independente, descobrir o diagnóstico de uma doença crônica, como diabetes tipo 1, que tornará todo esse processo mais difícil (STEWART et al., 2017).

O conhecimento da personalidade da pessoa, tendo em vista este processo de construção exposto, pode melhorar o entendimento do médico a respeito da forma como o paciente responderá à sua doença e experiência de doença. Outro ponto relevante ressaltado pelos autores, é que este entendimento da pessoa na totalidade é bastante útil na abordagem de sinais e sintomas que não apontam uma doença

claramente definida do ponto de vista puramente biológico, ou quando a experiência de doença é muito exagerada ou parece fora de propósito (STEWART et al., 2017).

Nestes últimos casos saber é importante ao médico estar atento a como a pessoa está lidando com as crises do ciclo de vida, se há uma interação familiar restrita ou falta de suporte social, além de explorar crises de desenvolvimento anteriores (STEWART et al., 2017).

Ainda dentro deste componente está incluído o contexto social no qual o paciente está inserido e sua relação com ele. Os autores descrevem como diversos tópicos do contexto sociocultural influenciam o processo de saúde doença, como, por exemplo, a maior mortalidade em pessoas com classe social mais baixa definida pela faixa de renda, maiores índices de obesidade em pessoas com menor grau de instrução, ou a melhoria da saúde de pessoas que possuem redes sociais de apoio mais sólidas. Assim, fatores econômicos, culturais, familiares, de acesso à segurança financeira, lazer, trabalho, educação, etc. Tais fatores irão interferir de algum modo no processo de saúde, doença e experiência de doença das pessoas (STEWART et al., 2017).

Um ponto de grande relevância destacado pelos autores é que o médico não costuma coletar estas informações contextuais em um único atendimento como parte da “história social” de uma anamnese convencional, e sim em várias consultas subsequentes que se desenvolvem, muitas vezes, ao longo de meses ou anos (STEWART et al., 2017).

2.1.3 Terceiro componente: elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas

Os autores defendem que o maior objetivo do método clínico centrado na pessoa e a construção de planos terapêuticos em conjunto com o paciente, que reflitam seus valores, crenças, metas de vida e preferências individuais, além de serem embasados nas melhores evidências científicas e diretrizes (STEWART et al., 2017).

Um plano conjunto depende da concordância entre médico e paciente em três áreas: a definição do problema a ser manejado, o estabelecimento de metas e prioridades do tratamento e a identificação dos papéis de cada um no processo de cuidado (STEWART et al., 2017). Adiante, descreveremos sucintamente cada um destes tópicos na visão dos autores.

No processo de definição dos problemas, é importante percebermos que a maioria das pessoas já formula alguma ideia sobre o seu problema antes mesmo de buscar assistência médica. Essa formulação advém de opiniões de outras pessoas, internet e outras fontes de informação. Para boa parte das pessoas, é importante rotular sua doença, pois esse processo auxilia às pessoas a entenderem a causa, o que esperar em relação ao prognóstico, diagnóstico ou tratamento. A formulação de uma explicação ou de um entendimento sobre os sintomas que o paciente está vivenciando são parte importante da experiência de doença, segundo os autores (STEWART et al., 2017).

Para se conseguir adequadamente explorar esta dimensão é fundamental que as informações sejam coletadas a partir de uma escuta intencionalmente atenta ao paciente, e não como uma simples resposta a uma série de perguntas de um *"checklist".* A abordagem mais narrativa da entrevista médica, com um posicionamento do profissional mais curioso e com perguntas abertas, traz, em muitos casos, informações mais ricas sobre a experiência de doença na vida daquela pessoa. Os autores ainda ressaltam que falhar em fazer o paciente expressar seu ponto de vista sobre o problema pode prejudicar muito o processo de encontrar o plano em conjunto do manejo destes problemas, ressaltando a importância desta etapa (STEWART et al., 2017).

Médico e paciente podem divergir em relação à definição a respeito do problema, e isso pode prejudicar a elaboração do plano. Mesmo não sendo necessário que o médico concorde totalmente com a visão do paciente sobre seu problema, é importante que o paciente possa expressá-la, pois o plano de cuidados necessita ser minimamente consistente e fazer sentido de algum modo com esta explicação (STEWART et al., 2017).

Além de buscar um consenso mútuo a respeito dos problemas, outra etapa importante é a definição das metas para o manejo dos problemas, pois caso haja divergências neste ponto, pode haver prejuízos na adesão ou elaboração do plano de cuidados. As pessoas podem sentir-se irritadas por não ter seu ponto de vista ou expectativa considerado pelo médico, traduzindo reações diversas como, relutância em seguir recomendações terapêuticas ou retraimento advindo de sentimento de abandono, por exemplo. Logo os planos de cuidados devem levar sempre em consideração as expectativas e sentimentos tanto do médico como do paciente (STEWART et al., 2017).

Muitos pacientes podem ter dificuldade em expressar sua opinião sobre o plano e nem sempre os pacientes expressarão verbalmente suas expectativas ou sentimentos sobre o plano, sendo necessário que o profissional fique atendo a pistas não verbais e outros sinais de discordância. Os médicos podem abordar diretamente o assunto, no entanto, se o fizer nos momentos iniciais do atendimento pode soar como se ele estivesse delegando sua função de recomendar um tratamento, por exemplo (STEWART et al., 2017).

Então os profissionais devem abordar o assunto, além de estarem atendo às pistas não verbais que podem surgir, explicar claramente as opções possíveis de tratamento buscando envolver os pacientes na discussão das vantagens e desvantagens de cada uma delas. O profissional deve criar um clima de consulta onde o paciente sinta-se livre para expressar suas opiniões e discutir livremente a construção do plano terapêutico, conversando sobre as divergências explorando as razões destas (STEWART et al., 2017).

Portanto, a construção do plano de cuidados necessita que o profissional tenha conhecimento de todo o histórico da pessoa, sua doença e experiência de doença. Seja capaz de explicar o que está entendendo sobre o problema para a pessoa e estar genuinamente aberto a perguntas e sugestões dela a respeito de sua compreensão do adoecimento e expectativa de plano de cuidados. O médico precisa, então, estar preparado para uma revisão de sua abordagem de tratamento se esta não estiver respeitando valores e preferências do paciente (STEWART et al., 2017).

Um ponto interessante é perceber que nem todo paciente tem interesse em assumir um papel ativo nos planos de cuidado, e isso varia conforme a idade e algumas condições socioeconômicas. O quanto o paciente vai participar do plano pode variar de acordo com suas capacidades físicas e emocionais para tal, sendo os profissionais responsáveis por perceberem e serem flexíveis a estas necessidades. Assim sendo, considerar a participação da pessoa no plano não necessariamente implica em uma participação ativa, obrigatória e em totalidade por parte do paciente (STEWART et al., 2017).

Os planos de cuidados também devem conter estratégias de prevenção e promoção em saúde, como revisar calendários vacinais, recomendar rastreios, orientar a respeito de prática de atividade física, etc. Nesse ponto, a abordagem centrada na pessoa deve adaptar apropriadamente as recomendações com as crenças, valores, preferências, prioridades, aspirações e recursos disponíveis de cada indivíduo (STEWART et al., 2017).

Ao final da construção do plano de cuidados, o médico deve verificar explicitamente o entendimento e a concordância do paciente a respeito de todo o plano, bem como os papeis que cada um irá assumir na execução deste (STEWART et al., 2017).

2.1.4 Quarto componente: intensificando a relação entre a pessoa e o médico

Neste componente os autores descrevem as relações criadas entre médico e paciente e seu processo de construção. Eles citam a dificuldade em se construir laços com os pacientes na sociedade tecnicista atual, mas que na realidade os profissionais se enganam em considerar está uma tarefa obsoleta ou trabalhosa. Na realidade, os profissionais costumam ter dificuldade em perceber o mais óbvio, sendo o fato de as pessoas buscarem o reconhecimento de seu sofrimento ou a presença do médico naquele momento de dificuldade (STEWART et al., 2017).

O médico deve ser capaz de, durante sua escuta, fazer uma observação objetiva ao mesmo tempo, em que faz uma identificação mais empática, buscando uma integração destas duas visões de maneira empática e comunicando este entendimento à pessoa. A confiança também é parte relevante de uma boa relação médico-paciente, na qual ambos podem compartilhar o poder e o controle dentro da relação que se constrói, sendo cada parceria desenvolvida única e com diferentes graus de compartilhamento (STEWART et al., 2017).

Esta relação necessita ser continuada e costuma trazer benefícios para ambos. O vínculo emocional é vivenciado pela pessoa como fonte de consolo e conforto nos momentos difíceis, tornando o sofrimento mais suportável proporcionando maior esperança no paciente (STEWART et al., 2017).

O autor descreve ainda o processo de transferência (por parte do paciente) e contratransferência (por parte do médico) que acontece dentro da consulta, nos quais acontece uma projeção nos indivíduos atuais tendo em vista pensamentos, comportamentos e reações emocionais significativas do passado de forma, muitas vezes, inconsciente. A contratransferência pode se manifestar na forma de sentimentos de raiva, ansiedade, medo e outros, além de reações comportamentais de não escutar atentamente, julgar erroneamente o nível de sentimentos ou dar conselhos muito ativamente, além de outas manifestações (STEWART et al., 2017).

O autoconhecimento aqui é peça chave para o profissional ser capaz de compreender suas reações de contratransferência e conseguir, ainda, ser mais capaz

de entender as pessoas que buscam atendimento e melhorar sua relação com elas (STEWART et al., 2017).

2.2 A NOVA CONSULTA, INFLUÊNCIAS DO MODELO INGLÊS.

Na obra de David Pendleton e colaboradores, eles descrevem a consulta médica e como esta é influenciada pelo contexto social e profissional mais amplo, dando enfoque em antecedentes do paciente e do profissional nesse processo. Descreveremos a seguir os principais elementos propostos por este modelo. (PENDLETON et al., 2011).

2.2.1 Entendendo a pessoa

Os elementos que influenciam o conteúdo e os resultados de uma consulta, no que diz respeito ao paciente, são sua dimensão física (suas sensações diárias), psicológica (suas ideias, crenças, emoções, expectativas, etc.) e social (questões culturais, religiosas, familiares, etc.) (PENDLETON et al., 2011).

Na dimensão física cabe aqui destacar que existe uma ampla variedade de sensações e experiências físicas nas quais não prestamos atenção, no entanto, há aquela na qual notamos e nos preocupamos, e nos levam a buscar ajuda. Essas sensações não podem ser entendidas apenas como um sintoma específico, e cada experiência física provocará um comportamento diferente em cada indivíduo. Dessa forma, o motivo da busca por uma consulta por uma pessoa está relacionado não somente ao “sintoma” exibido por ela, mas também em suas experiências pessoais, os efeitos desencadeados e as interpretações dele (PENDLETON et al., 2011).

A dimensão psicológica abrange fatores cognitivos (ideias e crenças), emocionais (sentimentos e preocupações) e comportamentais (mecanismos de enfrentamento) relacionados com todo o processo de adoecimento. Um ponto interessante é que boa parte dos pacientes que busca atendimento possui um elemento de preocupação que motivou a busca que costuma não ser abordado pelo médico. O comportamento e comprometimento do paciente a respeito do plano de cuidados recomendado estaria relacionado com este sentimento, e a conversa com o médico poderia ter algum efeito sobre este nível de preocupação. A respeito das crenças os autores destacam que os pacientes têm menor chance de seguir uma recomendação em uma consulta caso esta seja incongruente com suas crenças sobre

saúde. Assim sendo, o paciente constrói uma resposta ao problema de saúde que possui, com ideias, preocupações e respostas comportamentais que determinam como ele irá vivenciar e lidar com a questão (PENDLETON et al., 2011).

Os autores dão especial relevância para as expectativas que os pacientes possuem para a consulta médica, para sua condição e para o tratamento. Estas expectativas vêm da representação que possuem do problema e suas experiências de cuidado médico prévio. Por fim, os autores concluem que os pacientes vêm para as consultas com um entendimento próprio sobre o problema, sentimentos e expectativas sobre ele, bem como a maneira como desejam que seja conduzido (PENDLETON et al., 2011).

A respeito das questões sociais envolvidas na consulta os autores descrevem estas por dois elementos significativos: valores e normas. O primeiro e referido como crenças abstratas e compartilhadas com a sociedade, o segundo são sentimentos e ações derivados dos valores, de maneira mais concreta. Ambos são construídos a partir do grupo social onde a pessoa está inserida, seja ele mais amplo (o autor cita o exemplo de uma “nação industrializada”) ou mais restrito (o núcleo familiar, por exemplo). Assim, como médico e paciente julgarão a efetividade e o resultado de uma consulta dependerão de seus valores e normas, cabendo aqui ressaltar que geralmente médico e paciente provêm de contextos sociais distintos, sendo difícil para ambos prever a experiência do outro precisamente (PENDLETON et al., 2011).

Em sua obra, a autoria ainda descreve diversos resultados produzidos pela consulta médica, que podem ser observados de forma imediata, como a satisfação do paciente após o atendimento, e outros que podemos perceber mais tardiamente, como a adesão aos planos de cuidado e mudanças positivas na saúde a longo prazo. Os autores preferem ainda utilizar o termo “adesão a um plano acordado”, para destacar que a adesão não deve ser interpretada como obediência, onde o médico é detentor de todo o poder e controle na consulta, e sim como a concordância a respeito de um plano de cuidados que foi devidamente compartilhado entre médico e paciente (PENDLETON et al., 2011).

Um dos resultados mais importantes na visão dos autores é a adesão aos conselhos médicos a respeito do plano de cuidados, que costuma ser baixa nas consultas em geral. A forma de conduzir a consulta influencia diretamente neste processo. O estilo mais autoritário tende a não ser efetivo, já aquele onde o paciente é completamente envolvido em todos os aspectos da consulta, do diagnóstico ao plano de manejo, encorajando-os a fazer perguntas e compartilhar decisões, tende a

ser o mais eficaz. Outro tópico importante que interfere na adesão apontado é a adaptação das recomendações da consulta de maneira individualizada à realidade única de cada paciente, de forma oposta àquelas recomendações padronizadas tão utilizadas pelos médicos de forma geral (PENDLETON et al., 2011).

2.2.2 Entendendo o médico

Para os autores as experiências de vida e formação profissional, podem influenciar sobre suas atitudes, valores e crenças dentro da consulta. Outros fatores ainda podem exercer influência neste processo, como a carga de trabalho atual, humor ou cansaço do profissional. A compreensão destes fatores pode, ainda, dar pistas de como este médico pode ser efetivamente treinado para realizar uma boa consulta (PENDLETON et al., 2011).

Alguns profissionais podem adotar estilos de consulta mais fechados e protetores, muitas vezes por vivenciarem em suas carreiras diversos traumas emocionais. Via entendimento e apoio, estes podem se tornar mais abertos, preservando a sua humanidade, sem consequências necessariamente danosas a suas questões emocionais. Entretanto, as questões emocionais que influenciam o estilo de consulta do médico são costumeiramente ignoradas ou negligenciadas pelos professores do curso de medicina. Um ponto bastante relevante destacado é que durante a graduação este estilo ainda não está sedimentado, podendo ser mais centrado no médico ou no paciente (PENDLETON et al., 2011).

O ambiente físico no qual a consulta acontece pode influenciar o humor, tanto do médico quanto do paciente, devendo este ser o mais limpo, razoavelmente bem decorado e com capacidade de prover espaço físico e privacidade adequadas. É possível prover cuidados de qualidade em ambientes diferentes deste, mas a dificuldade tende a ser maior. O processo de marcação das consultas pode influenciar o tempo disponível para o atendimento, bem como gerar tempos de espera muito longos, e ambos irão influenciar negativamente o andamento do atendimento (PENDLETON et al., 2011).

Fatores como interrupções frequentes, barulhos externos, prontuários desorganizados, etc. podem prejudicar o atendimento, e o médico deve ser capaz de manter-se concentrado em seu paciente durante o atendimento. Isso pode ser desafiador em ambientes onde existem muitos destes fatores acontecendo (PENDLETON et al., 2011).

Em suma, o estilo e comportamento dos médicos pode variar bastante de acordo com cada profissional. Os fatores envolvidos são de ordem cognitiva, emocional e outros fatores comportamentais, e a compreensão destes fatores pelo próprio profissional podem auxiliá-lo na mudança de seu estilo. Alguns destes fatores estão também relacionados com o paciente e o contexto imediato no qual acontece a consulta, além da saúde física e mental do médico no momento (PENDLETON et al., 2011).

2.3 MODELOS DE COMPREENSÃO PARA O ENSINO DA CONSULTA

Alguns autores construíram métodos tanto para compreender o cuidado centrado na pessoa, bem como para ensinar este modelo de cuidados aos profissionais de saúde em uma consulta. Neste tópico descreveremos brevemente quais são estes modelos, suas formas de funcionamento e utilização.

2.3.1 As tarefas da consulta, por Pendleton et al.

Para estes autores, muitos destes métodos de ensino sobre as consultas se baseia em tarefas, definidas por ele como: “Tarefas descrevem o que deve ser realizado na consulta ou em uma das fases da consulta. São afirmações de intenção derivadas das necessidades do paciente e dos propósitos ou metas do médico.” (PENDLETON et al., 2011 p. 59).

Os modelos baseados em tarefas têm como vantagem no processo de ensino o fato de promoverem uma definição clara sobre o propósito da consulta, e estas tarefas derivam das necessidades dos pacientes e das metas do médico. Outro ponto é que os profissionais são capazes de utilizarem diversas habilidades distintas para realizar cada uma das tarefas, além de o educador ser capaz de analisar como e quais tarefas foram realizadas e auxiliar os aprendizes a desenvolver as habilidades para conseguir executá-las plenamente (PENDLETON et al., 2011).

Pendleton et al. descreve seu modelo de entendimento e ensino da consulta utilizando sete tarefas que devem ser executadas durante o atendimento. Todas são importantes, no entanto, as primeiras cinco tem um caráter mais sequencial durante o atendimento (PENDLETON et al., 2011).

A primeira tarefa diz respeito a buscar compreender o “problema” do paciente, isto é, não somente a doença orgânica ou sintoma, mas sua natureza, histórico e suas

causas. Deve-se incluir aqui o entendimento da experiência da doença e o paciente na totalidade, relacionado com os efeitos do problema na vida dela e suas respostas emocionais a este processo. Um ponto crucial destacado é compreender a razão que motivou o paciente buscar a consulta, que geralmente é composta de preocupações e expectativas sobre o problema relatado. Para isso, os autores destacam a importância da escuta atenta à narrativa do paciente, sem interrupções por parte do médico, buscando identificar-se como o paciente, de maneira empática (PENDLETON et al., 2011).

Na segunda tarefa os autores destacam a importância de considerar a perspectiva do paciente e, com isso, construir um entendimento compartilhado a respeito do problema abordado na consulta. É natural que os pacientes queiram explicações e informações sobre seu problema, bem como o manejo deste, e o que costuma acontecer é o médico prover apenas uma explicação que não leva em consideração a perspectiva do paciente no assunto. O entendimento compartilhado só será atingido, na visão destes autores, quando conhecimentos e expectativas por parte do paciente estão em consonância com a provável etiologia, prognóstico e plano de manejo expostos pelo médico. Assim sendo, o profissional deve esclarecer, modificar e ajustar suas decisões conforme a perspectiva que o paciente expõe a respeito de seu problema (PENDLETON et al., 2011).

A terceira tarefa fala sobre empoderar o paciente para que ele tome atitudes apropriadas frente a seu problema, considerando as opções viáveis e suas consequências e sendo capaz de escolher o caminho mais adequado. Os autores consideram que para concluir esta tarefa é necessário compreender a perspectiva do paciente e oferecer as alternativas de manejo mais viáveis e realistas e de forma compreensível. A decisão passa então a ser compartilhada, e este modelo é o desejável para boa parte dos pacientes, mas também devemos reconhecer que ela não é uma regra que deve ser tomada obrigatoriamente em todos as consultas, independente do desejo e da condição de cada paciente. Devemos, assim, reconhecer que existem situações em que a tomada de decisão é mais do médico, e, outras são mais compartilhadas entre ambos, sendo esta última a que deve se tornar a norma geral das consultas (PENDLETON et al., 2011).

Na quarta tarefa o médico deve permitir que o paciente participe do plano de manejo, para isso é necessário discutir com o paciente a capacidade dele em realizar as ações propostas, identificar e entrar em acordo com as responsabilidades de cada um na consulta, e, por fim, acordar adequadamente a respeito das metas,

monitoramento e acompanhamento do problema. Para os autores, é muito importante reforçar com o paciente a capacidade de ele ajudar a si neste processo de empoderamento (PENDLETON et al., 2011).

A quinta tarefa diz respeito a explorar outros problemas, que podem ou não estar relacionados com o problema que motivou o paciente a buscar assistência. É natural que alguns pacientes não tenham interesse em abordar outras questões neste momento, no entanto, por ser uma tarefa mais centrada no médico, pode ser relevante ao profissional abordar e até mesmo contextualizar outros problemas com o atual (PENDLETON et al., 2011).

O tempo é a questão fundamental abordada na sexta tarefa. Sabe-se que o tempo é um determinante importante da qualidade de um atendimento, entretanto, devemos considerar a utilização eficaz do tempo, visto que médicos que tem dificuldade de empoderar seus pacientes não costumam fazê-lo apenas por ter um tempo maior de consulta. Então, o tempo deve ser bem utilizado no cumprimento das demais tarefas da consulta, tornando-a mais organizada e efetiva. Já os pacientes que trazem múltiplos problemas para um único atendimento podem se beneficiar de uma boa organização destes durante o atendimento. Além do que uma boa exploração dos problemas, de forma efetiva, tende a diminuir a probabilidade de um retorno deste paciente, proporcionando mais tempo disponível às agendas futuras daquele profissional (PENDLETON et al., 2011).

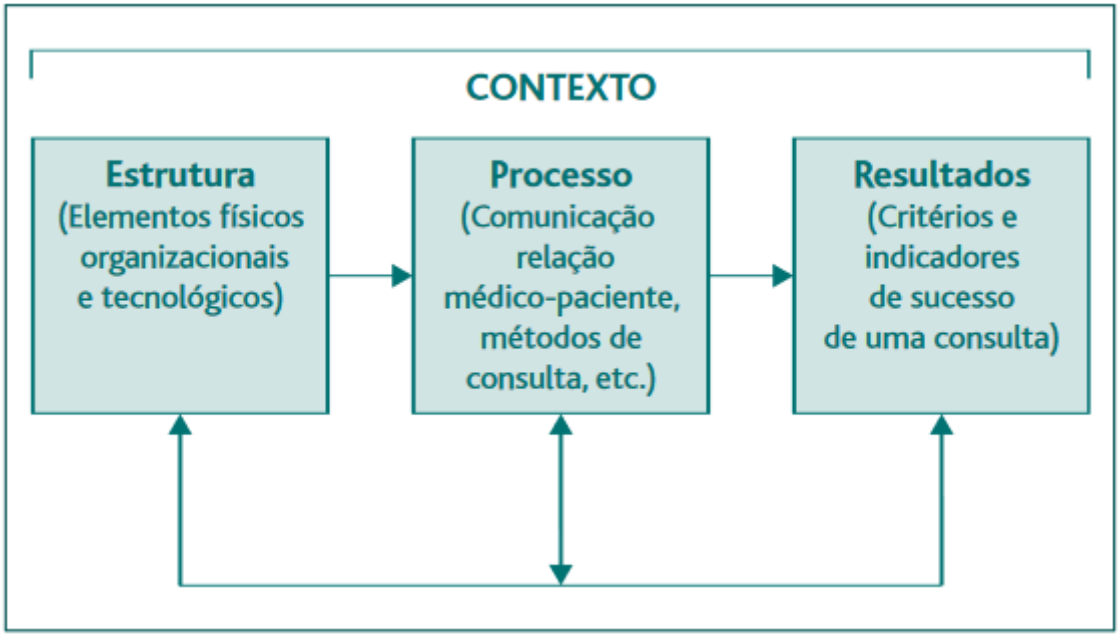
A sétima e última tarefa determina que o profissional seja capaz de construir e manter um relacionamento efetivo com o paciente, onde ambos conseguem compartilhar ideias, informações, decisões e preocupações livremente. Certas vezes os profissionais adotam posturas defensivas em relação ao paciente, focando demasiadamente em aspectos orgânicos, exames complementares etc. Para uma relação efetiva é necessário autoconhecimento das forças envolvidas na consulta por parte do médico, que criam estes padrões defensivos. A postura emocional não deve ser necessariamente neutra em relação ao outro, exigindo envolvimento real com empatia, o que inclusive carrega alguns riscos emocionais (PENDLETON et al., 2011).

2.3.2 A consulta em 7 passos

Este método tem como finalidade compreender a consulta médica como um processo estruturado, que possui antecedentes, princípio, meio, fim e produz consequências. Estas últimas podem ser de curto, médio e longo prazo e podem

representar os antecedentes das consultas futuras. Ainda é possível destacar outro sistema complexo, onde observamos uma estrutura (elementos físicos, mobiliário, tipo de prontuário, modo de construir os agendamentos, etc.), um processo (tipo de condução da consulta, relação médico paciente estabelecida, raciocínio clínico, etc.) e os resultados (sucesso em relação aos objetivos do médico e do paciente), todos inseridos em um contexto. Os autores colocam que podemos na consulta apenas ter controle direto sobre a estrutura e o processo, por isso devemos nos dedicar a torná-los exemplares, e ilustram este sistema na figura a seguir (RAMOS, 2009).

Figura 1. A consulta – sistema complexo, aberto, onde podem considerar-se: contexto, estrutura, processo e resultados. Fonte: RAMOS, 2009.



O objetivo deste modelo é superar o tradicional, que costuma ser centrado no médico, e busca desenvolver um método clínico que seja centrado na pessoa, mas sem abandonar os aspectos biomédicos e de interesse dos profissionais de saúde. Assim sendo, estabelece que a consulta se divida em três fases, dentre destas fases ainda há uma subdivisão em sete passos, que descreveremos a seguir (RAMOS, 2009).

Na primeira fase da consulta, chamada de fase inicial, estão inseridos os dois primeiros passos. O primeiro passo acontece antes de chamar o paciente, está

relacionado a organizar o ambiente físico do consultório, checar as anotações em prontuário e a preparação do profissional, física e emocionalmente, para receber adequadamente a pessoa que busca atendimento. No segundo passo é o momento em que acontece o primeiro contato com o paciente, devendo ocorrer uma escuta atenta direcionada a perceber o motivo da consulta, expressos espontaneamente ou que estejam latentes, identificar suas ideias e expectativas para esta consulta, e acordar quais os problemas serão abordados nesta consulta. O autor destaca que este é um momento crucial para o atendimento (RAMOS, 2009).

Visando uma boa execução deste segundo passo, os autores descrevem alguns aspectos importantes, como: cumprimentar adequadamente o paciente e realizar perguntas abertas direcionadas aos motivos da consulta, sejam eles expressos de forma espontânea, motivos adicionais ou latentes. Durante a comunicação inicial deve-se manter atenção para indícios de sofrimento mental, preocupação, ansiedade, perturbações de linguagem, etc. Para tanto, é importante manter contato visual e prestar atenção à linguagem verbal e não-verbal do paciente (RAMOS, 2009).

Podemos ver alguns exemplos de perguntas abertas, direcionadas a motivos adicionais ou latentes da consulta, descritas pelo autor: “existe mais alguma razão para ter vindo à consulta?'; ou há mais alguma coisa que o preocupe? ou precisa de mais alguma coisa?” (RAMOS, 2009, p. 212).

Ao final desta fase é importante que médico e paciente sejam capazes de acordar quais são os problemas que serão abordados nesse atendimento, estabelecendo uma organização da consulta a partir de então. Para isso, é importante, além de abordar os problemas e motivos da consulta, mas também resumir e clarificar as informações para o paciente ao final (RAMOS, 2009).

Iniciamos então a chamada fase intermediária, onde acontecerão os passos de exploração, avaliação e plano de cuidados. No terceiro passo, a exploração, é o momento de coletar os dados da anamnese e exame físico, sejam eles mais direcionados ou mais abrangentes. Neste processo vale atentar que as informações coletadas devem se relacionar com a demanda do paciente, seu motivo da consulta, expectativas e ao que foi pactuado para este atendimento, e não somente focada nos interesses do profissional. O médico deve buscar as informações para testar suas hipóteses diagnósticas e sempre correlacionar as informações com o contexto biopsicossocial daquele paciente, além de explorar os sentimentos e emoções do paciente em relação aos seus problemas apontados (RAMOS, 2009).

O quarto passo é o momento de agrupar todas as informações coletadas e buscar uma interpretação coerente, tanto para o profissional quanto para o paciente, levando em consideração suas ideias, crenças e preocupações. Para tanto é importante que estes últimos aspectos citados tenham sido adequadamente explorados. É nesta fase que o diagnóstico é formulado e apresentado ao paciente em uma explicação que faça sentido, além de realizar uma avaliação dos impactos destes diagnósticos em sua funcionalidade na vida (RAMOS, 2009).

No quinto passo é o momento de construir junto ao paciente um plano de cuidados para os problemas apresentados e explorados até então, que podem incluir a solicitação de exames, mudanças de hábitos, uso de medicamentos, etc. Cabe aqui ressaltar que o plano deve ser acordado, promovendo o envolvimento e a participação do paciente nos objetivos e metas acordados, além de incluir medidas preventivas adequadas àquela pessoa (mesmo que não necessariamente relacionadas com o conteúdo essencial da consulta), estimulando sempre o autocuidado e empoderamento do paciente. O autor ainda destaca a importância de acrescentar, sempre que possível, a prática clínica baseada em evidências científicas (RAMOS, 2009).

É natural perceber uma sequência cronológica para os passos descritos, que pode acontecer. Entretanto, na fase intermediária, é possível transitar entre os passos 3, 4 e 5, caso seja necessário ou pertinente naquele atendimento, o que traz flexibilidade ao método de condução da consulta, mas também respeitando uma ordem preferencial (RAMOS, 2009).

A fase final da consulta, onde se inserem os passos seis e sete, é o momento de encerrar apropriadamente a consulta. Assim sendo, no sexto passo devemos recapitular todas as informações abordadas, em especial: referentes ao plano de cuidados acordado, esclarecendo o papel de cada um neste; verificar se houve se sentimentos de preocupação, angústia ou medo foram adequadamente abordados e reduzidos; e buscar possíveis dúvidas ainda existentes. A partir de então acontece o encerramento formal da consulta, com uma despedida, mantendo contato visual, e observando a devolutiva do paciente a respeito de sua satisfação, ou não, com o atendimento (RAMOS, 2009).

No sétimo passo acontece o processo de reflexão após o encerramento da consulta, onde o profissional deve analisar os pontos fortes e fracos da consulta, identificar aspectos passíveis de melhoria, bem como lacunas de conhecimento existentes. Pontos importantes a serem abordados em atendimentos futuras àquele

paciente também podem ser anotados em prontuário, bem como demais dados referentes ao atendimento que se sucedeu (RAMOS, 2009).

2.4 ENSINO DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

No que tange aos padrões de excelência no ensino na área médica podemos utilizar como referência o que propõem o *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada,* no documento intitulado *CanMEDS Physician Competency Framework* (CanMEDS) de 2015, atualmente em sua terceira edição. O CanMEDS propõe um modelo de currículo para escolas médicas baseado em competências necessárias que devem ser desenvolvidas durante o curso, e foi o mais amplamente aceito e aplicado em todo o mundo desde sua criação em 1996, em sua primeira versão. O uso deste modelo nacional de currículo baseado em competência fez com que o Canadá seja reconhecido como tendo um dos mais fortes sistemas de educação na área médica (FRANK et al., 2015).

O modelo de ensino baseado em competências é visto como uma forma de fazer com que os médicos formados saiam do seu período de treinamento supervisionado de habilidades prontos para continuar seu aprendizado ao longo de sua prática diária em sua carreira. Uma das competências do CanMEDS é a *Communicator,* que diz respeito à habilidade de se comunicar com o paciente e sua família, bem como construir um modelo de cuidado centrado na pessoa (FRANK et al., 2015).

No Brasil temos um aparato legal alinhado com o exposto, como podemos observar nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) de 2014. Este documento estabelece as diretrizes fundamentais para organização, desenvolvimento e avaliação dos cursos de medicina em âmbito nacional. Em seu texto fica explicita a necessidade de o graduando ser capaz de desenvolver um cuidado integral e humanizado, estimulando a autonomia das pessoas e suas famílias, tornando-as protagonistas ativos de sua saúde. Cita ainda a necessidade de habilidades de comunicação verbal e não-verbal com os usuários, famílias, comunidades e membros da equipe, tendo empatia, sensibilidade e interesse. Ressalta a capacidade de construir um cuidado centrado na pessoa, respeitando suas necessidades e desejos (BRASIL, 2014).

Cabe aqui destacar o seguinte trecho desse documento, quando enumera as habilidades a serem desenvolvidas pelos graduandos em medicina no Brasil:

> 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, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; (BRASIL, 2014, Art. 5).

Em novembro de 2022 a DCN sofreu uma alteração em alguns de seus incisos, trazendo maior ênfase para os cuidados paliativos, que necessitam também de fundamentos do cuidado centrado na pessoa para serem bem aplicados (BRASIL, 2022).

Conforme o exposto até aqui, percebemos a importância do cuidado centrado na pessoa para a excelência do cuidado médico em nossa sociedade, bem como é notável o arcabouço que regulamenta o seu ensino já na graduação em medicina no Brasil.

Os estudantes precisam perceber que a comunicação clínica é parte importante da boa prática médica, e trabalha em conjunto com outros conhecimentos clínicos e habilidades práticas. Assim, o cuidado centrado na pessoa tem conteúdo primordial no ensino da comunicação clínica e cuidados em saúde de excelência (VON FRAGSTEIN et al., 2008).

O modelo estrutural no qual o ensino de habilidades de comunicação clínica irá se pautar deve enfatizar a união entre os interesses do médico e do paciente, contendo tarefas que direcionem o cuidado centrado na pessoa (MAKOUL; SCHOFIELD, 1999). Os modelos baseados em tarefas facilitam o ensino, pois o aprendiz pode utilizar uma gama de estratégias e habilidades diferentes para concluir a tarefa, e, assim, personalizar e flexibilizar o atendimento de cada paciente, preservando, ainda, a individualidade do aprendiz (PENDLETON et al., 2011).

Uma revisão de literatura analisou quatro principais guias para ensino de habilidades de comunicação clínica. Os critérios que selecionaram estes guias foram: sua ampla utilização em diversos países (com graduandos até médicos formados ou residentes), grande citação internacional, facilidade de utilização pelos professores e preceptores, além da familiaridade dos autores do estudo (CAMPOS; RIOS, 2018).

Os autores destacam alguns diferenciais apresentados pelo método “A consulta em 7 passos”, que eventualmente aparecem em outros métodos, sendo os principais: o fato de considerar as condições pessoais, necessidades fisiológicas e emocionais

do profissional como elemento importante da consulta; contempla informações sobre o registro médico; pontua especificamente a atitude de pactuar uma agenda para a consulta com o paciente. Como o foco dos autores era o uso do guia para a APS, o guia “A consulta em 7 passos” apresentou-se mais apropriado na maior parte dos quesitos analisados por eles, mesmo que outros produtos foram considerados bastante adequados (CAMPOS; RIOS, 2018).

A ferramenta “A consulta em 7 passos” foi desenvolvida em 2005, e desde então vem sendo aprimorada para ensino de competências na realização de consultas em medicina de família e comunidade direcionado ao cuidado centrado na pessoa, podendo ser utilizado por médicos, internos e acadêmicos de medicina (RAMOS, 2009).

Uma revisão sistemática com meta-análise a respeito dos efeitos das diferentes técnicas de ensino de comunicação clínica em estudantes de medicina. Eles observaram que o método mais utilizado para avaliar os efeitos do ensino era a análise de vídeos gravados das consultas realizadas pelos estudantes com apoio de um checklist validado. Os autores declararam que, apesar das limitações metodológicas, a revisão reforçou a hipótese de que o ensino de habilidades de comunicação a estudantes no estágio pré-clínico ou clínico foi efetivo em melhorá-las. Outro ponto relevante foi que o método que apresentou os melhores efeitos foi o feedback estruturado a partir de uma consulta gravada (SMITH et al., 2007).

Um estudo exploratório descritivo realizou entrevistas com estudantes do último ano da graduação em medicina de três instituições em países diferentes (Brasil, Espanha e Holanda). Eles buscaram compreender a percepção dos estudantes sobre sua vivência contextualizada ao seu currículo. Os pesquisadores ressaltaram que a Holanda foi escolhida por ser um país de referência na elaboração de consensos sobre comunicação clínica, já na Espanha, a escola que foi escolhida possuía estratégias de ensino de comunicação inovadoras. A escola no Brasil não possuía ensino de habilidades de comunicação no currículo, mas foi escolhida por possuir dados e a conveniência dos pesquisadores (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013).

Os estudantes apontaram o ambiente da APS como local propício para o ensino de habilidades de comunicação nas três escolas. Um diferencial interessante da escola holandesa foi a presença de um departamento de APS na instituição há 30 anos, e as aulas teóricas são baseadas na APS (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013).

Os autores colocam que o ensino centrado no aprendiz conduz naturalmente ao ensino de cuidado centrado na pessoa e boa comunicação clínica, visto que durante a graduação além do currículo formal, existe um currículo chamado de oculto, composto de um conjunto de normas e valores propostos pelos atores sociais que tem contato com o estudante. A interação entre docente e discente durante o processo de ensino do curso de medicina produzem uma série de mensagens, que constroem os modelos para relação médico-paciente dos discentes. Mostrou ainda em seus dados que estudantes de todas as escolas médicas destacaram a importância de modelos para o aprendizado da relação médico-paciente, e, nas escolas holandesas, a maioria dos professores atua como modelo positivo e quando o negativo aparece ele é facilmente identificado pelos estudantes (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013).

2.4.1 Ensino centrado no aluno

Este é um modelo de ensino conceitual para educação médica análogo ao método clínico centrado na pessoa, composto por quatro componentes interativos: avaliar as necessidades do educando; entendendo o educando na totalidade; elaborando um plano de manejo da aprendizagem; intensificando a relação educando e professor. Esse modelo propõe que o aluno aprende é influenciado diretamente por suas experiências e conhecimentos prévios (STEWART et al., 2017).

Os autores defendem que a aprendizagem efetiva exige que educando e professor encontrem um comum acordo entre as lacunas de conhecimento existentes no aluno (que o professor necessita identificar, muitas vezes) e as metas de aprendizagem a serem alcançadas. Assim, pode ser que os professores necessitem orientá-los neste processo, muitas vezes identificando novas lacunas e buscando novas metas de aprendizagem (STEWART et al., 2017).

Na educação médica os professores ajudam os educandos a identificarem o que é importante na prática médica, mas isso não deve ser feito via ameaças ou avaliações difíceis, e sim promovendo oportunidades de vivenciar as necessidades de aprendizado. Essas vivências contribuirão para construir a motivação necessária para aprender, podendo acontecer de muitas formas, como dramatizações ou simulações de consultas, entre outros (STEWART et al., 2017).

O professor deve compreender que o educando lida com uma série de situações e questões pessoais que podem interferir em seu processo de aprendizado, ajudando-os a reconhecê-los e buscar auxílio de profissionais, quando pertinente.

Algumas destas questões podem estar relacionadas a abuso de substâncias, estresse, doenças psíquicas, sobrecarga de trabalho, entre outras (STEWART et al., 2017).

Os autores pontuam que o ambiente físico, emocional e intelectual de aprendizagem pode influenciar muito neste processo. Com destaque para um ambiente físico adequado ao estágio da graduação e objetivos de aprendizagem que necessitam ser abordados, com um volume de pacientes e composição de casos alinhados a estes objetivos. O clima emocional foi apontado, com a necessidade de equilibrar o desafio para estimular a aprendizagem, ao mesmo tempo que seja seguro e protegido, para não levar a estresse elevado e desnecessário. Nesse ambiente, o professor necessita ser um modelo adequado de profissional e excelente em cuidados centrados na pessoa. Deve haver ainda tempo hábil para a discussão e reflexão dos casos, com espaço para verificar lacunas de conhecimento e oportunidades de buscar o conhecimento a partir daí (STEWART et al., 2017).

O seguinte trecho traz informações valiosas sobre a relação entre o ensino centrado e o modelo de cuidado centrado na pessoa:

> Bons professores têm um desejo de ajudar seus educandos a aprender que transcende os desafios que o ensino cria. O ensino pode afetar as relações privadas que um médico estabelece com cada pessoa. Os faz ir mais devagar. Expõe suas fraquezas e áreas de ignorância. Dessa forma, exige uma atitude positiva, bem como empatia, em relação aos educandos, mesmo quando seu comportamento frusto ou desagrada ao professor. É essencial que os preceptores façam o que pregam: deve haver congruência entre o método clínico centrado na pessoa e o processo de ensiná-lo (STEWART et al., 2017, p. 193).

2.4.2 A prática simulada no ensino de habilidades de comunicação clínica

Alguns autores defendem que a prática de consultas simuladas, “roleplay” e discussão em pequenos grupos são as técnicas de ensino mais efetivas. Entretanto, a discussão em pequenos grupos pode não ser tão eficaz, visto que alguns alunos podem acabar sem a oportunidade de praticar e receber o feedback. Portanto, um currículo adequado deve dar a oportunidade para que todos os estudantes possam praticar com a simulação, e estas práticas devem ser inseridas antes de eles terem contato com a prática clínica com pacientes reais. Aponta ainda que a gravação de pequenas consultas pelo estudante no formato de uma tarefa a ser entregue, seja com pacientes reais ou simulados, seguida pela análise e feedback, pode ser uma alternativa válida neste processo (WOUDA; VAN DE WIEL, 2013).

Outro ponto relevante destacado pelo autor é que o ensino das habilidades de comunicação utilizando simulação pode estar integrado com outros conteúdos, como raciocínio clínico, habilidades práticas e resolução de problemas, tornando o seu ensino mais efetivo e interessante para os estudantes (WOUDA; VAN DE WIEL, 2013).

O uso de pacientes simulados padronizados, gravações destas consultas seguidas por feedback, reflexões e discussões sobre as consultas em pequenos grupos, foi testado em um estudo na Coreia do Sul, em 2006. Os pesquisadores aplicaram a 111 estudantes do 2º ano do curso de medicina, no estágio pré-clínico da graduação, como forma de prepará-los para a parte clínica, onde teriam contato direto com o paciente, nos anos subsequentes. O curso oferecido possuía sessões de 3 horas, totalizando 30 horas de curso, e composto de encontros com pacientes simulados padronizados, gravações de consultas com pacientes simulados padronizados, escrita de textos de autorreflexão usando os vídeos, além do feedback de colegas e professores sobre seu desempenho e discussões em pequenos grupos mediados pelos docentes. Algumas outras estratégias de ensino estavam inclusas no programa do curso, como encontros em grupos de 10 alunos com o paciente simulado utilizando uma técnica denominada “time-in time-out”, leituras sobre o assunto, “roleplay” e discussões em grandes grupos (LEE; LEE, 2014).

Alguns pontos chamam a atenção, como o fato de os autores considerarem que alunos nesta etapa da graduação não fossem aptos a desenvolver e compartilhar informações sobre um plano de cuidados. Por essa razão, os pesquisadores removeram da sua ferramenta avaliativa a parte que representa as habilidades envolvidas neste processo. Incluindo apenas elementos relacionados a: iniciar a sessão, construir relacionamento, coletar informações, compreender a perspectiva do paciente e encerrar a sessão (LEE; LEE, 2014).

As ferramentas avaliativas utilizadas pelos autores mostraram uma melhora nas habilidades de comunicação reportadas pelos próprios estudantes, bem como analisadas diretamente pelos pesquisadores, que compararam a diferença no desempenho entre a consulta gravada no primeiro encontro com paciente simulado e as duas últimas, realizadas ao final do programa. Entretanto, algumas limitações metodológicas devem ser ressaltadas, como o fato de não possuir um grupo controle no estudo e não haver evidências de que esta melhoria de desempenho nos pacientes simulados se traduziria em melhorias com pacientes na prática clínica real (LEE; LEE, 2014).

Em uma pesquisa feita com os estudantes de medicina das escolas na Holanda e Espanha, estes relataram utilizar pacientes simulados que fornecem feedback após a simulação, afirmaram gostar deste modelo de ensino e de receber orientações de como poder melhorar suas habilidades. Na escola holandesa ainda foi descrito que, durante aulas práticas para exame físico já é acrescentado a comunicação clínica em conjunto, havendo um professor (médico de família ou psicólogo) que realiza o feedback em pequenos grupos, e, eventualmente o próprio paciente simulado dá o feedback ao aluno (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013).

Tendo em vista os trabalhos científicos expostos anteriormente, podemos perceber que a prática simulada já foi descrita como ferramenta de ensino de habilidades de comunicação em outros países (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013; LEE; LEE, 2014). Com destaque para a importância da gravação em vídeo, feedback deste e discussão em pequenos grupos (LEE; LEE, 2014; WOUDA; VAN DE WIEL, 2013).

Pendleton et al. (2011), um dos grandes autores sobre comunicação clínica, também considera a prática simulada para o ensino destas habilidades uma ferramenta valiosa, além das consultas reais. Aponta que os atores de boa qualidade que simulam os pacientes podem trazer sentimentos, frustrações e alegrias que um paciente real vivenciaria. O papel do ator, por ser construído de maneira proposital e ser conhecido pelo instrutor, favorece o debate com o grupo ao final da consulta, pois evita conjecturas sobre as preocupações verdadeiras do paciente, como acontece com pacientes reais (PENDLETON et al., 2011).

2.4.3 A Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP)

A relação entre médico e paciente é um produto entre as orientações que ambos trazem para esta relação, produzindo estilos variados a ela, que pode ser mais centrado no paciente ou mais centrado no médico (ou na doença). Este último se caracteriza por uma relação em que o médico assume uma postura mais paternalista e dominante sobre o paciente, onde é esperado que ele se submeta à decisão do profissional. O modelo centrado no paciente é aquele na qual o médico busca envolver o paciente na tomada de decisão, onde a pessoa se torna o foco da consulta, em detrimento de ser apenas a sua doença (KRUPAT et al., 2000).

Alguns autores defendem que o estilo de relação médico-paciente não deve ser padronizado para todas as consultas. Sendo que o ensino deste assunto, de maneira

mais coerente, envolve sensibilizar o aluno a perceber as necessidades e desejos de cada paciente para construir o modelo de relação que será mais adequado naquele momento (KRUPAT et al., 2000; STEWART et al., 2017).

A EOMP é uma ferramenta para avaliar a atitude de médicos, estudantes ou pacientes, frente a relação médica paciente, classificando-os em mais centrado no médico ou no paciente. Foi desenvolvido inicialmente em língua inglesa, e então, traduzido e validado para o português do Brasil (PEREIRA et al., 2013). No Apêndice 1, ao final, encontra-se o EOMP em português na íntegra, extraído e levemente adaptado (apenas questões gráficas) (PEREIRA, 2017).

O instrumento é composto de um questionário de 18 itens, cada um com uma escala tipo Likert, de 1 a 6 pontos, variando de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. Um resultado é obtido e classifica o participante em uma escala que varia de centrado no médico ou centro no paciente. Além disso, o questionário se subdivide em 2 domínios: “Sharing” e “Caring”. O domínio “Sharing” possui itens relacionados a crença do participante sobre se o paciente deseja informações ou deve participar do plano terapêutico. Já o domínio “Caring” se refere à visão de quem responde ao questionário sobre os sentimentos, expectativas e circunstâncias de vida como elementos importantes no processo de cuidados (KRUPAT et al., 2000).

O resultado da EOMP é calculado a partir de uma média entre todos os itens, e pode variar de 1 (centrado no médico) a 6 (centrado no paciente), assim como em seus domínios “Sharing” e “Caring” (DOHMS; COLLARES; TIBERIO, 2021). Um ponto importante ressaltado por Moore é que os itens 9, 13 e 17 do EOMP devem ter os valores de suas escalas invertidas no momento do cálculo da média (MOORE, 2008). A partir da média, se o resultado for: maior ou igual a 5 é considerado “centrado no paciente”; menor que 5, e maior ou igual a 4,97 consideramos moderado; menor do que 4,97 é considerado “centrado no médico” (KRUPAT et al., 2000).

Diversos estudos já foram realizados utilizando o EOMP para analisar as atitudes de cuidado centrado no paciente dos acadêmicos de medicina. Nos estudantes brasileiros cabe destacar que o gênero feminino, a escolha futura por trabalhar na atenção primária à saúde, e os períodos do curso mais avançados foram associados a uma atitude mais centrada no paciente, com pontuações mais altas no EOMP (RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007). Outro estudo mostrou um dado interessante, onde a média geral do EOMP em uma instituição de ensino não reduziu ao longo da graduação em medicina, mas houve uma média superior entre o gênero feminino, ainda, este grupo específico teve um incremento ao longo do curso diferente

do gênero masculino que teve médias menores e não teve um incremento estatisticamente significativo (WAHLQVIST et al., 2010). Existem ainda estudos que mostram uma correlação dos estudantes de medicina que almejam carreiras futuras em áreas cirúrgicas com modelos de cuidado mais centrados no médico, e ele não se altera tanto com o decorrer do curso (SIZILIO, 2021).

3 METODOLOGIA

A percepção da importância do cuidado centrado na pessoa, como bem vimos até momento, é indiscutível. Contudo, para melhor aproximação ao tema investigado, o levantamento de campo pode contribuir com dados que os referenciais teóricos não apontam, até porque tratam da necessária fundamentação teórica do tema de nossa pesquisa. No intuito de melhor ampliar o espectro de compreensão do tema do cuidado centrado na pessoa, acreditamos que um levantamento *in loco* pode ser de significativa importância. Assim, utilizamos a pesquisa de campo como método para esta fase do trabalho.

A pesquisa de campo ora implementada é do tipo quantitativa. Nela, o pesquisador elabora os instrumentos de pesquisa para coletar as informações dos pesquisados e, a partir daí, mensurar as variáveis estabelecidas com vistas a possíveis explicações para as influências exercidas entre elas. Para os autores, o papel do pesquisador neste modelo de pesquisa de campo é o de descrever, explicar e predizer (MARCONI, 2021).

A respeito das informações sociodemográficas, optamos em nossa pesquisa pela utilização do questionário como instrumento de coleta de dados, no qual o pesquisador oferece um conjunto pré-estabelecido de perguntas de múltipla escolha ao pesquisado, que as responde de forma autônoma (MARCONI, 2021).

Já para as informações sobre o cuidado centrado na pessoa, utilizamos o modelo de medida de opinião e atitude com escalas sociais, onde o pesquisador utiliza um questionário padronizado com opções de resposta que variam de “totalmente favorável” a “desfavorável, por exemplo. Nesse modelo, o objetivo é medir a intensidade de uma determinada opinião ou atitude por parte do pesquisado em relação ao que está sendo perguntado. Para isso, selecionamos o instrumento pré-validado denominado EOMP, que consiste em uma escala tipa Lickert (MARCONI, 2021).

A seguir, descreveremos de forma mais detalhada cada parte de nossa metodologia de pesquisa e análise estatística dos dados.

3.1 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é do tipo observacional analítico transversal, teve como enfoque os acadêmicos do curso de Medicina do UniFAA em 2023. A amostra foi composta por alunos matriculados no 1º, 5º, e 8º períodos do curso no primeiro semestre letivo 2023. Foram incluídos no estudo aqueles que aceitaram participar de forma voluntária e que declararam estar matriculados no curso durante a coleta de dados. Visando analisar o tipo de orientação do médico-paciente, se mais centrada no médico ou no paciente, utilizamos o instrumento EOMP em sua versão para língua portuguesa no Brasil (Apêndice 1). Tendo em vista coletar dados sobre o desejo de especialidade médica futura dos estudantes, entre outros dados sociodemográficos, foi aplicado um breve questionário elaborado pelo autor (Apêndice 2). Após a primeira análise, que aconteceu em fevereiro de 2023, os alunos foram analisados novamente ao final do semestre letivo, aplicando os questionários novamente ao final de maio e início de junho de 2023.

A aplicação do questionário, bem como o aceite para participação da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) se deu por meio digital através do Google formulário. Para coleta de dados, foi projetado e/ou impresso um QR code onde os alunos puderam acessar através dos seus smartphones, ou tablets. O presente estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e obteve aprovação, com CAEE: 64263022.5.0000.5237.

Para a interpretação dos resultados do EOMP, as médias são classificadas em: até 4,66 são consideradas como “centrado no médico”, de 4,67 até 4,99 como “moderadamente centrado no paciente” e 5 ou mais são “centrados no paciente”. Para melhor análise dos dados, as categorias “moderadamente centrado no paciente” e “centrado no paciente” foram unificadas e nomeadas como “centrado no paciente”. Ou seja, resultados com média até 4,66 foram categorizados como “cuidado centrado no médico” e médias iguais ou acima de 4,67 foram categorizados como “cuidado centrado no paciente”. (SIZILIO, 2021).

Foram incluídos na pesquisa aqueles alunos que: estavam presentes em sala de aula no momento da coleta de dados (seja na primeira ou na segunda abordagem), informaram estar matriculados de forma regular no curso de medicina, relataram idade

maior ou igual a 18 anos, e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídos deste estudo aqueles alunos que: responderam que não estavam regularmente matriculados; que informaram estar cursando em algum tipo de regime letivo especial ou adaptação curricular; que preencheram o questionário de maneira incompleta ou que o houve algum tipo de erro no formulário digital. Os alunos que informaram ter vindo por transferência, mas que estavam matriculados regularmente, isto é, sem adaptação ou outros regimes especiais, não foram excluídos da amostra estudada.

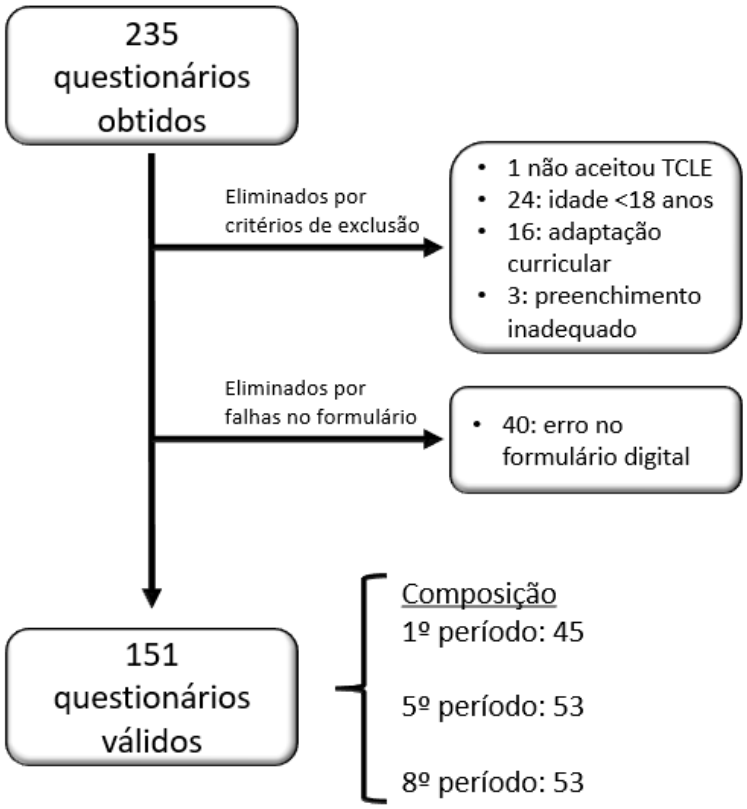
Os dados foram importados da plataforma digital Google Forms e transferidos para o programa Excel, onde são calculadas as médias obtidas em cada questionário, bem como a média geral entre todas as respostas obtidas, e sua subdivisão entre 1º, 5º e 8º períodos.

Para análise dos dados, foi realiza estatística descritiva simples (frequência, média e desvio padrão). Foi utilizado teste qui-quadrado para medir associação entre sexo, outra graduação, período do curso, transferência de outra instituição, intencionalidade por alguma especialidade médica e alunos categorizados como “cuidado centrado no paciente” ou “cuidado centrado no médico”. Os dados foram processados pelo software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para MAC, versão 29, considerando-se um nível de significância de 5% (α=0,05).

3.2 RESULTADOS

Foram obtidas 235 respostas, destas algumas foram eliminadas segundo os critérios estabelecidos: 1 por não aceitar o TCLE, 24 por declarar idade menor de 18 anos, 16 por declarar estar em algum tipo de adaptação curricular, dependência e outras; 3 por preenchimento inadequado, e outros 40 por uma falha no formulário digital que impedia o aluno de prosseguir até o final (sendo 20 formulários no 1º e 20 no 5º período). Aqueles que informaram ter vindo por transferência, mas que estavam matriculados regularmente, isto é, sem adaptação ou outros regimes especiais não foram excluídos da amostra. Assim sendo, restaram 151 questionários válidos para análise, dos quais: 45 eram do 1º período; 53 do 2º período; e 53 do 8º período. (Figura 2.)

Figura 2. Fluxograma de construção da amostra a partir dos critérios de inclusão/exclusão bem como processo de coleta de dados. Fonte: O autor.



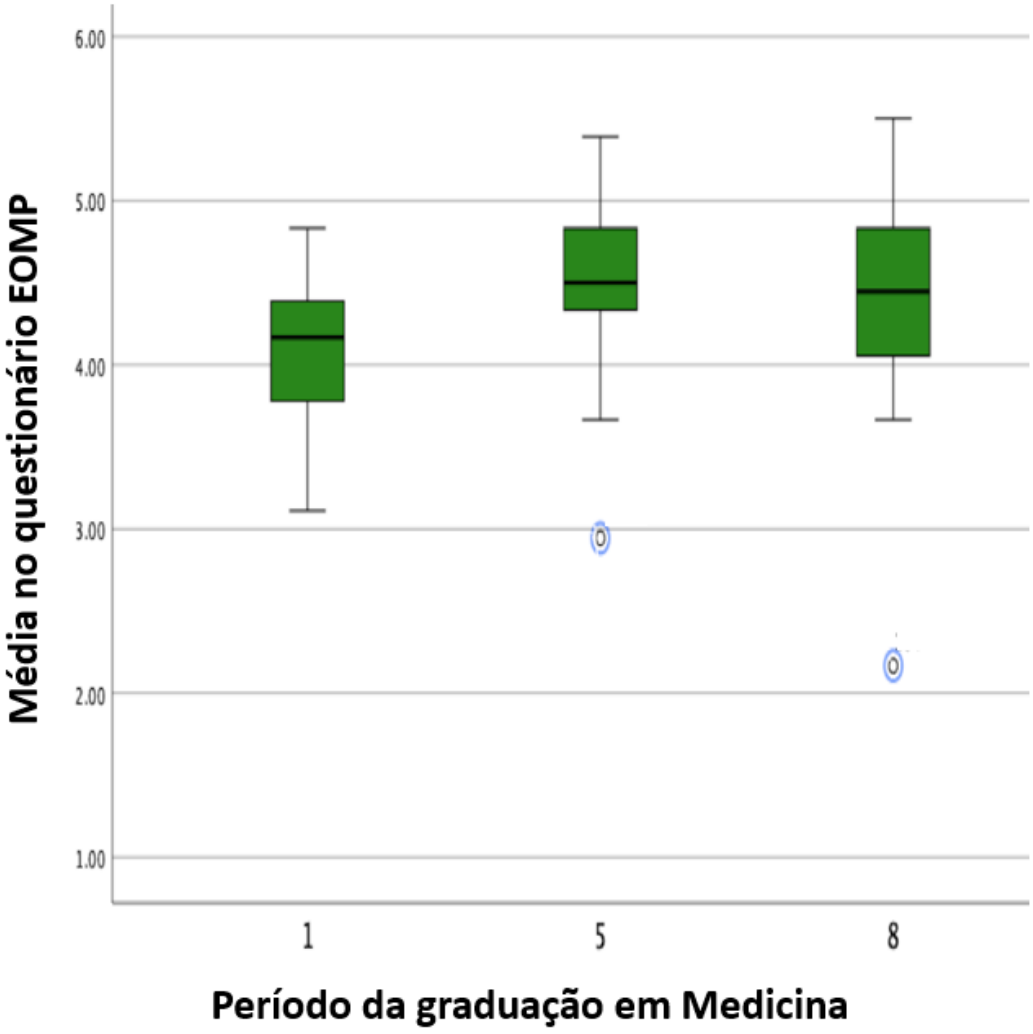
As principais características desta amostra estão resumidas na tabela 1, O sexo predominante foi o feminino, com 62,9% do total (n= 95), e nenhum participante se identificou em outra sexualidade. A idade variou de 18 a 39 anos, com média 22,06 e desvio padrão 3,835 anos. Apenas 10 participantes (6,6%) declararam ter vindo mediante transferência de outra instituição. A respeito de ter cursado outras graduações na área da saúde, 8,6% declararam que cursaram parcialmente (n= 13) e 5,3% declararam que completaram este curso (n= 8).

A respeito da escolha de especialidade futura, 47% optaram por ênfase clínica (n= 71), 43% por ênfase cirúrgica (n= 65), 2% por ênfase diagnóstica (n= 3), e apenas 1,3% não gostaria de se especializar, permanecendo como generalista (n= 2). Um total de 10 alunos declarou que não sabia qual especialidade escolher (6,6%).

Para interpretar os resultados do EOMP, fizemos conforme Sizílio et al., aglutinamos os escore classificados como “moderadamente centrado no paciente” e “centrado no paciente” em uma única, denominada “centrada no paciente”.(SIZILIO, 2021) Dessa forma, encontramos que 108 alunos foram classificados como “centrados no médico” (71,5%) e, por consequência, apenas 39 foram “centrados no paciente” (26,5%), com média geral de 4,36 ± 0,5. A média no 1º período foi de 4,1 ± 0,39, com

uma elevação para 4,51 ± 0,44 no 5º período, seguida por discreta queda no 8º período, com 4,43 ± 0,55, conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3. Média e desvio padrão do resultado do questionário EOMP no 1º, 5º e 8º períodos do curso de Medicina no UniFAA. Fonte: O autor.



Foi realizado um teste de qui-quadrado de independência (2x3) visando investigar se havia associação entre o modelo de cuidado (centrado no médico e centrado no paciente) e período de graduação (1°, 5° e 8°). Foi encontrada uma associação significativa entre o modelo de cuidado e período do curso ($\chi^2(2) = 12{,}12$, $p < 0.002$; Cramer´s V = 0,283). Análises dos resíduos padronizados ajustados demonstraram que o primeiro período do curso se associou com a classificação de modelo de cuidado. Alunos do primeiro período tiveram 6,25 vezes mais chances de serem centrados no médico, quando comparados com alunos do 5° período e 5,79 quando comparados com alunos do 8° período (Tabela 1).

Tabela 1. Associação entre modelo de cuidados e período da graduação em medicina (1º, 5º ou 8º).

	Período da graduação em medicina		
Modelo de Cuidado	*1°*	*5°*	*8°*
Centrado no Médico (*n*)	41	33	34
Resíduos ajustados	3.5**	1.9	1.5
Centrado no Paciente (*n*)	4	20	19
Resíduos ajustados	3.5**	1,9	1.5

Nota: *n* = número de casos; ** $p < 0,01$

Foi realizado um teste de qui-quadrado de independência (2x2) visando investigar se havia associação entre o modelo de cuidado (centrado no médico e centrado no paciente) e sexo (feminino e masculino), transferido de outra instituição de ensino (sim e não) Não foi encontrada associação significativa entre o modelo de cuidado e as variáveis analisadas (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre os modelos de cuidado e as variáveis sociodemográficas.

	Modelo de Cuidado			
Variável (n / %)	*Centrado No Paciente*	*Centrado No Médico*	*χ^2 (gl)*	*P*
Sexo				
Feminino (95 / 62,9%)	29	66	0,528 (1)	0,467
Masculino (56 / 37,1%)	14	42		
Transferência de outra instituição				
Sim (10 / 6,6%)	1	9	1,780 (1)	0,180
Não (141 / 93,4%)	42	99		

χ^2 = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; P = p valor.

Foi realizado um teste de qui-quadrado de independência (2x4) para investigar se havia associação entre o modelo de cuidado (“centrado no médico” e “centrado no paciente”) e a escolha por especialidade futura (“Ênfase clínica”, “Ênfase cirúrgica”, “Ênfase diagnóstica” ou “Generalista/sem especialidade”). Não foi encontrada diferença com significância estatística para os dados analisados destes itens. (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre os modelos de cuidado e a escolha da especialidade futura por grandes áreas de interesse, excetuando os que não souberam escolher.

	Modelo de Cuidado			
Variável (n)	*Centrado No Paciente*	*Centrado No Médico*	*χ^2 (gl)*	*p*
Especialidade escolhida para o futuro (141)			2,463	0,482
Ênfase clínica (71)	18	53		
Ênfase cirúrgica (65)	21	44		
Ênfase diagnóstica (3)	0	3		
Generalista/sem especialidade (2)	1	1		

χ^2 = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; P = p valor.

3.3 DISCUSSÃO

O objetivo principal desta pesquisa era analisar o perfil do acadêmico de medicina em relação ao seu modelo de cuidados, se mais centrado na pessoa ou no médico. Notamos que a maioria significativa dos alunos foi classificada como “centrada no médico” em nossa forma de análise do questionário EOMP (71,5% do total da amostra), com média geral de 4,36±0,5.

Porém, ao analisarmos de forma mais cuidadosa, notamos ainda que houve uma tendência para mais resultados classificados como “centrado na pessoa”, segundo nossa metodologia de análise (aglutinando as duas classificações de “moderadamente centrado na pessoa” e “centrado na pessoa”), no 5º e 8º períodos em comparação com o 1º. Sendo que alunos do primeiro período tiveram 6,25 vezes mais chances de serem centrados no médico, quando comparados com alunos do 5° período e 5,79 quando comparados com alunos do 8° período

Cabe ressaltar aqui que, para os alunos do 5º e 8º períodos, já foram ministradas aulas teóricas e práticas abordando os conceitos mais importantes de comunicação clínica e método clínico centrado na pessoa, utilizando para isso oficinas de simulação realística como metodologia. Dessa forma, é possível que este aumento do resultado no EOMP em comparação com o primeiro período seja resultado deste processo de ensino descrito.

Um trabalho com estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e observou que os valores do EOMP aumentavam ao longo do curso

de maneira lenta, porém contínua, variando de 4,57±0,43 no primeiro período até 4,77±0,44 no décimo segundo, com uma pequena quena no décimo período (RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007). Em nosso estudo obtivemos uma média de 4,1±0,39, no primeiro período, com pico no quinto (4,51±0,44) e discreta queda (4,43±0,55) no oitavo (Figura 2). Podemos perceber que, apensar de nossas médias serem menores desde o primeiro período, ainda conseguirmos observar um comportamento dos dados semelhante ao dos referidos autores, apesar destes estudarem até o décimo segundo período, e nós apenas até o oitavo.

Para estes autores o aumento acontece a partir do período clínico do curso, momento este em que acontecem as primeiras vivências do aluno com atendimentos ambulatoriais e na atenção primária, locais onde é mais comum de se observar o cuidado centrado na pessoa como ferramenta terapêutica. Já a queda no décimo período os autores levantam a hipótese da influência da prática da medicina especializada nos ambulatórios do hospital escola, que traz o enfoque nos aspectos biológicos da doença (RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007).

Em nosso meio os alunos do 5º período tiveram seu primeiro contato com a atenção primária no 3º período, com visitas ao território e às equipes de APS, que continua no 4º período com visitas domiciliares acompanhando Médicos de Família e Comunidade. Além destas vivências reais, acontecem aulas teóricas sobre método clínico centrado na pessoa, e práticas com simulação realística sobre este assunto. Analisando este fenômeno em conjunto com o que foi descrito com os alunos da UFMG (RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007), é possível que o aumento do resultado do EOMP no início do 5º período seja fruto destes cenários nos quais o aluno é inserido. Outro estudo que ressalta a relevância do treinamento de comunicação e desenvolvimento do cuidado centrado na pessoa, onde foi observado que presença de atividades de treinamento de habilidades de comunicação era o preditor mais forte de resultados mais centrados no paciente pelo EOMP (PEREIRA, 2017).

Já no 8° período observamos uma discreta queda no EOMP em relação ao 5º período, porém, sem significância estatística, que poderia ser explicada pelo fato de não haver contato com cuidado centrado na pessoa e APS durante o 6º e 8º períodos, apenas os ambulatórios de especialidades do hospital escola. Essa consideração também foi feita por Ribeiro et al., porém se referindo a um declínio no EOMP ao redor do 10º período, como descrito anteriormente (RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007).

Um estudo mostrou uma associação positiva entre períodos mais avançados do curso de medicina e resultados maiores na EOMP, porém, apenas para o gênero

feminino. Uma limitação deste estudo, descrita pelos próprios autores, foi a falta de alunos do gênero masculino respondendo à pesquisa nos anos finais da graduação (10° e 11° períodos) (WAHLQVIST et al., 2010).

Estes pesquisadores identificaram que o gênero feminino apresenta resultados mais “centrados no paciente” no EOMP, se comparado ao masculino, além de a idade estar correlacionada positivamente com o resultado maior no EOMP (WAHLQVIST et al., 2010). Outros autores observaram algo semelhante, com o gênero feminino apresentados escores maiores no EOMP, mas essa diferença não acontecia no 5º e 6º anos da graduação (PEREIRA, 2017). E ainda temos trabalhos onde encontraram dados conflitantes sobre o assunto, sem diferença estatisticamente significativa entre os gêneros em relação à média geral no EOMP (SIZILIO, 2021).

Nossa amostra possuía predominância do sexo feminino (62,9%), encontramos ainda uma prevalência maior de respostas “centradas no paciente” utilizando nossa classificação do EOMP nos estudantes do sexo feminino, entretanto, não houve significância estatística para essa associação (Tabela 2). Nos parece, portanto, não haver concordância entre os autores se o sexo é um fator relacionado ao modelo de cuidados adotado pelo aluno.

A respeito da escolha da especialidade futura, no estudo de Sizílio et al. (2021), observaram que os estudantes que optaram por especialidades predominantemente cirúrgicas têm maior tendência ao modelo de cuidados centrado no médico, se comparado àqueles que optam por especialidades clínicas. Uma possível explicação para este evento pode ser retirada do seguinte trecho do autor:

> Posições hierárquicas de residentes e veteranos e a pressão do habitus do grupo dos cirurgiões estimulam os novatos (ou postulantes) na carreira a seguirem uma série de comportamentos pré-estabelecidos e assim manterem o equilíbrio desse grupo perante o grupo maior do curso de medicina e da instituição de ensino. Mantém-se dessa forma os estereótipos de poder e condição da carreira cirúrgica, de especialidade que não é para fracos, não é para mulheres, fazendo com que esse grupo não perca posições dentro da hierarquia médica em um momento de mudança de paradigmas na medicina, como a maior feminização e a pressão para um cuidado médico mais horizontal e centrado no compartilhamento com o paciente como valor fundamental para a formação do médico (SIZILIO, 2021, p.72).

Em nosso estudo não encontramos diferença estatisticamente significativa na associação entre as escolhas por especialidades futuras e os resultados no EOMP. (Tabela 3). Devemos considerar ainda que, no trabalho de Sizilio et al. (2021), a amostra era composta de residentes que foram recém aprovados na sua

especialidade de escolha, já a nossa é composta de acadêmicos ainda na graduação. Possivelmente nossa amostra sofreu menos influência da referida “pressão de *habitus* do grupo dos cirurgiões” citada pelo referido autor, o que poderia explicar a divergência entre nossos resultados. Entretanto, o ponto mais relevante na discussão é que não obtivemos significância estatística relevante, o que compromete uma conclusão mais assertiva sobre nosso resultado, necessitando de estudos mais precisos ante a conclusões precipitadas.

3.4 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Nossa análise mostrou um predomínio de modelo de cuidados “centrado no médico” em nosso meio, com um aumento significativo nas médias no EOMP ao chegar no 5º período, se comparado ao 1º. Entretanto, a média do 5º período foi 4,51 ± 0,44, sendo classificada como “centrado no médico”. Considerando que outros autores descrevem que atividades de treinamento de habilidades de comunicação são preditores de modelos de cuidados mais centrado no paciente por parte dos alunos (PEREIRA, 2017), devemos, além de realizar pesquisas com metodologias mais precisas, aprimorar cada vez mais o processo de ensino destas habilidades na graduação em nosso meio.

Apesar dos dados obtidos concordarem com diversos autores no assunto, devemos ressaltar algumas limitações de nossa análise. Este foi um estudo observacional de corte transversal em único centro, além disso, uma falha do formulário digital eliminou muitas respostas de nosso banco de dados, além do que não estudamos todos os períodos da graduação, focando apenas no 1º, 5º e 8º períodos.

A metodologia inicialmente proposta previa uma análise em dois momentos da amostra selecionada, um no início e outro no final do período letivo. Isso proporcionaria uma visão mais precisa a respeito do efeito das metodologias de ensino de cuidado centrado na pessoa e comunicação clínica em cada um dos períodos analisados. Entretanto, não foi possível individualizar as respostas dos questionários obtidos, assim os dados obtidos na segunda etapa da pesquisa de campo não puderam ser comparados individualmente com os primeiros, perdendo muito de seu valor. Assim sendo, utilizamos apenas os dados da primeira etapa da pesquisa de campo, limitando o nível de evidência de nosso resultado.

A abordagem individualizada dos dados, e não agregada, conforme foi realizada, proporcionaria acompanhar os alunos ao longo de um semestre letivo e analisar a sua evolução. Estudos com esta metodologia, utilizando ainda a comparação com as metodologias de ensino em habilidades de comunicação aplicadas, poderiam trazer informações valiosas sobre o efeito destas estratégias no modelo de cuidado aos discentes.

4. PRODUTO EDUCACIONAL

É fato que o ensino de habilidades de comunicação clínica deve estar presente na graduação em medicina, como está definindo pela Diretriz Curricular Nacional (DCN) do Curso de Graduação em Medicina no Brasil de 2014 (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2014), e reiterado em nova publicação em 2022, com maior enfoque no processo de cuidados paliativos (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2022). Neste estudo, utilizamos pelo ensino de tais habilidades com base nos estudos de Stewart et al. (2017), Ramos (2009) e Pendleton et al. (2011).

De modo geral, este trabalho consiste em uma sequência didática para estruturar oficinas práticas de comunicação clínica para a graduação em medicina, que utilizará pacientes simulados e vídeo feedback. Mais adiante será descrito brevemente os pontos-chave do processo de ensino de habilidades de comunicação defendido por Pendleton et al. (2011) e sua aplicação dentro do produto educacional (PE).

4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O PRODUTO EDUCIONAL

Em nosso estudo percebemos que os alunos têm uma maior tendência ao modelo de cuidados centrado no médico pelas médias obtidas no EOMP, no entanto, existe um aumento desses valores no 5º período, logo após acontecerem as oficinas de simulação, aulas práticas e teóricas sobre o assunto.

Dessa forma, no intuito de facilitar e instrumentalizar o processo de ensino de habilidades de comunicação na graduação em medicina, e, assim, reforçar o modelo

de cuidados mais centrado na pessoa com os graduandos, os autores desta obra se debruçaram sobre a literatura a respeito do assunto no intuito de desenvolver um PE que posso atender a essa necessidade. Sabemos que este produto não tem a pretensão de ser solução definitiva ao problema em questão, mas uma ferramenta auxiliar para o trabalho docente face às exigências inerentes ao exercício docente e as recomendações vigentes em nosso país.

Escolhemos nomear o PE de “O Doutor não me escuta!”, elaborado sob a forma de uma sequência didática. Na experiência docente do autor, observou-se que os graduandos (e muitos profissionais já formados) tem dificuldades em escutar a história dos pacientes por completo, focando apenas em conteúdos biológicos da narrativa. Assim, foi este distanciamento por uma espécie de “escuta seletiva” do profissional, ignorando questões como o sofrimento diante da doença, os desejos do paciente em relação à condução de seu problema e outras questões relacionadas à experiência de doença, que motivou todo o processo de desenvolvimento do produto bem como sua nomeação.

4.2 SEQUÊNCIA DIDÁTICA

Como apontamos anteriormente, o Produto Educacional será modelado sob forma de uma sequência didática. Contudo, cabe esclarecer os critérios que adotamos para a escolha deste método de ensino e o que se deve compreender por sequência didática.

Existem diversas metodologias de ensino, isto é, conjunto de métodos e formas de conduzir o processo o ensino e aprendizagem. A sequência didática (SD) é uma delas, representada por um conjunto de atividades, estratégias e intervenções planejadas pelo docente visando alcançar o entendimento do discente sobre um tema. Pode ser discutida e interpretada de diferentes formas, por ser aplicada por muitos docentes nos diferentes níveis educacionais (LOPES; CATALAN DO AMARAL, 2020).

A SD se assemelha a um plano de aula, entretanto, difere deste no ponto em que utiliza de diversas estratégias de ensino aprendizagem conectadas na forma de um “passo a passo”, que pode ser aplicada ao longo de vários encontros (FRANCO, 2018). Essa ferramenta propõe ainda a utilização de diversos componentes curriculares em uma área para construir competências a partir do diálogo entre estes conteúdos (LOPES; CATALAN DO AMARAL, 2020).

Visto que nossa intenção com o PE é instrumentalizar e facilitar o processo de ensino de comunicação clínica e cuidado centrado na pessoa, optamos pelo formato

do produto como SD, pois esta corresponde a uma estrutura sistematizada do processo de ensino, que poderá facilitar a inserção do PE como parte integrante de uma matriz curricular do curso de medicina, restando aos professores e coordenadores que optaram pela utilização do PE, apenas fazer pequenas adaptações e complementações que julgarem pertinentes.

4.3 O ENSINO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO

Para um processo adequado de ensino das habilidades de comunicação, é necessário haver um modelo explícito do que deve ser aprendido, além de um momento para a execução destas técnicas e o fornecimento de um feedback adequado sobre o desempenho alcançado. O autor defende ainda que exista um instrumento de avaliação adequado, principalmente relacionado ao momento da formação em que é aplicado (PENDLETON et al., 2011). Nosso PE é mais direcionado a alunos que continuam iniciando o seu ciclo de aprendizado clínico e tendo seus primeiros contatos mais aprofundados com pacientes reais.

Segundo o autor, é necessário engajar e envolver o aprendiz no processo. Para tal é importante identificar as principais preocupações, objetivos e qual é o conteúdo que o aluno já possui sobre o assunto. Também é fundamental apresentar claramente a fundamentação lógica para as tarefas a serem executadas durante a consulta, bem como identificar atentamente e negociar a aceitação por parte dos alunos. Devemos então observar a descrever uma consulta, buscando ao máximo explicitas as tarefas que estão sendo executadas. Na sequência acontece o feedback construtivo, com foco nas tarefas que foram realizadas adequadamente, e naquelas que ainda podem ser mais bem realizadas, buscando encontrar as razões que dificultaram este processo (PENDLETON et al., 2011).

Outros pontos importantes ressaltados são: o processo de desenvolvimento de autoconsciência a respeito de sentimentos e pensamentos durante o atendimento, a escolha de estratégias de aprendizagem apropriadas em atividades futuras. Deve-se também estimular os aprendizes a colocar em prática as habilidades já adquiridas, em especial em ambientes protegidos (PENDLETON et al., 2011).

Com o exposto, o PE apresenta uma SD que propõe duas oficinas que utilizam a simulação realística com pacientes simulados por atores, como atividade principal. O objetivo maior da primeira oficina é trabalhar com os aprendizes a percepção a

respeito da demanda inicial dos pacientes, bem como o processo de comunicação adequado para se alcançar tal percepção. Assim, propomos as seguintes atividades:

1. Realizar uma roda de conversa sobre experiências prévias dos alunos com atendimentos médicos.
2. Buscar identificar o que caracteriza um atendimento de excelência.
3. Mostrar as principais evidências científicas sobre o assunto, seguidas de seus autores e obras.
4. Demonstrar, mediante um vídeo previamente elaborado, como poderia ser uma consulta médica com bom desempenho e cuidado centrado na pessoa.
5. Um cenário prático onde o aluno colocará em prática as habilidades discutidas e demonstradas até aqui. O formato consiste em uma série de consultas com paciente simulados, onde um dos alunos será o médico.

A segunda oficina consiste em uma breve revisão teórica do assunto, seguida por diversos cenários práticos de simulação. Nela utilizaremos menos cenários, porém, com uma duração maior, visto que serão consultas completas e não apenas a abordagem inicial do paciente. Espera-se que, a esta altura, os alunos sejam capazes de perceber as demandas do paciente, realizar uma boa escuta ativa e perceber as nuances da experiência de doença e conceito sobre saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos autores ressaltaram a importância da incorporação do ensino destas habilidades na graduação em medicina (BROWN, 2008; DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013; MAKOUL; SCHOFIELD, 1999; VON FRAGSTEIN et al., 2008; WOUDA; VAN DE WIEL, 2013). Além disso, para outros autores, o modelo teórico do cuidado centrado na pessoa tem demonstrado ser bastante efetivo (STEWART et al., 2017), e deve integrar o currículo de habilidades de comunicação das escolas médicas (LEE; LEE, 2014; VON FRAGSTEIN et al., 2008).

Dentre as diversas metodologias para o ensino de habilidades de comunicação e cuidado centrado na pessoa, uma se mostrou bastante promissora: a simulação realística. Esta foi descrita como tendo potencial de se conectar com outros assuntos para além da comunicação clínica, como resolução de problemas e raciocínio clínico, tornando-a mais atrativa aos alunos (WOUDA; VAN DE WIEL, 2013).

Notamos que os alunos em nosso meio optaram, em sua maioria, pelo modelo de cuidados mais centrados no médico, segundo nossa pesquisa, porém, com uma mudança para o modelo mais centrado no paciente ao longo do curso. Tais informações nos mostram a necessidade de ampliar e facilitar cada vez mais o processo de ensino de habilidades de comunicação clínica, tendo em vista direcionar os futuros profissionais para um modelo de cuidados mais centrados no paciente, visto ser este o modelo associado a uma prática médica de excelência.

Desenvolvemos aqui um PE que visa facilitar e instrumentalizar o processo de ensino de habilidades de comunicação clínica na graduação em Medicina. Este PE foi elaborado tendo em vista os principais referenciais teóricos que estruturaram a dissertação e toda a pesquisa de campo. Dessa forma, buscamos entregar uma ferramenta que busca ao máximo aproximar, de maneira fácil e rápida, o processo de trabalho docente às evidências científicas do processo de ensino e aprendizagem do assunto, visto que este traz um plano para estruturar o ensino de habilidades de comunicação para estudantes de medicina. Além de esclarecer o processo de ensino ao docente, o PE busca ressaltar algumas sugestões bibliográficas para estudo e aprimoramento, tanto do docente quanto do aluno, em cada etapa do processo.

Existe ainda uma margem para adaptações nas oficinas e metodologias propostas pelo PE, bem como no processo e construção de roteiros para os atores. Essa abertura pode facilitar e aproximar o docente do processo de ensino, visto que apresentamos os principais fundamentos teóricos que embasam as oficinas dentro do próprio PE, de modo que o docente é capaz de construir suas adaptações de maneira personalizada.

Contudo, notamos ainda que existem fragilidades neste PE. A principal delas é o fato de depender de um docente que já possui as habilidades de comunicação que visamos ensinar, algo que nem sempre é fácil de encontrar. Isso acaba por limitar a difusão do PE em todas as escolas médicas. Mesmo assim, acreditamos que o fato de existir um produto com esta intenção pode estimular docentes e coordenadores a buscar cada vez mais se capacitar para ensinar estas habilidades tão importantes.

Esperamos ainda contribuir para mudança na realidade observada em nossa pesquisa de campo, além de fomentar que professores da área desenvolvam mais pesquisas, produtos educacionais e iniciativas nesta linha: ampliar e facilitar o processo de ensino e aprendizagem do cuidado centrado na pessoa no Brasil.

6 REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.** Ciência e Saúde Coletiva, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução CNE/CES n.º 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.** 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 28 jul. 2022

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução CNE/CES n.º 3, de 3 de novembro de 2022. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** 2022. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 28 jul. 2022

CAMPOS, C. F. C.; RIOS, I. C. Qual Guia de Comunicação na Consulta Médica É o Mais Adequado para o Ensino de Habilidades Comunicacionais na Atenção Primária à Saúde Brasileira? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 108–118, set. 2018.

DE SILVA, D. **Helping measure person-centred care**. The Health Foundation, 2014. . Acesso em: 7 abr. 2023

DOHMS, M. C.; COLLARES, C. F.; TIBERIO, I. C. Brazilian version of Calgary-Cambridge Observation Guide 28-item version: cross-cultural adaptation and psychometric properties. **Clinics**, v. 76, p. e1706, 2021.

DOHMS, M.; TESSER, C. D.; GROSSEMAN, S. Potencialidades no ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente em três escolas brasileira, espanhola e holandesa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 3, p. 311–319, set. 2013.

FRANCO, D. L. A IMPORTÂNCIA DA SEQUÊNCIA DIDÁTICA COMO METODOLOGIA NO ENSINO DA DISCIPLINA DE FÍSICA MODERNA NO ENSINO MÉDIO. **Revista Triângulo**, v. 11, n. 1, 30 abr. 2018.

FRANK, J. R. et al. **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework**. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.

FREEMAN, T.; MCWHINNEY, I. R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GREAT BRITAIN, D. OF H. G. **High Quality Care For All NHS Next Stage Review Final Report CM 7432**. London, England: TSO, 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, D.C.: National Academies Press, 2001. p. 360

KRUPAT, E. et al. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction. **Patient Education and Counseling**, v. 39, n. 1, p. 49–59, 1 jan. 2000.

LEE, Y.-M.; LEE, Y. H. Evaluating the short-term effects of a communication skills program for preclinical medical students. **Korean Journal of Medical Education**, v. 26, n. 3, p. 179–187, set. 2014.

LOPES, M. L. M.; CATALAN DO AMARAL, L. Sequências didáticas e possibilidades de uma prática pedagógica interdisciplinar. **Caderno Marista de Educação**, v. 10, n. 1, p. 200–211, 2020.

MAKOUL, G.; SCHOFIELD, T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. **Patient Education and Counseling**, v. 37, n. 2, p. 191–195, jun. 1999.

MARCONI, M. D. A. **Metodologia Cientifica**. 8. ed. SÃO PAULO, SP: Editora Atlas Ltda, 2021.

IVANOVIC, L. F.; ATTA, J. A.; MARTINS, M. A. História Clínica. In: MARTINS, M. DE A; QUINTINO, C. R.; TIBÉRIO, I. DE F. L. C.; ATTA, J. A.; IVANOVIC, L. F. **Semiologia clínica**. Santana de Parnaíba, SP: Editora Manole, 2021. *E-book.* ISBN 9786555765250. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555765250/. Acesso em: 09 dez. 2023.

MOORE, M. What does patient-centred communication mean in Nepal? **Medical Education**, v. 42, n. 1, p. 18–26, 2008.

PENDLETON, D. et al. **A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente.** 2ª edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PEREIRA, C. **Atitudes dos estudantes de medicina a respeito da relação médico-paciente**. Orientador: Profª. Drª. Helena Borgens Martins da Silva Paro. 2017. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2 ago. 2017.

PEREIRA, C. M. A. S. et al. Cross-cultural validation of the Patient–Practitioner Orientation Scale (PPOS). **Patient Education and Counseling**, v. 91, n. 1, p. 37–43, abr. 2013.

RAMOS, V. A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 25, n. 2, p. 208–220, 1 mar. 2009.

RIBEIRO, M. M. F.; KRUPAT, E.; AMARAL, C. F. S. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. **Medical Teacher**, v. 29, n. 6, p. e204–e208, jan. 2007.

SIZILIO, A. **Características associadas à postura centrada no paciente em egressos do curso de medicina.** Orientador: Prof. Dr. Milton de Arruda Martins. 2021. p.111. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

SMITH, S. et al. Teaching Patient Communication Skills to Medical Students: A Review of Randomized Controlled Trials. **Evaluation & the Health Professions**, v. 30, n. 1, p. 3–21, mar. 2007.

STEWART, M. Towards a global definition of patient centred care. **BMJ: British Medical Journal**, v. 322, n. 7284, p. 444–445, 24 fev. 2001.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. 3ª edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

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

WAHLQVIST, M. et al. Patient-centred attitudes among medical students: Gender and work experience in health care make a difference. **Medical Teacher**, v. 32, n. 4, p. e191–e198, jan. 2010.

WOUDA, J. C.; VAN DE WIEL, H. B. M. Education in patient–physician communication: How to improve effectiveness? **Patient Education and Counseling**, v. 90, n. 1, p. 46–53, jan. 2013.

APÊNDICE 1 – Escala de orientação médico paciente

As afirmações abaixo referem-se a crenças que as pessoas possam ter a respeito de médicos, pacientes e assistência médica. Leia cada item e marque o número que indica o quanto você concorda ou discorda de cada um. O número 6 indica discordância total e o número 1 indica concordância total.

	6	5	4	3	2	1
1. É o médico quem deve decidir o que será conversado durante a consulta.						
2. Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina.						
3. A parte mais importante da consulta médica é o exame físico.						
4. Geralmente é melhor para os pacientes que eles não tenham uma explicação completa de sua condição médica						
5. Os pacientes devem confiar no conhecimento de seus médicos e não tentarem descobrir sua condição por si mesmos.						
6. Quando os médicos fazem muitas perguntas sobre o histórico dos pacientes eles estão se intrometendo muito em questões pessoais.						
7. Se os médicos são realmente bons em diagnóstico e tratamento a maneira com que eles se relacionam com o paciente não é tão importante.						
8. Muitos pacientes continuam fazendo perguntas mesmo se não têm mais nada a aprender na consulta						
9. Os pacientes devem ser tratados como parceiros do médico como poder, direitos e deveres semelhantes.						
10. Os pacientes geralmente querem ser tranquilizados em vez de ter informação sobre sua saúde.						

11. Se as características principais do médico são ser sincero e amigável ele não terá muito sucesso.						
12. Quando o paciente discorda do seu médico é sinal que o médico não tem a confiança e o respeito do paciente.						
13. Um tratamento pode não ter sucesso se estiver em conflito com o estilo de vida e os valores dos pacientes.						
14. A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório do médico o mais rápido possível.						
15. O paciente deve estar sempre que é o médico quem está no comando.						
16. Não é importante conhecer a cultura e a história do paciente para tratar a sua doença.						
17. Humor é um ingrediente principal do médico no tratamento do paciente.						
18. Quando o paciente procura por informações sobre seu estado de saúde por conta própria isso confunde mais do que ajuda.						

APÊNDICE 2 – Questionário Sociodemográfico

1. Você veio transferido de outras instituições para o UniFAA?

Sim ( ) Não ( )

2. Você já estudou outros cursos da área da saúde? (Ex.: enfermagem, fisioterapia, farmácia e outros)

Sim, e completei o curso ( ) Sim, mas não completei o curso ( ) Não ( )

3. Você está matriculado nesta disciplina no formato de dependência, adaptação, reposição de carga horária ou alguma outra forma que não seja a habitual?

Sim ( ) Não ( )

4. Idade

5. Sexo

Masculina ( ) Feminino ( ) Outros ( )

6. Período da graduação em medicina hoje:

1º Período ( )
2º Período ( )
3º Período ( )
4º Período ( )
5º Período ( )
6º Período ( )
7º Período ( )
8º Período ( )

7. Você já sabe dizer qual a especialidade médica, ou pelo menos qual das grandes áreas gostaria de seguir após a graduação?

Sim ( ) Não ( )

8. Qual das grandes áreas da medicina você escolheria?

( ) Especialidades com ênfase cirúrgica (Ex: ortopedia, urologia, otorrinolaringologia, ginecologia e obstetrícia) *(ir para questão 8.1)*

( ) Especialidades com ênfase clínica (Ex: pediatria, cardiologia, medicina de família e comunidade) *(ir para questão 8.2)*

( ) Medicina diagnóstica e outras especialidades médicas (Ex: radiologia, medicina legal) *(ir para questão 8.3)*

( ) Medicina geral / generalista (sem especialidade médica)

8.1 Especialidades com ênfase cirúrgica

( ) Anestesiologia
( ) Angiologia
( ) Cirurgia cardiovascular
( ) Cirurgia de Cabeça e pescoço
( ) Cirurgia de mão
( ) Cirurgia do Aparelho digestivo
( ) Cirurgia oncológica
( ) Cirurgia pediátrica
( ) Cirurgia pediátrica
( ) Cirurgia plástica
( ) Cirurgia torácica
( ) Cirurgia vascular
( ) Coloproctologia
( ) Endoscopia
( ) Ginecologia e obstetrícia
( ) Mastologia
( ) Neurocirurgia
( ) Oftalmologia
( ) Ortopedia e traumatologia
( ) Otorrinolaringologia
( ) Urologia

8.2 Especialidades com ênfase clínica

( ) Alergia e imunologia
( ) Cardiologia
( ) Dermatologia
( )Endocrinologia e metabologia
( )Gastroenterologia
( )Geriatria
( )Hematologia
( )Infectologia
( )Medicina de Emergência
( )Medicina de Família e Comunidade
( )Medicina Física e reabilitação
( )Medicina Intensiva
( )Nefrologia
( )Neurologia clínica
( )Pediatria
( )Pneumologia
( )Psiquiatria
( )Reumatologia

8.3 Medicina diagnóstica e outras especialidades médicas

( ) Acupuntura
( ) Genética médica
( ) Homeopatia
( ) Medicina de tráfego
( ) Medicina do Trabalho
( ) Medicina esportiva
( ) Medicina legal e perícia médica
( ) Medicina nuclear
( ) Medicina preventiva e social
( ) Nutróloga
( ) Patologia clínica/ Medicina laboratorial
( ) Radiologia e diagnóstico por imagem
( ) Radioterapia