



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Ensino e Aprendizagem de Competências de Comunicação no Curso de Medicina da UBI

Ana Carolina Roque

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor Paulo Vitória

Coorientadora: Prof. Célia Nunes

Coorientador: Professor Doutor Miguel Castelo-Branco

Covilhã, maio de 2016

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Paulo Vitória a sua enorme disponibilidade expressa ao longo de todas as etapas deste estudo. A sua prontidão na resposta aos meus pedidos de auxílio, a sua orientação, o seu rigor e dedicação persistentes tornaram possível a concretização desta investigação. O meu sincero agradecimento.

Agradeço à Professora Célia Nunes não só pela sua preciosa ajuda e apoio no tratamento estatístico, mas também por todos os encontros que me motivaram e inspiraram neste estudo.

Agradeço ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco todas as suas sugestões e orientação.

Agradeço aos informáticos da Faculdade de Ciências da Saúde, nomeadamente ao Dr. Pedro Sousa e Dr. Rui Costa, pela paciência e apoio prestados na recolha dos dados.

Um agradecimento especial a todos os alunos do 5º e 6º ano de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde que participaram neste estudo, através do preenchimento dos questionários, e o tornaram exequível.

Um enorme agradecimento aos meus familiares e amigos pelos desabafos nos momentos difíceis, pelo apoio incansável e pela força que sempre me transmitiram neste desafio.

Toda a arte da medicina está na observação, como fala o velho ditado, mas para educar os olhos para ver, o ouvido para ouvir e o dedo para sentir demora. Iniciar um homem no caminho correto é tudo o que podemos fazer.

William Osler

Resumo

Introdução: O ensino da Medicina tem sido alvo de grandes mudanças ao longo do tempo e tem, atualmente, como finalidade, preparar os alunos com um conjunto de aptidões no domínio do conhecimento, das habilidades sensitivo-motoras e, também, do relacionamento interpessoal. As competências de comunicação concretamente têm ganho um crescente relevo no ensino da medicina e na prática clínica.

Objetivos: Confrontar um esquema proposto por especialistas para o Ensino/Aprendizagem da Comunicação no Curso de Medicina com o plano de estudo vigente no curso da FCS/UBI, através de: 1) Análise da avaliação das competências essenciais de comunicação clínica realizada pelos alunos do 5º e 6º ano do curso de Medicina da FCS-UBI, do ano letivo 2014-2015; 2) Análise do currículo dos estudantes de Medicina da FCS-UBI.

Materiais e Métodos: Estudo de investigação, observacional e transversal. Participaram neste estudo 181 alunos, do 5º e 6º ano de Medicina da FCS-UBI, com uma média de $24,2 \pm 2,2$ anos de idade. A maioria dos participantes era do sexo feminino (65,2%), frequentava o 6º ano de Medicina (52,5%) e tinha preferência pelas áreas médicas (54,7%). Foi aplicado um questionário online construído a partir de uma adaptação das competências comunicacionais descritas e avaliadas no “European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions”. [1]

A análise estatística foi realizada com base nos programas Statistical Package for the Social Science® versão 22.0 e Microsoft Office Excel 2010®. Para a análise exploratória dos dados foram aplicados alguns conceitos da estatística descritiva e algumas técnicas de inferência estatística considerando-se um nível de significância de 5%.

Resultados: 1) Os alunos reconhecem a importância das competências de comunicação no exercício da Medicina e consideram, na generalidade, que o curso de Medicina da UBI dá a devida importância a estas competências. 2) A maioria dos alunos concorda apenas parcialmente que se sente preparada relativamente ao domínio das competências de comunicação. 3) A avaliação dos alunos sobre a sua preparação para utilizar competências de comunicação clínica está relacionada com o ano curricular que frequentam. 4) Existe uma associação significativa ($p < 0,05$), na maioria dos casos forte, entre o modo como as competências comunicacionais em estudo foram lecionadas ao longo do curso e o domínio destas pelos alunos. 5) A escolha de uma das 5 competências nucleares definidas no Licenciado Médico em Portugal como a “competência mais importante” na formação médica obteve resultados muito heterogêneos; os alunos consideram os *Conhecimentos* a competência mais importante na educação médica pré-graduada, seguida pelas *Aptidões interpessoais de comunicação*.

Conclusão: Os estudantes reconhecem a importância das competências de comunicação na prática médica, mas nem todos se sentem preparados para as aplicar. Foi também demonstrada a existência de uma relação entre o modo como as competências comunicacionais são ensinadas e a percepção do domínio das mesmas pelos estudantes de medicina, o que sugere que adaptações no ensino destas competências poderão moldar a opinião dos alunos sobre o seu domínio.

Palavras-chave

Competências, Comunicação, Medicina, Currículo, Estudantes

Abstract

Introduction: Teaching in medicine has undergone several changes over time and it is currently intended to prepare students with a set of skills in the field of knowledge, sensory-motor skills and also the interpersonal relationship. The particular communication skills have gained an increasing emphasis on medical education and clinical practice.

Objectives: Confronting a scheme proposed by experts for Education / Communication Learning in Medicine Course with the current study plan in the course of FCS / UBI through: 1) assessment of the analysis of the core competencies of clinical communication performed by students 5th and 6th year medical course of FCS-UBI, the school year 2014-2015; 2) Curriculum Analysis of medical students of FCS-UBI.

Materials and Methods: It is an observational, cross-sectional and empirical study. A total of 181 students, in the 5th and 6th years of the Master of Medicine FCS-UBI, with an average of $24.2 \pm$ years participated in this study. Most of the participants were female (65,2%), attended the 6th year (52,5%) and had a preference for medical areas (54,7%). It was applied a survey with an adaptation of the communication skills evaluated in the "European consensus on learning objectives for the core communication curriculum in health professions care". [1]

The processing and analysis of the information collected were performed using the Statistical Package for Social Sciences, version 22.0® for Windows and Microsoft Excel ®. Exploratory data analysis were applied some concepts of descriptive statistics and some techniques of statistical inference considering a 5% significance level.

Results: 1) Students recognize the importance of communication skills in the practice of medicine and in general they consider that medical school of UBI gives due importance to these skills. 2) Most students agree that feels only partially prepared in relation to the field of clinical communication skills. 3) The preparation of the students regarding the clinical communication skills depends on or is related to the academic year attending. 4) It was verified that there is a significant association ($p < 0.05$), in most cases strong, between how communication skills in the study were taught throughout the course and the mastery of these by the students of the 5th and 6th year. 5) In the hierarchy of clinical skills defined in the "Licenciado Médico em Portugal", it was found that students consider the knowledge the most important competence in pre-graduate medical education, followed by interpersonal communication skills.

Conclusion: The students recognize the importance of communication skills in medical practice, but not all feel prepared to apply in clinical practice. It was also shown that there is a relationship between how communication skills are taught and the domain of the same by

medical students, which suggests that adaptations in teaching these skills can shape the students' opinion about your domain.

Key words

Skills, Communication, Medicine, Curriculum, Students

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	vii
Palavras-chave	viii
Abstract	ix
Key words	x
Índice	xi
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de siglas e acrónimos	xvii
1. Introdução	1
2. Metodologia da investigação	3
2.1 Caracterização do estudo	3
2.2 População em estudo e caracterização da amostra	3
2.3 Procedimento	4
2.4 Instrumentos utilizados	5
2.4.1 Questionário	5
2.4.2 Revisão curricular	6
2.5 Análise estatística	7
3. Resultados	9
3.1 Avaliação geral das competências de comunicação clínica	9
3.2 Relação entre as competências de comunicação clínica e as características sociodemográficas	10
3.3 Avaliação detalhada das competências de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI, com base na opinião dos alunos	11
3.3.1 Comparação do nível de importância dada às competências de comunicação clínica por um painel de especialistas e pelos alunos de Medicina da UBI	11
3.3.2 Avaliação do ensino das competências de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI	14
3.3.3 Relação entre o modo como as competências de comunicação clínica foram lecionadas e o domínio destas competências pelos alunos	17
3.4 Competências nucleares a serem adquiridas no termo da educação médica pré-graduada	20
4.2 Sugestões futuras	27
	xi

Bibliografia	31
Anexos	33
Anexo 1 - Modelo do questionário aplicado à população-alvo	35
Anexo 2 – Revisão curricular	43
Anexo 3 – Relação entre a avaliação geral das competências de comunicação clínica e as diferentes variáveis sociodemográficas	45
Anexo 4 - Declaração de Aceitação do Estudo pela Comissão de Ética	49
Anexo 5 – Certificado de Apresentação no Research Day em Educação em Ciências da Saúde	51
Anexo 6 – Certificado de Aprovação para Apresentação na International Conference on Communication in Healthcare 2016	53

Lista de Figuras

Figura 1 – Nível de importância dada às Aptidões interpessoais de comunicação (1- a mais importante; 5- a menos importante)	21
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 – População em estudo e Taxa de resposta dos alunos do 5º e 6º ano da FCS-UBI	3
Tabela 2 – Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas	4
Tabela 3 – Avaliação geral das competências de comunicação clínica (CCC)	9
Tabela 4 – Avaliação da preparação dos alunos relativamente às Competências de Comunicação Clínica por Ano curricular que frequentam	10
Tabela 5 – Comparação da importância das competências de comunicação clínica do estudo atual e os resultados obtidos no estudo com painel de especialistas	11
Tabela 6 – <i>Acceptance</i> do artigo 2013 e do estudo atual para as competências de comunicação número 2	13
Tabela 7 – Avaliação do ensino das competências de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI	14
Tabela 8 – Relação entre o ano curricular e da perspectiva dos alunos sobre o ensino das competências de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI	16
Tabela 9 – Relação entre o modo como as competências de comunicação clínica foram lecionadas e o domínio destas competências pelos alunos	17
Tabela 10 – Competências nucleares da educação médica pré-graduada hierarquizadas pelos alunos de acordo com o nível de importância	20
Tabela A. 3.1 – Sexo vs. As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica	45
Tabela A 3.2 – Sexo vs. O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação	45
Tabela A.3.3 Sexo vs. Sinto-me preparado(a) no que se refere às competências de comunicação clínica	45
Tabela A.3.4 Ano curricular vs. As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica	46
Tabela A.3.5 Ano curricular vs. O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação	46

Tabela A.3.6 Área de interesse vs. As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica	46
Tabela A.3.7 Área de interesse vs. O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação	47
Tabela A.3.8 Área de interesse vs. Sinto-me preparado(a) no que se refere às competências de comunicação clínica	47
Tabela A.3.9 Faixa etária vs. As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica	48
Tabela A.3.10 Faixa etária vs. O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação	48
Tabela A.3.11 Faixa etária vs. Sinto-me preparado(a) no que se refere às competências de comunicação clínica	48

Lista de siglas e acrónimos

CCC - Competências de Comunicação Clínica

FCS-UBI

IAC

UP - Unidade Pedagógica

1. Introdução

O Tempo tem induzido diversos desafios e mudanças no programa de estudos do Curso de Medicina, exigindo, atualmente, dos estudantes, um conjunto de conhecimentos, aptidões e atitudes profissionais nucleares. O objetivo centra-se em conferir competência às ações de todos os médicos para corresponder ao que a sociedade espera que seja o exercício da medicina do século XXI. [2]

Nos anos 70, as competências básicas de um médico incluíam apenas três elementos: o conhecimento clínico e técnico, o exame físico e a resolução de problemas médicos. A ausência das competências de comunicação no ensino baseava-se na crença de que a comunicação era uma habilidade inata, própria de cada profissional e portanto, rejeitada da educação médica pela maioria dos professores clínicos. [9]

A educação médica fundamenta-se no pressuposto de que o currículo deve ser organizado com base em competências - aprendizagens para resolver problemas, melhorar procedimentos, comunicar efetivamente ou tomar corretas decisões clínicas - em detrimento de listas de objetivos de conhecimento, para a construção de um currículo integrado que envolva de forma construtiva elementos de conhecimento existente e novas aprendizagens. [3-5] Existe um consenso global acerca da necessidade de um médico ter um conjunto alargado de competências além do conhecimento sobre a ciência básica, como as competências de comunicação clínica, que têm ganho uma importância crescente nas últimas décadas. [6-8]

Atualmente, a comunicação efetiva é considerada uma competência básica na educação médica [10-11] e o seu processo de ensino é fundamentado em três princípios básicos: primeiro, que as competências efetivas de comunicação durante uma consulta médica estão relacionadas com os seus resultados; segundo, que as competências de comunicação nem sempre são adequadas e, portanto, alguns resultados para estes médicos e doentes podem ser melhorados; e, por último, as estratégias e competências de comunicação podem ser ensinadas. [12]

Apesar da comunicação e da interação com os doentes ser uma componente essencial do trabalho médico [22-23], uma parte significativa da insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde tem a ver com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde, no contexto de consultas e de outras intervenções. [21] Esta realidade mostra que as habilidades de comunicação do médico permanecem, em muitos casos, pouco desenvolvidas e a necessidade de se tornarem melhores comunicadores continua. [22]

Estudos demonstram que uma adequada comunicação se repercute numa maior confiança na relação médico-doente, melhor adesão terapêutica por parte do doente,

diminuição das prescrições terapêuticas, melhores resultados clínicos das doenças em curso e numa diminuição das queixas contra os profissionais. [13-16] Por outro lado, com boas competências comunicacionais, os médicos identificam os problemas dos seus doentes com mais precisão, têm maior satisfação e menos stress no trabalho [17] e o seu bem-estar é também promovido. [18-20] Mas os benefícios não se concentram apenas no doente e no médico, a nível da comunidade as competências de comunicação podem promover mudanças positivas nos ambientes socioeconómicos e físicos, melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adoção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida. [21]

É importante perceber que comunicar eficazmente não se traduz num rasgo de personalidade, nem deve ser fruto de uma aprendizagem baseada somente na experiência. Aprender a comunicar deve obedecer a um ensino formal e faz todo o sentido que se inclua nos objetivos nucleares da Educação Médica Continuada. [24]

Esta investigação procura materializar um esforço no sentido de confrontar um esquema elaborado por especialistas para o Ensino/Aprendizagem da Comunicação no Curso de Medicina com o modo como os alunos percecionam o esquema atual de ensino e o plano vigente de estudo na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI).

Este estudo organizou-se em função dos seguintes objetivos específicos:

- 1) Avaliar, na perspetiva dos alunos do 5º e 6º anos de Medicina da FCS-UBI, a importância das competências essenciais de comunicação clínica, analisando os resultados por subgrupos: sexo, idade, ano curricular e área de interesse em Medicina;
- 2) Comparar o nível de importância dada às competências de comunicação clínica por especialistas e a avaliação feita pelos alunos de Medicina da UBI; [1]
- 3) Avaliar o ensino das competências de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI, com base na opinião dos alunos;
- 4) Perceber se existe uma relação entre o modo como as competências de comunicação clínica foram lecionadas e o domínio destas competências pelos alunos;
- 5) Avaliar a importância das *Aptidões interpessoais de comunicação* relativamente às restantes quatro Competências nucleares da educação médica pré-graduada em Portugal;
- 6) Estudar o currículo dos alunos de Medicina da FCS-UBI.

2. Metodologia da investigação

2.1 Caracterização do estudo

O presente estudo define-se como observacional, descritivo e transversal. Apresenta uma componente metodológica quantitativa tendo-se procedido à recolha e ao tratamento dos dados de forma sistemática e estatística, no sentido de cumprir os objetivos da investigação citados anteriormente.

2.2 População em estudo e caracterização da amostra

A população deste estudo é constituída pelo universo dos estudantes do 5º e 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências de Saúde, da UBI, sendo o seu total, no ano letivo de 2014/2015, de 254 alunos distribuídos segundo a tabela 1.

Apesar de neste estudo terem sido recolhidos 201 questionários, 20 dos mesmos foram excluídos por não se apresentarem preenchidos de forma completa e/ou válida. Foram, então, analisados 181 questionários válidos referentes aos 254 alunos a frequentar o 5º e 6º ano de Medicina na FCS-UBI, verificando-se uma taxa de resposta de cerca de 71% (ver Tabela 1). Atendendo à dimensão da amostra e considerando um grau de confiança de 95% podemos concluir que o erro de estimativa é inferior a 4%.

Assim, perante estes dados, podemos afirmar que a adesão dos estudantes foi boa, contribuindo para a representatividade da amostra e, conseqüentemente, para a validade dos resultados.

Tabela 1 - População em estudo e Taxa de resposta dos alunos do 5º e 6º ano da FCS-UBI

Ano curricular	N	f	Taxa de resposta
5º Ano	129	86	66,7%
6º Ano	125	95	76,0%
TOTAL	254	181	71,3%

N - número de alunos; f - número de questionários válidos analisados

Relativamente aos dados sociodemográficos (ver Tabela 2), concluímos que os alunos que responderam ao questionário têm uma média etária de $24,2 \pm 2,2$ anos, variando entre os 22 e os 36 anos. A maioria dos alunos que compõe a amostra pertence ao sexo feminino

65,2%, frequentam o 6º ano de Medicina 52,5% e apresentam como área de interesse uma especialidade médica 54,7%.

Tabela 2 - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas	Média \pm σ	Mínimo	Máximo
Idade	24,2 \pm 2,2	22	36
	F		%
Sexo			
Masculino	63		34,8
Feminino	118		65,2
Ano curricular			
5º Ano	86		47,5
6º Ano	95		52,5
Área de interesse			
Cirúrgica	18		9,9
Médica	99		54,7
Médico-cirúrgica	61		33,7
Investigação	3		1,7

2.3 Procedimento

A recolha de dados foi realizada em Junho e Julho de 2015, nas instalações da FCS, através de um questionário construído no serviço de Formulários do Google Docs. O questionário foi disponibilizado após a realização das provas de avaliação finais dos alunos do 5º e 6º ano, onde se pensou, por um lado, estar presente um maior número de alunos com mais recetividade para responder ao questionário e, por outro, foi garantido que todos os alunos do 6º ano já tinham frequentado as áreas que constituem o ano profissionalizante e os alunos do 5º ano já tinham terminado a componente letiva.

Na presente investigação a inclusão dos elementos que constituem a amostra foi determinada pela disponibilidade dos alunos em preencherem o questionário proposto nos momentos pré-definidos. Como critério de exclusão determinou-se todos os questionários respondidos de forma incompleta ou inválida.

Esta estratégia permitiu uma recolha de dados rápida e de baixo custo. Para contactar com os alunos do 5º ano o questionário online foi aplicado como previamente planeado, no entanto, no caso dos alunos do 6º ano devido a problemas logísticos de última hora (os alunos não realizaram o exame em salas com computadores) o questionário teve que ser impresso e aplicado depois da avaliação final escrita a que os alunos foram sujeitos.

2.4 Instrumentos utilizados

2.4.1 Questionário

A investigação realizada com recurso a um questionário assenta no pressuposto de que as opiniões e os comportamentos expressos de forma escrita ou verbal num questionário são uma fonte válida e fiável da realidade social. [25]

Antes da aplicação do questionário online, achou-se conveniente realizar um pré-teste com o objetivo não só de garantir a compreensão por parte dos alunos de todas as questões a preencher, como também de seleccionar o modelo de pergunta mais adequado da secção 2 referente ao Ensino/Aprendizagem das Competências de Comunicação. Este pré-teste foi aplicado a 6 elementos da população-alvo que responderam às seguintes questões: 1) Existe alguma questão de difícil compreensão ou pouco explícita? Se sim, qual?; 2) Qual a tua opinião sobre a extensão/tempo para completar o questionário?; 3. Qual dos modelos considera mais adequado e/ou de fácil preenchimento, o modelo A ou o modelo B?

Com as sugestões recolhidas procedeu-se à reformulação de algumas perguntas para facilitar o seu entendimento e promover a validade das respostas.

O início do questionário continha uma breve introdução sobre a importância das Competências de Comunicação Clínica no currículo médico, enunciando os objetivos do estudo e explicando a importância da colaboração dos alunos para a concretização e credibilidade deste trabalho. Foi ainda garantida a confidencialidade das respostas.

O questionário aplicado neste estudo (ver Anexo 1) divide-se essencialmente em quatro secções.

A primeira secção diz respeito a informações pessoais e dados sociodemográficos. Na segunda secção é avaliada a opinião dos estudantes relativamente à importância das competências de comunicação clínica, à forma como a FCS-UBI valoriza estas competências e à sua preparação no domínio.

Na terceira secção encontram-se listadas 18 competências essenciais de comunicação, uma versão resumida dos 61 objetivos para a Educação pré-graduada em Medicina que foram definidos e avaliados por um painel de especialistas. Este artigo intitulado “*European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions*” [1], procurou identificar objetivos de aprendizagem de comunicação para o currículo de todos os profissionais de saúde com base na literatura internacional e no conhecimento especializado de um grupo internacional composto por 121 especialistas em comunicação de diferentes áreas profissionais. Neste consenso europeu, foram classificados numa escala de cinco valores (1 - extremamente importante e 5 - nada importante) os objetivos nucleares de comunicação considerados relevantes no ensino pré-graduado dos futuros profissionais de saúde. Esta avaliação foi também solicitada aos alunos de Medicina da UBI, realizando-se, desta forma, uma comparação do nível de importância médio encontrado para cada objetivo de comunicação analisado, por estes dois grupos distintos.

A última secção é constituída por uma questão na qual os alunos devem ordenar de acordo com o seu nível de importância as 5 competências referidas no “Licenciado Médico 2005” [2] como Competências, Aptidões e Atitudes Profissionais Nucleares da Educação Médica Pré-graduada que todos os licenciados médicos em Portugal devem ser capazes de aplicar e onde as Competências de Comunicação são incluídas.

2.4.2 Revisão curricular

Foi feita uma revisão curricular do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da FCS-UBI no mês de Maio e Junho de 2015 (ver Anexo 2), com base na documentação fornecida pelo Gabinete de Educação Médica da FCS e na informação facultada pelos docentes responsáveis dos blocos onde a comunicação clínica é alvo de estudo.

O percurso académico dos estudantes de Medicina foi estudado exaustivamente com o intuito não só de identificar as unidades curriculares que abordam o tema da Comunicação Clínica, como também de analisar os seus conteúdos programáticos.

O esclarecimento dos conteúdos programados sobre Comunicação Clínica que integram o currículo dos estudantes de Medicina permite perceber de que forma os alunos têm oportunidade durante o curso para aprender as competências de comunicação pretendidas para o futuro, detetando os pontos fortes e aspetos a melhorar no plano de estudos em vigor.

2.5 Análise estatística

A análise estatística dos dados obtidos com o questionário foi efetuada através dos programas SPSS® (Statistical Package for the Social Science) versão 22.0 e Microsoft Office Excel 2010®.

Para a análise exploratória dos dados inicialmente foram aplicados alguns conceitos da estatística descritiva, nomeadamente frequências relativas e absolutas, médias, desvios-padrão, valor máximo e mínimo.

Também foram aplicadas algumas técnicas de inferência estatística, considerando-se um nível de significância de 5%. A análise da independência entre as variáveis qualitativas foi testada a partir dos testes não paramétricos do Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher quando os pressupostos para a utilização do primeiro não se verificaram (sempre que mais de 20% das células das tabelas de contingência apresentaram frequência esperada inferior a 5). Para quantificar o grau de associação entre as variáveis calculou-se o coeficiente de associação V. de Cramer. A classificação do grau de associação foi feita com base no seguinte critério [26]:

- $V \leq 0,1$: Fraca;
- $0,1 < V \leq 0,3$: Moderada;
- $V > 0,3$: Forte.

Utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon em alternativa ao Teste t-Student para uma amostra, para comparar o nível de importância dada pelos alunos da UBI às competências de comunicação clínica com os resultados obtidos no artigo de *Bachman et al. (2013)*, uma vez que as variáveis em questão eram ordinais. [27]

3. Resultados

3.1 Avaliação geral das competências de comunicação clínica

Os resultados da primeira secção do questionário sobre a importância das Competências de Comunicação Clínica (CCC) na prática médica, o grau de preparação proporcionado pelo curso de Medicina da UBI relativo a estas competências, bem como o nível de preparação dos alunos referente às competências comunicacionais estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Avaliação geral das competências de comunicação clínica (CCC)

	f (%)				
	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente
As CCC são importantes na prática médica	172 (95,0)	8 (4,4)	0 (0)	0 (0)	1 (0,6)
O curso de Medicina na UBI dá a devida importância dada às CCC	105 (58,0)	60 (33,1)	5 (2,8)	11 (6,1)	0 (0)
Sinto-me preparado(a) no que se refere às CCC	66 (36,5)	92 (50,8)	6 (3,3)	16 (8,8)	1 (0,6)

Na pergunta 1, 172 (95%) alunos concordam totalmente que as competências de comunicação clínica são importantes na prática médica, 8 (4,4%) alunos concordam parcialmente e apenas 1 (0,6%) aluno refere desacordo total. A tabela mostra-nos que esta pergunta é aquela em que os alunos expressam um nível de acordo, parcial ou total, mais elevado (99,4%), o que indica que os alunos consideram a comunicação na prática clínica efetivamente muito importante.

Na pergunta 2, a maioria dos alunos (105 alunos, 58%) continua a demonstrar um grau de acordo total, agora para a importância que o curso de Medicina da UBI dá às competências de comunicação clínica. No entanto, as respostas dadas encontram-se mais distribuídas por outras categorias da escala do que as respostas dadas na pergunta anterior; 60 alunos (33,1%) concordam parcialmente, 5 alunos (2,8%) não mostram grau de acordo ou desacordo e 11 alunos (6,1%) não concordam parcialmente que o curso de Medicina valorize as referidas

competências. A tabela mostra-nos que os alunos expressam um nível de acordo, parcial ou total, elevado relativamente à importância que o curso de Medicina oferece às habilidades comunicacionais (91,1%), mas que é inferior à importância que consideram que estas competências deveriam ter na prática clínica.

Na pergunta 3, a maioria das respostas situa-se no nível de acordo parcial, no que se refere à preparação relativa às competências de comunicação clínica, com o contributo de 92 alunos (50,8%) e as respostas distribuem-se por todas as categorias da escala. O grau de acordo dos alunos, parcial ou total, é de 87,3%, o mais baixo neste conjunto de questões, o que sugere que a maioria dos alunos se sente preparada nesta área, contudo, como existem alunos a realizar uma autoavaliação negativa, existe alguma margem de evolução onde se deve procurar intervir.

3.2 Relação entre as competências de comunicação clínica e as características sociodemográficas

Procurou-se perceber se existe uma relação entre a importância das Competências de Comunicação Clínica (CCC) na prática médica, o nível de importância proporcionado pelo curso de Medicina da UBI relativamente a estas competências, bem como o grau de preparação dos alunos referente às mesmas e as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, o sexo, a idade, o ano curricular e a área de interesse.

Analisando os resultados da Tabela 4 verificamos que a preparação dos alunos relativamente às competências de comunicação clínica está relacionada com o ano curricular a que pertencem ($p\text{-value}=0,003<0,05$) e a associação entre estas variáveis é moderada ($0,1 < V \leq 0,3$). O nível de acordo, parcial ou total, sobre a preparação dos alunos relativa a estas competências é de 93,7% no 6º ano e de 80,2% no 5º ano, o que sugere que os alunos do 6º ano se sentem significativamente mais preparados no domínio da comunicação clínica.

Tabela 4 - Avaliação da preparação dos alunos relativamente às Competências de Comunicação Clínica por Ano curricular que frequentam

“Sinto-me preparado(a) no que se refere às CCC”	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exato de Fisher <i>p-value</i>	V. Cramer Coeficiente	<i>p-value</i>
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)			
5º Ano	21 (24,4)	48 (55,8)	4 (4,7)	12 (14,0)	1 (1,2)	0,003	0,28	0,003
6º Ano	45 (47,4)	44 (46,3)	2 (2,1)	4 (4,2)	0 (0)			

Relativamente ao cruzamento de todas as outras variáveis em questão, o valor do *p-value* foi sempre superior a 0,05, não se verificando uma relação significativa entre as variáveis (ver Anexo 3).

3.3 Avaliação detalhada das competências de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI, com base na opinião dos alunos

3.3.1 Comparação do nível de importância dada às competências de comunicação clínica por um painel de especialistas e pelos alunos de Medicina da UBI

Comparou-se o nível de importância que os alunos de Medicina da UBI atribuem às competências de comunicação clínica com a importância que lhes tinha sido atribuída por um painel de especialistas. [1] Os resultados apresentam-se na Tabela 5.

Tabela 5 - Comparação da importância das competências de comunicação clínica do estudo atual e os resultados obtidos no estudo com painel de especialistas

Comunicação com os Doentes	Especialistas Média	Estudo atual Média ± DP	Teste de Wilcoxon <i>n</i> <i>p-value</i>
1- Extremamente importante; 2- Muito importante; 3- Importante; 4- Pouco importante; 5- Nada importante			
1. Adapta a sua comunicação com o nível de compreensão e linguagem do doente, evitando termos difíceis.	1,410	1,35 ± 0,77	0,068**
2. Utiliza técnicas para construir e manter o <i>rapport</i> , uma relação empática e garante que o doente se sente ouvido e compreendido.	1,450	1,41 ± 0,79	0,824
3. Refere-se ao doente respeitosamente assegurando a garantia de confidencialidade, privacidade e autonomia e reconhece o doente como um parceiro na construção de uma relação.	1,470	1,31 ± 0,79	0,000*
4. Esclarece e explora o conteúdo da história biopsicossocial do doente e incentiva o doente a expressar as suas próprias ideias, preocupações, expectativas e sentimentos e aceita a legitimidade das perspetivas e sentimentos do doente.	1,535	1,57 ± 0,89	0,000*
5. Dá informação ao doente de forma oportuna, compreensiva e relevante e utiliza técnicas de escuta ativa.	1,555	1,57 ± 0,89	0,000*
6. Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva.	1,570	1,54 ± 0,88	0,000*

7. Mostra consciência da comunicação não-verbal do doente e do profissional de saúde e responde adequadamente.	1,600	1,53 ± 0,85	0,000*
8. Constrói uma conversa estruturada do início ao fim, utilizando diferentes tipos de perguntas de acordo com a situação.	1,750	1,54 ± 0,85	0,000*
9. Envolve o doente na entrevista para estabelecer uma relação terapêutica utilizando uma abordagem centrada no doente.	1,965	1,44 ± 0,83	0,000*
10. Orienta a sua própria comunicação tendo em conta as necessidades e preocupações reais do doente.	1,883	1,45 ± 0,81	0,000*
11. Recolhe e transmite as informações relevantes para o raciocínio clínico e tomada de decisão.	1,956	1,48 ± 0,83	0,000*
12. Considera em que medida os indivíduos estão/querem estar envolvidos e responsabilizados no processo de raciocínio e tomada de decisão.	2,020	1,68 ± 0,93	0,000*
13. Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.	2,165	1,70 ± 0,89	0,000*

Comunicação Intra e Interpessoal	Especia listas Média	Estudo atual Média	<i>Teste de Wilcoxon p-value</i>
14. Desenvolve e melhora sistematicamente a autoconsciência, autorreflexão, autocuidado e reflete com outras pessoas sobre a sua própria comunicação e comportamento.	1,982	1,66 ± 0,93	0,000*
15. Procura soluções/auxílio para a resolução de erros e respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.	1,855	1,52 ± 0,87	0,000*

Comunicação nas equipas de Saúde	Especia listas Média	Estudo atual Média	<i>Teste de Wilcoxon p-value</i>
16. Demonstra capacidade de comunicar eficazmente em equipas multidisciplinares.	2,057	1,44 ± 0,83	0,000*
17. Mostra competências básicas em habilidades de liderança.	2,037	1,72 ± 0,90	0,000*
18. Utiliza estratégias de comunicação e de gestão eficazes e eficientes.	1,833	1,60 ± 0,91	0,000*

*p-value<0,05; **p-value<0,1

Para a maioria das competências, com base na aplicação do Teste de Wilcoxon rejeita-se a hipótese nula ($p < 0,05$), o que significa que o nível de importância atribuída às competências analisadas pelos estudantes da UBI é significativamente diferente dos resultados obtidos no estudo com o painel de especialistas. Notamos ainda que o nível de importância atribuído à primeira competência no presente estudo é significativamente diferente do atribuído no estudo de 2013 para uma significância de 10% ($p\text{-value} < 0.1$).

Podemos ainda acrescentar que para a maioria dos casos no presente estudo obtemos valores significativamente inferiores aos obtidos em 2013, ou seja, os participantes deste estudo atribuem maior importância a estas competências do que o painel de especialistas que integraram o estudo de 2013. As competências 4 e 5 relativas à Comunicação com o Doente são as únicas exceções, sendo consideradas mais importantes pelos especialistas do que pelos estudantes de medicina.

Na opinião dos estudantes, as competências de comunicação clínica com maior importância são 1. *Adapta a sua comunicação com o nível de compreensão e linguagem do doente, evitando termos difíceis* e 3. *Refere-se ao doente respeitosamente assegurando a garantia de confidencialidade, privacidade e autonomia e reconhece o doente como um parceiro na construção de uma relação.*

Quanto à segunda competência, esta beneficia de um nível de importância idêntico no artigo analisado e no estudo atual, como podemos verificar na tabela 6, através do parâmetro *acceptance*, definida como a percentagem de participantes que classificaram determinada competência com o nível 1, 2 ou 3, isto é, como extremamente importante, muito importante ou importante.

Tabela 6 - *Acceptance* do artigo 2013 e do estudo atual para as competências de comunicação número 2

	<i>Acceptance %</i>	
	Artigo 2013	Estudo
2. Utiliza técnicas para construir e manter o <i>rapport</i> , uma relação empática e garante que o doente se sente ouvido e compreendido.	100,0	95,6

No artigo todos os participantes avaliaram estas competências de comunicação numa das três categorias supracitadas (*acceptance* de 100,0%) e no estudo atual a *acceptance* é apenas sensivelmente inferior com poucos alunos a considerar estas duas competências pouco ou nada importantes.

3.3.2 Avaliação do ensino das competências de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI

Todos os resultados foram analisados e comparados em função do ano curricular, no sentido de verificar se existiam diferenças significativas de resultados entre a perspectiva dos alunos (se uma determinada competência foi ou não lecionada) e o ano curricular a que pertenciam. Na tabela 7 encontram-se os resultados obtidos.

Tabela 7 - Avaliação do ensino das competências de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI

Comunicação com os Doentes	5º Ano		6º Ano		Teste do Qui-quadrado <i>p-value</i>
	S	f (%)	S	f (%)	
1. Adapta a sua comunicação com o nível de compreensão e linguagem do doente, evitando termos difíceis.	S	80 (93,0)	93 (97,9)		0,153#
	N	6 (7,0)	2 (2,1)		
2. Utiliza técnicas para construir e manter o <i>rapport</i> , uma relação empática e garante que o doente se sente ouvido e compreendido.	S	75 (87,2)	82 (86,3)		1,000
	N	11 (12,8)	13 (13,7)		
3. Refere-se ao doente respeitosamente assegurando a garantia de confidencialidade, privacidade e autonomia e reconhece o doente como um parceiro na construção de uma relação.	S	81 (94,2)	94 (98,9)		0,103#
	N	5 (5,8)	1 (1,1)		
4. Esclarece e explora o conteúdo da história biopsicossocial do doente e incentiva o doente a expressar as suas próprias ideias, preocupações, expectativas e sentimentos e aceita a legitimidade das perspetivas e sentimentos do doente.	S	71 (82,6)	83 (87,4)		0,408
	N	15 (17,4)	12 (12,6)		
5. Dá informação ao doente de forma oportuna, compreensiva e relevante e utiliza técnicas de escuta ativa.	S	63 (73,3)	83 (87,4)		0,023*
	N	23 (26,7)	12 (12,6)		
6. Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva.	S	51 (59,3)	76 (80,0)		0,003*
	N	35 (40,7)	19 (20,0)		
7. Mostra consciência da comunicação não-verbal do doente e do profissional de saúde e responde adequadamente.	S	70 (81,4)	83 (87,4)		0,307
	N	16 (18,6)	12 (12,6)		
8. Constrói uma conversa estruturada do início ao fim, utilizando diferentes tipos de perguntas de acordo com a situação.	S	79 (91,9)	86 (90,5)		0,799
	N	7 (8,1)	9 (9,5)		
9. Envolve o doente na entrevista para estabelecer uma	S	79 (91,9)	92 (96,8)		0,196#
	N				

relação terapêutica utilizando uma abordagem centrada no doente.	N	7 (8,1)	3 (3,2)	
10. Orienta a sua própria comunicação tendo em conta as necessidades e preocupações reais do doente.	S	79 (91,9)	86 (90,5)	0,799
	N	7 (8,1)	9 (9,5)	
11. Recolhe e transmite as informações relevantes para o raciocínio clínico e tomada de decisão.	S	80 (93,0)	87 (91,6)	0,786
	N	6 (7,0)	8 (8,4)	
12. Considera em que medida os indivíduos estão/querem estar envolvidos e responsabilizados no processo de raciocínio e tomada de decisão.	S	66 (76,7)	79 (83,2)	0,352
	N	20 (23,3)	16 (16,8)	
13. Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.	S	63 (73,3)	83 (87,4)	0,023*
	N	23 (26,7)	12 (12,6)	

Comunicação Intra e Interpessoal		5º Ano	6º Ano	Teste do Qui-quadrado <i>p-value</i>
		f (%)	f (%)	
14. Desenvolve e melhora sistematicamente a autoconsciência, autorreflexão, autocuidado e reflete com outras pessoas sobre a sua própria comunicação e comportamento.	S	65 (75,6)	75 (78,9)	0,589
	N	21 (24,4)	20 (21,1)	
15. Procura soluções/auxílio para a resolução de erros e respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.	S	74 (86,0)	84 (88,4)	0,661
	N	12 (14,0)	11 (11,6)	

Comunicação nas equipas de Saúde		5º Ano	6ºano	Teste do Qui-quadrado <i>p-value</i>
		f (%)	f (%)	
16. Demonstra capacidade de comunicar eficazmente em equipas multidisciplinares.	S	67 (77,9)	88 (92,6)	0,006*
	N	19 (22,1)	7 (7,4)	
17. Mostra competências básicas em habilidades de liderança.	S	65 (75,6)	75 (78,9)	0,599
	N	21 (24,4)	20 (21,1)	
18. Utiliza estratégias de comunicação e de gestão eficazes e eficientes.	S	67 (77,9)	81 (85,3)	0,248
	N	19 (22,1)	14 (14,7)	

#Teste Exato de Fisher **p-value*<0,05;

Relativamente à Comunicação com os Doentes, podemos concluir que existe uma certa unanimidade no que diz respeito à opinião dos alunos sobre a integração de determinadas competências no programa de estudos do curso de Medicina da UBI, nomeadamente a competência 1 e 3, para as quais a grande maioria dos alunos, 173 e 175 dos 181 alunos inquiridos afirmaram que tinham sido lecionadas. A competência 6. *Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva* foi aquela em que um maior número de alunos, 54 dos 181, não considerou que tivesse sido lecionada ao longo do curso.

Verificamos que a opinião dos alunos sobre o ensino destas competências de comunicação não depende do ano curricular ($p > 0,05$), exceto nas seguintes competências: 5. *Dá informação ao doente de forma oportuna, compreensiva e relevante e utiliza técnicas de escuta ativa*; 6. *Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva*; 13. *Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão* e 16. *Demonstra capacidade de comunicar eficazmente em equipas multidisciplinares*.

Para estas quatro competências citadas existe uma relação significativa entre o ano curricular e a perspetiva dos alunos sobre o seu ensino ($p < 0,05$), sendo que a frequência dos alunos que concordam sobre o ensino destas competências é superior no 6º ano.

Pela análise do coeficiente de Contingência *V. Cramer*, presente na Tabela 8, conclui-se que o grau de associação entre estas variáveis é moderada ($0,1 < V \leq 0,3$).

Tabela 8 - Relação entre o ano curricular e da perspetiva dos alunos sobre o ensino das competências de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI

	V. Cramer	
	Valor do coeficiente	<i>p-value</i>
5. Dá informação ao doente de forma oportuna, compreensiva e relevante e utiliza técnicas de escuta ativa.	0,178	0,023
6. Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva.	0,226	0,003
13. Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.	0,178	0,023
16. Demonstra capacidade de comunicar eficazmente em equipas multidisciplinares.	0,210	0,006

3.3.3 Relação entre o modo como as competências de comunicação clínica foram lecionadas e o domínio destas competências pelos alunos

Com base na opinião dos alunos, procurou-se perceber se o domínio das competências de comunicação pelos estudantes de Medicina está relacionado com o modo como são lecionadas. Foi pedido aos alunos que classificassem quer o ensino, quer o seu próprio desempenho das competências de comunicação de acordo com a seguinte escala: NS- Não satisfaz; S-Satisfaz e SB- Satisfaz Bem. Os resultados estão representados na tabela 9.

Tabela 9 - Relação entre o modo como as competências de comunicação clínica foram lecionadas e o domínio destas competências pelos alunos

Comunicação com os Doentes		Como avalia o modo como esta competência foi lecionada	Como avalia o seu domínio desta competência	Teste Exato de Fisher P-value	V. Cramer	
		f (%)	f (%)		Valor do coeficiente	p-value
1. Adapta a sua comunicação com o nível de compreensão e linguagem do doente.	NS	5(2,8)	1(0,6)	0,000	0,417	0,000
	S	84(46,4)	53(29,3)			
	SB	92(50,8)	127(70,2)			
2. Utiliza técnicas para construir e manter o <i>rapport</i> , uma relação empática e garante que o doente se sente compreendido.	NS	12(6,6)	5(2,8)	0,000	0,301	0,000
	S	92(50,8)	71(39,2)			
	SB	77(42,5)	105(58,0)			
3. Refere-se ao doente respeitosamente assegurando a garantia de confidencialidade, privacidade e autonomia e reconhece o doente como um parceiro na construção de uma relação.	NS	6(3,3)	0(0)	0,000	0,427	0,000
	S	57(31,5)	55(30,4)			
	SB	118(65,2)	126(69,6)			
4. Esclarece e explora o conteúdo da história biopsicossocial do doente e incentiva o doente a expressar as suas próprias ideias, preocupações, expectativas e aceita a legitimidade das perspetivas e sentimentos do doente.	NS	14(7,7)	5(2,8)	0,007	0,185	0,014
	S	87(48,1)	84(46,4)			
	SB	80(44,2)	92(50,8)			

5. Dá informação ao doente de forma oportuna, compreensiva e relevante e utiliza técnicas de escuta ativa.	NS	17(9,4)	11(6,1)	0,000	0,288	0,000
	S	96(53,0)	80(44,2)			
	SB	68(37,6)	90(49,7)			
6. Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva.	NS	39(21,5)	14(7,7)	0,000	0,437	0,000
	S	83(45,9)	84(46,4)			
	SB	59(32,6)	83(45,9)			
7. Mostra consciência da comunicação não-verbal do doente e do profissional de saúde e responde adequadamente.	NS	23(12,7)	7(3,9)	0,000	0,337	0,000
	S	84(46,4)	76(42,0)			
	SB	74(40,9)	98(54,1)			
8. Constrói uma conversa estruturada do início ao fim, utilizando diferentes tipos de perguntas de acordo com a situação.	NS	3(1,7)	4(2,2)	0,000	0,227	0,007
	S	78(43,1)	74(40,9)			
	SB	100(55,2)	103(56,9)			
9. Envolve o doente na entrevista para estabelecer uma relação terapêutica utilizando uma abordagem centrada no doente.	NS	3(1,7)	6(3,3)	0,000	0,279	0,003
	S	83(45,9)	70(38,7)			
	B	95(52,5)	105(58,0)			
10. Orienta a sua própria comunicação tendo em conta as necessidades e preocupações reais do doente.	NS	7(3,9)	5(2,8)	0,000	0,524	0,000
	S	83(45,9)	73(40,3)			
	SB	91(50,3)	103(56,9)			
11. Recolhe e transmite as informações relevantes para o raciocínio clínico e tomada de decisão.	NS	5(2,8)	3(1,7)	0,000	0,374	0,000
	S	77(42,5)	78(43,1)			
	SB	99(54,7)	100(55,2)			
12. Considera em que medida os indivíduos estão/querem estar envolvidos e responsabilizados no processo de raciocínio e tomada de decisão.	NS	15(8,3)	8(4,4)	0,000	0,489	0,000
	S	95(52,5)	84(46,4)			
	SB	71(39,2)	89(49,2)			
13. Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.	NS	18(9,9)	12(6,6)	0,000	0,340	0,000
	S	98(54,1)	72(39,8)			
	SB	65(35,9)	97(53,6)			

Comunicação intra e interpessoal		Como avalia o modo como esta competência foi lecionada	Como avalia o seu domínio desta competência	Teste Exato de Fisher p-value	V Cramer	
		f (%)	f (%)		Valor do coeficiente	p-value
14. Desenvolve e melhora sistematicamente a autoconsciência, autorreflexão, autocuidado e reflete com outras pessoas sobre a sua própria comunicação e comportamento.	NS	20(11,0)	8(4,4)	0,000	0,468	0,000
	S	86(47,5)	84(46,4)			
	SB	75(41,4)	89(49,2)			
15. Procura soluções/auxílio para a resolução de erros e respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.	NS	12(6,6)	4(2,2)	0,001	0,218	0,004
	S	86(47,5)	76(42,0)			
	SB	83(45,9)	101(55,8)			

Comunicação nas equipas de saúde		Como avalia o modo como esta competência foi lecionada	Como avalia o seu domínio desta competência	Teste Exato de Fisher p-value	V Cramer	
		f (%)	f (%)		Valor do coeficiente	p-value
16. Demonstra capacidade de comunicar eficazmente em equipas multidisciplinares.	NS	12(6,6)	9(5,0)	0,000	0,334	0,000
	S	89(49,2)	73(40,3)			
	SB	80(44,2)	99(54,7)			
17. Mostra competências básicas em habilidades de liderança.	NS	14(7,7)	19(10,5)	0,000	0,378	0,000
	S	93(51,4)	88(48,6)			
	SB	74(40,9)	74(40,9)			
18. Utiliza estratégias de comunicação e de gestão eficazes e eficientes.	NS	14(7,7)	6(3,3)	0,000	0,365	0,000
	S	83(45,9)	75(41,4)			
	SB	84(46,4)	100(55,2)			

Pela análise da Tabela 9 verifica-se que existe uma relação entre o modo como uma determinada competência é lecionada e o domínio dos alunos sobre a respetiva competência ($p < 0,05$). Através do coeficiente de Contingência *V. Cramer* concluímos que a associação

entre estas variáveis, para além de significativa, é forte na maioria dos casos ($V > 0,3$). Apenas nas competências número 4, 5, 8, 9 e 15 a associação é moderada ($0,1 < V \leq 0,3$).

As competências de comunicação que obtiveram a classificação de Não Satisfaz (NS) por um maior número de alunos, relativa ao modo de ensino e ao domínio das competências descritas, são: 6. *Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva*; 7. *Mostra consciência da comunicação não-verbal do doente e do profissional de saúde e responde adequadamente*; 13. *Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão*; e 17. *Mostra competências básicas em habilidades de liderança*. A avaliação menos positiva destas competências sugere as áreas de formação sobre a comunicação clínica onde é necessário intervir, no sentido de alcançar níveis de satisfação de superiores.

3.4 Competências nucleares a serem adquiridas no termo da educação médica pré-graduada

Na última pergunta do questionário foi pedido aos alunos que hierarquizassem as competências relativas aos Conhecimentos, Aptidões e Atitudes Profissionais da educação médica pré-graduada, que todos os licenciados médicos em Portugal devem ser capazes de demonstrar (através de uma escala em que 1 representou a competência mais importante e 5 a menos importante). Os resultados encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10 - Competências nucleares da educação médica pré-graduada hierarquizadas pelos alunos de acordo com o nível de importância

Competência	Nível 1 f (%)	Nível 2 f (%)	Nível 3 f (%)	Nível 4 f (%)	Nível 5 f (%)
Conhecimentos	51 (28,2)	59 (32,6)	16 (8,8)	23 (12,7)	32 (17,7)
Aptidões clínicas e procedimentos práticos	31 (17,1)	41 (22,7)	39 (21,5)	60 (33,1)	10 (5,5)
Atitudes e comportamentos profissionais	32 (17,7)	36 (19,9)	49 (27,1)	53 (29,3)	11 (6,1)
Aptidões interpessoais de comunicação	42 (23,3)	23 (12,7)	68 (37,6)	41 (22,7)	7 (3,9)
Outras aptidões gerais	26 (14,4)	22 (12,2)	13 (7,2)	6 (3,3)	114 (63,0)

Nível 1- Extremamente importante; Nível 2- Muito importante; Nível 3- Importante; Nível 4- Pouco importante; Nível 5- Nada importante

Pelos dados da tabela verifica-se que os alunos foram bastante heterogêneos na escolha da competência nuclear mais importante, uma vez que todas as competências expressas tiveram uma representação positiva.

Na Tabela 11 apresenta-se a ordem relativa das competências, tendo em conta a média do nível de importância dado pelos alunos para cada competência (1- a mais importante; 5- a menos importante):

Tabela 11 - Hierarquização das competências nucleares da educação médica pré-graduada

Competência	Média ± DP
Conhecimentos	2,59 ± 1,46
Aptidões interpessoais de comunicação	2,71 ± 1,17
Atitudes e comportamentos profissionais	2,86 ± 1,20
Aptidões clínicas e procedimentos práticos	2,87 ± 1,21
Outras aptidões gerais	3,88 ± 1,58

No que diz respeito às *Aptidões interpessoais de comunicação*, um dos desígnios deste estudo, apresenta-se na Figura 1 os resultados obtidos sobre o nível de importância dado pelos alunos:

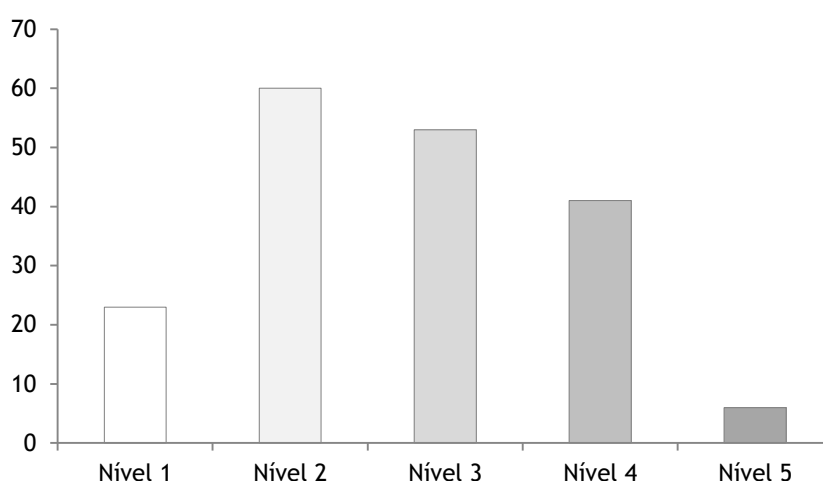


Figura 1 - Nível de importância dada às Aptidões interpessoais de comunicação (1- a mais importante; 5- a menos importante)

4. Discussão

Este estudo sobre o ensino e aprendizagem das competências de comunicação procurou confrontar um esquema proposto por especialistas para o Ensino/Aprendizagem da Comunicação na formação de profissionais de saúde com o plano de estudo vigente no curso de Medicina da FCS/UBI, através da análise realizada pelos alunos do 5º e 6º ano sobre estas competências.

Considerando a segunda secção do questionário, sobre a importância das competências de comunicação clínica, à forma como a FCS-UBI valoriza estas competências e à sua preparação no domínio, a avaliação da importância da comunicação na prática médica obteve o resultado mais elevado, o que revela que os estudantes efetivamente reconhecem o seu valor. Este resultado é muito positivo, uma vez que a comunicação efetiva é considerada nos dias de hoje uma competência básica na educação médica [10-11].

A avaliação que os alunos realizaram sobre a importância que o curso de Medicina da UBI coloca nestas competências está um pouco abaixo da avaliação da importância que estas competências têm na prática médica, pelo que existe uma margem de progressão no ensino no sentido da excelência. Apesar das competências de comunicação serem colocadas à prova nos estágios clínicos que ocorrem continuamente ao longo do curso, verificou-se, através da análise curricular efetuada, que existe apenas um momento de formação teórica dedicado exclusivamente a esta temática, nomeadamente em “Bases Psicológicas da Medicina”. Isto retrata que a comunicação é considerada hoje um aspeto fundamental da Educação Médica, no entanto, consiste numa área frequentemente difícil de integrar nos programas curriculares de formação pré-graduada de médicos [28].

No geral, a autoavaliação que os alunos realizam quanto à sua preparação para utilizar as competências de comunicação clínica é positiva, mas como há alunos a realizar uma autoavaliação negativa, existe necessidade de intervir no programa de estudos de Medicina no sentido de garantir níveis de preparação superiores.

Verificámos que a preparação dos alunos relativamente às competências de comunicação clínica depende ou está relacionada com o ano curricular que frequentam, uma vez que os alunos do 6º ano revelam um nível de acordo superior à questão “Sinto-me preparado no que diz respeito às CCC” do que os alunos do 5º ano. Tal diferença pode dever-se à aprendizagem concretizada em mais um ano curricular onde a prática clínica vigora ao longo de todo o ano letivo e onde existem momentos de avaliação com doentes reais da maior importância para os alunos. Nestas circunstâncias são testados não só os conhecimentos e competências clínicas adquiridas até então, mas também a capacidade de comunicar adequadamente consoante o doente e o contexto em causa. De facto, a avaliação é um meio de aprendizagem integrada do ensino médico e os métodos de avaliação das competências

comunicacionais dos profissionais de saúde são demarcados pela observação direta e pelo uso de listas de verificação, quer em entrevistas com doentes reais ou simulando doentes padronizados. [29]

Para a maioria das competências de comunicação analisadas, a importância que os alunos lhes atribuem é superior à importância dada pelos especialistas que participaram no Consenso Europeu de 2013: *A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions*. No estudo que resultou deste consenso não foi encontrada significância estatística entre os diferentes profissionais de saúde na forma como eles avaliaram as competências. [1] É importante que também os estudantes do 5º e 6º ano, que em breve se tornarão profissionais de saúde, estejam consciencializados para a importância das variadas competências comunicação e valorizem os padrões europeus de comunicação.

As competências de comunicação clínica com maior importância, na perspetiva dos alunos, são: *Adapta a sua comunicação com o nível de compreensão e linguagem do doente, evitando termos difíceis* e *Refere-se ao doente respeitosamente assegurando a garantia de confidencialidade, privacidade e autonomia e reconhece o doente como um parceiro na construção de uma relação*. Estas competências de comunicação integram imperativos éticos que devem estar presentes na relação médico-doente, como o respeito pelo outro, a confidencialidade, a privacidade e a autonomia, numerosas vezes discutidos ao longo do curso e avaliados nos estágios clínicos dos estudantes.

Uma competência obteve um nível de importância idêntico entre a opinião dos alunos e dos especialistas que integraram o estudo de 2013: *Utiliza técnicas para construir e manter o rapport, uma relação empática e garante que o doente se sente ouvido e compreendido*, que curiosamente é uma das competências em que os alunos se sentem melhor preparados - 58% dos alunos considera que tem um bom domínio desta competência.

Relativamente à Comunicação com os Doentes, concluiu-se que existe uma certa unanimidade no que diz respeito à opinião dos alunos sobre a integração de determinadas competências no programa de estudos do curso de Medicina da UBI. O consenso sobre o ensino das seguintes competências comunicacionais foi extraordinariamente elevado: 1. *Adapta a sua comunicação com o nível de compreensão e linguagem do doente, evitando termos difíceis* e 3. *Utiliza técnicas para construir e manter o rapport, uma relação empática e garante que o doente se sente ouvido e compreendido*, sobre as quais 95,6% e 96,7% dos inquiridos asseguraram, respetivamente, que tinham sido lecionadas.

A competência 6. *Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva* foi aquela em que um maior número de alunos, 54 dos 181, não considerou que tivesse sido lecionada ao longo do curso. Entende-se por desafios de comunicação situações associadas, por exemplo, ao choro do doente, a estados

emocionais como agressividade, raiva, ansiedade, com questões embaraçosas e com a capacidade de dar más notícias. [1] No que diz respeito à comunicação de más notícias e dada a complexidade desta tarefa, Walter Baile definiu o protocolo SPIKES (Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy), que oferece ao médico “as boas maneiras de dar más notícias”, aquele que, de todos os protocolos descritos sobre esta temática, reúne um grande consenso entre a comunidade médica. [30] Está ainda descrito na literatura que o contato com este tipo de ferramentas aumenta em muito o sentimento de preparação dos profissionais e futuros profissionais no que toca a esta temática. [31]. Logo, a exploração deste protocolo no currículo dos estudantes de Medicina, num contexto teórico-prático, talvez permitisse afiançar níveis de preparação superiores nestes desafios da comunicação.

Verificou-se que não existem diferenças significativas entre o ano curricular e a opinião dos alunos sobre o ensino das competências de comunicação avaliadas, exceto em quatro delas onde o 6º ano apresentou maior frequência de concordância sobre o seu ensino: *Dá informação ao doente de forma oportuna, compreensiva e relevante e utiliza técnicas de escuta ativa; Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva; Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão; e Demonstra capacidade de comunicar eficazmente em equipas multidisciplinares.* Estas competências talvez possam no âmbito de um ano essencialmente de estágio clínico, como é o 6º ano de Medicina, ser mais evidentes no processo de ensino e colocadas em prática pelos estudantes.

Verificou-se que o modo como determinada competência é lecionada está significativamente relacionado com a perceção dos alunos sobre o domínio dessa mesma competência. A associação é moderada em alguns casos mas, na sua maioria, é forte. Daqui podemos inferir que adaptações no ensino da comunicação poderão mudar a opinião dos alunos sobre a sua capacidade de dominar estas competências, e eventualmente, garantir que a sua aplicação na prática médica seja cada mais efetiva. Segundo alguns estudos, as técnicas e instrumentos que têm demonstrado ser mais eficazes e eficientes na aprendizagem da comunicação (e, em geral, na educação médica) são: o feedback do professor; role playing com e sem doentes simulados; observação e gravação em vídeo de consultas com doentes reais através de atividades de formação (cursos, seminários, workshops) com um pequeno número de alunos (máximo 15 pessoas). [32-34]

As competências de comunicação que obtiveram a classificação de Não Satisfaz (NS) por um maior número de alunos, relativas ao modo de ensino e ao domínio das competências descritas, são 6. *Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva;* 7. *Mostra consciência da comunicação não-verbal do doente e do profissional de saúde e responde adequadamente;* 13. *Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão;* e 17. *Mostra competências básicas em*

habilidades de liderança. Estas competências sugerem as áreas de formação sobre a comunicação clínica onde é necessário investir mais, designadamente em situações difíceis e desafios de comunicação, na comunicação não-verbal do doente e do profissional de saúde, no respeito da incerteza como parte integrante do raciocínio e na tomada de decisão e habilidades de liderança.

Através da análise dos dados da terceira parte do questionário, onde se pedia aos alunos que hierarquizassem as competências relativas aos Conhecimentos, Aptidões e Atitudes Profissionais da educação médica pré-graduada, descritas em *O Licenciado Médico em Portugal* foi expressa uma grande heterogeneidade na escolha da competência nuclear mais importante, uma vez que todas as competências analisadas tiveram uma representação positiva. Foi possível hierarquizar estas competências de acordo com o nível de importância fornecido pelos alunos a cada uma delas, sendo que a categoria dos *Conhecimentos* foi considerada a competência mais importante, logo seguida pelas *Aptidões interpessoais de comunicação*. Assim, dentro dos requisitos que se espera de todos os licenciados médicos em Portugal, a comunicação adota um lugar de destaque na opinião dos alunos.

Para assegurar que as competências de comunicação clínica façam parte do currículo e do quotidiano dos futuros médicos é importante perceber o seu papel essencial na educação médica pré-graduada. O ensino e a aprendizagem da comunicação devem ser implementados num contexto apropriado, profissional e universitário, criando oportunidades para que os estudantes aprendam com sucesso e desenvolvam os conhecimentos, as aptidões e as atitudes exigidas na prática médica eficaz.

4.1 Limitações do estudo

A presente investigação apresenta algumas limitações no que diz respeito, por exemplo, à amostra considerada. É importante referir que a forma como a amostra foi selecionada pode ter induzido a um enviesamento dos resultados. Nem todos os estudantes do 5º e 6º ano de Medicina da FCS-UBI responderam ao inquérito; as respostas analisadas resultaram da disponibilidade expressa pelos indivíduos desta população para preencherem os questionários nos momentos pré-definidos e deve-se salientar que podem ter sido os alunos que mais se interessam pela temática das competências de comunicação em Medicina que mais responderam ao questionário. No entanto, a taxa de resposta foi elevada (cerca de 71 %) o que se traduz num ponto forte deste trabalho.

Por outro lado, uma vez que a população alvo se concentrava nos estudantes do 5º e 6º ano de Medicina da FCS, com uma pedagogia de ensino especial, não é possível realizar uma generalização dos resultados para outras escolas médicas do país.

No que diz respeito aos instrumentos utilizados, é importante considerar que poderão ter sido ocultados alguns aspetos particulares do contexto do ensino/aprendizagem das competências comunicacionais na prática clínica, às quais um método qualitativo, como a entrevista, para além da análise curricular realizada, poderia permitir conhecer melhor.

Quanto ao questionário aplicado, é de notar que este inclui um resumo das 61 competências para a Educação Pré-graduada em Medicina definidos no “European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions” [1], que naturalmente não esgota todas as competências de comunicação que o médico deve adquirir e aplicar na sua prática clínica. Contudo, o facto das competências descritas neste Consenso Europeu expressarem o resultado do trabalho de um grupo constituído por 46 especialistas de diferentes áreas de saúde de 18 países europeus e serem a base para a construção do questionário, consiste também num ponto forte deste trabalho.

Ainda relativamente à validade do questionário, de referir que, o mesmo foi elaborado pela investigadora em parceria com o orientador da tese de mestrado, não tendo sofrido qualquer processo de validação interna ou externa; foi apenas realizado um pré-teste com a colaboração de 6 alunos, no sentido de o tornar mais claro e fidedigno, antes de ser aplicado à população-alvo.

O questionário foi aplicado de modo diferente aos alunos do 5º e 6º ano. O 5º ano de Medicina respondeu ao questionário tal como previsto, com recurso à plataforma Formulários da Google Docs. No momento pré-definido para a aplicação do questionário aos alunos 6º ano de Medicina surgiu um problema logístico que impossibilitou estes estudantes de permanecer durante a sua prova de avaliação numa sala com computadores, o que implicou que o questionário tivesse que ser impresso e distribuído pelos alunos pessoalmente. Apesar de não ter existido uma homogeneidade na forma de aplicação do inquérito, a verdade é que isso não se traduziu em diferenças significativas relativamente à percentagem de inquéritos analisados por ano curricular (no 5º ano: 47,5%; no 6º ano: 52,5%) ou em taxas de resposta muito díspares (taxa de resposta 5º ano: 66,7% e taxa de resposta no 6º ano 76,0%).

4.2 Sugestões futuras

A aplicação do questionário pode ter um particular interesse se efetuado aos Internos do Ano Comum (IAC's) - garantindo que estes participantes acumulam mais experiência, responsabilidade e autonomia do que os alunos do 5º e 6º ano de medicina - comparando estes dados com as perceções dos recém-licenciados.

Com este estudo obtiveram-se indicadores do ensino/aprendizagem das competências de comunicação no ambiente educativo do curso de medicina da FCS-UBI, devendo ser interpretados como base útil para um possível estudo longitudinal a fim de monitorizar efeitos de possíveis mudanças no currículo dos alunos. É relevante que se procure que o questionário seja aplicado nas mesmas condições para todos os elementos da população-alvo.

Seria também de todo o interesse, fazer chegar o questionário a diversas faculdades médicas de Portugal e, eventualmente, da Europa com o intuito de, por um lado, comparar os resultados da FCS-UBI com outras escolas médicas Portuguesas, a grande maioria com um método de ensino mais tradicional e, por outro lado, identificar padrões de ensino europeus, uma vez que a Europa funciona cada vez mais como uma unidade e o médico como um comunicador multicultural que impera nos dias de hoje.

Seria também útil reapplicar o questionário aos alunos de Medicina da FCS-UBI após a implementação de algumas mudanças curriculares na área da comunicação clínica, com o intuito de perceber se existiria um impacto positivo na formação dos estudantes com as retificações aplicadas.

5. Conclusões

A exigência crescente da sociedade mundial relativamente à competência dos profissionais de saúde torna a avaliação da educação médica pré-graduada uma necessidade e prioridade dos tempos atuais. Do médico espera-se competência nas atitudes e práticas clínicas, na atualização dos conhecimentos, na humanização dos cuidados de saúde onde a comunicação se torna uma ferramenta essencial.

Bachman et al. (2013) exploram um modelo de competências de comunicação clínica, transversal a todos os profissionais de saúde, que agrupa estas competências comunicacionais em três dimensões: Comunicação com os doentes, Comunicação intra e interpessoal e Comunicação nas equipas de saúde. Para tornar os futuros médicos bons comunicadores e intervir de forma holística nos cuidados de saúde é importante que exista um ensino dedicado a explorar estes campos distintos; um ensino que reflita uma boa prática clínica e educacional com recursos de aprendizagem adequados; um ensino a par dos desenvolvimentos recentes a nível da saúde, da investigação e da educação médica, capaz de responder ao que se espera que seja o exercício da Medicina no século XXI.

Os resultados deste estudo são bastante positivos. De uma forma geral, os alunos de Medicina da UBI que estão prestes a iniciar a sua carreira médica, reconhecem a importância das competências de comunicação no exercício da Medicina, um fator essencial para a motivação de comunicar cada vez melhor e alcançar os resultados positivos e indiscutíveis que daí advêm.

Bibliografia

- [1] Bachmann C, Abramovitch H, Carmen G, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling* 2013; 93(1):18-26.
- [2] Jollie C, McKim J, Victorino RM. O licenciado Médico em Portugal - Graduate Learning Outcomes Project. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal. 2005.
- [2] Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. Defining characteristics of educational competencies. *Medical Education* 2008; 42(3):248-55.
- [4] Kane MT. The assessment of professional competence. *Education and the Health Professions* 1992; 15: 163-82.
- [5] Frank J, Snell L, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher* 2010; 32: 638-645.
- [6] Schwarz MR, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education. *Medical Teacher* 2002; 24(2): 125-129.
- [7] Parrott R. Emphasizing “communication” in health communication. *Commun* 2004; 54:751-87.
- [8] Rimal RN, Lapinski MK. Why health communication is important in public health. *Bull World Health Organ* 2009; 87:247.
- [9] Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The Consultation. An Approach to Learning and Teaching*. Oxford University Press, 89 A.D.
- [10] AAMC Interprofessional Education Collaborative (IPEC). *Core Competencies for Collaborative Practice*. Washington DC: Association of American Medical Colleges; 2011.
- [11] Royal College of Physicians and Surgeons of Canada The CanMEDS Physician Competency Framework. [consultado em 01/09/2015] Disponível em: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/resources/publications/framework_full_e.pdf.
- [12] Brown RF, Bylund CL. Communication skills training: describing a new conceptual model. *Academic Medicine* 2008; 83:37-44.
- [13] Stewart MA, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW et al. The impact of patient - centered care on outcomes. *Family Practice* 2000; 49: 796-804.
- [14] DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Medical Care* 2007; 45: 521-8.
- [15] Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *American Medical Association* 2007; 298:993-1001.
- [16] Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician - patient communications to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 2009; 74:295-301

- [17] Pitceathly C, Maguire P. Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal* 2002; 325(7366):697-700.
- [18] Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. *Archives of Internal Medicine* 1995; 155:1877-84.
- [19] Parle M, Jones B, Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders in cancer patients. *Psychological Medicine* 1996; 26:735-44.
- [20] Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction of work. *Lancet* 1995; 16:724-8.
- [21] Carvalho JA. Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica* 1996, 14(1):135-139.
- [22] Travaline JM, Ruchinkas RD, Alonzo GE Jr. Patients-Physician Communication: Why and How. *Journal of the American Osteopathic Association* 2005; 105(1):13-8.
- [23] Neo LF. Working toward the best doctor-patient communication. *Singapore Medical Journal* 2011; 52(10): 720-5.
- [24] Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria* 2012; 44(6):358-365.
- [25] Moreira CD. Teorias e práticas de investigação. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas; 2007.
- [26] Statistics Solutions - Advancement Through Clarity™. Nominal Variable Association [Internet]. [Citado em 02/03/2016] Disponível em: <http://www.statisticssolutions.com/nominal-variable-association/>
- [27] Maroco J. Análise Estatística com utilização do SPSS. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2007.
- [28] Carvalho IP, Ribeiro-Silva R, Pais VG, Figueiredo-Braga M, Castro-Vale I, Teles A, et al. O ensino da comunicação na relação médico-doente: uma proposta prática. *Acta Médica Portuguesa* 2010; 23:527-532.
- [29] Moral RR. Relación clínica - Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: SemFYC, 2004. P.37-69
- [30] VandeKieft GK. Breaking bad news. *American family physician*. 2001;64(12):1975-8
- [31] Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*. 2000;5(4):302-11.
- [32] Clèries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *Educación Médica* 2010; 13(1): 25-31
- [33] Clèries X, Borrell F, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Atención Primaria* 2003; 32: 110-7
- [34] Ruiz R. Educación Médica Manual práctico para clínicos. 2010. Madrid: Médica Panamericana

Anexos

Anexo 1 - Modelo do questionário aplicado à população-alvo**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

1. Sexo a. Feminino ___
 b. Masculino ___
2. Idade _____
3. Qual o seu ano curricular no curso de Medicina da FCS-UBI? _____
4. Assinale com um (x) a sua área de interesse
- a. Áreas Cirúrgicas ___
- b. Áreas Médicas ___
- c. Áreas Médico-Cirúrgicas ___
- d. Áreas de Investigação _____

PERCURSO ACADÉMICO

Relativamente à sua opinião sobre as Competências de Comunicação Clínica, assinale com um (X) a opção de acordo com o seu grau de acordo/desacordo

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente
1. As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica					
2. O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação					
3. Sinto-me preparado(a) no que se refere às competências de comunicação clínica					

SOBRE O ENSINO/APRENDIZAGEM DAS COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

No que diz respeito às competências de comunicação clínica inseridas no currículo dos alunos do Curso de Medicina da FCS-UBI e aquilo que se entende como um “esquema ideal” de Ensino/Aprendizagem destas competências de comunicação para um estudante de medicina, assinale com um (X) a opção de resposta de cada pergunta de acordo com a sua opinião.

1- Qual o grau de importância que atribui a esta competência na formação de um médico? (1- Extremamente importante; 2- Muito importante; 3- Importante; 4- Pouco importante; 5- Nada importante)

	1	2	3	4	5
1. Adapta a sua comunicação com o nível de compreensão e linguagem do doente, evitando termos difíceis.					
2. Utiliza técnicas para construir e manter o <i>rapport</i> , uma relação empática e garante que o doente se sente ouvido e compreendido.					
3. Refere-se ao doente respeitosamente assegurando a garantia de confidencialidade, privacidade e autonomia e reconhece o doente como um parceiro na construção de uma relação.					
4. Esclarece e explora o conteúdo da história biopsicossocial do doente e incentiva o doente a expressar as suas próprias ideias, preocupações, expectativas e sentimentos e aceita a legitimidade das perspetivas e sentimentos do doente.					
5. Dá informação ao doente (oral, escrita, eletrónica e por telefone) de forma oportuna, compreensiva e relevante e utiliza técnicas de escuta ativa (ex. reflexão, captando pistas do doente, parafraseando, resumindo, técnicas verbais e não-verbais).					
6. Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação (ex. choro, sentimentos emocionais fortes, interrupções, agressividade, raiva, ansiedade, questões embaraçosas ou sensíveis, comprometimento cognitivo, dar más notícias) e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva.					
7. Mostra consciência da comunicação não-verbal do doente e do profissional de saúde (ex. o contacto visual, gestos, expressões faciais, postura) e responde adequadamente.					
8. Constrói uma conversa estruturada do início ao fim, utilizando diferentes tipos de perguntas (por exemplo, aberto, fechado) de acordo com a situação.					
9. Envolve o doente na entrevista para estabelecer uma relação terapêutica utilizando uma abordagem centrada no doente.					
10. Orienta a sua própria comunicação tendo em conta as necessidades e preocupações reais do doente.					
11. Recolhe e transmite as informações relevantes para o raciocínio clínico e tomada de decisão.					
12. Considera em que medida os indivíduos estão/querem estar envolvidos e responsabilizados no processo de raciocínio e tomada de decisão.					
13. Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão (Fala abertamente ao doente sobre a incerteza, formula formas de lidar com ela e explica ao doente que as informações são necessárias para a minimizar).					
14. Desenvolve e melhora sistematicamente a autoconsciência,					

autorreflexão, autocuidado e reflete com outras pessoas sobre a sua própria comunicação e comportamento.					
15. Procura soluções/auxílio para a resolução de erros e respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.					
16. Demonstra capacidade de comunicar eficazmente em equipas multidisciplinares (ex. respeita a perceção subjetiva, permite uma negociação construtiva, percebe o seu papel/potencial na equipa, é capaz de trabalhar com os outros, distingue os próprios interesses dos objetivos da equipa e percebe o impacto da sua opinião)					
17. Mostra competências básicas em habilidades de liderança (ex. Dá instruções claras, facilita a formação de opiniões no grupo)					
18. Utiliza estratégias de comunicação e de gestão eficazes e eficientes (ex. faz registos claros e adequados, faz referência a pessoas/instituições/agências que podem ajudar a resolver determinados problemas).					

2- Na sua perspetiva, esta competência foi adquirida ao longo do curso?

	Não	Sim
1. Adapta a sua comunicação com o nível de compreensão e linguagem do doente, evitando termos difíceis.		
2. Utiliza técnicas para construir e manter o <i>rapport</i> , uma relação empática e garante que o doente se sente ouvido e compreendido.		
3. Refere-se ao doente respeitosamente assegurando a garantia de confidencialidade, privacidade e autonomia e reconhece o doente como um parceiro na construção de uma relação.		
4. Esclarece e explora o conteúdo da história biopsicossocial do doente e incentiva o doente a expressar as suas próprias ideias, preocupações, expectativas e sentimentos e aceita a legitimidade das perspetivas e sentimentos do doente.		
5. Dá informação ao doente (oral, escrita, eletrónica e por telefone) de forma oportuna, compreensiva e relevante e utiliza técnicas de escuta ativa (ex. reflexão, captando pistas do doente, parafraseando, resumindo, técnicas verbais e não-verbais).		
6. Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação (ex. choro, sentimentos emocionais fortes, interrupções, agressividade, raiva, ansiedade, questões embaraçosas ou sensíveis, comprometimento cognitivo, dar más notícias) e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva.		
7. Mostra consciência da comunicação não-verbal do doente e do profissional de saúde (ex. o contacto visual, gestos, expressões faciais, postura) e responde adequadamente.		
8. Constrói uma conversa estruturada do início ao fim, utilizando diferentes tipos de perguntas (por exemplo, aberto, fechado) de acordo com a situação.		

9. Envolve o doente na entrevista para estabelecer uma relação terapêutica utilizando uma abordagem centrada no doente.		
10. Orienta a sua própria comunicação tendo em conta as necessidades e preocupações reais do doente.		
11. Recolhe e transmite as informações relevantes para o raciocínio clínico e tomada de decisão.		
12. Considera em que medida os indivíduos estão/querem estar envolvidos e responsabilizados no processo de raciocínio e tomada de decisão.		
13. Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão (Fala abertamente ao doente sobre a incerteza, formula formas de lidar com ela e explica ao doente que as informações são necessárias para a minimizar).		
14. Desenvolve e melhora sistematicamente a autoconsciência, autorreflexão, autocuidado e reflete com outras pessoas sobre a sua própria comunicação e comportamento.		
15. Procura soluções/auxílio para a resolução de erros e respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.		
16. Demonstra capacidade de comunicar eficazmente em equipas multidisciplinares (ex. respeita a perceção subjetiva, permite uma negociação construtiva, percebe o seu papel/potencial na equipa, é capaz de trabalhar com os outros, distingue os próprios interesses dos objetivos da equipa e percebe o impacto da sua opinião)		
17. Mostra competências básicas em habilidades de liderança (ex. Dá instruções claras, facilita a formação de opiniões no grupo)		
18. Utiliza estratégias de comunicação e de gestão eficazes e eficientes (ex. faz registos claros e adequados, faz referência a pessoas/instituições/agências que podem ajudar a resolver determinados problemas).		

3- Como avalia o modo como esta competência foi lecionada?

	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom
1. Adapta a sua comunicação com o nível de compreensão e linguagem do doente, evitando termos difíceis.			
2. Utiliza técnicas para construir e manter o <i>rappor</i> t, uma relação empática e garante que o doente se sente ouvido e compreendido.			
3. Refere-se ao doente respeitosamente assegurando a garantia de confidencialidade, privacidade e autonomia e reconhece o doente como um parceiro na construção de uma relação.			

4. Esclarece e explora o conteúdo da história biopsicossocial do doente e incentiva o doente a expressar as suas próprias ideias, preocupações, expectativas e sentimentos e aceita a legitimidade das perspetivas e sentimentos do doente.			
5. Dá informação ao doente (oral, escrita, eletrónica e por telefone) de forma oportuna, compreensiva e relevante e utiliza técnicas de escuta ativa (ex. reflexão, captando pistas do doente, parafraseando, resumindo, técnicas verbais e não-verbais).			
6. Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação (ex. choro, sentimentos emocionais fortes, interrupções, agressividade, raiva, ansiedade, questões embaraçosas ou sensíveis, comprometimento cognitivo, dar más notícias) e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva.			
7. Mostra consciência da comunicação não-verbal do doente e do profissional de saúde (ex. o contacto visual, gestos, expressões faciais, postura) e responde adequadamente.			
8. Constrói uma conversa estruturada do início ao fim, utilizando diferentes tipos de perguntas (por exemplo, aberto, fechado) de acordo com a situação.			
9. Envolve o doente na entrevista para estabelecer uma relação terapêutica utilizando uma abordagem centrada no doente.			
10. Orienta a sua própria comunicação tendo em conta as necessidades e preocupações reais do doente.			
11. Recolhe e transmite as informações relevantes para o raciocínio clínico e tomada de decisão.			
12. Considera em que medida os indivíduos estão/querem estar envolvidos e responsabilizados no processo de raciocínio e tomada de decisão.			
13. Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão (Fala abertamente ao doente sobre a incerteza, formula formas de lidar com ela e explica ao doente que as informações são necessárias para a minimizar).			
14. Desenvolve e melhora sistematicamente a autoconsciência, autorreflexão, autocuidado e reflete com outras pessoas sobre a sua própria comunicação e comportamento.			
15. Procura soluções/auxílio para a resolução de erros e respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.			
16. Demonstra capacidade de comunicar eficazmente em equipas multidisciplinares (ex. respeita a perceção subjetiva, permite uma negociação construtiva, percebe o seu papel/potencial na equipa, é capaz de trabalhar com os outros, distingue os próprios interesses dos objetivos da equipa e percebe o impacto da sua opinião)			

17. Mostra competências básicas em habilidades de liderança (ex. Dá instruções claras, facilita a formação de opiniões no grupo)			
18. Utiliza estratégias de comunicação e de gestão eficazes e eficientes (ex. faz registos claros e adequados, faz referência a pessoas/instituições/agências que podem ajudar a resolver determinados problemas).			

4- Como avalia o seu domínio desta competência?

	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom
1. Adapta a sua comunicação com o nível de compreensão e linguagem do doente, evitando termos difíceis.			
2. Utiliza técnicas para construir e manter o <i>rappport</i> , uma relação empática e garante que o doente se sente ouvido e compreendido.			
3. Refere-se ao doente respeitosamente assegurando a garantia de confidencialidade, privacidade e autonomia e reconhece o doente como um parceiro na construção de uma relação.			
4. Esclarece e explora o conteúdo da história biopsicossocial do doente e incentiva o doente a expressar as suas próprias ideias, preocupações, expectativas e sentimentos e aceita a legitimidade das perspetivas e sentimentos do doente.			
5. Dá informação ao doente (oral, escrita, eletrónica e por telefone) de forma oportuna, compreensiva e relevante e utiliza técnicas de escuta ativa (ex. reflexão, captando pistas do doente, parafraseando, resumindo, técnicas verbais e não-verbais).			
6. Reconhece situações difíceis e desafios de comunicação (ex. choro, sentimentos emocionais fortes, interrupções, agressividade, raiva, ansiedade, questões embaraçosas ou sensíveis, comprometimento cognitivo, dar más notícias) e lida com eles com sensibilidade e de forma construtiva.			
7. Mostra consciência da comunicação não-verbal do doente e do profissional de saúde (ex. o contacto visual, gestos, expressões faciais, postura) e responde adequadamente.			
8. Constrói uma conversa estruturada do início ao fim, utilizando diferentes tipos de perguntas (por exemplo, aberto, fechado) de acordo com a situação.			
9. Envolve o doente na entrevista para estabelecer uma relação terapêutica utilizando uma abordagem centrada no doente.			
10. Orienta a sua própria comunicação tendo em conta as necessidades e preocupações reais do doente.			

11. Recolhe e transmite as informações relevantes para o raciocínio clínico e tomada de decisão.			
12. Considera em que medida os indivíduos estão/querem estar envolvidos e responsabilizados no processo de raciocínio e tomada de decisão.			
13. Respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão (Fala abertamente ao doente sobre a incerteza, formula formas de lidar com ela e explica ao doente que as informações são necessárias para a minimizar).			
14. Desenvolve e melhora sistematicamente a autoconsciência, autorreflexão, autocuidado e reflete com outras pessoas sobre a sua própria comunicação e comportamento.			
15. Procura soluções/auxílio para a resolução de erros e respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisão.			
16. Demonstra capacidade de comunicar eficazmente em equipas multidisciplinares (ex. respeita a perceção subjetiva, permite uma negociação construtiva, percebe o seu papel/potencial na equipa, é capaz de trabalhar com os outros, distingue os próprios interesses dos objetivos da equipa e percebe o impacto da sua opinião)			
17. Mostra competências básicas em habilidades de liderança (ex. Dá instruções claras, facilita a formação de opiniões no grupo)			
18. Utiliza estratégias de comunicação e de gestão eficazes e eficientes (ex. faz registos claros e adequados, faz referência a pessoas/instituições/agências que podem ajudar a resolver determinados problemas).			

PARA FINALIZAR

Relativamente aos Conhecimentos, Aptidões e Atitudes Profissionais Nucleares da Educação Médica Pré-graduada que todos os licenciados médicos em Portugal devem ser capazes de demonstrar, ordene de 1 a 5, de acordo com o nível de importância as seguintes competências: (1 - o mais importante; 5 - o menos importante)

	Conhecimentos: Ciências Básicas Tradicionais, Ciências Clínicas, Epidemiologia, Bioestatística e Saúde da População, Humanidades, História da Medicina, Ética e Direito.
	Aptidões clínicas e procedimentos práticos: História Clínica, Exame Físico, Diagnóstico, Plano de Gestão, Tratamento, Referenciação.

	Atitudes e comportamentos profissionais: Atributos Pessoais, Relações Profissionais, Relação com a Sociedade e Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde.
	Aptidões interpessoais de comunicação: Comunicação com os Doentes, Comunicação Intra e Interpessoal, Comunicação na Equipa de Saúde.
	Outras aptidões gerais: Registos, Informática, Gestão de Saúde, Tempo e Recursos, Raciocínio Clínico, Decisão Médica, Autoaprendizagem, Investigação e métodos clínicos, Ética Médica, Autocrítica.

Anexo 2 - Revisão curricular

A revisão curricular do curso de Medicina da FCS-UBI teve como finalidade identificar as Unidades Curriculares onde o tema da Comunicação Clínica é abordado e as competências comunicacionais são exploradas, como parte integrante dos seus conteúdos programáticos.

No segundo ano de Medicina, o tópico da Comunicação Clínica é lecionado na Unidade Pedagógica (UP) “Bases Psicológicas da Medicina”, com uma Unidade Pedagógica exclusivamente dedicada ao seu ensino/aprendizagem. Os objetivos desta Unidade Pedagógica residem em apresentar aos alunos o enquadramento, conceitos básicos e alguns modelos da comunicação interpessoal e das suas diversas aplicações ao campo da saúde; descrever as principais competências de comunicação no contexto assistencial e compreender a importância das mesmas; discutir a importância de desenvolver as competências relacionais e comunicacionais; e, por fim, formular metas próprias de aprendizagem e desenvolvimento deste domínio. Os conteúdos programáticos desta Unidade Pedagógica, elaborados pelos tutores responsáveis, estão esquematizados na Tabela A.2.1.

Tabela A.2.1 - Conteúdos Programáticos da UP “Psicologia da Comunicação em Saúde”

Tema	Conteúdos Programáticos
Comunicação: enquadramento e conceitos básicos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O estudo da comunicação. ▪ Comunicação interpessoal. ▪ Comunicação e qualidade dos cuidados de saúde ▪ Comunicação terapêutica
Competências de comunicação e relação médico doente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imperativos éticos e comunicação na relação médico-doente ▪ Competências de comunicação ▪ Comunicação e adesão terapêutica
Entrevista clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelos de entrevista clínica ▪ Elementos básicos da entrevista clínica ▪ Estrutura e conteúdo de uma entrevista clínica. Entrevista estruturada e semiestruturada.
Competências comunicacionais básicas em situações específicas da prática clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empatia ▪ Mudança de comportamento, resistência à mudança e entrevista motivacional ▪ Comunicar com doentes crónicos e terminais ▪ Comunicar com pessoas de outras culturas ▪ Comunicar más notícias
Interprofissionalidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Noção e definição operacional de interprofissionalidade

- Formação dos profissionais de saúde e necessidades da prática profissional
- Competências para a interprofissionalidade. Domínios de competências.
- Promoção e desenvolvimento de competências para a interprofissionalidade

Tema da sessão prática	Objetivos específicos
Aconselhamento breve, com base na Entrevista Motivacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterizar uma situação de aconselhamento breve para a mudança de comportamento (foco no médico, foco no utente, foco na relação clínica). ▪ Conhecer, aplicar e treinar técnicas e instrumentos característicos da Entrevista Motivacional.

No terceiro e quarto ano, os estudantes têm no Módulo “Deontologia e Direito Médico” a oportunidade de discutir vários temas do foro ético, moral e jurídico, muitas vezes, relacionados com os erros ou o poder da comunicação clínica.

Nos últimos três anos do curso, o estudante de Medicina da FCS tem a grande maioria da sua agenda curricular ocupada com Estágios Clínicos, em diversas especialidades, com tutores responsáveis pela sua integração no serviço, pela prática responsável de aptidões e conhecimentos previamente adquiridos e, também, pelo desenvolvimento de novas competências, tais como as competências comunicacionais que não podem estar ausentes do estabelecimento da relação médico-doente efetiva e humanizada que se pretende.

Por fim, é de referir também que no âmbito do Laboratório de Aptidões Clínicas (LAC), transversal ao longo dos seis anos de curso de Medicina, os alunos participam em formações de competências técnicas e não-técnicas e são desafiados a integrar atividades de simulação em diversos níveis, nas quais a comunicação é avaliada no desempenho geral do aluno.

Anexo 3 - Relação entre a avaliação geral das competências de comunicação clínica e as diferentes variáveis sociodemográficas

Tabela A. 3.1 - Sexo vs. As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Sexo	Masculino	62 (98,4%)	1 (1,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,329
	Feminino	110 (93,2%)	7 (5,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,8%)	

Tabela A 3.2 - Sexo vs. O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Sexo	Masculino	32 (50,8%)	23 (36,5%)	4 (6,3%)	0 (0%)	4 (6,3%)	0,129
	Feminino	73 (61,9)	37 (31,4%)	1 (0,8%)	0 (0%)	7 (5,9%)	

Tabela A.3.3 Sexo vs. Sinto-me preparado(a) no que se refere às competências de comunicação clínica

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Sexo	Masculino	19 (30,2%)	34 (54,0%)	4 (6,3%)	5 (7,9%)	1 (1,6%)	0,191
	Feminino	47 (39,8%)	58 (49,2%)	2 (1,7%)	11 (9,3%)	0 (0%)	

Analisando os resultados das tabelas anteriores concluímos que a importância das Competências de Comunicação Clínica na prática médica, o grau de preparação proporcionado pelo curso de Medicina da UBI relativamente a estas competências, bem como o nível de preparação dos alunos referente às competências comunicacionais não estão relacionados com o sexo dos estudantes.

Tabela A.3.4 Ano curricular vs. As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Ano curricular no curso de Medicina da FCS-UBI	5º ano	81 (94,2%)	4 (4,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,2%)	0,854
	6º ano	91 (95,8%)	4 (4,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Tabela A.3.5 Ano curricular vs. O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Ano curricular no curso de Medicina da FCS-UBI	5º ano	42 (48,8%)	35 (40,7%)	3 (3,5%)	6 (7,0%)	0(0%)	0,120
	6º ano	63 (66,3%)	25 (26,3%)	2 (2,1%)	5 (5,3%)	0(0%)	

Analisando os resultados das tabelas anteriores concluímos que a importância das Competências de Comunicação Clínica na prática médica e o grau de preparação proporcionado pelo curso de Medicina da UBI relativamente a estas competências não estão relacionados com o ano curricular dos estudantes.

Tabela A.3.6 Área de interesse vs. As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Área de interesse	Cirúrgica	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,644
	Médica	94 (94,9%)	5 (5,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Médico-cirúrgica	58 (95,1%)	2 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,6%)	
	Investigação	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Tabela A.3.7 Área de interesse vs. O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Área de interesse	Cirúrgica	12 (83,3%)	5 (27,8%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0,459
	Médica	61 (61,6%)	29 (29,3%)	2 (2,0%)	7 (7,1%)	
	Médico-cirúrgica	29 (47,5%)	26 (42,6%)	2 (3,3%)	4 (6,6%)	
	Investigação	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Tabela A.3.8 Área de interesse vs. Sinto-me preparado(a) no que se refere às competências de comunicação clínica

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Área de interesse	Cirúrgica	8 (44,4%)	10 (55,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,258
	Médica	38 (38,4%)	45 (45,5%)	3 (3,0%)	12 (12,1%)	1 (1,0%)	
	Médico-cirúrgica	17 (27,9%)	37 (60,7%)	3 (4,9%)	4 (6,6%)	0 (0%)	
	Investigação	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Analisando os resultados das tabelas anteriores concluímos que a importância das Competências de Comunicação Clínica na prática médica, o grau de preparação proporcionado pelo curso de Medicina da UBI relativamente a estas competências, bem como o nível de preparação dos alunos referente às competências comunicacionais não estão relacionados com a área de interesse dos estudantes.

Os alunos que responderam ao questionário têm uma média etária de $24,2 \pm 2,2$ anos, variando entre os 22 e os 36 anos. Desta forma, e tendo em conta a média encontrada, foram consideradas duas faixas etárias (<25 anos e ≥ 25 anos) para o estudo. As Tabela A.3.9 - A.3.11 apresentam os resultados.

Tabela A.3.9 Faixa etária vs. As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Idade	< 25	126 (93,3%)	8 (5,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	0,192
	≥25	46 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Tabela A.3.10 Faixa etária vs. O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Idade	< 25	81 (60,0%)	45 (33,3%)	2 (1,5%)	7 (5,2%)	0 (0%)	0,223
	≥25	24 (52,2%)	15 (32,6%)	3 (6,5%)	4 (8,7%)	0 (0%)	

Tabela A.3.11 Faixa etária vs. Sinto-me preparado(a) no que se refere às competências de comunicação clínica

		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Não concordo parcialmente	Não concordo totalmente	Teste Exacto de Fisher <i>p-value</i>
Idade	< 25	49 (36,3%)	71 (52,6%)	4 (3,0%)	11 (8,1%)	0 (0%)	0,447
	≥25	17 (37,0%)	21 (45,7%)	2 (4,3%)	5 (10,9%)	1 (2,2%)	

Analisando os resultados das tabelas anteriores concluímos que a importância das Competências de Comunicação Clínica na prática médica, o grau de preparação proporcionado pelo curso de Medicina da UBI relativamente a estas competências, bem como o nível de preparação dos alunos referente às competências comunicacionais não estão relacionados com a faixa etária dos estudantes.

Anexo 4 - Declaração de Aceitação do Estudo pela Comissão de Ética



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

Processo: CE-FCS-2015-024

Tema Projecto/Proponente: *“Ensino e aprendizagem de competências de comunicação no Curso de Medicina da UBI”* – Exma. Senhora Ana Carolina Ferreira Roque

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

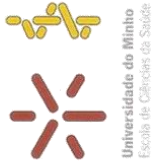
Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 20 de Janeiro de 2016


O Presidente da Comissão de Ética
Prof. Doutor José Martínez de Oliveira

Anexo 5 - Certificado de Apresentação no Research Day em Educação em Ciências da Saúde

**rieem**
research day



certificate

Certifica-se que **Ana Carolina Roque** apresentou trabalho em formato de poster intitulado “*Competências de comunicação no ensino e na prática da Medicina: Perspetiva dos alunos de medicina da FCS-UBI*”, no Research Day em Educação em Ciências da Saúde, organizado pela Rede de Investigação em Educação Médica, que decorreu na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho.

P'la Comissão Organizadora



Manuel João Costa

Braga, 2 de dezembro de 2015

Anexo 6 - Certificado de Aprovação para Apresentação na International Conference on Communication in Healthcare 2016

27/03/2016

Faculdade de Ciências da Saúde Correio - EACH 2016- author notification



Ana Carolina Ferreira Roque <a26533@fcsaude.ubi.pt>

EACH 2016- author notification

EACH 2016 Organizers <each2016@conftool.pro>

16 de março de 2016 às 15:25

Responder a: christiane.edelmann-mohr@zuv.uni-heidelberg.de

Para: anacarolinaroque@gmail.com

Cc: a26533@fcsaude.ubi.pt, pvitoria@fcsaude.ubi.pt, celian@ubi.pt, mcbranco@fcsaude.ubi.pt

Dear Ana Carolina Roque,

Thank you very much for submitting your abstract for the

14th International Conference on Communication in Healthcare, September 7th-10th 2016, University Convention Center Heidelberg.

We are very pleased to inform you that your abstract nr. 719 "Communication skills in teaching and practice of medicine: Perspective of medical students FCS-UBI" has been accepted to be presented as a Poster presentation.

Details concerning the presentation format and schedule will follow in a separate email as soon as possible.

Please send us a message if you are not able to accept this invitation.

If you still need further information please do not hesitate to contact Christiane Edelmann-Mohr or Michaela Bast: <http://www.each2016.de/>

Conference registration:

We look forward to welcoming you to Heidelberg in September.

We highly recommend to register at <https://www.conftool.pro/each2016/> at your earliest convenience.

Please find enclosed additional information concerning the scholarship for prequalification undergraduate students.

With best regards

Michaela Bast

On behalf of the planning committee EACH 2016:
Wolfgang Eich and Christiane Bieber

—
International Conference on Communication in Healthcare 2016
<https://www.conftool.pro/each2016/>

 **Scholarships for prequalification undergraduate students.pdf**
188K

27/03/2016

International Conference on Communication in Healthcare 2016 - ConfTool Pro Printout


Do not forget to register for the conference!

You are not yet registered as conference participant. Please note that for each accepted submission at least one author has to register for conference participation.

Your Submissions

Here you can submit new contributions and manage your submitted contributions.

You have submitted one or more contributions, which you see listed here:

719 Submission Type / Conference Track: Poster Presentations (Guidelines Poster Presentations)
Communication skills in teaching and practice of medicine: Perspective of medical students FCS-UBI 
Roque, Ana Carolina (1); Vitória, Dr. Paulo (1,2); Nunes, Dr. Célia (3); Castelo-Branco, Dr. Miguel (1)
Organization(s): 1: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.; 2: Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal.; 3: Departamento de Matemática e Centro de Matemática e Aplicações, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

- ▶ Show Abstract
- ▶ Submission Details
- ▶ Review Results

The contribution has been accepted as poster

