



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Competências essenciais de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI: avaliação e revisão curricular

Rita Almeida Leite

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor Paulo Vitória
Co-Orientador: Professor Doutor Miguel Castelo-Branco

Covilhã, Maio de 2013

Agradecimentos

Agradeço ao Dr. Paulo Vitória pelas inúmeras horas despendidas com a orientação. Agradeço a paciência, prontidão e dedicação que tornaram possível a concretização deste estudo, o meu especial obrigado.

Agradeço a todos os alunos que aceitaram participar no estudo, pois sem eles nada teria sido possível. Um agradecimento também aos informáticos pela disponibilidade e apoio prestados na recolha dos dados.

Agradeço ao Dr. Miguel Freitas pela preciosa ajuda e apoio no tratamento estatístico. Agradeço também todas as conversas que me motivaram e inspiraram neste estudo.

Agradeço aos meus pais, por acreditarem em mim todos os dias sem qualquer dúvida nem hesitação.

Agradeço à minha prima Joana Cabral e à minha tia Célia, pela prontidão na ajuda extra no Abstract.

Agradeço a todos os meus amigos, por me ouvirem nos momentos de desespero e pelas palavras de força no momento certo, que me fizeram andar para a frente e pela prontidão de ajuda na recta final. Um especial obrigado aos mais pacientes e presentes, entre eles Patrícia Zlamalik, que foi um apoio fulcral na realização deste estudo, Tânia Rebelo, Sofia Marçalo, Clara Seoane, Ana Palricas, Daniel Trindade e José Costa.

Prefácio

"Nenhuma oportunidade, nenhuma responsabilidade ou obrigação maior pode ser conferida a um ser humano do que a de tornar-se médico. Ao assistir pessoas que sofrem, o médico precisa ter habilidade técnica, conhecimento científico e compreensão humana... Tacto, solidariedade e compreensão são o que se espera do médico, pois o paciente não é uma mera colectânea de sinais e sintomas (...)"

Harrison, 1st Edition

Resumo

Introdução: O intuito primordial do percurso académico com seis anos em Medicina é dotar os alunos de um conjunto de conhecimentos e competências que lhes permitam exercer uma prática médica eficaz e segura. Estas competências revelam-se cada vez mais necessárias a nível de uma comunicação clínica adequada aos contextos e às pessoas, com repercussões positivas na qualidade da prática médica e na satisfação do utente e do profissional de saúde. É fundamental que o médico consiga interagir na entrevista clínica de modo a gerar confiança e empatia, recolhendo a informação útil e motivando para o cumprimento da terapêutica e para as mudanças de comportamento imprescindíveis para alcançar os melhores resultados. Desta forma, é essencial preparar os alunos para comunicar eficazmente e identificar os pontos fracos e fortes da sua formação nesta área.

Objectivos: 1) Analisar de forma descritiva a avaliação de competências essenciais de comunicação clínica pelos alunos dos 5º e 6º anos do curso de Medicina da FCS-UBI do ano lectivo 2011-2012, que estão a um passo da prática médica; 2) Analisar comparativamente os resultados por subgrupos: sexo, preferência de área na Medicina (se médica, cirúrgica ou médico-cirúrgica) e ano curricular e 3) Analisar o currículo da FCS-UBI, identificando os pontos fracos e fortes da formação em comunicação clínica.

Materiais e Métodos: Estudo de investigação, observacional e descritivo. Foi desenvolvido com base no instrumento *Kalamazoo Consensus Statement*, com respostas abertas e fechadas (escala de Likert de 5 níveis). O questionário foi aplicado através da *mailing-list* da FCS-UBI e pessoalmente, garantindo sempre o anonimato das respostas. Participaram 105 alunos dos 5º e 6º anos do Mestrado Integrado de Medicina da FCS-UBI (matriculados no ano lectivo 2011-2012), com uma média de 24,1 anos. A maioria dos participantes foi do sexo feminino (80,9%), frequentava o 5º ano (59,1%) e tinha preferência pelas áreas médico-cirúrgica (45,7%) e médica (44,8%). A análise estatística incluiu a descrição dos resultados obtidos e a comparação das amostras, realizada com base no SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*) versão 19.0 e *Microsoft Office Excel 2007*®. Utilizaram-se frequências relativas e absolutas, médias, desvios-padrão, número máximo e número mínimo. Dada a ausência de distribuição normal dos dados, realizaram-se testes não paramétricos para comparar as amostras, considerando-se significativos os resultados com $p < 0,05$. Foram também realizadas uma revisão dos conteúdos programáticos do curso relativos às competências comunicacionais e entrevistas aos docentes responsáveis dessas unidades pedagógicas.

Resultados: Os alunos reconheceram a importância da comunicação clínica na prática médica. Reconheceram também que o curso de Medicina da UBI dá a devida importância a

estas competências e sentem-se preparados para as exercer. Na hierarquização de competências de entrevista clínica, os alunos priorizaram a relação médico-doente como a componente mais importante, seguida da realização de história clínica. Todas as competências comunicacionais foram avaliadas positivamente pelos alunos, com relevo para *Utilizar uma linguagem acessível ao paciente*, *Perguntar ao paciente se este tem mais preocupações ou queixas* e *Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações*. As competências comunicacionais com avaliação mais baixa foram *Dar más notícias* e *Lidar com reclamações feitas por doentes*. O sexo feminino avaliou melhor a *Importância das competências de comunicação clínica na prática médica*. Os alunos com maior interesse pela área médica auto-avaliaram-se tendencialmente pior do que aqueles com maior interesse nas áreas médico-cirúrgica ou cirúrgica. Relativamente a esta variável, foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas competências *Preparação no que se refere às competências de comunicação clínica* e quase significativas em *Colocar adequadamente questões abertas e fechadas*, *Encorajar uma parceria entre o médico e o paciente*, *Permitir ao paciente que complete o seu raciocínio* e *Recolher a informação necessária sobre o paciente*, em que se observaram valores mais baixos no subgrupo com maior interesse pelas áreas médicas. Quanto à comparação dos resultados com a variável *ano curricular*, houve uma diferença quase estatisticamente significativa em *Estabelecer uma relação (rapport) com o doente*, em que os alunos do 6º ano obtiveram uma media mais elevada. De resto não foram observadas mais diferenças estatisticamente significativas.

A análise curricular confirmou que as competências de comunicação clínica são leccionadas durante o curso na unidade curricular “Bases Psicológicas da Medicina”, especificamente na unidade pedagógica de “Comunicação clínica e relação médico-doente”. As entrevistas realizadas aos docentes responsáveis pela unidade curricular indicaram duas ideias principais: 1) a necessidade de definir melhor um perfil de competências comunicacionais desejável no aluno que termina o mestrado em Medicina; e 2) garantir a formação nas valências comunicacionais, éticas e jurídicas, integrando de forma equilibrada a informação / conhecimentos e as competências nestas áreas.

Conclusão: Os alunos inquiridos reconhecem a importância da comunicação na prática médica. Reconhecem que a FCS-UBI lecciona de forma eficaz as competências chave de comunicação e entrevista clínicas. Sentem-se efectivamente preparados para as exercer. Os resultados indicam como pontos a melhorar no ensino da comunicação clínica no curso de Medicina da FCS-UBI a comunicação de más notícias e a capacidade de lidar com reclamações.

Palavras-chave

Competências, Comunicação, Clínica, Estudantes, Medicina

Abstract

Introduction: The primary purpose of the six academic years in Medicine is to provide students with a set of knowledge and skills to pursue medical practice in an efficient and safety friendly manner. These skills tend to be increasingly needed to an appropriate clinical communication that fits contexts and people, with positive effects on the quality of clinical practice and on users' and health professionals' satisfaction. It is essential that doctors can interact in the clinical interview in order to build trust and empathy, gathering useful information and motivating towards the fulfillment of therapy and behavioral changes that are needed to achieve the best results. It is fundamental to prepare students to communicate effectively and to identify the strengths and weaknesses of their training in this area.

Objectives: 1) Descriptive analysis of the self-assessment clinical communication core competencies of the students of the 5th and 6th year enrolled in the medical school of FCS-UBI 2011-2012 school year, who are one step away from medical practice; 2) Comparative analysis of the results by subgroups: sex, favorite medical area of practice (if medical, surgical or medical-surgical) and academic year, and 3) analysis of the curriculum of FCS-UBI medical course, identifying the strengths and weaknesses of the training on clinic communication.

Materials and Methods: This research is observational and descriptive. Its development was based on the instrument *Kalamazoo Consensus Statement* with open and closed questions (answers in a Likert scale of 5 levels). The questionnaire was administered both through the mailing list of FCS-UBI and personally, always insuring the anonymity of responses. A total of 105 students, with an average of 24.1 years of age, in the 5th and 6th years of the Master of Medicine FCS-UBI, enrolled in the academic year 2011-2012, participated in this study. Most of the participants were female (80.9%), attended the 5th year (59.1%) and had a preference for both medical-surgical (45.7%) and medical areas (44.8%). The statistical analysis included the description of the results and the comparison of samples which was performed using the SPSS® (Statistical Package for Social Science) version 19.0 and Microsoft Office Excel 2007®. We used the absolute and relative frequencies, means, standard deviations, maximum and minimum numbers. Due to the lack of normal distribution of data, non-parametric tests were performed to compare samples, considering results as significant as $p < 0.05$. A review of the syllabus of the course related to communication skills and interviews with the teachers responsible for teaching these units were also conducted.

Results: The students recognized the importance of clinical communication skills in medical practice. They also recognized that the medical course of FCS-UBI gives proper importance to

these skills and feel prepared for the practice. In the hierarchy of clinical interview skills, students prioritized the doctor-patient relationship as the most important item, followed by conducting the clinical history. All communication skills addressed in the questionnaire were evaluated positively by the participants, with emphasis on *Using language that is accessible to the patient*, *Asking the patient if he has more concerns or complaints* and *Encouraging the patient to talk about their concerns*. Communication skills with lower rating were *Giving bad news* and *Dealing with complaints made by patients*. The importance of clinical communication skills in medical practice was highly rated by the female respondents. Participants with greater interest in medical fields rated themselves lower than those with greater interest in medical-surgical and surgical fields. For this variable, there were statistical differences close to significance in *Putting open and closed questions properly*, *Encouraging a partnership between doctor and patient*, *Allowing the patient to complete their reasoning* and *Collecting the necessary information about the patient*. The lower values were observed in the subgroup with the highest interest in the medical fields. The comparison of the results using the variable academic year, shown a statistically significant difference in *Establishing a relationship (rapport) with the patient*, where 6th grade's students had a higher average. Furthermore, there were no statistically significant differences.

The curriculum analysis confirmed that clinic communication and interview skills are taught during the course in the discipline "Psychological Basis of Medicine", specifically in the educational unit "Clinical communication and patient-doctor relationship". The interviews with some teachers indicated two main ideas: 1) the need to define a profile of communication skills desirable in the student who completes the master's degree in medicine, and 2) the provision of training in communication, ethical and legal fields, integrating evenly information / knowledge and skills in these areas.

Conclusion: Surveyed students recognize the importance of communication skills in medical practice. They recognize also that FCS-UBI teaches the key clinical communication and interview skills. They feel well prepared for the exercise of these skills. The results indicate *the communication of bad news* and *the ability to deal with complaints* as areas for improvement in the teaching of clinical communication skills in the medical course of FCS-UBI.

Keywords

Skills, Clinical and interview communication skills, Students, Medicine

Índice

1. Introdução.....	12
2. Materiais e Métodos.....	14
3. Resultados.....	18
4. Discussão.....	31
5. Conclusão.....	35
6. Referências Bibliográficas.....	36
7. Anexos.....	39
Anexo I – Declaração de Aceitação do Estudo pela Comissão de Ética.....	39
Anexo II – Modelo de questionário aplicado.....	40
Anexo III – Entrevista realizada aos tutores.....	45

Índice de figuras

Figura 1 – Processo de recolha de dados e adesão da amostra ao questionário aplicado	15
Figura 2 - Avaliação da importância das competências de comunicação na prática clínica.....	18
Figura 3 – Avaliação da importância das competências de comunicação clínicad dada pela UBI...	18
Figura 4 – Auto-avaliação a nível das competências de comunicação clínica	18
Figura 5 – Avaliação da formação em competências da comunicação clínica no curso de Medicina da UBI.....	22

Índice de tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra de acordo com as variáveis demográficas.....	14
Tabela 2 – Avaliação da importância das competências de comunicação clínica na Medicina e no Curso de Medicina da UBI (Média e Desvio Padrão)	19
Tabela 3 – Auto-avaliação das competências de comunicação clínica.....	19
Tabela 4 – Hierarquia de competências de comunicação clínica	21
Tabela 5 - Avaliação da importância das competências de comunicação clínica na Medicina e auto-avaliação das competências de comunicação clínica em função da variável <i>sexo</i>	22
Tabela 6 - Avaliação da importância das competências de comunicação clínica na Medicina e auto-avaliação das competências de comunicação clínica em função da variável <i>área de preferência</i>	24
Tabela 7 - Análise estatística dos resultados consoante a variável <i>ano curricular</i>	27
Tabela 8 – Conteúdos programáticos da unidade pedagógica de “Comunicação e relação médico-doente”	29

Lista de acrónimos

FCS - Faculdade Ciências da Saúde

UBI - Universidade da Beira Interior

M - Média

DP - Desvio-Padrão

1. Introdução

A prática de Medicina implica comportamentos correctos face à protecção da saúde. Os médicos lidam com a fragilidade de doentes e do seu desempenho depende muitas vezes a vida ou a morte. A sociedade espera e exige do médico, competência e actualização permanente, isto é, uma aprendizagem contínua para a vida [1]. Isto implica uma exigência crescente na educação médica, no sentido de formar profissionais cada vez mais competentes e capazes de responder o melhor possível a todos os problemas e solicitações. A concretização de uma educação médica com qualidade exige recursos diversificados [1] e requer a percepção do doente na sua globalidade. Por isso a educação médica é complexa. Requer cultura, sem a qual a compreensão do doente será sempre limitada [1]. Requer formação científica sólida, sem a qual não dominará as razões da sua actuação e não poderá progredir e inovar [1]. E impõe sentido ético, moral e interesse pelo próximo, sem os quais não poderá apreender e viver o espírito de serviço que deve ser o paradigma da profissão [1].

É indiscutível que uma boa comunicação entre o médico e o doente influencia positivamente os cuidados prestados [6]. Médicos com boas capacidades comunicacionais identificam os problemas dos doentes com mais eficácia e estes ficam mais satisfeitos com os seus cuidados [10]. Beneficia a atenção recebida, a decisão terapêutica, o grau de seguimento dos planos e reduz as reclamações por má prática [25]. O bem-estar do médico também aumenta significativamente [11-13] e há uma maior satisfação profissional.

Tem-se tentado estabelecer um conjunto de competências de comunicação clínica necessárias para uma prática médica eficaz, independentemente da cultura, meio ou condições de formação [3;8]. A Associação Americana de Médicos (AAMC) e a *National Board of Medical Examiners* (NBME) requerem objectivos estandardizados para avaliação destas competências e o *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) definiu seis competências básicas de comunicação clínica, sendo elas [2]:

1. Estabelecer uma relação (rapport) entre médico e doente;
2. Abrir uma consulta/entrevista clínica; recolher história clínica;
3. Compreender a perspectiva do doente sobre o seu problema e doença;
4. Partilhar e discutir informações clínicas com o doente;
5. Negociar com o doente sobre o seu diagnóstico e plano terapêutico; e
6. Fechar a entrevista/consulta [2].

O médico deve ser capaz de adoptar um conjunto de técnicas chave de comunicação, tais como: explorar os principais problemas do doente e esclarecer o seu impacto físico, emocional e social; fornecer toda a informação que este desejar saber, verificando sempre se percebeu ou não e atentar na sua reacção perante a informação dada [10]. O médico deve expressar empatia e incentivar o doente a revelar informações, crenças e preferência de

tratamento, maximizando as suas oportunidades em participar na definição de um plano terapêutico mais eficaz [4]. São também importantes técnicas não verbais mostrando maior proximidade [5], tais como menor distância entre médico e doente, inclinação para a frente e orientação do corpo, associadas a níveis maiores de satisfação [19].

No entanto, estudos comprovam frequentes défices comunicacionais nas entrevistas clínicas, em que apenas metade das preocupações dos doentes é discutida e elucidada [14] e menos de metade da morbidade psicológica é reconhecida [15]. Frequentemente obtém-se pouca informação sobre as percepções e problemas dos doentes [16], conduzindo a que estes não adiram ao tratamento [10]. Estudos comprovam que os médicos adoptam uma postura relutante em inquirir os doentes acerca do impacto social e emocional dos seus problemas, devido ao receio de lhe causar uma angústia que não consigam gerir [10] e aumentar o tempo de consulta [17]. Mesmo com as competências adequadas, por vezes não as praticam com a preocupação de que os seus colegas não dêem continuidade a esse apoio emocional [18].

Com efeito, surge-nos a importância indiscutível da aquisição nas competências de comunicação clínica na educação médica. Tradicionalmente, o ensino de tais competências nos currículos realizava-se de modo informal, sem focar especificamente técnicas de comunicação *per se*, interpretando a capacidade de comunicar como uma questão de vocação e não como alvo de aprendizagem [30]. No entanto, cada vez mais, a comunicação é avaliada para promoção e graduação profissional [7]. O crescimento do interesse na comunicação clínica conduziu à necessidade de tornar este tipo de aptidões parte do ensino [31]. Em resumo, é então fundamental ter em conta três premissas básicas:

1. Boas competências de comunicação clínica estão relacionadas de forma positiva com os resultados, tanto para os doentes como para médicos;
2. As competências de comunicação nem sempre são adequadas e portanto, alguns resultados para médicos e doentes podem ser melhorados;
3. As competências de comunicação podem e devem ser ensinadas [20].

Desta forma, o presente estudo teve como objectivos:

- Analisar de forma descritiva a avaliação de competências nucleares de comunicação clínica pelos alunos dos 5º e 6º anos do curso de Medicina da FCS-UBI do ano lectivo 2011-2012, que estão a um passo da prática médica;
- Analisar comparativamente os resultados por subgrupos: sexo, ano curricular, preferência de área na Medicina (se médica, cirúrgica ou médico-cirúrgica);
- Analisar o currículo da FCS-UBI, identificando os pontos fracos e fortes da formação em comunicação clínica.

2. Materiais e Métodos

2.1 Tipo de estudo

O presente estudo é uma investigação observacional e descritiva. Apresenta uma metodologia quantitativa no sentido de ser possível recolher e tratar os dados sistemática e estatisticamente, estabelecendo relações entre variáveis em resposta aos problemas em investigação, detalhados anteriormente nos objectivos.

2.2 Caracterização da amostra

Foram analisados 105 questionários válidos, referentes a alunos matriculados no 5º e 6º ano em Medicina na FCS-UBI, no ano lectivo 2011-2012. A maioria foi do sexo feminino (81%), entre os 23 e 24 anos (67%) cuja média foi de 24,1 anos e do 5º ano (59%). A área de interesse mais frequente foi médica-cirúrgica (46%), seguida da médica (45%) (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis demográficas

Variáveis demográficas	n (%)
Sexo	
Feminino	85 (80,9)
Masculino	20 (19,1)
Idade	
21-22	9 (8,6)
23-24	70 (66,7)
25-26	19 (18,1)
27-28	2 (1,9)
29-30	3 (2,9)
>30	2 (1,9)
Ano Curricular	
5º ano	62 (59,1)
6º ano	43 (40,9)
Área Interesse	
Cirúrgica	8 (7,6)
Médico-Cirúrgica	48 (45,7)
Médica	47 (44,8)
Outra	2 (1,9)

2.3 Procedimento

A população-alvo constituiu o universo de todos os alunos matriculados no 5º e no 6º ano no Mestrado Integrado em Medicina da FCS-UBI no ano lectivo 2011-2012, perfazendo um total de 168 (82 alunos do 5º ano e 86 alunos do 6º ano). A técnica de amostragem foi não probabilística correspondente à selecção de uma amostra de conveniência. Os alunos foram

incluídos em função do cumprimento de critérios de inclusão e de exclusão. Como critérios de inclusão estabeleceram-se todos os alunos da população-alvo que mostrassem disponibilidade para o preenchimento do questionário proposto. Como critérios de exclusão estabeleceram-se todos aqueles que responderam de forma incompleta ou inválida a esse mesmo questionário.

A recolha de dados decorreu em Junho de 2012. Todos os alunos do 6º ano já tinham frequentado as áreas que constituem o ano profissionalizante e os alunos do 5º ano já tinham leccionado todos os conteúdos programáticos. Para contactar com os do 5º ano seleccionaram-se momentos de exames e com os do 6º ano utilizou-se a *mailing-list*, apelando à sua colaboração. Na sequência deste processo, recolheram-se 113 questionários, dos quais foram eliminados 8 por preenchimento incompleto, restando 105 que constituíram a amostra deste estudo, a que corresponde uma taxa de resposta de 62,5% (ver Figura 1).

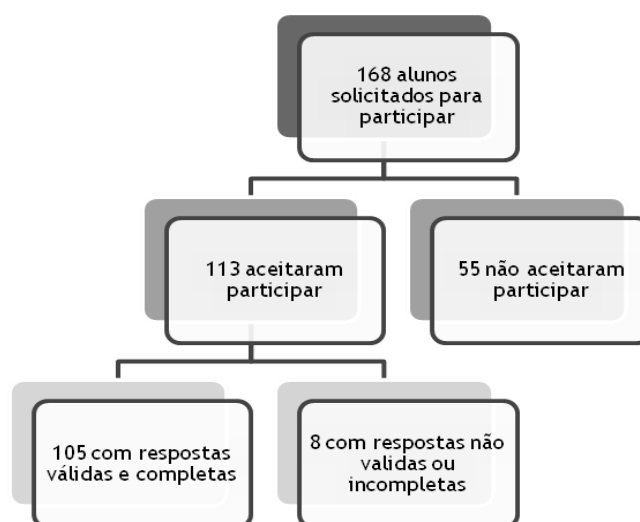


Figura 1 - Processo de recolha de dados e adesão da amostra ao questionário aplicado

A estratégia de amostragem utilizada permitiu uma recolha de dados rápida e de baixo custo. A boa taxa de respostas (62,5%) é um contributo importante para que a amostra seja representativa, aumentando a aproximação à realidade e validade dos resultados. Podemos afirmar que houve uma boa adesão, talvez porque os alunos se preocupam com questões inerentes à sua formação médica e reconhecem estas oportunidades como uma forma de expressar as suas preocupações e contribuir para uma evolução positiva do curso.

2.4 Instrumentos utilizados

2.4.1 Questionário

Recorremos à aplicação de um questionário, de resposta anónima, com o pressuposto de que o comportamento expresso de forma escrita num questionário é uma fonte explorável e fiável da realidade [23]. Foi construído informaticamente utilizando a plataforma

LimeSurvey. Teve como base o *Kalamazoo Consensus Statement* [2]. Foi constituído por uma breve introdução com os objectivos do estudo e da importância da colaboração da amostra.

A primeira secção incluiu perguntas referentes a informações pessoais: idade, sexo, ano curricular e área de formação de maior interesse (cirúrgica, médica ou médico-cirúrgica).

A segunda e terceira secções incluíram perguntas obrigatórias de resposta fechada com escala de Likert de 5 níveis (1 representou Forte desacordo e 5 Forte acordo). A segunda secção foi relativa à importância das competências de comunicação clínica. Teve também uma pergunta de resposta aberta (opcional) para comentários sobre a aprendizagem dessas mesmas competências no curso de Medicina da FCS-UBI. Na terceira secção, cada pergunta abordou uma competência de comunicação clínica individual. O aluno teve de responder consoante o seu nível de concordância e preparação, estabelecendo a sua auto-avaliação.

A última secção foi constituída por três perguntas: uma em que o aluno teve de hierarquizar um conjunto de competências de comunicação clínica, da mais para a menos relevante; outra em que teve de avaliar a sua formação em competências comunicacionais no curso de Medicina da FCS-UBI; e por fim uma pergunta aberta (opcional) para expor as principais preocupações relativamente à comunicação clínica na prática médica.

Antes de ser aplicado à amostra, foi realizado um pré-teste do questionário a 10 alunos (5 do 5º ano e 5 do 6º ano), no sentido de garantir uma melhor compreensão das questões. Recolheram-se todas as sugestões relativamente a questões de difícil compreensão, pouco explícitas, dificuldades de preenchimento e extensão/tempo para completar o questionário. De seguida, procedeu-se à alteração de algumas perguntas, com substituição de vocabulário para uma linguagem mais acessível e de mais fácil interpretação.

O questionário foi aplicado em Junho de 2012, como detalhado anteriormente na recolha dos dados.

2.4.2 Revisão Curricular

Foi também realizada a revisão curricular do curso de Medicina da FCS-UBI.

Numa primeira abordagem, o currículo foi analisado exaustivamente no sentido de identificar as disciplinas com contributo para o desenvolvimento de competências de comunicação clínica e os seus conteúdos programáticos. A finalidade deste procedimento foi clarificar os objectivos e os conteúdos leccionados e confrontá-los com os objectivos e conteúdos pretendidos, de forma a identificar os pontos fortes e fracos do currículo.

Por fim, foram entrevistados alguns professores com funções de coordenação no curso ou responsáveis pelas unidades curriculares analisadas e identificadas. A entrevista consistiu em dez perguntas, em que foi inquirida a opinião relativa à importância das competências comunicacionais na Medicina e os princípios e estratégias mais importantes a ter em conta para conceber a sua formação no curso de Medicina da FCS-UBI.

Todo este procedimento decorreu em Setembro, Outubro e Novembro de 2012.

2.5 Análise estatística

Após a recolha dos dados com a aplicação do questionário, procedeu-se à sua análise estatística com recurso aos programas SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*) versão 19.0 e *Microsoft Office Excel 2007*®.

Utilizaram-se as frequências relativas e absolutas, médias, desvios-padrão, número máximo e número mínimo.

Todas as variáveis quantitativas foram testadas para a normalidade, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Uma vez que as variáveis não seguiam uma distribuição normal, recorreu-se a testes não paramétricos para comparar subgrupos da amostra. Quando as variáveis eram constituídas por duas categorias de resposta utilizou-se o teste de Mann-Whitney U e quando existiam pelo menos três categorias, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados dos testes estatísticos foram considerados significativos quando $p < 0.05$.

Relativamente às entrevistas e análise curricular da FCS-UBI, não foi utilizada qualquer análise estatística.

3. Resultados

3.1 Avaliação das competências de comunicação clínica

3.1.1 Importância das competências de comunicação clínica

Os resultados da primeira secção do questionário, sobre a importância das competências de comunicação clínica na Medicina e preparação a este nível proporcionada pelo curso de Medicina da UBI, estão apresentados nas figuras 2, 3 e 4 e na tabela 2. Nas figuras são apresentadas as frequências absolutas e na tabela são detalhados a média (numa escala em que 1 representou Forte desacordo e 5 Forte acordo) e o desvio padrão.

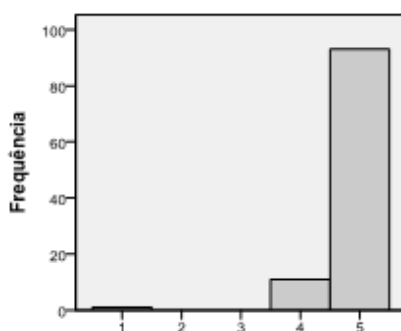


Figura 2 - Avaliação da importância das competências de comunicação na prática clínica

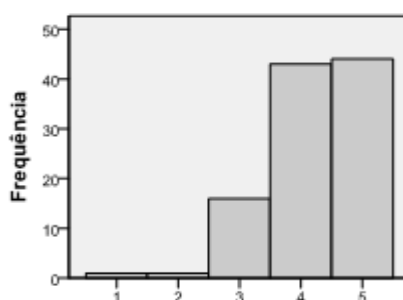


Figura 3 - Avaliação da importância das competências de comunicação clínica dada pela UBI

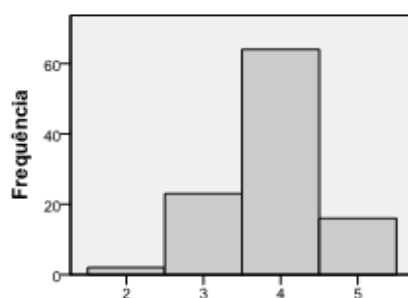


Figura 4 - Auto-avaliação a nível das competências de comunicação clínica

Tabela 2 - Avaliação da importância das competências de comunicação clínica na Medicina e no Curso de Medicina da UBI (Média e Desvio Padrão)

Nº Pergunta	Pergunta do Questionário	N	Média	Desvio Padrão
1	As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica	105	4,86	0,489
2	O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação clínica	105	4,22	0,808
3	Actualmente sinto-me preparado no que se refere às competências de comunicação clínica	105	3,90	0,664

Na pergunta 1 foi obtida a média mais elevada, próxima do nível máximo (4,86). A figura 2 mostra-nos que todas as respostas se distribuem entre os pontos 4 e 5 da escala. Indica que os alunos consideram a comunicação clínica muito importante na prática médica.

Na pergunta 2 foi obtida uma média boa (4,22), embora inferior à obtida na questão anterior, o que sugere que os alunos reconhecem que o curso de Medicina da UBI valoriza as competências de comunicação clínica. No entanto, a figura 3 mostra-nos que surgem algumas respostas no nível 3 (intermédio) e no nível 2, que corresponde a uma avaliação negativa.

Na pergunta 3 a média das respostas é 3,90, a mais baixa deste conjunto de questões. A figura 4 mostra-nos que a maioria das respostas se situa no nível 4, mas que uma quantidade considerável surge no nível 3 e algumas são negativas. Sugere que a maioria dos alunos se sente preparado nesta área, mas que alguns avaliam negativamente essa preparação, existindo ainda alguma margem de progressão.

É de realçar a diferença nas médias das respostas às perguntas 1 (com um valor muito próximo do máximo) versus 2 e 3 (médias boas mas inferiores à obtida na pergunta 1).

Relativamente à pergunta opcional desta secção, foram pedidos comentários ou sugestões relativamente ao ensino e aprendizagem das competências de comunicação clínica. Foi destacada a necessidade de redução do ratio aluno/tutor e de realização de mais actividades tipo role-play para praticar essas mesmas competências.

3.1.2 Auto-avaliação das competências de comunicação clínica

Os resultados obtidos na segunda secção do questionário estão apresentados na tabela 3. São detalhados a média (numa escala em que 1 representou Forte desacordo e 5 Forte acordo) e o desvio padrão. Traduz a auto-avaliação das competências de comunicação clínica.

Tabela 3 - Auto-avaliação das competências de comunicação clínica

Nº Pergunta	Pergunta do Questionário Sinto-me efectivamente preparado para:	N	Média	Desvio Padrão
1	Estabelecer uma relação (rapport) com o paciente	105	4,05	0,595

Nº Pergunta	Pergunta do Questionário Sinto-me efectivamente preparado para:	N	Média	Desvio Padrão
2	Encorajar uma parceria com o paciente	105	4,05	0,611
3	Aceitar a participação activa do paciente na tomada de decisões	105	4,06	0,691
4	Abrir uma discussão no quadro de uma entrevista clínica	105	3,75	0,769
5	Permitir ao paciente que complete o seu raciocínio	105	4,10	0,766
6	Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações	105	4,26	0,621
7	Estabelecer ou manter a relação clínica	105	4,11	0,577
8	Recolher a informação necessária sobre o paciente	105	4,04	0,692
9	Colocar adequadamente questões abertas e fechadas	105	3,94	0,663
10	Integrar, clarificar e estruturar as informações fornecidas pelo paciente	105	3,95	0,704
11	Realizar escuta activa, usando técnicas não-verbais (e.g., contacto visual, posição do corpo) e verbais (e.g., palavras de incentivo)	105	3,97	0,778
12	Compreender os pacientes e a sua perspectiva sobre a sua doença e os seus problemas	105	4,13	0,651
13	Explorar factores contextuais da vida do paciente (por exemplo, família, cultura, género, idade, perspectiva da doença, nível sócio-económico, espiritualidade)	105	3,99	0,658
14	Explorar crenças, preocupações e expectativas sobre saúde e doença	105	3,89	0,751
15	Considerar as ideias sentimentos e valores do paciente	105	4,04	0,603
16	Partilhar informação com o paciente	105	4,00	0,604
17	Utilizar uma linguagem acessível ao paciente	105	4,34	0,586
18	Verificar se o paciente entendeu o que o queria dizer	105	4,24	0,628
19	Incentivar as perguntas por parte do paciente	105	4,10	0,634
20	Negociar um acordo com o paciente relativamente aos problemas e aos planos	105	3,87	0,636
21	Incentivar a participação do paciente na decisão na medida em que este o deseje	105	4,00	0,572
22	Verificar a vontade e a capacidade do paciente para cumprir os planos terapêuticos	105	3,90	0,664
23	Identificar e activar recursos e apoio para o paciente	105	3,72	0,727
24	Fechar uma entrevista clínica ou uma consulta	105	3,98	0,734

25	Perguntar ao paciente se este tem mais preocupações ou queixas	105	4,30	0,606
26	Resumir e chegar a acordo com o paciente sobre os planos terapêuticos	105	3,99	0,658
27	Discutir e marcar o seguimento do paciente	105	4,03	0,686
28	Dar más notícias	105	2,81	0,931
29	Lidar com reclamações feitas por doentes	105	2,98	0,971
30	Ter formação e treino suficiente para saber comunicar com o doente	105	3,78	0,820

As competências abordadas no questionário com auto-avaliação mais elevada foram *Utilizar uma linguagem acessível ao paciente* (pergunta 17: média = 4,34), *Perguntar ao paciente se este tem mais preocupações ou queixas* (pergunta 25: média = 4,30) e *Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações* (pergunta 6: média = 4,26). As competências com auto-avaliação mais baixa foram *Dar más notícias* (pergunta 28: média = 2,81) e *Lidar com reclamações feitas por doentes* (pergunta 29: média = 2,96).

3.1.3 Hierarquização de competências de comunicação e entrevista clínica

Na terceira secção do questionário pediu-se a hierarquização de competências de comunicação clínica (da mais para a menos relevante). A sequência mais votada está esquematizada na tabela 4.

Tabela 4 - Hierarquia de competências de comunicação clínica

Hierarquia	Afirmação	Legenda da afirmação	Média
1º	A1	Estabelecer relação (rapport) entre médico e paciente.	6,5
2º	A3	Recolher informações (fazer história clínica).	4,8
3º	A4	Compreender a perspectiva do paciente sobre o seu problema / doença.	4,7
4º	A2	Abrir uma consulta/entrevista clínica.	3,9
5º	A5	Partilhar e discutir informações clínicas com o paciente.	3,7
6º	A6	Negociar com o paciente um acordo sobre o diagnóstico e plano terapêutico.	3,1
7º	A7	Fechar a entrevista / consulta.	1,2

Adicionalmente, solicitou-se a avaliação da formação em competências de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI. Os resultados são apresentados na figura 5.

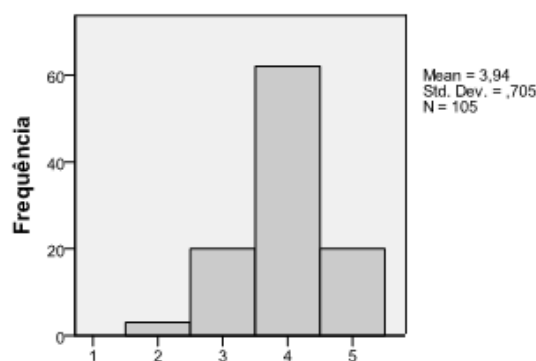


Figura 5 - Avaliação da formação em competências da comunicação clínica no curso de Medicina da UBI

A média obtida foi 3,94 (correspondente a boa). No entanto, como podemos verificar pela figura 5, uma parte dos alunos avaliou a formação apenas com suficiente (nível 3), e uma minoria com insuficiente (nível 2), pelo que ainda existe uma margem de progressão.

3.1.4 Competências de comunicação clínica em função do sexo

Todos os resultados foram analisados e comparados em função da variável sexo, no sentido de verificar se existiam diferenças significativas de resultados entre os alunos do sexo feminino e masculino. Segue-se a tabela 5 com os resultados obtidos:

Tabela 5 - Avaliação da importância das competências de comunicação clínica na Medicina e auto-avaliação das competências de comunicação clínica em função da variável sexo

Nº Pergunta	Pergunta do Questionário	Feminino (N=85)		Masculino (N=20)		Valor p*
		M	DP	M	DP	
Primeira Secção - Sobre o Percurso Académico						
1	As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica	4,88	0,498	4,75	0,444	0,038
2	O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação clínica	4,21	0,846	4,25	0,639	0,898
3	Actualmente sinto-me preparado no que se refere às competências de comunicação clínica	3,88	0,662	3,95	0,686	0,530
Segunda Secção - Competências de Comunicação e Relação Interpessoal sinto-me efectivamente preparado para:						
1	Estabelecer uma relação (rapport) com o paciente	4,06	0,605	4,00	0,596	0,625

2	Encorajar uma parceria com o paciente	4,05	0,596	4,05	0,686	0,774
3	Aceitar a participação activa do paciente na tomada de decisões	4,06	0,679	4,05	0,759	0,905
4	Abrir uma discussão no quadro de uma entrevista clínica	3,71	0,784	3,95	0,686	0,200
5	Permitir ao paciente que complete o seu raciocínio	4,12	0,730	4,00	0,918	0,690
6	Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações	4,31	0,618	4,05	0,605	0,094
7	Estabelecer ou manter a relação clínica	4,13	0,573	4,05	0,605	0,589
8	Recolher a informação necessária sobre o paciente	4,05	0,634	4,00	0,918	0,820
9	Colocar adequadamente questões abertas e fechadas	3,94	0,661	3,95	0,686	0,996
10	Integrar, clarificar e estruturar as informações fornecidas pelo paciente	3,84	0,721	3,90	0,641	0,791
11	Realizar escuta activa, usando técnicas não-verbais (e.g., contacto visual, posição do corpo) e verbais (e.g., palavras de incentivo)	4,00	0,772	3,85	0,813	0,467
12	Compreender os pacientes e a sua perspectiva sobre a sua doença e os seus problemas	4,12	0,680	4,20	0,523	0,681
13	Explorar factores contextuais da vida do paciente (por exemplo, família, cultura, género, idade, perspectiva da doença, nível sócio-económico, espiritualidade)	4,00	0,636	3,95	0,759	0,937
14	Explorar crenças, preocupações e expectativas sobre saúde e doença	3,88	0,747	3,90	0,788	0,841
15	Considerar as ideias sentimentos e valores do paciente	4,05	0,596	4,00	0,649	0,760
16	Partilhar informação com o paciente	3,96	0,606	4,00	0,587	0,225
17	Utilizar uma linguagem acessível ao paciente	4,35	0,571	4,30	0,657	0,802
18	Verificar se o paciente entendeu o que o queria dizer	4,26	0,620	4,15	0,671	0,512
19	Incentivar as perguntas por parte do paciente	4,13	0,651	4,00	0,562	0,342
20	Negociar um acordo com o paciente relativamente aos problemas e aos planos	3,85	0,646	3,95	0,605	0,529
21	Incentivar a participação do paciente na decisão na medida em que este o deseje	3,98	0,577	4,10	0,553	0,385
22	Verificar a vontade e a capacidade do paciente para cumprir os planos terapêuticos	3,88	0,662	3,95	0,686	0,560

23	Identificar e activar recursos e apoio para o paciente	3,69	0,740	3,85	0,671	0,472
24	Fechar uma entrevista clínica ou uma consulta	3,94	0,746	4,15	0,671	0,271
25	Perguntar ao paciente se este tem mais preocupações ou queixas	4,32	0,621	4,25	0,550	0,540
26	Resumir e chegar a acordo com o paciente sobre os planos terapêuticos	3,94	0,696	4,20	0,410	0,124
27	Discutir e marcar o seguimento do paciente	4,01	0,715	4,10	0,553	0,691
28	Dar más notícias	2,79	0,914	2,90	1,021	0,498
29	Lidar com reclamações feitas por doentes	2,95	0,950	3,10	1,071	0,395
30	Ter formação e treino suficiente para saber comunicar com o doente	3,79	0,773	3,75	1,020	0,972

* Teste não paramétrico Mann-Whitney U. Resultado significativo se $p < 0,05$

Verificamos que não existem diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino, excepto na *Importância das competências de comunicação clínica na prática médica* (pergunta 1 da Secção 1), na qual o sexo feminino apresentou maior média.

3.1.5 Competências de comunicação clínica em função da área de formação preferida

Foram analisados os resultados recorrendo à variável *área de formação preferida*, no sentido de verificar se alunos com preferência por áreas cirúrgicas ou médico-cirúrgicas (menor contacto com o doente) apresentavam diferenças comparativamente aos de áreas médicas, em que a comunicação está intrínseca. Segue-se a Tabela 6 com os resultados:

Tabela 6 - Avaliação da importância das competências de comunicação clínica na Medicina e auto-avaliação das competências de comunicação clínica em função da variável *área de preferência*

Nº Pergunta	Pergunta do Questionário	Cirúrgica (N=8)		Médico-Cirúrgica (N=48)		Médica (N=47)		Valor p*	
		M	DP	M	DP	M	DP		
Primeira Secção - Sobre o Percurso Académico									
1	As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica	4,88	0,354	4,88	0,334	4,83	0,637	0,969	
2	O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação	4,62	0,518	4,31	0,689	4,06	0,919	0,162	

3	Actualmente preparado no que se refere às competências de comunicação clínica	4,00	0,535	4,08	0,613	3,70	0,689	0,023
Segunda Secção - Comunicação e Relação Interpessoal sinto-me efectivamente preparado para:								
1	Estabelecer uma relação (rapport) com o paciente	4,38	0,518	4,08	0,613	3,96	0,588	0,172
2	Encorajar uma parceria com o paciente	4,25	0,463	4,13	0,463	3,96	0,690	0,057
3	Aceitar a participação activa do paciente na tomada de decisões	4,25	0,463	4,13	0,733	3,96	0,690	0,345
4	Abrir uma discussão no quadro de uma entrevista clínica	3,88	0,641	3,85	0,850	3,62	0,677	0,138
5	Permitir ao paciente que complete o seu raciocínio	4,00	0,926	4,27	0,736	3,94	0,734	0,086
6	Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações	4,25	0,463	4,29	0,617	4,26	0,642	0,938
7	Estabelecer ou manter a relação clínica	4,25	0,463	4,19	0,532	4,06	0,604	0,514
8	Recolher a informação necessária sobre o paciente	4,25	0,463	4,17	0,595	3,85	0,780	0,082
9	Colocar adequadamente questões abertas e fechadas	3,88	0,641	4,10	0,660	3,77	0,633	0,051
10	Integrar, clarificar e estruturar as informações fornecidas pelo paciente	4,13	0,641	3,96	0,617	3,70	0,778	0,146
11	Realizar escuta activa, usando técnicas não-verbais (e.g., contacto visual, posição do corpo) e verbais (e.g., palavras de incentivo)	3,75	1,035	4,06	0,755	3,96	0,721	0,581
12	Compreender os pacientes e a sua perspectiva sobre a sua doença e os seus problemas	4,13	0,641	4,21	0,651	4,06	0,639	0,538
13	Explorar factores contextuais da vida do paciente	3,88	0,641	4,13	0,640	3,87	0,647	0,159
14	Explorar crenças, preocupações e expectativas sobre saúde e doença	3,75	0,886	3,98	0,758	3,83	0,732	0,518

15	Considerar as ideias sentimentos e valores do paciente	4,00	0,756	4,06	0,598	4,04	0,588	0,964
16	Partilhar informação com o paciente	4,00	0,535	3,98	0,668	4,00	0,552	0,999
17	Utilizar uma linguagem acessível ao paciente	4,38	0,518	4,35	0,601	4,32	0,594	0,950
18	Verificar se o paciente entendeu o que o queria dizer	4,38	0,518	4,29	0,617	4,19	0,647	0,668
19	Incentivar as perguntas por parte do paciente	4,25	0,468	4,13	0,703	4,06	0,604	0,681
20	Negociar um acordo com o paciente relativamente aos problemas e aos planos	4,13	0,354	3,87	0,672	3,85	0,625	0,496
21	Incentivar a participação do paciente na decisão na medida em que este o deseje	4,25	0,463	4,00	0,619	3,98	0,531	0,454
22	Verificar a vontade e a capacidade do paciente para cumprir os planos terapêuticos	4,13	0,671	3,88	0,714	3,89	0,667	0,613
23	Identificar e activar recursos e apoio para o paciente	4,00	0,535	3,85	0,714	3,57	0,715	0,100
24	Fechar uma entrevista clínica ou uma consulta	4,25	0,463	4,02	0,729	3,91	0,775	0,461
25	Perguntar ao paciente se este tem mais preocupações ou queixas	4,25	0,463	4,40	0,536	4,21	0,690	0,435
26	Resumir e chegar a acordo com o paciente sobre os planos terapêuticos	4,25	0,463	4,08	0,679	3,85	0,659	0,102
27	Discutir e marcar o seguimento do paciente	4,25	0,463	4,08	0,613	3,91	0,775	0,389
28	Dar más notícias	3,25	0,707	2,88	0,981	2,64	0,845	0,169
29	Lidar com reclamações feitas por doentes	3,38	0,518	3,04	0,988	2,83	0,963	0,241
30	Ter formação e treino suficiente para saber comunicar com o doente	4,25	0,707	3,77	0,905	3,70	0,720	0,196

*medido pelo Teste não paramétrico Kruskal-Wallis). Resultado significativo se $p < 0,05$

Relativamente à *Preparação no que se refere às competências de comunicação clínica* (pergunta 3 da secção 1) obtivemos um resultado estatisticamente significativo. Quanto a

Colocar adequadamente questões abertas e fechadas (pergunta 9 da secção 2), obtivemos um valor quase significativo ($p=0,051$). Podemos referir também, por estarem próximo da significância, as respostas às questões *Encorajar uma parceria entre o médico e o paciente* (pergunta 2 da secção 2: $p=0,057$), *Permitir ao paciente que complete o seu raciocínio* (pergunta 5 da secção 2: $p=0,086$) e *Recolher a informação necessária sobre o paciente* (pergunta 8 da secção 2: $p=0,082$). Em todas elas, o grupo de alunos com preferência pelas áreas cirúrgica ou médico-cirúrgica apresentou valores mais elevados. Os restantes resultados não foram estatisticamente significativos. No entanto, alunos com preferência pelas áreas médicas auto-avaliaram-se tendencialmente pior na maioria das competências inquiridas.

3.1.6 Competências de comunicação clínica em função do ano curricular

Por fim, os resultados foram analisados recorrendo à variável *ano curricular* (5º anistas versus finalistas). Segue-se a Tabela 7 com a apresentação de resultados:

Tabela 7 - Análise estatística dos resultados consoante a variável *ano curricular*

Nº Pergunta	Pergunta do Questionário	5º Ano (N=62)		6º Ano (N=43)		Valor p*
		M	DP	M	DP	
Primeira Secção - Sobre o Percurso Académico						
1	As competências de comunicação clínica são importantes na prática médica	4,90	0,303	4,79	0,682	0,488
2	O curso de Medicina da UBI dá a devida importância às competências de comunicação	4,23	0,767	4,19	0,890	0,962
3	Actualmente sinto-me preparado no que se refere às competências de comunicação clínica	3,85	0,659	3,95	0,697	0,409
Segunda Secção - Comunicação e Relação Interpessoal sinto-me efectivamente preparado para:						
1	Estabelecer uma relação (rapport) com o paciente	3,98	0,596	4,17	0,581	0,083
2	Encorajar uma parceria com o paciente	3,97	0,637	4,17	0,581	0,122
3	Aceitar a participação activa do paciente na tomada de decisões	3,98	0,770	4,19	0,552	0,199
4	Abrir uma discussão no quadro de uma entrevista clínica	3,80	0,819	3,69	0,715	0,440
5	Permitir ao paciente que complete o seu raciocínio	4,08	0,766	4,17	0,762	0,534
6	Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações	4,20	0,594	4,21	0,650	0,251
7	Estabelecer ou manter a relação clínica	4,05	0,594	4,21	0,565	0,169
8	Recolher a informação necessária sobre o paciente	3,98	0,725	4,14	0,647	0,331

9	Colocar adequadamente questões abertas e fechadas	3,97	0,663	3,93	0,677	0,695
10	Integrar, clarificar e estruturar as informações fornecidas pelo paciente	3,82	0,701	3,90	0,726	0,555
11	Realizar escuta activa, usando técnicas não-verbais (e.g., contacto visual, posição do corpo) e verbais (e.g., palavras de incentivo)	4,02	0,725	3,93	0,867	0,665
12	Compreender os pacientes e a sua perspectiva sobre a sua doença e os seus problemas	4,13	0,623	4,12	0,705	0,964
13	Explorar factores contextuais da vida do paciente (por exemplo, família, cultura, género, idade, perspectiva da doença, nível sócio-económico, espiritualidade)	3,95	0,699	4,07	0,838	0,403
14	Explorar crenças, preocupações e expectativas sobre saúde e doença	3,85	0,709	3,93	0,838	0,521
15	Considerar as ideias sentimentos e valores do paciente	4,07	0,634	4,02	0,563	0,708
16	Partilhar informação com o paciente	4,02	0,651	4,00	0,541	0,993
17	Utilizar uma linguagem acessível ao paciente	4,37	0,581	4,38	0,682	0,969
18	Verificar se o paciente entendeu o que o queria dizer	4,28	0,585	4,21	0,682	0,679
19	Incentivar as perguntas por parte do paciente	4,17	0,587	4,02	0,715	0,352
20	Negociar um acordo com o paciente relativamente aos problemas e aos planos	3,90	0,656	3,81	0,634	0,592
21	Incentivar a participação do paciente na decisão na medida em que este o deseje	3,98	0,596	4,02	0,593	0,729
22	Verificar a vontade e a capacidade do paciente para cumprir os planos terapêuticos	3,92	0,671	3,88	0,670	0,727
23	Identificar e activar recursos e apoio para o paciente	3,78	0,715	3,67	0,754	0,494
24	Fechar uma entrevista ou uma consulta	4,00	0,759	3,95	0,731	0,761
25	Perguntar ao paciente se este tem mais preocupações ou queixas	4,33	0,619	4,29	0,708	0,975
26	Resumir e chegar a acordo com o paciente sobre os planos terapêuticos	4,08	0,619	3,86	0,718	0,134
27	Discutir e marcar o seguimento do paciente	4,05	0,649	4,02	0,749	0,939
28	Dar más notícias	2,80	1,038	2,81	0,773	0,838
29	Lidar com reclamações feitas por doentes	2,98	1,049	2,98	0,869	0,929
30	Ter formação e treino suficiente para saber comunicar com o doente	3,73	0,861	3,90	0,726	0,382

*medido pelo Teste não paramétrico Mann-Whitney U. Resultado significativo se $p < 0,05$

Na competência *Estabelecer uma relação (rapport) com o doente* (pergunta 1 da secção 2), obtivemos um valor quase significativo ($p=0,083$). O grupo de alunos do 6º ano apresentou média mais elevada. Não foram obtidos mais resultados significativos.

3.2 Revisão Curricular

A revisão curricular teve como finalidade identificar conteúdos programáticos relacionados com as competências de comunicação clínica no currículo do curso.

Constatou-se que no terceiro ano curricular, lecciona-se na disciplina “Bases Psicológicas da Medicina”, uma unidade pedagógica dedicada exclusivamente à comunicação clínica. Tem o objectivo de promover junto dos futuros médicos uma compreensão dos aspectos básicos da relação médico-doente enquanto forma de comunicação, e evidenciar os benefícios para ambos que decorrem dessa relação quando ela é adequada. Pretende capacitar os futuros médicos para o estabelecimento de metas próprias de aprendizagem com o fim de desenvolver competências eficazes de interacção. Os conteúdos programáticos da disciplina, elaborados pelos tutores responsáveis, estão esquematizados na Tabela 8.

Tabela 8 - Conteúdos programáticos da unidade pedagógica de “Comunicação e relação médico-doente”

Conteúdos Programáticos Unidade Pedagógica “Comunicação e relação médico-doente”

1. Pragmática da comunicação humana. Enquadramento e conceitos básicos.
 - Enquadramento: Teoria geral dos sistemas e psicologia social.
 - Breve história do estudo da comunicação.
 - Princípios, conceitos e problemas do estudo da comunicação.
 - Níveis de estudo da comunicação.
 - A pragmática da comunicação. Axiomas da comunicação.
 - Aplicação da pragmática da comunicação à prática clínica.

2. A comunicação clínica.
 - O processo de uma consulta: Fases, objectivos, estratégias e técnicas.
 - Elementos chave da entrevista clínica.
 - Competências básicas da comunicação clínica.
 - Situações especiais: família, pacientes em crise e doentes crónicos.
 - Lidar com a negatividade e a resistência.
 - Comunicação e mudança de comportamento (introdução à entrevista motivacional).

3. Competências de comunicação e relação prestador - utente.
 - Perspectiva integrada das competências de comunicação, ética e aspectos legais.
 - Problematização em torno dos imperativos éticos e das vantagens para as partes envolvidas.
 - Razões para a aprendizagem de competências comunicacionais.
 - Eficácia na comunicação com o s doentes.
 - Benefícios para os médicos.
 - Benefícios para os doentes.

4. Competências comunicacionais relevantes para a prática clínica. Aspectos éticos associados.
 - Competências comunicacionais na relação entre profissionais.
 - Comunicação com outros profissionais.
 - Comunicação com as famílias dos pacientes.
 - Competências comunicacionais na relação M-D.
 - Comunicar com pessoas de outras culturas.
 - Comunicar com crianças e jovens.
 - Dar informação e gerir a incerteza.
 - Comunicar acerca do risco e decisão partilhada.
 - Falar de erros e lidar com queixas.
 - Comunicar más notícias.

No terceiro e quinto ano, consta a disciplina “Ética e Deontologia Médica”. Aborda temas do foro ético, moral e jurídico, relacionados com a comunicação clínica.

Por fim, é de referir também que nos três últimos anos do curso, o aluno já passa a quase totalidade do tempo no meio hospitalar com um tutor responsável, com o objectivo de praticar conhecimentos, mas também aperfeiçoar a relação médico-doente.

Como complemento da análise curricular, foram realizadas entrevistas aos docentes destas unidades curriculares. Foi destacada a importância de criar um perfil de competências comunicacionais desejável no mestre em Medicina que transita para o ano comum, garantindo a formação nas mais diversas valências comunicacionais, ética e jurídicas e sua respectiva integração. Defendem também que deve apostar-se em metodologias activas (com base em problemas, *role playing*, expressão dramática, entre outros) de forma a motivar os alunos e promover a melhor assimilação dos conceitos básicos de comunicação.

4. Discussão

Os resultados deste estudo sobre a auto-avaliação das competências essenciais de comunicação clínica pelos finalistas de Medicina da UBI foram muito positivos e animadores.

A avaliação da importância da comunicação na prática médica obteve o resultado mais elevado, próximo do máximo. Revela que os alunos reconhecem a sua importância. Este resultado é muito positivo, uma vez que as competências de comunicação clínica são hoje internacionalmente aceites como essenciais na Medicina [26-29].

A avaliação do curso está um pouco abaixo da avaliação da importância que estas competências têm na prática médica, pelo que ainda há margem de progressão no sentido da excelência. No entanto, de acordo com a revisão curricular efectuada, pudemos verificar que constam momentos de formação em comunicação clínica continuamente ao longo do curso, nomeadamente nos estágios clínicos e nas disciplinas “Ética e Deontologia” e “Bases Psicológicas da Medicina”. De acordo com a literatura, as competências básicas de comunicação clínica remetem resumidamente para: praticar escuta activa; ter empatia; utilizar linguagem acessível; aprimorar a comunicação não verbal; iniciar, manter e fechar a entrevista clínica; fornecer informações sobre o diagnóstico e tratamento para doentes, familiares e comunidade e analisar as reacções do doente frente à doença [21, 22]. Verificámos que todas elas constam dos conteúdos programáticos das “Bases Psicológicas da Medicina”. De acordo com as entrevistas realizadas aos tutores responsáveis pela unidade curricular, estes consideraram que a comunicação é fulcral na prática da Medicina, sendo importante integrar de forma equilibrada os conhecimentos e as competências e integrá-los com outras áreas da formação em Medicina, das quais destacaram a Ética e Deontologia. Ressaltaram a importância de parte da formação nesta área ser abordada nos 3 primeiros anos do curso e de nos anos seguintes ser mais focada no treino de competências. Referiram a comunicação clínica como sinónimo de eficácia na relação com o doente e com os colegas, tendo por referência um gradiente de competências que inclui o saber ser e estar numa entrevista clínica ou comunicar num congresso, culminando na competência comunicacional “mãe”: a capacidade de gerar e gerir empatia. Reconheceram a sua importância como decisiva, no sentido de marcar claramente a diferença entre um médico competente e um médico menos competente quando avaliado pelos doentes ou pelos pares.

É de destacar que os alunos também reconheceram a capacidade de estabelecer uma boa relação (rapport) médico-doente como a competência de comunicação clínica mais relevante numa entrevista clínica, em detrimento da recolha de uma história clínica (que ocupou o segundo lugar da hierarquia pedida no questionário). Este é outro ponto bastante positivo, uma vez que apesar da recolha da história clínica ser considerada um dos elementos chave para um diagnóstico e tratamento correctos, saber recolhê-la requer a conjugação de conhecimentos de Medicina e de competências comunicacionais. A função da entrevista clínica é esclarecer a história dos problemas médicos mas também psicológicos e/ou sociais

do doente. Aprender a entrevistar é aprender a ajudar o doente a contar a sua história [37]. A entrevista deve assim, ser uma entrevista aberta, enfatizando a importância do desenvolvimento da relação médico-doente. Procura facilitar a emergência de factos, mais do que extraí-los, criando assim a oportunidade de surgirem informações com menos viés e mais relevantes, quer verbais quer não verbais [37]. Assenta numa utilização diferencial da autoridade do médico, nunca utilizando mais do que aquela que é precisa para obter os dados necessários, e na capacidade do entrevistador, através do apoio e reconforto, em expressar o seu interesse em ajudar [37]. Os alunos demonstraram estar cientes desta posição central da comunicação nas entrevistas clínicas.

Os alunos sentem-se efectivamente preparados para exercer a maioria destas competências, mercê dos resultados elevados das suas auto-avaliações. Obtiveram-se resultados mais elevados nas competências *Utilizar uma linguagem acessível ao paciente*, *Perguntar ao paciente se este tem mais preocupações ou queixas* e *Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações*. Estes são assim considerados os pontos fortes do currículo podendo corresponder às competências que mais praticam nos estágios clínicos.

No entanto, é de referir que os alunos sentem algumas dificuldades e insegurança em duas competências comunicacionais - *dar más notícias* e *lidar com reclamações feitas por doentes*. Estes constituem os pontos do currículo a melhorar, passíveis de aperfeiçoamento.

Começando pela competência de dar más notícias, a sua definição remete-nos para informar o paciente de tudo aquilo que altera a sua perspectiva e/ou da sua família de um modo drástico, causando um desequilíbrio emocional que persistirá no tempo [35]. Um médico pode chegar a ter que informar de situações não favoráveis milhares de vezes na sua carreira [32]. Mas apesar da importância de como dar uma má notícia, que se produz frequentemente na prática médica, a abordagem desta competência é uma lacuna identificada nos currículos da formação médica [33-34]. No que respeita ao profissional, o médico vive a experiência de comunicar más notícias como angustiante e geradora de ansiedade [33,35] e existe reduzida evidência de que esta dificuldade se resolva ou diminua com a experiência [34]. Assim, a comunicação de más notícias deve ser focada com maior detalhe nas unidades curriculares ao longo da formação do médico. Diversos estudos realizados indicam que a atitude do paciente face a este assunto tem mudado e, em geral, este deseja e espera uma informação detalhada sobre a sua doença, tratamentos possíveis e prognóstico [36], o que torna a tarefa do médico cada vez mais difícil e exigente. Reforça a ideia que a capacidade de comunicar correctamente más notícias deve fazer parte do conhecimento e formação do médico [25]. O seu insucesso pode, numa prática médica futura, conduzir à insatisfação dos pacientes e conseqüente a mais reclamações.

Curiosamente, lidar com reclamações foi outra competência com resultados mais baixos. É de extrema importância, uma vez que as insatisfações dos pacientes criadas por dificuldades de comunicação durante o atendimento médico, podem gerar processos judiciais, por questões objectivas, como óbito ou sequelas, e subjectivas, como sensação de abandono do paciente, desvalorização das suas visões e incapacidade de compreender a sua perspectiva

[38]. Treinar estas competências mais afinadamente de forma a preparar eficientemente os alunos torna-se assim um objectivo fulcral.

Considerando a comparação dos resultados em função da variável sexo, verificamos que na competência *Importância das competências de comunicação clínica na prática médica*, houve diferença estatisticamente significativa. Podemos afirmar que os alunos do sexo feminino, uma vez que apresentaram um resultado superior, se preocupam mais com questões inerentes à comunicação clínica, reconhecendo uma maior importância desta na prática da Medicina. Relativamente aos outros resultados apresentados, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, pelo que a variável sexo não parece ter relação ou influência nos resultados.

No que se refere à comparação dos resultados em função da área de interesse na prática da medicina, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na competência *Preparação no que se refere às competências de comunicação clínica*. Foram também obtidos resultados tendencialmente significativos nas competências *Colocar adequadamente questões abertas e fechadas*, *Encorajar uma parceria entre o médico e o paciente*, *Permitir ao paciente que complete o seu raciocínio* e *Recolher a informação necessária sobre o paciente*. Em todos estes resultados, o grupo de alunos com preferência pelas áreas cirúrgica ou médico-cirúrgica apresentou resultados mais elevados. O grupo com maior interesse pelas áreas médicas auto-avalia-se tendencialmente pior. É interessante, uma vez que estas competências tornam-se mais necessárias nas áreas médicas, em que há maior contacto com o doente, uma maior necessidade de uma relação empática, assim como mais oportunidade de esclarecimento do doente e deste colocar perguntas abertas e fechadas. Desta forma, o resultado obtido poderá traduzir uma maior exigência e preocupação por parte desses alunos, que ao reconhecer uma relação intrínseca e obrigatória entre comunicação e Medicina, acabam por exigir um nível mais alto de capacidade comunicacional, auto-avaliando-se pior.

Considerando a comparação dos resultados tendo em conta a variável ano curricular, podemos verificar que não há qualquer diferença estatisticamente significativa entre alunos do 5º e do 6º anos. No entanto, é de destacar que na competência *Estabelecer uma relação (rapport) com o doente*, obtivemos um valor quase significativo, em que os alunos do 6º ano apresentam um resultado superior. Pode ser reflexo do 6º ano ser exclusivamente profissionalizante, em que o aluno passa a quase totalidade do tempo com os doentes, podendo desenvolver uma maior capacidade e conseqüente maior segurança no estabelecimento de uma boa relação. No entanto, uma vez que não foram obtidos mais resultados significativamente diferentes, podemos concluir que a variável ano curricular não parece influenciar a preparação e auto-avaliação dos alunos em competências nucleares de comunicação e entrevista clínica. Apóia o facto da FCS-UBI ser uma instituição que investe nestas competências desde cedo, sendo a sua aprendizagem um processo contínuo e não apenas fruto de um único ano ou unidade curricular, como também pudemos confirmar pela revisão curricular efectuada.

4.1 Limitações do estudo e perspectivas futuras

Os resultados e as conclusões do presente estudo devem ser interpretados com cautela, uma vez que não são isentos de limitações.

Em primeiro lugar, é de referir a reduzida amostra. Merece maior destaque as limitações inerentes à randomização da amostra. O facto de nem todos os alunos terem respondido ao questionário e se terem “auto-seleccionado” para responder (podendo ter acontecido que quem respondeu ao questionário, ser quem mais se preocupa com questões inerentes a esta área) pode ter influenciado os resultados conduzindo a um viés da amostra, apesar de não ser possível precisar em que medida. Desta forma, é importante em futuros estudos obter uma taxa de respostas mais próxima de 100% ou que a selecção da amostra seja aleatória. No entanto, a taxa de respostas ao questionário foi elevada (62,5%), o que acaba por constituir um ponto forte do estudo.

Em segundo lugar, é de referir as limitações dos instrumentos de recolha de dados adoptados - o questionário, a análise curricular e as entrevistas. Mas a utilização de três tipos diferentes de instrumentos de recolha de dados é também um ponto forte deste trabalho que pode reduzir o enviesamento referido.

Podemos questionar também a validade do questionário. Este foi baseado em literatura, e no instrumento *Kalamazoo Consensus Statement* (reconhecido e validado cientificamente) e foi previamente testado num grupo de 10 alunos, no sentido de aperfeiçoá-lo e torná-lo mais fidedigno e válido. No entanto, foi adoptado e construído para este estudo, podendo por isso ter uma validade limitada para o objectivo em análise e alguns erros. Idealmente em estudos futuros, o questionário deve ser testado num grupo maior e durante mais tempo, com vista a uma maior validade do instrumento.

Outra limitação pode ter sido a extensão do questionário. Apesar da boa adesão e taxa de resposta (62,5%) e das questões serem de resposta rápida (escolha múltipla), o extenso número de questões pode ter feito com que alguns estudantes não tenham respondido e explicar os 8 casos que o iniciaram não chegassem a completá-lo e submetê-lo. Para além disso, o grau de concentração dos participantes na resposta às questões iniciais pode não ter sido semelhante ao das questões finais, pelo que é importante em estudos futuros a redução do número de questões para uma maior adesão e qualidade das respostas.

Por fim, também merece destaque a impossibilidade de generalização destes resultados ao universo de estudantes de Medicina em Portugal, e de comparação dos resultados e das conclusões. Como os dados foram recolhidos apenas na escola médica FCS-UBI, com um método particular de ensino como foi referido ao logo deste estudo, torna impossível a generalização para os restantes estudantes e escolas médicas do país. Para estudos futuros seria interessante estender a amostra a todas as faculdades de Medicina e acrescentar a comparação entre elas, incluindo a relação entre os resultados e os seus respectivos currículos.

5. Conclusão

A Medicina, mesmo enquanto ciência, não se categoriza em orientações gerais para todos os pacientes. É necessário personalizar e adaptar o atendimento a cada caso. É imprescindível uma troca de informação recíproca, com humanização, empatia, evitando desta forma os erros que decorrem da comunicação inadequada. O principal ponto de partida para cumprir este objectivo prende-se com a formação do médico.

Os resultados deste estudo são bastante positivos. De uma forma geral, os alunos de Medicina da UBI que estão a um passo de iniciar a carreira médica, reconhecem a importância da comunicação clínica no âmbito da Medicina. Reconhecem que a FCS-UBI lhe dá a devida importância e lecciona de forma produtiva os conceitos e competências necessários para uma prática médica futura. Ainda assim, os resultados indicam que existe uma margem para progredir. No entanto, os alunos sentem-se efectivamente preparados para exercer estas competências. Os aspectos com margem de progressão são a comunicação de más notícias e a capacidade de lidar com as reclamações. Estes dados devem ser levados em consideração em possíveis alterações dos programas curriculares da FCS-UBI, uma vez que se tratam de competências inerentes à Medicina. Foi sugerido quer pelos professores nas entrevistas, quer pelos alunos nas perguntas abertas, a realização de mais actividades do tipo role-play para motivar os alunos e treinar estas competências.

O sexo feminino reconhece uma maior importância de comunicação clínica na Medicina. Alunos com maior interesse por áreas médicas auto-avaliam-se pior, reflexo da percepção de uma maior necessidade de competências de comunicação e consequentemente, maior exigência e preocupação por quem está mais vocacionado para esta área. Alunos do 6º ano sentem-se mais confiantes no estabelecimento de uma boa relação com o doente, reflexo de maior treino desta competência no ano profissionalizante, que constitui o 6º curricular.

Desta forma, é de saudar a forma como a FCS-UBI tem leccionado as competências de comunicação clínica, constituindo uma faculdade que por excelência aposta na inovação, na auto-aprendizagem e desafia os seus alunos a serem autónomos e independentes. Trata-se de um trabalho contínuo ao longo do curso, traduzido pela confiança demonstrada pelos alunos em praticar as competências essenciais de comunicação clínica numa prática médica futura.

Por fim, mais do que a reformulação curricular, é importante definir de forma objectiva, aquilo que se pretende com cada unidade/ciclo curricular, articulando os seis anos curriculares com um objectivo comum - formar bons médicos. Afinal o que se espera dos médicos actualmente? Com tanta competitividade e mudanças políticas no sistema nacional de saúde, é importante nunca esquecer aquilo que estará sempre intrínseco à Medicina, independentemente das políticas ou época: humanização. Neste contexto, saber comunicar não é um dom, é uma exigência. Deve integrar a formação do médico. A aposta numa melhor formação conduz a uma aposta num profissional de saúde de maior qualidade, sem esquecer que um médico é muito maior do que a soma dos componentes da sua formação.

6. Referências Bibliográficas

- [1] Jollie C, McKim J, Victorino RM. O licenciado Médico em Portugal - Core Graduate Learning Outcomes Project. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal. 2005.
- [2] Brock D, Epstein R, Lang F, Marvel K, Mauksch L, Pryzbylski M, Schirmer M, Zoppi K. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med*. 2005 Mar;37(3):184-92.
- [3] Barbosa J, Severo M, Fresta M, Ismail M, Ferreira MA, Barros H. How students perceive medical competences: a cross-cultural study between the Medical Course in Portugal and African Portuguese Speaking Countries. *BMC Medical Education*. 2011 May;11:24.
- [4] Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, communication and efficiency in the medical encounter: creating a model from a literature review. *Arch Intern Med*. 2008 Jul 14;168(13):1387-95.
- [5] Candib L. When the doctor takes off her clothes: reflections on being seen by patients in the exercise setting. *Families, Systems, & Health*. 1999;17:349-63.
- [6] Epstein RM, Zoppi K. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med*. 2002;34(5):319-24.
- [7] Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *Jama*. 2002 Jan 9;287(2):226-35.
- [8] Villegas-Alvarez F, Polaco-Castillo AJ, González-Zamora JF, García-Pineda AM, Madrid-Zavala MR. Competencias médico-quirúrgicas. Autopercepción en médicos recién egresados de la licenciatura. *Cirugía y Cirujanos*. 2007 Jan-Feb;75(1):43-47
- [9] Hess L, Koller C, Wasser T, Weiss P. How do medical student self assessments compare with their final clerkship grades? *Med Teach*. 2005 Aug;27(5):445-449.
- [10] Pitceathly C, Maguire P. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002 Sep 28;325(7366):697-700.
- [11] Barker LR, Cole KA, Hall JA, Kern DE, Roca RP, Roter D. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med*: 1995 Sep 25;155(17):1877-84.

- [12] Jones B, Parle M, Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders in cancer patients. *Psychol Med.* 1996 Jul;26(4):735-44.
- [13] Cull A, Graham J, Gregory WM, Ramirez AJ, Richards MA. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction of work. *Lancet.* 1996 Mar 16;347(9003):724-8.
- [14] Draper J, Kurtz S, Silverman J. Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe Medical Press. 1998.
- [15] Crowther D, Hardman A, Maguire P. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res.* 1989;33(2):235-9.
- [16] Roter D, Stewart MA. Communicating with medical patients. Newbury Park, CA. Sage Publications. 1989.
- [17] Booth K, Elliott C, Faulkner A, Hillier V, Maguire P. Helping cancer patients to disclose their concerns. *Eur J Cancer.* 1996 Jan;32A(1):78-81
- [18] Booth K, Butterworth T, Hillier V, Maguire P. Perceived professional support and the use of blocking behaviours by hospice nurses. *J Adv Nurs.* 1996 Sep;24(3):522-7.
- [19] Larsen KM, Smith CK. Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *J FamPract.* 1981 Mar;12(3):481-8.
- [20] Brown RF, Bylund CL. Communicatrion skills training: describing new conceptual model. *Acad Med.* 2008 Jan;83(1):37-44.
- [21] Silva MJP. Comunicação tem remédio - A comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2. ed. São Paulo. Gente; 1996.
- [22] Nunes SOV et al. O Ensino da Psiquiatria na Graduação de Medicina pelo Método de Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL). *Psiquiatr Biol.* 2002;10(1):23-6.
- [23] Moreira CD. Teorias e práticas de investigação. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. 2007.
- [24] Relman AS. The changing demography of the medical profession. *N Engl J Med.* 1989 Nov 30;321(22):1540-2.

- [25] Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*. 2005 Jul;17(1):331-5.
- [26] Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991 Nov 30;303(6814):1385-7.
- [27] General Medical Council - Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education. London. GMC. 1993.
- [28] World Federation for Medical Education: Proceeding of the world summit on medical education. *Med Edu*. 1994; 28(Suppl 1):1-149.
- [29] Association of American Medical Colleges: Report 3: Contemporary Issues of Medicine: Communication in Medicine. Washington, DC. AAMC. 1999.
- [30] Meryn S. Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity. *BMJ*. 1998 Jun 27;316(7149):1922.
- [31] Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*. 2003 Sep 28;87(5):1115-45.
- [32] Fallowfield L, Hall A, Lipkin M. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol*. 1998 May;16(5):1961-8.
- [33] Bascun ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicacion de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra*. 2007 Apr-Jun;51(2):28-31.
- [34] Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004 Jan 24;363(9405):312-9.
- [35] Garcia Diaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*. 2006 Dec;30(9):452-9.
- [36] Baile WF, Beale EA, Buckman R, Kudelka AP, Lenzi R, Gloger G. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
- [37] Brummel S, Enelow, AJ, Forde DL. Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente. 1999.
- [38] Mota Cardoso R. Relatório de Índole Pedagógica para o Ensino da Psicologia Médica. Porto, FMUP. 2000.

7. Anexos

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



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

Processo: CE-FCS-2012-014

Data entrega processo: 21/05/2012

Data conclusão processo: 13/06/2012

Tema Projecto/Proponente: *“Competências essenciais de comunicação clínica no curso de Medicina da FCS-UBI; revisão curricular e autoavaliação dos alunos”* Prof. Doutor Paulo Vitória

Exm. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

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

Covilhã, 15 Junho 2012

O Presidente da Comissão de Ética

Prof. Doutor José Martínez de Oliveira

O Vice-Presidente da Comissão de Ética

Prof. Doutor Joaquim Viana

Anexo II - Modelo de questionário aplicado

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 a área que mais lhe interessa?
 - a. Áreas Cirúrgicas ___
 - b. Áreas Médicas ___
 - c. Áreas Médico-Cirúrgicas ___
 - d. Áreas de Investigação ___

Sobre o Percurso Académico

1. Relativamente ao que pensa das competências essenciais de entrevista e comunicação clínicas, assinale consoante o seu acordo/desacordo:

	Forte acordo	Acordo	Nem acordo nem desacordo	Desacordo	Forte desacordo
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) Actualmente sinto-me preparado no que se refere às competências de comunicação clínica					

2. Tem algum comentário ou sugestão sobre a aprendizagem de competências de comunicação clínica ao longo do Curso de Medicina da UBI?

Competências de comunicação e relação interpessoal

1. Acerca das suas competências de comunicação clínica individual, responda as seguintes frases consoante o seu nível de concordância (numa escala de 1 a 5, representando o 1- Forte desacordo e o 5 - Forte acordo):

<u>Sinto-me efectivamente competente para:</u>	Forte acordo	Acordo	Não acordo nem desacordo	Desacordo	Forte desacordo
1) Estabelecer uma relação (rapport) com o paciente					
2) Encorajar uma parceria com o paciente					
3) Aceitar a participação activa do paciente na tomada de decisões					
4) Abrir uma discussão no quadro de uma entrevista clínica					
5) Permitir ao paciente que complete o seu raciocínio					
6) Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações					
7) Estabelecer ou manter a relação clínica					
8) Recolher a informação necessária sobre o paciente					
9) Colocar adequadamente questões abertas e fechadas					
10) Integrar, clarificar e estruturar as informações fornecidas pelo paciente					
11) Realizar escuta activa, usando técnicas não-verbais (e.g., contacto visual, posição do corpo) e verbais (e.g., palavras de incentivo)					
12) Compreender os pacientes e perspectiva sobre a doença e problemas					

Sinto-me efectivamente competente para:	Forte acordo	Acordo	Não acordo nem desacordo	Desacordo	Forte desacordo
13) Explorar factores contextuais da vida do paciente (por exemplo, família, cultura, género, idade, perspectiva da doença, nível sócio-económico, espiritualidade)					
14) Explorar crenças, preocupações e expectativas sobre saúde e doença					
15) Considerar as ideias sentimentos e valores do paciente e responder-lhes					
17) Partilhar informação com o paciente					
18) Utilizar uma linguagem acessível ao paciente					
19) Verificar se o paciente entendeu o que eu queria dizer					
20) Incentivar as perguntas por parte do paciente					
21) Negociar um acordo com o paciente relativamente aos problemas e aos planos					
22) Incentivar a participação do paciente na decisão na medida em que este o deseje					
23) Verificar a vontade e a capacidade do paciente para cumprir os planos terapêuticos					
24) Identificar e activar recursos e apoio para o paciente					
25) Fechar uma entrevista clínica ou uma consulta					
26) Perguntar ao paciente se tem mais preocupações/queixas					

<u>Sinto-me efectivamente competente para:</u>	Forte acordo	Acordo	Não acordo nem desacordo	Desacordo	Forte desacordo
27) Resumir e chegar a acordo com o paciente sobre os planos terapêuticos					
28) Discutir e marcar o seguimento					
29) Dar más notícias					
30) Lidar com reclamações feitas por doentes					
31) Tive formação e treino suficiente para saber comunicar com o doente					

Anexo III - Entrevista realizada aos tutores

O intuito primordial do percurso académico em Medicina, com duração de seis anos, é dotar os estudantes de um conjunto de conhecimentos, atitudes, aptidões e competências que lhes permitam exercer uma prática clínica segura. Estas competências, cada vez mais, revelam-se necessárias a nível de técnicas e conhecimentos médicos, mas também a nível de uma comunicação clínica eficaz, em que o médico consiga interagir na entrevista clínica, recolhendo a informação útil e motivando para o cumprimento da terapêutica e para as mudanças de comportamento e estilo de vida imprescindíveis para uma saúde melhor. Para além disso, é também importante o médico fazer o doente sentir que tem um apoio na situação fragilizada em que se encontra, pelo que é essencial preparar os alunos de Medicina para comunicar eficazmente. Deste modo, este questionário incide sobre a organização curricular da FCS-UBI no que diz respeito às competências comunicacionais, no sentido de identificar os seus pontos fortes e as suas fragilidades.

- 1) O que lhe ocorre quando falamos em competências comunicacionais no âmbito da Medicina?
- 2) Qual a sua opinião relativa à importância destas competências na Medicina?
- 3) Na sua opinião, quais são os princípios e as estratégias mais importantes a ter em conta para conceber / desenhar a formação em comunicação no curso de medicina?
- 4) Considerando o currículo de curso de Medicina da FCS, em que blocos / unidades curriculares se realiza a formação em comunicação?
- 5) Na sua opinião, quais os pontos fortes e fracos da formação em comunicação no curso de medicina da FCS- UBI?
- 6) Vê necessidade de mudanças no sentido de melhorar a formação em comunicação no curso de medicina da FCS- UBI? Em caso afirmativo, quais?
- 7) No geral, como avalia a formação em comunicação no curso de medicina da FCS-UBI? (Nota de 1 a 5 em que 1 e 2 são notas negativas)
- 8) No geral, como avalia os conhecimentos e competências em comunicação dos recém formados em medicina da FCS- UBI no momento em que acabam o curso? (Nota de 1 a 5 em que 1 e 2 são notas negativas)

Obrigado pela colaboração,

Saudações Académicas