

# Impacto do Treinamento de Habilidades de Comunicação e do Registro Médico na Prática do Método Clínico de Atendimento Integral à Pessoa

## Impact of Communication Skills Training and Medical Records in the Practice of Patient-Centered Care

Josemar Almeida Moura<sup>I</sup>  
Eliane Perlatto Moura<sup>II</sup>  
Augusto Delbone de Faria<sup>II</sup>  
Taciana Figueiredo Soares<sup>I</sup>  
Rosa Malena Delbone de Faria<sup>I,II</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A prática do atendimento clínico integral à pessoa é um desafio enfrentado pelo educador médico, por instituições de ensino e por pesquisadores que tentam contribuir para que os estudantes desenvolvam competências educacionais que sintetizem conhecimentos, habilidades e atitudes para esse modelo. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do treinamento de habilidades de comunicação na prática do método clínico de atendimento integral à pessoa, com ou sem o uso de registro específico para o atendimento. **Métodos:** Participaram do estudo 46 estudantes do sétimo período do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Uma combinação de atividades educacionais foi utilizada para propiciar a aquisição de habilidades de comunicação para o atendimento clínico integral à pessoa, como modeling example, seguido de reflexão individual e discussão, aula expositiva interativa e uso de formulário de registro específico para o atendimento clínico integral à pessoa (RACIP). O estudo foi dividido em quatro fases: (1) pré-treinamento: filmagem de atendimento clínico em ambiente simulado, realizado pelos 46 estudantes, com a utilização do modelo de registro de consulta vigente no HC-UFMG; (2) treinamento: os estudantes foram divididos em três grupos: G1 – submetidos à atividade educacional não relacionada ao atendimento clínico; G2 e G3 – submetidos a treinamento de habilidades de comunicação; (3) avaliação: filmagem de consulta em ambiente simulado, realizada por todos os grupos, sendo que G1 e G3 utilizaram o RACIP, e G2, o modelo de registro vigente; (4) feedback e oportunidade de mesma aprendizagem para todos os grupos. Os vídeos dos atendimentos clínicos realizados pelos estudantes, pré e pós-treinamento, foram avaliados por uma banca constituída por três avaliadores, utilizando-se o instrumento AVACIP (avaliação de atendimento clínico integral à pessoa), levando-se em consideração cinco domínios: início da consulta; expectativas do paciente sobre a consulta; perspectiva do paciente sobre sua doença; comportamento e hábitos de vida; uso de propedêutica complementar e aliança terapêutica. **Resultado:** O escore total de atitudes positivas de cada grupo foi maior na Fase 3 em relação à 1 ( $p = 0,001$ ), mostrando que todas as estratégias promoveram a melhora das habilidades de comunicação, mas não houve diferença entre os grupos em cada fase ( $p > 0,310$ ). Quando os escores foram analisados por domínio, observou-se que o G3 apresentou melhor desempenho do que os outros. **Conclusão:** O treinamento de habilidades em comunicação e o uso de modelo de registro específico para o atendimento melhoram o desempenho dos estudantes em relação ao atendimento clínico integral à pessoa.

### PALAVRAS-CHAVE

- Treinamento de habilidades de comunicação.
- Pacientes simulados.
- Cuidado centrado no paciente.

**KEY-WORDS**

- Communication Skills Training.
- Simulated Patients.
- Patient-Centered Care.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The practice of comprehensive clinical care of the individual is a challenge faced by medical educators, educational institutions, and researchers seeking to contribute to the development of students' educational skills that combine knowledge, skills and attitudes for this model. **Objective:** To evaluate the impact of communication skills training in the practice of the clinical method of comprehensive clinical care, with or without the use of a specific medical record. **Methods:** Forty-six students in the 7th Period of medical school participated in the study. A combination of educational activities was used to facilitate the acquisition of communication skills for comprehensive clinical care, including: a modeling example, followed by individual reflection and discussion, an interactive lecture, and the use of a specific medical appointment for comprehensive clinical care of the individual (RACIP). The study was divided into four Phases: Phase 1 – Pre-training: filming of clinical care in a simulated environment, carried out by the 46 students, using the current medical appointment in the HC-UFG. Phase 2 – Training: students were divided into three groups: G1: performed an educational activity not related to clinical care; G2 and G3: received communication skills training. Phase 3 – Evaluation: filming of a consultation in a simulated environment, performed by all the groups, with G1 and G3 using RACIP, and G2, the current medical appointment model. Phase 4 – Feedback and learning opportunity for all the groups. The videos of the clinic visits performed by the students, pre- and post-training, were evaluated by a panel consisting of three evaluators, using the AVACIP instrument (evaluation of comprehensive clinical care of the individual). This takes into account five domains: the initial approach to the consultation; the patient's expectations; the patient's perspective of his/her illness; behavior and lifestyle habits; use of complementary propaedeutic and therapeutic alliance. **Results:** The total positive attitude score for each group was higher in Phase 3 than in Phase 1 ( $p = 0.001$ ), showing that all the strategies promoted an improvement in communication skills, but there were no differences between groups in each phase ( $p > 0.310$ ). Analyzing the scores by domain, it was observed that G3 performed better than the others. **Conclusion:** The communication skills training and the use of the RACIP improved the students' performance in relation to comprehensive clinical care of the individual.

Recebido em: 21/5/2018

Aceito em: 1/8/2018

**INTRODUÇÃO**

Durante anos, acreditou-se que a comunicação médico-paciente praticada fosse a mais adequada. Entretanto, evidências têm demonstrado o surgimento de reclamações e de insatisfação crescentes de pacientes e de médicos, uma situação provavelmente relacionada à hiperespecialização e aos avanços tecnológicos da medicina<sup>1</sup>. É preciso compreender este momento e buscar reverter esse quadro em prol da melhoria do cuidado integral dos pacientes atendidos e do processo de atendimento clínico<sup>2</sup>.

A boa qualidade da comunicação médico-paciente – entendida como uma escuta atenta pelo profissional ao considerar a pessoa em sua totalidade e inserida em seu contexto social/familiar, levando em conta medos, preocupações e aspectos psicológicos – é fundamental para a efetividade da consulta médica. Tal abordagem valoriza os desejos do pa-

ciente e o compartilhamento das decisões e responsabilidades, gerando satisfação imediata, o que influencia positivamente tanto a saúde emocional da pessoa quanto a resolução dos sintomas, seu estado fisiológico e o controle da dor, com bons resultados de saúde em longo prazo e redução dos custos<sup>1,2,3</sup>. Para que essa comunicação seja eficaz e ocorra plenamente, é fundamental que o profissional seja treinado e motivado para mudanças em sua prática clínica que perpassem, inclusive, pelo desenvolvimento de maior aptidão para a percepção dos dois aspectos da doença: o científico e o empírico<sup>4</sup>.

Após décadas de pesquisa em comunicação, que começaram em 1968 com Korsch e colaboradores<sup>5</sup>, o treinamento de habilidades de comunicação ganhou atenção na educação médica. Em 1990, a habilidade de comunicação foi definida como uma das competências essenciais pelo American Board of Accreditation of Medical Education e pelo Royal College of

Physicians and Surgeons of Canada<sup>6</sup>. Ao reconhecer essa importância na formação do médico, cada vez mais o mundo ocidental tem buscado desenvolver e melhorar os currículos das escolas médicas com vistas à adoção de formas mais eficazes de ensinar e avaliar habilidades de comunicação no atendimento clínico<sup>7-11</sup>. Dessa forma, várias estratégias têm sido utilizadas para o treinamento de habilidades de comunicação: formação escrita, palestras<sup>12</sup>, discussão, *feedback*, *role play*, *role modeling*, pacientes simulados<sup>13-17</sup>, autorreflexão<sup>18</sup>, assim como o desenvolvimento de tecnologias de registro eletrônico<sup>19</sup>, recursos de áudio, vídeo, filmagem e a criação de modelos – *modeling example* – que estimulam o pensamento reflexivo<sup>20</sup>.

No contexto do atendimento básico, inclusive como um tópico relevante relacionado à efetiva qualidade da comunicação médico-paciente, vale ressaltar que o modelo de registro do atendimento médico frequentemente adotado pelas escolas médicas é voltado aos aspectos biomédicos do atendimento, contrastando com aqueles que privilegiam o cuidado centrado na pessoa e baseados no guia de entrevista Calgary Cambridge<sup>21</sup>. Registros centrados na pessoa auxiliam os jovens futuros médicos na aquisição de competências relacionadas com o atendimento clínico integral à pessoa<sup>22</sup>.

Recentemente, França e colaboradores<sup>23</sup> validaram um modelo de registro do atendimento médico (RACIP) para utilização em escolas brasileiras a partir de um modelo já validado em outro país<sup>24</sup>. A elaboração do RACIP teve como objetivo criar um formulário de registro que pudesse ser utilizado pelas escolas médicas brasileiras como um guia para a iniciação dos estudantes à prática do atendimento clínico. O modelo proposto une o modelo biomédico de atendimento ao modelo centrado na pessoa, considerando a premente necessidade de estimular a aquisição e consolidar o aprendizado de habilidades de comunicação por parte dos nossos estudantes de Medicina.

Considerando a relevância da comunicação como parte do atendimento integral, bem como o fato de ainda não ser um consenso na literatura a necessidade do uso de modelo de registro de atendimento clínico, este estudo tem como proposta avaliar o impacto do treinamento de habilidades de comunicação no atendimento clínico integral à pessoa, com ou sem a utilização de registro específico (RACIP).

## MÉTODOS

### Recrutamento

Para a realização deste estudo, todos os estudantes regularmente matriculados no sétimo período do curso de Medicina da UFMG foram convidados a participar por meio de uma atividade geradora de créditos intitulada “Treinamento em Ha-

bilidades de Comunicação (TH) para o atendimento clínico”. O convite foi feito por intermédio do Centro de Graduação (CEGRAD) e da Assessoria de Comunicação da Faculdade de Medicina por meio de cartazes, mídia eletrônica e redes sociais (Facebook). A escolha dos alunos nessa etapa da formação levou em consideração o fato de estarem recém-egressos das disciplinas de Semiologia, embora com pouca experiência no atendimento clínico. Foram inseridos no estudo todos os estudantes que se matricularam na estratégia que concordaram em participar do estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Delineamento da pesquisa

Trata-se de estudo experimental em educação médica, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG com o número CAAE 03896812.4.0000.5149 e realizado no Laboratório de Habilidades de Comunicação alocado no Laboratório de Simulação da Faculdade de Medicina da UFMG (LabSim).

Os estudantes foram divididos em três grupos (G1, G2 e G3) pareados e estabelecidos pela distribuição equilibrada quanto a sexo, idade e Rendimento Semestral Global (RSG), que corresponde à média ponderada de desempenho acadêmico do aluno em cada semestre. Durante a etapa experimental, o estudante não teve conhecimento do grupo em que estava inserido.

Para a realização da parte experimental, participaram dois atores com formação em teatro em nível universitário, atuantes na área e previamente treinados para a tarefa de interpretação dos pacientes simulados, na tentativa de padronização das atitudes. Os atores foram alocados em rodízio entre os grupos estudados, bem como entre as fases em que se fizeram presentes, evitando-se, assim, qualquer viés nos resultados. Em adição, três docentes participaram da avaliação dos atendimentos simulados por meio das filmagens feitas durante as Fases 1 e 3.

O estudo foi dividido em quatro fases:

**FASE 1:** Todos os estudantes participantes da pesquisa realizaram um atendimento clínico em ambiente simulado, utilizando pacientes simulados (atores) com *script* previamente elaborado, com a utilização do modelo de registro vigente (MV) no Hospital das Clínicas da UFMG. Esta fase foi filmada para avaliação posterior do experimento;

**FASE 2:** Uma semana após a Fase 1, os estudantes foram separados em três grupos para realizar atividades que ocorreram simultaneamente e com a mesma carga horária: G1 (14 alunos): foram submetidos a uma atividade didática com a projeção de um documentário sobre drogas, seguida de discussão sobre o mesmo, sem qualquer reflexão sobre atendi-

mento clínico; G2 (15 alunos) e G3 (17 alunos): participaram de um Treinamento de Habilidades de Comunicação (THC) baseado na estratégia educacional do *modeling example*<sup>20</sup>, com projeção de dois filmes desenvolvidos previamente pelos pesquisadores. O primeiro filme apresentava uma cena com enredo baseado no Modelo de Atenção Centrada na Doença; no segundo filme, a cena foi baseada no Modelo de Atenção Integral à Pessoa. Após cada filme, os estudantes foram estimulados a refletir individualmente e a responder, por escrito, a um questionário; na sequência, debateram em conjunto os aspectos positivos e negativos de ambas as temáticas apresentadas. Após o segundo debate, foi promovida uma exposição interativa sobre o tema como fechamento da atividade;

**FASE 3:** Uma semana após a Fase 2, todos os estudantes realizaram uma consulta em ambiente simulado. Foram utilizados, novamente, pacientes simulados (atores) com *script* previamente elaborado, usando-se um caso clínico diferente daquele apresentado na Fase 1, sendo que no atendimento G1 utilizou o RACIP, G2 utilizou o MV e G3 utilizou o RACIP. Esta fase foi filmada para avaliação posterior do experimento;

**FASE 4:** Foi oferecida aos integrantes do G1 a possibilidade de participar do THC, e aos integrantes do G2 e G3 a possibilidade de participar da atividade didática oferecida ao G1 inicialmente, como complemento da carga horária para a obtenção dos créditos da Atividade Geradora de Créditos.

### Coleta de dados

Os atendimentos filmados foram analisados por três avaliadores capacitados em habilidades de comunicação, que utilizaram o Instrumento de Avaliação do Atendimento Clínico Integral à Pessoa (AVACIP)<sup>23</sup> adaptado, em atendimento aos quesitos investigados. O AVACIP contém 24 itens, divididos em cinco domínios: I – início do atendimento; II – expectativa da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento; III – comportamento e hábitos de vida; IV – utilização de propedêutica complementar; V – avaliação, planejamento e aliança terapêutica. Os itens avaliam variáveis categóricas classificadas em escalas nominais (sim = 1 e não = 0) e variáveis de medida em escalas intervalares de cinco pontos do tipo Likert.

### Análise dos dados

A cada item do AVACIP foi atribuído um número que reflete a direção do comportamento positivo do aluno (variando de 1 = nada a 5 = muito). Foram considerados comportamentos positivos aqueles que receberam pontuação 4 ou 5 de pelo menos dois dos avaliadores. Cada comportamento positivo recebeu o escore 1, e, em contraponto, a ausência de comportamento positivo recebeu o escore 0. A frequência de comportamentos po-

sitivos foi analisada por domínio e no geral. A porcentagem de comportamentos positivos por domínio foi obtida somando-se os escores de cada questão do domínio, dividindo-se pelo número de questões e multiplicando-se por 100. O cálculo do percentual de comportamentos positivos, no geral, foi realizado considerando-se o número de comportamentos positivos dividido por 24 x 100.

### Análise estatística

Todos os testes foram realizados utilizando-se o *SPSS 17.0 for Windows 3.7.2*, sendo que o teste Mann-Whitney foi empregado para comparar a influência do sexo no percentual de atitudes positivas na Fase 1, em cada um dos domínios e no geral dos grupos estudados. A Correlação de Spearman foi usada para medir a influência da idade e do RSG no percentual de atitudes positivas na Fase 1, em cada domínio e no geral. O teste Kruskal-Wallis foi usado para comparar o percentual de atitudes positivas no geral e por domínio entre os três grupos, nas Fases 1 e 3. O teste Wilcoxon comparou o percentual de atitudes positivas, no geral e por domínio de cada grupo, nas Fases 1 e 3.

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ( $p < 0,05$ ), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

## RESULTADOS

### Caracterização da amostra

#### Participantes

Participaram deste estudo 46 estudantes do quarto ano (sétimo período/semestre) de Medicina da UFMG, com idade entre 21 e 25 anos. Os estudantes foram identificados pelo número de matrícula na universidade para garantir o sigilo das informações.

Desses, 54,3% eram do sexo feminino e 45,7% do sexo masculino, com idade média de  $22,9 \pm 2,1$  anos, e RSG médio de  $3,6 \pm 0,5$  pontos (numa escala que varia de 0 a 5). Não houve diferença entre os grupos em relação às variáveis analisadas.

### Avaliação da influência de sexo, idade e RSG no índice de atitudes positivas dos estudantes

As variáveis sexo, idade e RSG não apresentaram associação com a porcentagem de comportamento positivo observada no geral. Quando se analisou o índice de comportamento positivo em relação a cada domínio do instrumento AVACIP, observou-se que, ao contrário das outras variáveis, que não diferiram, o sexo feminino apresentou maior índice no domínio

relacionado com a expectativa da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento médico ( $p = 0,035$ ) na Fase 1 da pesquisa. Entretanto, esta diferença não foi observada na Fase 3 do estudo ( $p = 0,921$ ).

### Percentual geral de comportamento centrado na pessoa durante a consulta clínica

Não houve diferença significativa entre os grupos quando o índice de comportamentos positivos foi analisado em cada fase separadamente (Fase 1:  $p = 0,192$  e Fase 3:  $p = 0,080$ ). Em contrapartida, um aumento significativo no índice de comportamento positivo foi observado dentro de cada grupo (G1:  $p = 0,012$ ; G2:  $p = 0,001$ ; e G3:  $p = 0,001$ ) quando comparadas as Fases 1 e 3.

### Percentual de comportamento centrado na pessoa observado em cada domínio durante a consulta clínica

Quando analisamos cada dimensão separadamente, observamos que o G3 – grupo que foi submetido ao THC e que utilizou o RACIP – apresentou melhor desempenho, uma vez que o percentual de atitudes centradas na pessoa aumentou em todos os domínios, exceto no III (comportamento e hábitos de vida), seguido pelo G2 – grupo que recebeu o treinamento –, que apresentou aumento nos domínios II, IV e V (expectativa da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento;

utilização de propedêutica complementar; e avaliação, planejamento e aliança terapêutica, respectivamente). O G1, grupo que utilizou o RACIP, apresentou melhora no percentual no domínio III (comportamento e hábitos de vida); houve tendência de melhora nos domínios II e IV (expectativa da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento; utilização de propedêutica complementar) (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo científico desenvolvido com foco nas estratégias de treinamento de habilidades de comunicação (THC) em cenário simulado, voltado a estudantes de graduação de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG, fundada em 1911. O Laboratório de Habilidades de Comunicação foi especialmente construído e equipado para o desenvolvimento deste estudo, com recursos provenientes do Edital Pró-Ensino na Saúde Capes 024/2010 (projeto nº 1606/2011) nos anos de 2013 e 2014. Na sequência, o espaço foi incorporado para o desenvolvimento de atividades curriculares dos cursos de graduação da Faculdade de Medicina da UFMG.

Partindo do pressuposto de que a comunicação é uma habilidade que pode e deve ser conquistada no processo de formação do médico<sup>7</sup>, constituindo, portanto, uma área de conhecimento específico, a primeira proposta deste estudo foi investigar se estratégias de aprendizagem como *modeling*

**TABELA 1**  
Índice de comportamento positivo dos estudantes nas Fases 1 e 3 do estudo, considerando-se os cinco domínios do instrumento AVACIP, em conjunto e separadamente

| Domínios | G1 (n = 14)           |                       |       | G2 (n = 15)           |                       |       | G3 (n = 17)           |                       |       | Intergrupos<br>p*                                |
|----------|-----------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-----------------------|-------|--|
|          | Fase 1<br>Md (Q1; Q3) | Fase 3<br>Md (Q1; Q3) | p**   | Fase 1<br>Md (Q1; Q3) | Fase 3<br>Md (Q1; Q3) | p**   | Fase 1<br>Md (Q1; Q3) | Fase 3<br>Md (Q1; Q3) | p**   |  |
| I        | 60 (40,0; 65,0)       | 80 (40; 80)           | 0,29  | 80 (60; 80)           | 60 (60; 80)           | 0,791 | 60 (50; 80)           | 80 (60; 100)          | 0,013 | F1: 0,136 (G1=G2=G3)<br>F3: 0,035 (G1=G2)<G3     |
| II       | 0 (0; 0)              | 25 (0; 50)            | 0,051 | 0 (0; 0)              | 25 (0; 50)            | 0,011 | 0 (0; 25)             | 50 (25; 75)           | 0,003 | F1: 0,708 (G1=G2=G3)<br>F3: 0,083 (G1=G2=G3)     |
| III      | 0 (0; 0)              | 50 (0; 50)            | 0,005 | 0 (0; 0)              | 0 (0; 0)              | 0,317 | 0 (0; 25)             | 50 (0; 50)            | 0,083 | F1: 0,096 (G1=G2=G3)<br>F3: 0,082 (G1=G2=G3)     |
| IV       | 40 (20; 60)           | 60 (40; 65)           | 0,056 | 40 (20; 60)           | 60 (40; 80)           | 0,003 | 40 (40; 60)           | 80 (60; 80)           | 0,011 | F1: 0,114 (G1=G2=G3)<br>F3: 0,133 (G1 = G2 = G3) |
| V        | 0 (0; 0)              | 6,3 (0; 28,1)         | 0,065 | 0 (0; 0)              | 0 (0; 25)             | 0,042 | 0 (0; 0)              | 0 (0; 31,3)           | 0,011 | F1: 0,993 (G1 = G2 = G3)<br>F3: 0,746 (G1=G2=G3) |
| Geral    | 21 (13; 26)           | 33 (24; 49)           | 0,012 | 25 (17; 29)           | 33 (29; 50)           | 0,001 | 25 (21; 29)           | 46 (38; 54)           | 0,001 | F1: 0,192 (G1 = G2 = G3)                         |

#### Notas:

A probabilidade de significância ( $p$ ) refere-se ao teste Kruskal-Wallis;

\* = comparação dos grupos em cada fase e ao teste de Wilcoxon;

\*\* = comparação das fases em cada grupo;

Os valores apresentados referem-se à mediana (Md), e entre parênteses, à distância interquartilica (Q1; Q3);

Domínio I: início do atendimento;

Domínio II: expectativas da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento;

Domínio III: comportamento e hábitos de vida;

Domínio IV: utilização de propedêutica complementar;

Domínio V: avaliação, planejamento e aliança terapêutica.

*example*, seguido de reflexão escrita com discussão, seriam eficazes para o treinamento de habilidades de comunicação na prática clínica em cenário simulado. Esse ambiente proporciona a padronização necessária à aprendizagem de habilidades de comunicação, eliminando o viés do paciente e da diversidade dos casos. Ainda, segundo Cushin<sup>24</sup> e Choudhary e Gupta<sup>25</sup>, o estudante em ambiente simulado não está aprendendo sobre o paciente, mas, sim, sobre o próprio comportamento frente ao paciente, sendo, portanto, essa estratégia válida para treinar e avaliar a aquisição de competências.

Neste estudo, observou-se que os estudantes que receberam treinamento de habilidades de comunicação com *modeling example* seguido de reflexão e discussão (THC) apresentaram melhora significativa no percentual de atitudes positivas, no geral, durante o atendimento clínico, mais especificamente quanto às dimensões relacionadas à capacidade de abordar a expectativa da pessoa frente ao adoecimento, de criar aliança terapêutica e checar o entendimento do paciente sobre a consulta, bem como sobre a utilização de prope-dêutica complementar. Nesses domínios, foi observado o reforço na escuta atenta e na empatia, bem como no compartilhamento de decisões.

Nossos resultados estão de acordo com aqueles observados na literatura. Segundo Cruess *et al.*<sup>13</sup>, a observação de modelos, seja de professores ou outros médicos em atividade, ou de simulações que abordem o contato direto com o paciente, estimulam estudantes a identificar entusiasmo, compaixão, abertura, integridade e bom relacionamento com pacientes, atributos essenciais na prática clínica. Dubé *et al.*<sup>26</sup> afirmam que a efetiva comunicação, relevante para os serviços de prevenção e para a prática diária, está na base das habilidades do médico, não somente para o levantamento da história básica e demais dados, como para a construção da relação com o paciente, a facilitação, a negociação e a parceria no processo de tratamento.

Neste estudo, destacamos que a observação de modelos de atendimento e a reflexão sobre os mesmos mostraram-se estratégias eficazes para a aquisição de competências relacionadas com uma efetiva comunicação, de acordo com as observações de Hulsman *et al.*<sup>18</sup>. Esses autores consideram a reflexão escrita seguida de discussão em grupos sobre os modelos de atendimento uma habilidade que utiliza metodologia ativa de aprendizagem, na ótica do processo construtivista, sendo uma importante ferramenta para o ensino de habilidades de comunicação.

A segunda proposta deste estudo foi investigar se o uso do novo formulário de registro de atendimento (RACIP)<sup>23</sup> seria eficaz em aumentar o percentual de atitudes positivas

dos estudantes na prática clínica em cenário simulado. Esse instrumento, diferentemente do modelo de registro utilizado na UFMG, proporciona ao estudante um *checklist* dos passos considerados necessários às boas práticas na relação médico-paciente. Segundo Rossi e Batista<sup>2</sup>, inconsistências entre o que se aprende em sala de aula e o que se vê na prática, com mensagens divergentes, podem levar os estudantes a desvalorizar a relação médico-paciente e a concluir que as habilidades de comunicação não são relevantes no seu cuidado. Na literatura, observa-se que vários autores ressaltam a necessidade de reformular o modelo de registro utilizado no ensino médico, uma vez que os registros centrados na pessoa podem guiar e ensinar o médico em qualquer nível do treinamento (estudantes ou profissionais) no que tange às competências relacionadas com o atendimento clínico centrado na pessoa. Entretanto, embora seja considerado essencial para o cuidado médico efetivo, o registro médico ainda faz parte do currículo oculto ou informal das escolas médicas<sup>22,23</sup>.

Nossos resultados sugerem que a utilização do RACIP, isoladamente, foi capaz de aumentar de forma expressiva o percentual de atitudes positivas em relação a comportamentos e hábitos (que avaliam a capacidade do estudante de coletar dados) e de apresentar forte tendência a aumentar o nível de atitudes positivas nos domínios que tratam da expectativa da pessoa frente ao adoecimento e ao atendimento (que avalia a escuta atenta e empatia), bem como na utilização de prope-dêutica complementar. Esses resultados sugerem que a utilização do RACIP foi capaz de guiar o aluno durante a consulta médica, direcionando o atendimento para uma consulta mais centrada na pessoa, demonstrando que o registro médico pode ser utilizado como uma estratégia educacional para a melhoria do atendimento clínico, como suporte ao estudante em sua prática clínica. Dessa forma, o uso do RACIP facilita o processo de identificação dessas necessidades, configuradas por um conjunto de problemas que demandam abordagem do interesse da qualidade e da condição de vida da pessoa.

Uma observação relevante do presente estudo foi o fato de a utilização do THC juntamente com o RACIP resultar na ampliação significativa das atitudes positivas dos alunos em todas as dimensões analisadas, exceto na abordagem de comportamentos e hábitos. A associação das duas estratégias mostrou-se mais eficaz do que as suas utilizações isoladas. Estes resultados apontam a importância da combinação de estratégias educacionais que favoreçam a aquisição de habilidades de comunicação e possibilitem o atendimento clínico integral à pessoa como modelo de método clínico a ser praticado nas escolas médicas, como citado na literatura.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram que a utilização de estratégias educacionais que enfatizam a aquisição de habilidades relacionadas ao atendimento clínico integral à pessoa tem eficácia em modificar as atitudes dos alunos.

Como fatores limitantes deste estudo podemos citar: o fato de a participação dos estudantes ter sido voluntária pode ter levado à seleção de estudantes que valorizam mais as habilidades de comunicação e que estariam mais motivados a incrementá-las; o próprio atendimento em ambiente simulado já é uma estratégia de treinamento de habilidades de comunicação, podendo ter funcionado como um viés de exposição, atuando como uma variável mediadora; o número limitado de estudantes em cada grupo pode ter subestimado a força das estratégias educacionais utilizadas.

A realização de mais estudos sobre a temática é necessária para maior compreensão do poder de cada estratégia nessa modificação, na perpetuação das modificações na prática do aluno, bem como no papel dos educadores neste cenário.

Suporte financeiro: Edital Pró-Ensino na Saúde – Capes 024/2010 (projeto nº 1606/2011).

## REFERÊNCIAS

1. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152(9):1423.
2. Rossi SR, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em Medicina — uma abordagem. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2006;10(19):93-102.
3. Aper L, Veldhuijzen W, Dornan T, van de Ridder M, Koole S, Derese A et al. "Should I prioritize medical problem solving or attentive listening?": The dilemmas and challenges that medical students experience when learning to conduct consultations. *Patient Educ Couns* 2015;98(1):77-84.
4. Louis-Courvoisier M. 'He found me very well; for me, I was still feeling sick': The strange worlds of physicians and patients in the 18th and 21st centuries. *Med Humanit* 1995;28(1):9-13.
5. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics*, 1968;42(5), 855-871.
6. Dielissen P et al. Expert consensus on gender criteria for assessment in medical communication education. *Patient Educ Couns* 2012;88(2):189-195.
7. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 2004;6(79):495-507.
8. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quiligan S, Sallisbury H, Wiskin C et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Mel Educ* 2008;42(11):p.1100-1107.
9. Taylor K. Paternalism, participation and partnership—The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Educ Couns* 2009;74(2):150-155.
10. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlhngaus I et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. *Patient Educ Couns* 2010;81(2):259-266.
11. Schnabel KP, Boldt PD, Breuer G, Fichtner A, Karsten G, Kujumdshiev S et al. A consensus statement on practical skills in medical school - a position paper by the GMA Committee on Practical Skills. *Gms Z Med Ausbild* 2011;4(28):7-12.
12. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999;21(6):563-570.
13. Cruess SR.; Cruess RL.; Steinert Y. Role modelling—making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* 2008;336(7646), 718-721.
14. Lane C, & Rollnick, S. The use of simulated patient sand role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns* 2007;67(1), 13-20.
15. Haeseler F, Fortin AH 6th, Pfeiffer C, Walters C, Martino S. Assessment of a motivational interviewing curriculum for year 3 medical students using a standardized patient case. *Patient Educ Couns* 2011;84(1):27-30.
16. Bell SK, Pascucci R, Fancy K, Coleman K, Zurakowski D, Meyer EC. The educational value of improvisational actors to teach communication and relational skills: Perspectives of interprofessional learners, faculty, and actors. *Patient Educ Couns* 2014;96(3):381-388.
17. Schweller M, Costa FO, Antônio MÂ, Amaral EM, de Cravalho-Filho MA. The Impact of Simulated Medical Consultations on the Empathy Levels of Students at One Medical School. *Acad Med* 2014;89(4):632-637.
18. Hulsman, R.L.; Harmsen, A.B.; Fabriek, M. Reflective teaching of medical communication skills with DiViDU: Assessing the level of student reflection on recorded consultations with simulated patients. *Patient Educ Couns* 2009;74(2):142-149.
19. Wald HS, George P, Reis SP, Taylor JS. Electronic Health Record Training in Undergraduate. *Medical Education Acad Med* 2014;89(3):380-386.
20. Salminen H, Zary N, Björklund K, Toth-Pal E, Leanderson C. Virtual Patients in Primary Care: Developing a Reusable

- Model That Fosters Reflective Practice and Clinical Reasoning. *J Med Internet Res* 2014;16(1)3-5.
21. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ* 1996;30(2)83-89.
  22. Donnelly WJ. Viewpoint: Patient-centered medical care requires a patient-centered medical record. *Acad Med* 2005;80(1)33-38.
  23. França BCC, Soares TF, Júnior ACT, Souza NM, Faria RMD. Validação de Instrumento de Registro do Atendimento Clínico Centrado na Pessoa. *Rev Bras Educ Med* 2015;39(2)233-239.
  24. Cushing AM. Learning patient-centred communication: The journey and the territory. *Patient Educ Couns* 2015;98(10)1236-1242.
  25. Choudhary A, Gupta V. Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *Int J App Basic Med Res* 2015;5(4) 41-44.
  26. Dubé CE; O'Donnell JF; Novack DH. Communication skills for preventive interventions. *Acad. Med* 2000;75(7)45-54.

### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Josemar Almeida Moura

Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais)

Este artigo é parte do trabalho de doutoramento: participou em todos os processos, desde o levantamento bibliográfico, elaboração do projeto, execução e construção do artigo;

Eliane Perlatto Moura

Professora da Faculdade de Medicina da Unifenas –BH  
Participou na execução do projeto e elaboração do artigo;

Augusto Delbone de Faria

Estudante de Medicina da Unifenas-BH  
Participou do levantamento bibliográfico e da elaboração do artigo;

Taciana Figueiredo Soares

Co-orientadora do Doutorado – Medicina - UFMG  
Participou da elaboração do projeto, da execução da pesquisa e confecção do artigo;

Rosa Malena Delbone de Faria

Orientadora do Doutorado – Medicina – UFMG  
Participou da elaboração do projeto, da execução da pesquisa e confecção do artigo;

### CONFLITO DE INTERESSES

Não há qualquer conflito de interesses dos autores nesse artigo.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

**Do autor: Prof Dr Josemar de Almeida Moura**

Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100

Email: josemar.a.moura@gmail.com



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.