

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

RAFAELA LIBERALI

**O ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO (HC) NAS
ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS**

Tese apresentada à Banca de Examinadora no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Ciências Médicas. Área de Concentração: Investigação Clínica. Linha de pesquisa: Educação e informação em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Suely Grosseman

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Liberali, Rafaela

O ensino das habilidades de comunicação (HC) nas
escolas médicas brasileiras / Rafaela Liberali ;
orientadora, Profa. Dra. Suely Grosseman, 2018.
84 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Ciências Médicas-Novo, Florianópolis,
2018.

Inclui referências.

1. Ciências Médicas-Novo. 2. Comunicação; Educação
médica. 3. Educação de Graduação em Medicina. 4.
Currículo. 5. Comunicação em Saúde. I. Grosseman,
Profa. Dra. Suely . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas-Novo. III. Título.

Rafaela Liberali

**O ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO (HC) NAS
ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutor”, e aprovada a em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 05 de fevereiro de 2018

Profª Drª Suely Grosseman

Orientadora - Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da
Universidade Federal de Santa Catarina

Banca Examinadora:

Profª Drª. Eliana Mastorano Amaral

Professora-Titular de Obstetrícia e Pró-Reitora de Graduação da
Universidade de Campinas

Prof. Dr. Fabricio De Souza Neves

Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade
Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Edelson Flavio Morato

Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia da
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Suplente Dra. Tânia Silvia Fröde

Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade
Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

O agradecimento às pessoas que contribuíram em mais um estágio de minha vida:

- ❖ A Bruna, minha filha, por toda a calma, amor, carinho e compreensão que teve ao longo deste processo;
- ❖ A meus pais (Alzane e Leda), pois sem eles eu não existiria e por acreditarem em mim;
- ❖ A minha querida orientadora, Suely Grosseman pelo apoio, pela excelente orientação e por ter acreditado em minha capacidade;
- ❖ À Coordenação e professores da Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSC, pela chance de participar neste empreendimento do saber;
- ❖ Para todos os demais colegas e pessoas que participaram direta e indiretamente deste processo educativo;
- ❖ E principalmente a TARA e OSHO, seres de luz que iluminam meu caminho e me proporcionam conhecimentos para viver com paz e sabedoria.

O meu muito obrigada.

"O paciente, embora consciente de que sua condição é arriscada, pode recuperar sua saúde simplesmente por meio do seu contentamento com a bondade do médico".

Hipócrates

"Pede ao futuro médico que primeiro focalizasse o rosto do paciente e o exame clínico ou entrevista clínica se tornaria assim a pedra angular do diagnóstico moderno".

Hipócrates

RESUMO

Objetivo: Analisar o ensino de habilidades de comunicação (HC) nas escolas médicas brasileiras.

Métodos: Pesquisa transversal, descritiva. Foi enviado um questionário por e-mail aos coordenadores dos cursos de medicina de todas as 237 escolas médicas brasileiras inscritas no sistema eletrônico de ensino superior (e-MEC) até julho de 2016. Quando nenhuma resposta foi recebida, um telefonema ou entrevista presencial era realizada, com o coordenador ou um membro do corpo docente. A taxa de resposta foi de 162 escolas médicas (68,35%). A análise de dados quantitativos foi realizada com estatística descritiva e a dos dados qualitativos, com análise de conteúdo.

Resultados: Entre as 162 escolas que responderam o questionário, 104 declararam possuir o ensino de HC em seus currículos (64,2%). O ensino de HC é mais frequente nas escolas com metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas. O ensino é mais frequentemente ministrado nos anos iniciais da formação, por professores médicos e clínicos e preceptores médicos. Diversas estratégias são utilizadas, com predominância de aulas teóricas (100%) e discussões de casos. As habilidades mais comumente ensinadas são a comunicação verbal e não verbal (100%) e o conteúdo avançado específico mais comum é “dando más notícias” (41%). Comparado a outros países, o único conteúdo diferente foi relacionado às HC para o "acolhimento”.

Conclusões: O ensino da HC ocorre no currículo formal de 64% das escolas médicas brasileiras. O único conteúdo do currículo de HC que difere do resto do mundo é o "acolhimento".

Aplicabilidades e Perspectivas: Este estudo demonstra que as HC não estão sendo ensinadas em todas as escolas médicas brasileiras, havendo necessidade de sua promoção. Além disso, o ensino de HC para o "acolhimento" pode ser considerado por outros países, visando melhorar o cuidado ao paciente e a qualidade do sistema de saúde.

Palavras-Chaves: Comunicação; Educação médica; Educação de Graduação em Medicina; Currículo; Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

Aim: To analyze the teaching of communication skills (CS) in Brazilian medical schools.

Methods: National, descriptive study. An e-mail questionnaire was sent to the coordinators of the medical courses of all 237 Brazilian medical schools enrolled in the higher education electronic system (e-MEC) up to July 2016. When no response was received, a telephone call was made or a face-to-face interview performed with the coordinator or a member of the faculty. The response rate was 68,35% (162 medical schools). The analysis of the quantitative data was performed through descriptive statistics and that of the qualitative data through content analysis.

Results: Among the 162 schools that responded to the questionnaire, 104 reported having CS teaching in their curricula (64,2%). The teaching of CS was more frequent in schools using Problem-Based Learning methodology. The teaching was most often performed in the early years of the course, by medical and clinical professors and medical teachers. Diverse strategies were used, with theoretical classes predominating (100%) and case discussions. The most commonly taught skills were verbal and non-verbal communication (100%) and the most common specific advanced content was “giving bad news” (41%). Compared to other countries, the only different content was related to CS for the “welcome”.

Conclusions: The teaching of CS occurred in the formal curriculum of 64% of the Brazilian medical schools. The only content of the CS curriculum that differed from the rest of the world was the “welcome”.

Applicability and Perspectives: This study demonstrates that CS are not being taught in all Brazilian medical schools, with there being a need for the promotion of this. In addition, the teaching of CS for the “welcome” could be considered by other countries, aiming to improve patient care and the quality of the health systems.

Key-words: Communication; Education, Medical; Communication Skills; Medical curriculum; Health communication.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das escolas médicas brasileiras por região geográfica em junho de 2016	30
Figura 2 - Fluxograma do processo para identificação e contato com os representantes das escolas médicas para seu convite para participar do estudo.	31
Figura 3 - Taxa de respostas e distribuição das 162 de escolas médicas que participaram do estudo por região geográfica brasileira.....	32

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Características das 162 escolas médicas brasileiras em relação ao ensino de HC (junho de 2016)	37
Tabela 2 – Distribuição das 413 disciplinas que incluem o ensino de habilidades de comunicação oferecido pelas 104 escolas médicas pesquisadas, por tipo de currículo e ano de formação (Junho 2016).....	38
Tabela 3 – Formação dos professores envolvidos no ensino das HC nas 104 escolas médicas brasileiras (junho de 2016)	38
Tabela 4 - Estratégias utilizadas no ensino das HC pelas 104 escolas médicas brasileiras (junho de 2016).....	39
Tabela 5 – Conteúdos de comunicação mencionados pelos participantes das 104 escolas médicas brasileiras (Junho de 2016).....	40

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. OBJETIVO GERAL	27
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3. METODOLOGIA	29
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
3.2 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
3.3 COLETA DOS DADOS	32
3.4 PRECEITOS ÉTICOS.....	35
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	35
4. RESULTADOS	37
4.1 CARACTERÍSTICAS DAS 104 ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS QUE POSSUEM O ENSINO DE HC	38
5. DISCUSSÃO	43
6. LIMITAÇÕES	47
CONCLUSÃO	49
APLICABILIDADES E PERSPECTIVAS	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE	67
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
APÊNDICE 2 - CARTA DE APRESENTAÇÃO E TERMO DE ANUENCIA.....	70
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
APÊNDICE 4 - VALIDAÇÃO DA CLAREZA DO QUESTIONÁRIO	73
APÊNDICE 5 - CARTA VALIDADE.....	74
APÊNDICE 6 - RESULTADOS DOS VALORES DOS ÍNDICES DE CLAREZA E VALIDAÇÃO SEMÂNTICA (VALIDADE) DO QUESTIONÁRIO	75
APÊNDICE 7 - QUESTIONÁRIO FINAL	76
ANEXO	79

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	80
ANEXO 2 - RELATÓRIO DE PESQUISA FINAL DE PESQUISA ...	82

1. INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo pelo qual os indivíduos compartilham informações, opiniões e sentimentos, que é influenciado por suas crenças, cultura, contextos e história de vida [1,2]. As relações interpessoais são permeadas pela comunicação. Na prática médica, a comunicação entre médicos, profissionais da saúde, pacientes e seus familiares está associada aos desfechos do cuidado [3-5], sendo de fundamental importância o domínio de habilidades de comunicação (HC) para que o profissional médico tenha “a capacidade de saber o que dizer, a quem, quando, como falar e escutar” [6].

O conceito de HC abrange "habilidades" que vão desde elementos básicos do comportamento interpessoal, como "contato visual" até atributos como a "empatia" [7]. As habilidades incluem o comportamento verbal (uso de palavras) e não-verbal (linguagem linguística e corporal) [8] e envolvem aspectos multidimensionais, tais como as perspectivas e expectativas do médico e as necessidades de informação, perspectivas, expectativas, preocupações e emoções dos pacientes e seus familiares [9].

A comunicação efetiva entre médico e paciente está associada ao maior sucesso do cuidado por propiciar a criação de vínculo entre ambos, a percepção de maior suporte emocional, maior compreensão do paciente sobre o processo de adoecimento e o trabalho colaborativo entre ambos com pactuação de tomada de decisões e do plano terapêutico. Estas características do cuidado resultam em maior autonomia e coresponsabilização do paciente em seu processo de cura e controle de saúde [9-13]. Além disso, médicos com uma comunicação efetiva identificam os problemas dos pacientes de forma mais precisa. [14]

Diversos estudos têm constatado os desfechos da comunicação efetiva na saúde física e psicológica do paciente e na satisfação com a qualidade da atenção. Entre os desfechos na saúde física já constatados estão a diminuição na percepção da intensidade dos sintomas clínicos [15,16], a redução no tempo de evolução do resfriado comum [16] e da duração de permanência de internação no pós-operatório de artroplastia [17], a diminuição da limitação funcional e melhor controle de diabetes [18,19] e hipertensão [20]. Em relação à saúde psicológica estão a ampliação das estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer [21], a melhora na saúde mental e o maior ajuste psicológico e emocional [14,15,22,23].

Vários fatores da comunicação influenciam a satisfação do paciente com o atendimento médico, como por exemplo, no estudo de

Péfoyo e Wodchis [24] realizado no Ontario Hospital (Canadá) os pacientes declararam-se satisfeitos por receberem informações sobre o uso dos medicamentos.

Nos estudos de Hush et al [25] realizado na Austrália, Chimbindi et al [26] no sul da África, Ali et al [27] no Canadá e Jalil et al [28] no Paquistão, a satisfação dos pacientes quanto à comunicação foi relacionada ao compartilhamento de informações, a explicações detalhadas o plano de tratamento, à participação conjunta na tomada de decisões, à demonstração de empatia durante o exame físico e à conscientização do paciente sobre seu papel no gerenciamento de sua condição de saúde.

Quigley et al [29] entrevistaram 300 pacientes, para avaliar quais dos cinco aspectos da comunicação (explica as coisas; ouve atentamente; fornece instruções fáceis de entender; mostra respeito e gasta tempo suficiente) é mais importante na comunicação médico-paciente em 28 especialidades médicas. Os respondentes apontaram que, independente da especialidade, o respeito era o principal aspecto da comunicação do médico-paciente.

Desfechos positivos para o médico decorrentes de uma boa relação médico-paciente também foram constatados, entre eles menor estresse e maior satisfação com o trabalho [14,30,31].

A maioria dos processos contra más-práticas médicas envolvem direta ou indiretamente a percepção de pacientes e familiares de uma relação médico paciente insatisfatória [32-35]. Vincent et al [36] constataram em estudo no Reino Unido que, apesar de cerca de 70% dos pacientes que processaram médicos terem sofrido graves efeitos em consequência de suas intervenções, a decisão de processar o médico geralmente foi causada pela inadequação da comunicação do médico ou de sua equipe. White et al [37] revisando 90 casos nos EUA relacionadas com obstetria e ginecologia apontaram que a insatisfação dos pacientes ou familiares em 14% foi devido à falha na comunicação, pois eles não entenderam as decisões médicas acerca de sua doença e seu tratamento. Cadena e Rodríguez [38] sobre as características dos casos julgados pelo Tribunal de Ética Médica de Santander (Colômbia) desde 1993 encontraram 136 processos, em que 121 pacientes e/ou famílias (89.5%) referiam má comunicação entre médico-paciente.

Estima-se que nos Estados Unidos da América, ocorreram cerca de 400.000 mortes por ano resultantes de erros médicos, sendo 80% destas atribuídas a falhas na comunicação [39]. Uma das queixas comuns diz respeito à falha na comunicação durante as transferências de cuidados, que pode contribuir significativamente para o dano ao paciente

[40]. Hinami et al [41] pesquisaram profissionais no Hospital da Universidade de Chicago e observaram que 13% dos eventos de comunicação de transferência foram considerados incompletos, 18% deixaram incerteza sobre o plano de cuidados e 16% envolveram uma falha.

Está bem estabelecido que as HC podem ser efetivamente ensinadas e aprendidas. Para isso é importante que os professores aprendam como fazer este ensino e demonstrem na prática uma interação e comunicação adequada com os envolvidos no processo de ensino, incluindo estudante, e pacientes e seus familiares [42,43].

Rider, Hinrichs e Lown [44] relatam que as HC podem piorar ao longo da formação clínica. Preconiza-se que o ensino de HC durante a graduação seja longitudinal, com complexidade crescente, aliando teoria à prática, utilizando-se diferentes estratégias de ensino (observação, práticas simuladas inicialmente em ambiente seguro, e posteriormente com pacientes padronizados e pacientes reais) e em cenários de prática diversos [45,46].

Em 1991, médicos com expertise em comunicação elaboraram um consenso sobre o ensino de comunicação, não apenas expondo os aspectos fundamentais para seu ensino, mas também ressaltando a urgência para que seu ensino fosse incorporado nos currículos das escolas médicas, na pós-graduação e na educação continuada [47]. A partir de 1992, o Canadá, os Estados Unidos e o Reino Unido elaboraram documentos e diretrizes determinando a necessidade do ensino e avaliação das HC na educação médica, levando em conta que a comunicação do médico com pacientes, famílias, colegas e outros profissionais era uma das responsabilidades do médico [48-51].

A partir da década de 90, a comunicação médica passou a ser considerada entre os critérios de avaliação para obtenção de acreditação nas escolas médicas americanas [52,53]. Para alcance de competência em comunicação, foram elaborados consensos sobre os aspectos que deveriam ser abordados na educação médica [4,48,51,54-58] e metodologias de ensino foram incorporadas nas escolas médicas. [59, 60].

Segundo Collar et al [61] as HC para o ensino médico devem ser basicamente divididas em três: a habilidade de expressão (capacidade do homem de se expressar, em linguagem verbal e não verbal, como linguagem, argumentação, síntese, exemplificação, etc); habilidade de observação (possibilidade de se orientar na situação e comunicação mediante indicador do comportamento do orador, atuando como receptor, na escuta, na emoção, percepção, etc); e habilidade de relação

empática (possibilidade de obtenção de uma abordagem humana real para o outro).

Sem a pretensão de esgotar todas as habilidades apontadas nos consensos cita-se aqui algumas delas: habilidades para consulta centrada nas relações, com escuta ativa, percepção de pistas verbais e não verbais dos pacientes e resposta às emoções de forma empática e compassiva, o uso apropriado de perguntas abertas e de perguntas fechadas, reflexão e adaptação da linguagem à cultura e ao nível de compreensão do paciente, feedback, pactuação de plano terapêutico, parceria entre outras. Além disto, há habilidades para a comunicação em situações complexas (lidar com o erro, com incertezas e com emoções fortes, manejo de conflitos, etc.) delicadas e sensíveis (más notícias, terminalidade de vida, morte), com pacientes de diferentes faixas etárias e com pacientes limitações da comunicação (por deficiência de audição ou por problemas de saúde mental, por exemplo). Também devem ser ensinadas habilidades para comunicação com familiares ou outras pessoas envolvidas no processo de atenção à saúde, com colegas, com a equipe interprofissional e com representantes da comunidade e da sociedade. O processo de comunicação deve se adequar ao meio em que ela ocorre (presencial, o telefone, a internet, recursos pedagógicos e a mídia) [4,55,57,58].

Apesar de sua importância, o ensino de comunicação ainda não tem sido efetivo em muitos países. Barreiras citadas para esta aprendizagem incluem insuficiência no seu ensino teórico, prático, avaliativo e nas atitudes negativas de estudantes e professores quanto à importância de sua aprendizagem para a prática médica, o currículo oculto e a escassez de modelos positivos, a limitação no tempo da consulta que a instituição gera, ao priorizar quantidade de consultas, em vez de sua qualidade [6].

As atitudes podem ser definidas como tipos de sentimentos, que resultam em julgamento da qualidade (boa ou má) ao evento, objeto ou pessoa, muitas vezes baseados em crenças e direcionando assim os comportamentos [62]. As atitudes têm três componentes principais: a forma como sentimos (afetiva), como pensamos (cognitiva) e como agimos (comportamental) [63] e são determinantes para a mudança de comportamento no processo de ensino e aprendizagem [64].

Considerando que muitas vezes, a atitude tanto de estudantes como de médicos e professores podem ser negativas quanto ao aprendizado da comunicação é necessário que se desenvolvam estratégias que favoreçam atitudes positivas para o desenvolvimento das habilidades, necessárias à prestação do cuidado em saúde, nas diversas

disciplinas, teóricas e práticas, assim como nos programas de internato e residência [65]. Portanto mensurar e entender as atitudes dos estudantes frente ao aprendizado de HC pode ser uma medida importante para as intervenções curriculares e assim avaliar a necessidade de inovações adicionais que devem ser incorporadas nesse ensino [66].

Como por exemplo no estudo de Loureiro, Severo e Ferreira [67] que investigaram as atitudes e percepções dos residentes portugueses em relação ao ensino de HC. Os resultados mostraram que para os residentes a comunicação seria apenas a capacidade de comunicar, transmitir e reunir boas informações dando menos importância ao processo de compreensão e empatia e relatam como atitudes negativas da comunicação a falta de informação dada pelos pacientes e a má compreensão do paciente sobre a informação dada, como se fosse exclusivamente culpa dos pacientes.

Revisões sistemáticas mostram que intervenções educacionais variadas (como diversificar nas estratégias de ensino) levam a melhoria da comunicação [68,69]. Várias estratégias de ensino têm sido utilizadas pelas escolas médicas, entre elas aulas, leituras de textos *role play* e sociodrama, narrativas, discussão de casos, vídeos e filmes, práticas com pacientes simulados e com paciente real [70]. Algumas estratégias são mais populares que as outras nos currículos das escolas médicas, como o uso de pacientes simulados e *role play*, pois ambas estratégias permitem a auto avaliação (positiva e/ou negativa) do desempenho do indivíduo frente aos seus pares [71].

Alguns estudos são realizados para verificar quais destas estratégias possuem melhor alcance no ensino das HC. Como por exemplo Lane e Stephen [72] e Mounsey et al [73] mostraram que ambas estratégias, pacientes simulados ou *role play*, são eficazes para o ensino de HC, enquanto outros autores mencionam que o *role play* tende a ser melhor para o ensino de HC do que o uso de paciente simulado, por promover uma abordagem mais empática em relação às preocupações dos pacientes e por ter menor custo na sua aplicação, justificando seu papel proeminente nos currículos médicos [74,75].

Liberali e Grosseman [76] apontam em seu estudo de revisão, que o *role play* e o sociodrama são técnicas de psicodrama utilizadas na educação médica brasileira para abordar aspectos do relacionamento como emoções, comportamentos e para melhorar algumas HC e habilidades clínicas. Também nos estudos de Ramos-Cerqueira et al [77], Ramos-Cerqueira et al [78] e Jucá et al [79] realizados no Brasil, relatam o uso da dramatização como técnica de ensino das HC com alunos de medicina, pois esta enriquece a formação humanística, crítica

e participativa dos indivíduos frente à realidade social que vivenciarão na prática clínica.

Apesar de diversos estudos descreverem o conteúdo e processo de ensino de comunicação em suas instituições [66,80-85] ou em um grupo de instituições [86-89]. Ainda há poucos estudos internacionais que descrevem como se dá o ensino de CS nas escolas médicas do país [51,88-90]. O estudo sobre o ensino de HC nas instituições de cada país fornece informações que podem ser utilizadas para subsidiar estratégias no próprio país e para comparação com outros países.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina (DCNCGM), lançadas em 2001, consideravam a comunicação uma das competências médicas [91]. Em 2014, as DCNCGM foram modificadas e a comunicação foi inserida permeando a atenção à saúde, a gestão em saúde e a educação em saúde [92].

O Brasil é um país extenso, com grande diversidade geográfica, demográfica, cultural, socioeconômica e de diferentes condições de saúde de sua população [93,94]. O Sistema de Saúde vigente é o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pelo Governo em 1998 e tem como pressuposto a atenção à saúde a toda a população brasileira, baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade dos cuidados de saúde [94]. Para alcançar esses princípios e desencadear mudanças no modelo de saúde, uma das políticas lançadas foi a Política Nacional de Saúde e Gestão de Humanização (PNH) no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) levando em consideração que é necessário valorizar os diferentes aspectos envolvidos no processo de produção da saúde (consumidores de saúde, profissionais, etc) [95].

A humanização compreende um conjunto de convicções pessoais especialmente com as necessidades dos outros e na medicina, e é demonstrada por uma relação respeitosa e compassiva entre médicos, membros da equipe de saúde e seus pacientes, refletindo atitudes e comportamentos que são sensíveis aos valores e aos contextos culturais [96]. Inclui o respeito pelos pontos de vista dos pacientes, pactuação das decisões dos cuidados de saúde e resposta a emoções, levando em conta o bem-estar psicológico do paciente, considerando-o como um indivíduo único, inserido no contexto familiar e ambiental [97,98].

Uma estratégia desenvolvida para garantir esses princípios aos cidadãos brasileiros é a abordagem comunitária em atenção primária à saúde, atualmente chamada de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Destina-se a toda população brasileira e é fornecida por equipes interdisciplinares de saúde, incluindo pelo menos um médico, uma enfermeira, uma assistente de enfermagem e quatro a seis agentes

comunitários de saúde em tempo integral. Cada equipe é organizada geograficamente e abrange até 1000 famílias em sua área de captação. A equipe pode ter o apoio de outros profissionais da área de saúde e médicos especialistas e deve oferecer um cuidado abrangente [94,101]. Assim, os médicos brasileiros devem ser competentes para se comunicar com a equipe interprofissional e com pacientes, famílias e membros da comunidade de diversas culturas e níveis socioeconômicos.

Apesar das diretrizes brasileiras incluírem as HC no ensino médico, até agora não se sabe como as escolas médicas brasileiras estão adaptando seus currículos para proporcionar este ensino e assim pretende-se com esta pesquisa preencher essa lacuna. Diante da importância da formação em comunicação na educação médica e da interdependência da saúde e da educação em todos os países, e tendo em vista a exigência das DCNM [91-92], foram levantadas as seguintes questões de pesquisa: Qual é o estado do ensino da HC no Brasil? Que habilidades são ensinadas e que estratégias de ensino estão sendo usados? Há diferença entre o que é ensinado de HC no Brasil e o que é ensinado em outros países?

2. OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas atuais de ensino de HC nas escolas médicas brasileiras.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a existência de ensino de HC nas escolas médicas brasileiras
- Identificar a existência de ensino de HC por vínculo institucional, região brasileira e desenho curricular.
- Identificar em que ano(s) o ensino de HC está ocorrendo, comparando por currículo.
- Identificar as áreas de conhecimento dos professores que ensinam HC.
- Identificar as estratégias utilizadas no ensino-aprendizagem das HC.
- Identificar o conteúdo de HC ofertado pelas escolas.

3. METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Caracteriza-se como uma pesquisa transversal e descritiva.

3.2 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

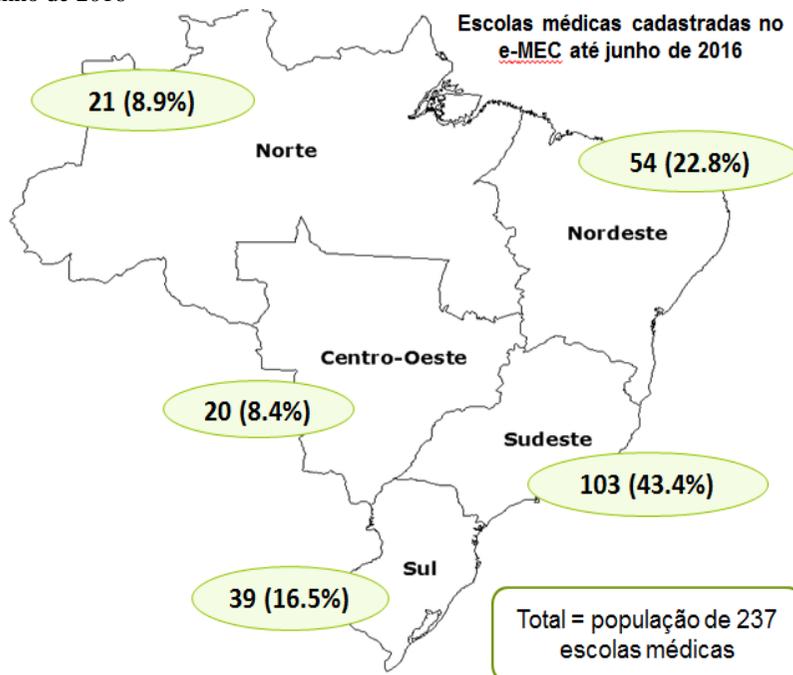
A população do estudo foi constituída pelo universo de representantes de escolas médicas existentes no Brasil até junho de 2016. O levantamento dessas escolas médicas, incluindo dados sobre as características das escolas, *homepage* e nome e contato dos coordenadores dos cursos, foi realizado entre Janeiro de 2015 a Junho de 2016, por meio do site e-MEC (<http://emec.mec.gov.br/>).

O e-MEC é o sistema eletrônico de acompanhamento dos processos que regulam a educação superior no Brasil, credenciando, recredenciando, autorizando, renovando e reconhecendo cursos. Um total de 237 escolas médicas estavam cadastradas neste período.

Para facilitar a classificação das escolas por região geográfica, o site <http://www.escolasmedicas.com.br/mensal.php> também foi acessado. A localização geográfica foi classificada conforme as regiões do Brasil, que são: Região Norte (Acre, Roraima, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Tocantins), Região Nordeste (Alagoas, Sergipe, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Bahia), Região Centro-Oeste (Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e pelo Distrito Federal), Região Sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro) e Região Sul (Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul).

Foi realizado contato com todos os coordenadores de curso. A distribuição das escolas é apresentada na Figura 1.

Figura 1 - Distribuição das escolas médicas brasileiras por região geográfica em junho de 2016



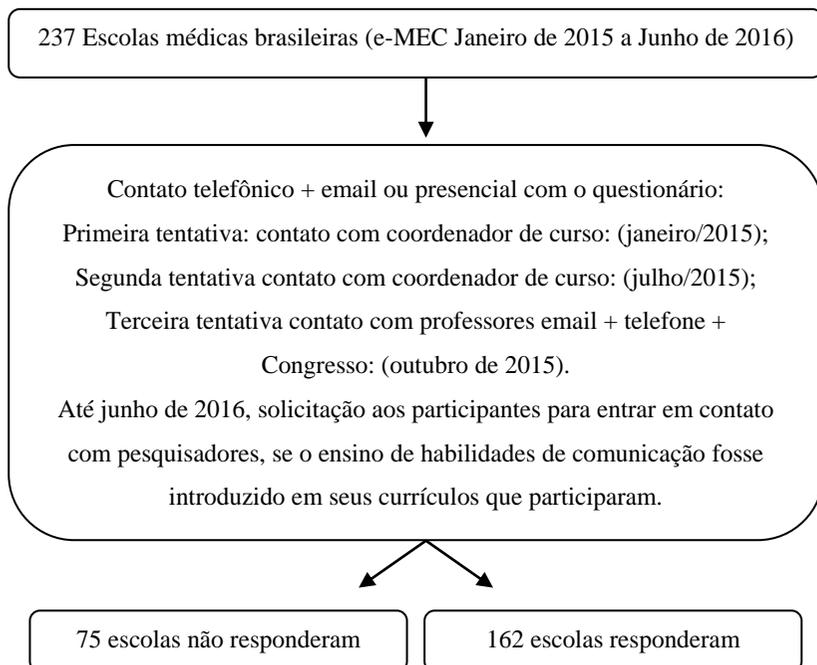
Fonte dos dados: Escolas médicas brasileiras, acesso no site <http://emec.mec.gov.br/>

O contato inicial com os coordenadores dos cursos de medicina foi realizado por e-mail. Quando não se recebia resposta, ligava-se para a coordenação do curso para verificar o endereço de e-mail. Caso não houvesse resposta, telefonava-se para a instituição para conversar com o coordenador e explicar sobre os objetivos da pesquisa e convidá-lo para participar da pesquisa.

Nas escolas em que não se conseguiu contato ou resposta do coordenador do curso, contactou-se os professores dos cursos de medicina no Congresso Brasileiro de Educação Médica realizado em outubro de 2015.

Do total de 237 escolas médicas, 75 (31,7%) não responderam e conseguiu-se assim, uma taxa de resposta final de 162 (68,3%) escolas médicas. Ao longo do ano de 2016, solicitou-se aos participantes que caso fosse inserido o ensino de HC no currículo de suas escolas, eles entrassem em contato para informar os pesquisadores.

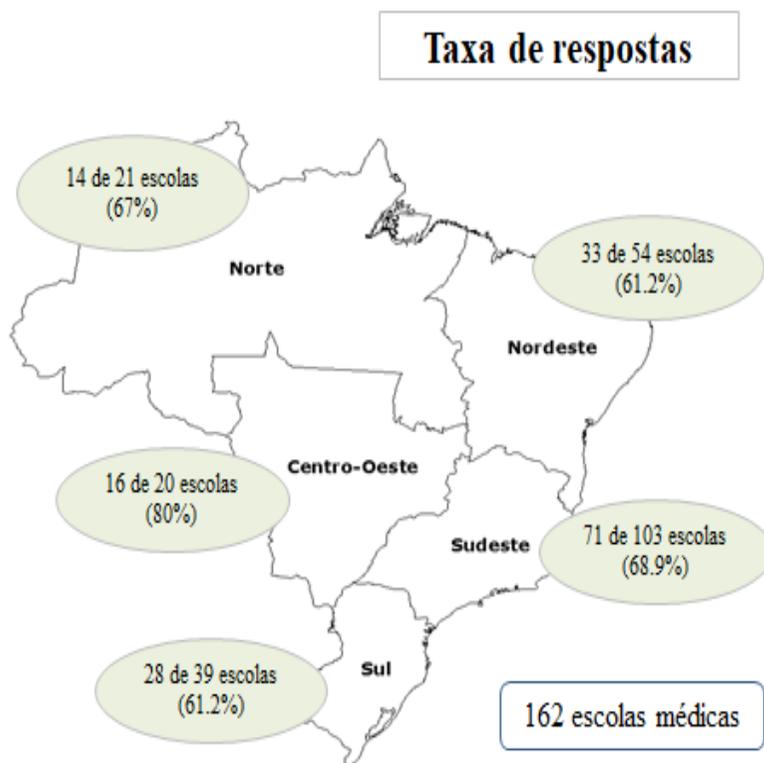
Figura 2 - Fluxograma do processo para identificação e contato com os representantes das escolas médicas para seu convite para participar do estudo.



Fonte: Dados do autor

A distribuição por região geográfica das escolas que participaram do estudo é apresentada na figura 3. As 162 escolas incluídas no estudo, diferem por região brasileira e estão distribuídas da seguinte forma: Centro-Oeste [16 de 20 escolas (80,0%)], Sul [28 de 39 escolas (71,7%)], Sudeste [71 de 103 escolas (68,9%)], Norte [14 de 21 escolas (67,0%)], e Nordeste [33 de 54 escolas (61,2%)].

Figura 3 - Taxa de respostas e distribuição das 162 de escolas médicas que participaram do estudo por região geográfica brasileira



Fonte: Dados do autor

3.3 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada por meio questionário com as seguintes variáveis: desenho curricular; vínculo institucional (público ou privado); presença ou não do ensino de HC no currículo da instituição. Nas escolas que continuam ensino de HC: disciplinas com ensino de HC; ano(s) ou semestre(s) do curso de medicina em que ocorria o ensino de HC; área de conhecimento médico ou de outras áreas envolvidas no ensino de HC, estratégias utilizadas para o ensino de HC e conteúdo de HC ensinado.

Para coleta de dados, realizou-se um contato prévio por telefone e/ou email, apresentando-se a pesquisa e seus objetivos ao representante

da escola. Após o primeiro contato, o questionário foi enviado para o email do coordenador do curso de medicina por meio do *google drive*. Na mensagem, antes de entrar a página do questionário, abria uma página com termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo solicitada a assinatura eletrônica do termo de anuência do participante (Apêndice 1,2).

Em escolas que os coordenadores não responderam o questionário, foi feito contato pessoal e presencial, durante o Congresso Brasileiro de Educação Médica, com representantes da instituição ou com professores envolvidos com o ensino de comunicação, sendo explicada a pesquisa e seus objetivos e preceitos éticos, seguido pelo convite para sua participação. Quando aceitavam, entregava-se o TCLE, solicitava-se sua leitura e assinatura e entregava-se o questionário, aguardando-se seu preenchimento.

Como não havia um questionário validado para a realização deste estudo, o questionário foi construído seguindo as etapas propostas por Rattray e Jones [102], Coluci, Alexandre e Milani [103] e de Schouten et al [104]. Após a elaboração do problema e objetivos da pesquisa baseada a partir do referencial teórico sobre ensino de HC, foi elaborado o desenho inicial do questionário. Para o questionário elaborou-se a estrutura conceitual, a partir dos objetivos da pesquisa e da população envolvida e se construiu as perguntas atendendo todos os objetivos propostos, os quais foram selecionados e organizados.

Após esta etapa, foi realizada avaliação de sua validade de conteúdo e clareza de redação. Schouten et al [104] apontam várias etapas de avaliação das propriedades psicométricas de um questionário: validade (de conteúdo, clareza e outras formas), confiabilidade (consistência interna e de reprodutividade) e viabilidade (tempo, nível de entendimento das questões do questionário e aceitabilidade). Optou-se em realizar a validade de conteúdo pois, segundo Ter Wee et al [105] ela é considerada uma das propriedades de medida mais importante e portanto, deve ser realizada em primeiro lugar.

Foi então realizada a avaliação de clareza da redação dos itens e de validade de conteúdo (se as questões expressavam o que se pretendia avaliar) por um grupo de 20 juízes especialistas, constituídos por médicos professores universitários da área da saúde presentes no 52º Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Joinville realizado em outubro de 2014 Gilbert e Prion [106] recomendam que o número de juízes especialistas seja maior ou igual a 10.

O grupo avaliou presencialmente e individualmente cada questão. Foram explicados para estes médicos professores convidados, os

objetivos da pesquisa e em caso de aceite, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) para a validação (apreciação de clareza e validade) do questionário.

O questionário era inicialmente composto por 11 questões e avaliado quanto à clareza e validade do conteúdo em uma escala de 0 a 10, que considerada a pontuação para clareza entre: 0 – 4 confusa; 5 – 7 meio confusa, 8 – 10 clara e para validade de conteúdo, entre: 0 – 4 inválida; 5 – 7 pouco válida, 8 – 10 válida. Se os juízes assinalassem de 0 a 4 a questão era excluída; de 5 a 7 modificada de acordo com suas proposições e de 8 a 10 mantida. Nenhum juiz assinalou de 0 - 4 tanto na validação da clareza e (0 – 4 confusa) nem da validade de conteúdo (0 – 4 inválida), sendo que nenhuma questão foi excluída.

A taxa de concordância aceitável entre os especialistas para avaliação de cada questão, individualmente deve ser escore superior a 0,78 e para a verificação da validade (clareza e validação de conteúdo). Segundo Polit e Beck [107] de uma forma geral, deve haver uma concordância mínima de escore de 0,80 e preferencialmente, escore superior a 0,90 e no presente estudo foi obtido o escore geral de validade de conteúdo de **0,92(±0,02)** e o escore geral de clareza da redação foi de **0,89(±0,03)** (Apêndice 4,5,6).

O resultado dessa etapa também contribuiu para o refinamento e complementação da versão final do questionário (Apêndice 7). A principal diferença dessa nova versão para a primeira foi uma melhor adaptação do português das questões para atingir o objetivo principal da pesquisa e permitir fazer o mapeamento do ensino de HC nas escolas médicas brasileiras.

Essa versão final do questionário foi composta por 14 questões divididas em blocos de perguntas: 1. Identificação das escolas médicas brasileiras que participaram do estudo (região brasileira, metodologia de ensino, carga horária total do curso de medicina e vínculo institucional); 2. Características do ensino de HC entre as escolas que a continham em seus currículos (fases ou semestres em que este ensino é realizado, carga horária e disciplina, conteúdos ensinados, estratégias e áreas de conhecimento dos professores que ministravam HC).

Para a análise da consistência interna do questionário utilizou-se o coeficiente α de Cronbach, resultando um α de Cronbach de 0,72, valor considerado adequado que deve ser $>0,70$ [108].

3.4 PRECEITOS ÉTICOS

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina pelo Parecer (551.143/ CAAE: 25541213.7.0000.0121). (Anexo 1).

No que se refere aos aspectos éticos, o preenchimento do questionário não tinha nenhum dado que identificasse a instituição ou o respondente. Além disso, foram incluídos no estudo os adultos que aceitarem participar voluntariamente, após obtenção do consentimento livre e esclarecido por e-mail ou presencial. Dessa forma, os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki e na Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados em todo o processo de realização desta pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram introduzidos em banco de dados do software estatístico excel. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva (medidas e dispersão de tendências centrais). Os resultados dos conteúdos de ensino de HC foram condensados e analisados por meio de análise de conteúdo.

4. RESULTADOS

Do total de 237 escolas médicas elegíveis para a pesquisa até junho de 2016, 162 escolas (68,3%) responderam o questionário. Cinquenta e oito não possuíam o ensino de HC (35,8%) e 104 declararam possuir este ensino (64,2%).

As características das 162 escolas médicas que participaram do estudo são apresentadas na Tabela 1. Os dados da estatística descritiva mostram as maiores porcentagens do ensino de HC com a tendência de ocorrer em escolas privadas, localizadas no Sudeste e com predomínio do currículo Integrado por módulos e da ABP. Já as escolas públicas, localizadas no Centro-Oeste e com currículo tradicional oferecem menos ensino de HC em seus currículos.

Tabela 1 – Características das 162 escolas médicas brasileiras em relação ao ensino de HC (junho de 2016)

Características	Ensino das HC		
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)
Vínculo			
Institucional			
Escolas Públicas	42 (60,9)	27 (39,1)	69 (100)
Escolas Privadas	62 (66,7)	31 (33,3)	93 (100)
Região			
Norte	08 (57,1)	06 (42,9)	14 (100)
Sudeste	50 (70,4)	21 (29,6)	71 (100)
Centro-Oeste	06 (37,5)	10 (62,5)	16 (100)
Nordeste	21 (63,9)	12 (36,1)	33 (100)
Sul	19 (67,9)	09 (32,1)	28 (100)
Currículo			
Tradicional	42 (51,2)	40 (48,8)	82 (100)
ABP	38 (74,5)	13 (25,5)	51 (100)
Integrado por módulos	13 (92,9)	01 (7,1)	14 (100)
^a Outros	11 (73,3)	04 (26,7)	15 (100)
Total	104 (100)	58 (100)	162 (100)

ABP – Aprendizagem baseada em problemas; ^aOutros = Seriado ou Médico generalista

4.1 CARACTERÍSTICAS DAS 104 ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS QUE POSSUEM O ENSINO DE HC

Entre as 104 escolas de medicina em que as HC são ensinadas, são ofertadas 413 disciplinas. A distribuição destas disciplinas por currículo e ano de formação no curso de medicina é apresentada na Tabela 2. Como pode ser observado, as disciplinas são mais frequentemente oferecidas nos anos iniciais do curso de medicina, e apenas em 44 delas ocorrem após o 8º semestre do curso (internato). Sete escolas médicas têm o ensino de HC em formato longitudinal.

Tabela 2 – Distribuição das 413 disciplinas que incluem o ensino de habilidades de comunicação oferecido pelas 104 escolas médicas pesquisadas, por tipo de currículo e ano de formação (Junho 2016)

	Ano de formação em medicina					Total
	1º ano n (%)	2º ano n (%)	3º ano n (%)	4º ano n (%)	>4º ano n (%)	
Tipo de Currículo						
Tradicional	27 (28,7)	37 (39,4)	10 (10,6)	6 (6,4)	14 (14,9)	94 (100)
ABP	68 (30,8)	56 (25,3)	42 (19,0)	35 (15,9)	20 (9,0)	221 (100)
Integrado	23 (37,1)	11 (17,8)	10 (16,1)	9 (14,5)	9 (14,5)	62 (100)
por módulos						
^a Outros	15 (41,7)	12 (33,3)	6 (16,7)	2 (5,5)	1 (2,8)	36 (100)
Total	133 (32,2)	116 (28,1)	68 (16,5)	52 (12,6)	44 (10,6)	413 (100)

ABP – Aprendizagem baseada em problemas; ^aOutros = Serial ou Médico generalista

Em algumas instituições, somente médicos são envolvidos no ensino de HC, enquanto em outras instituições, professores de diversas áreas de conhecimento também fazem parte desse ensino (Tabela 3).

Tabela 3 – Formação dos professores envolvidos no ensino das HC nas 104 escolas médicas brasileiras (junho de 2016)

Áreas de conhecimento e especialidades	n	%
Medicina		
Medicina Interna (Clínica)	83	79,8
Psiquiatria	15	14,4
Medicina da Família	14	13,5
Saúde Pública ou Medicina Social e Preventiva	09	8,6
Pediatria	09	8,6

Ginecologia e Obstetrícia	05	4,8
Geriatria	04	3,8
Cirurgia	03	2,9
Infectologia	02	1,9
Saúde Ocupacional	02	1,9
Outras especialidades médicas	07	6,7
<i>Outras áreas de conhecimento</i>		
Psicologia	41	39,4
Enfermagem	11	10,6
Sociologia	11	10,6
Pedagogia / Psicopedagogia	09	8,6
Filosofia	05	4,8
Comunicação	04	3,8
Direito	04	3,8
Assistência Social	04	3,8
Biomedicina	03	2,9
Antropologia	03	2,9
Odontologia	03	2,9
Outras áreas de conhecimento [†]	06	5,8

*Outras especialidades médicas: Cardiologia [1(1%)], Neurologia [1(1%)], Ortopedia [1(1%)], Otorrinolaringologia [1(1%)], Patologia [1(1%)], Fisiatria [1(1%)] e Urologia [1(1%)].

[†]Outras áreas de conhecimento: Linguística [2(1,9%)], Jornalismo [2(1,9%)], Farmácia [1(1%)], Teatro [1(1%)].

As estratégias de ensino de HC utilizadas pelas escolas médicas brasileiras são apresentados na tabela 4. As mais comuns são aulas teóricas e discussões de casos utilizados para ensinar HC.

Tabela 4 - Estratégias utilizadas no ensino das HC pelas 104 escolas médicas brasileiras (junho de 2016)

Estratégias de ensino	n	%
Aulas teóricas	104	100
Discussão de casos e seminários	79	76,0
Vídeos e filmes para discussão	74	71,1
Role play	72	69,2
Consulta com o paciente real	56	53,8
Narrativas	47	45,2
Pacientes simulados/padronizados	44	42,3
Portfólio	26	25
Sociodrama	21	20,2
Música	16	15,4
entrevista baseada em problemas (discussão em grupo e	14	13,5

feedback com base em filmagens de consulta dos alunos)		
Grupos Balint ou similares	05	4,8
Literatura	02	1,9
Artes visuais	01	1,0
Caso escrito e diálogo	01	1,0
Pintura e Visual Thinking Strategy	01	1,0

Os conteúdos ensinados foram condensados e analisados por meio de análise de conteúdo e podem ser vistos na tabela 5. Como pode ser constatado, os conteúdos mais frequentemente citados foram HC verbal e não verbal em geral e nas diferentes fases de consulta clínica, seguidas por fundamentos de psicologia. O conteúdo avançado específico mais comum mencionado foi dando más notícias. Algumas escolas incluem o ensino de habilidades de comunicação para o "acolhimento".

Tabela 5 – Conteúdos de comunicação mencionados pelos participantes das 104 escolas médicas brasileiras (Junho de 2016)

Conteúdos	104 escolas médicas n (%)
Fundamentos das Ciências Humanas e Sociais	
Fundamentos de Psicologia e Psiquiatria	79 (76,0)
Humanismo	63 (60,6)
Antropologia/Antropologia da saúde	17 (16,3)
A humanização no processo da saúde e na sociedade	04 (3,8)
Teoria e evidência da Comunicação em Saúde	70 (67,3)
Ética e Bioética	
(confidencialidade, autonomia do paciente, segurança dos pacientes, direitos e dignidade dos pacientes, ética nas relações diárias)	26 (25)
O processo de ser um estudante de medicina e tornar-se um médico	
(relações profissionais e pessoais, identidade médica, chamada em medicina, autoconhecimento, personalidade, emoções, histórias de vida)	29 (27,9)
Habilidades gerais de comunicação	
Habilidade de comunicação verbal	104 (100)
Habilidade de comunicação não-verbal	104 (100)
Habilidade de Escrita	14 (13,5)
Interpretação de texto	12 (11,5)
Reflexão de narrativas	10 (9,6)
Escuta Ativa	79 (76,0)
Feedback (como dar e receber)	06 (5,8)

Habilidades de comunicação específicas para as fases da consulta clínica centrada no paciente	79 (76,0)
Habilidades de comunicação clínica centrada no paciente por faixa etária	
Pacientes crianças e adolescentes	09 (8,6)
Pacientes adultos e idosos	10 (9,6)
Habilidades de comunicação clínica centrada no paciente em cenários específicos	
Unidade ambulatorial / Consultório	04 (3,8)
Emergência	04 (3,8)
Unidade de internação	04 (3,8)
Tratamento intensivo	06 (5,8)
Diversidade Cultural e social	05 (4,8)
Habilidades de comunicação clínica centrada no paciente em situações delicadas	
Dando más notícias	43 (41,3)
Comunicação no final da vida	06 (5,8)
Comunicação de óbito	08 (7,7)
Comunicação com Pacientes crônicos	02 (1,9)
Comunicação com Pacientes agressivos	03 (2,9)
Comunicação com Pacientes psiquiátricos	02 (1,9)
Abuso de Substâncias - Álcool e drogas	04 (3,8)
Lidando com emoções fortes	03 (2,9)
Gerenciamento de conflito	02 (1,9)
Comunicação de trabalho em equipe	
- “Acolhimento”	14 (13,5)
- Trabalho interprofissional e interpessoal em equipe e relacionamentos em equipes de saúde	07 (6,7)
Comunicação além do paciente	
- Comunicação com os membros da comunidade	14 (13,5)
- Comunicação com cuidadores e parentes	05 (4,8)
Comunicação com os membros da comunidade	
- Fazer apresentações e falar em público	39 (37,5)
- Comunicação com a imprensa e jornalistas	05 (4,8)

5. DISCUSSÃO

Este estudo ressalta a necessidade das escolas médicas brasileiras aprimorarem seus currículos e ofertar um ensino de HC mais sistemático e longitudinal. Este estudo é um inquérito nacional que avaliou o ensino de HC nas escolas médicas brasileiras e em análise da literatura mostrou-se que apenas três países possuem inquéritos nacionais abrangentes sobre o ensino das competências de comunicação em suas escolas, similar a este: EUA [51], Reino Unido [86,88,109] e Espanha [110].

De acordo com os resultados da presente pesquisa 64,2% das escolas médicas estão formalmente ensinando HC no Brasil. Número inferior aos Estados Unidos, no qual, em 1999, 95,6% das escolas relatavam ensinar HC [51]. Apesar de se supor que atualmente, 100% das escolas ensinem HC, uma vez que este ensino é um requisito para a acreditação pelo *Liaison Committee on Medical Education* (LCME) [111] e que o *National Board of Medical Examiners* exige como condição de licenciamento, que todos os estudantes de medicina demonstrem competência em comunicação em suas avaliações [112]. Entretanto, não foi encontrada publicação mais atual de dados sobre a situação nacional do ensino de HC nos EUA.

Os dados encontrados no presente estudo são similares à situação do ensino no Reino Unido em 1998. Nessa época, 19 de 26 (73,06%) escolas médicas relatavam ensinar HC [88]. Apesar de não ter sido encontrado artigo sobre situação atual do ensino no Reino Unido, também é provável que este número seja muito maior, pois houve incorporação do ensino de HC nestas escolas a partir da publicação do documento *Tomorrow's Doctor*, criado pelo *General Medical Council* que regula o que as competências a serem alcançadas pelos estudantes de medicina e recomenda estratégias para o ensino e a avaliação [49,113]. Este documento foi revisto e atualizado desde sua publicação em 1993, a fim de melhorar o currículo das escolas médicas e associar avaliações [114]. Na Espanha, em 2015, 71,4% das escolas médicas relatavam ensinar HC [110], embora algumas disciplinas não fossem obrigatórias.

Outro achado importante neste estudo foi que o ensino de HC no Brasil é frequentemente ofertado nos anos iniciais da escola de medicina. Este é um padrão semelhante ao observado nos EUA em 1999 [51] e na Espanha em 2015 [110]. Em 2005, os EUA publicaram recomendações para o ensino de Competências Clínicas de Estudantes de Medicina, incluindo as HC que faz parte da *American Association of Medical Schools* (AAMC) [115]. Outras instituições, além das escolas

de medicina dos EUA, abordam o ensino de HC ao longo de todo o período do ensino médico, com crescente complexidade, geralmente integrado a outros conteúdos e ao longo de toda a formação do médico, entre elas três escolas da Noruega que utilizam o ABP [116], Universidade de Hamburgo (Alemanha) [117] e a Universidade de Colombo (Sri Lanka) [118], a Fu Jen Medical School (Taiwan) [119] e a Medical Centre Groningen [120] e Radboud Nijmegen Medical Center (Holanda) [121], a Universidade do Porto (Portugal) [122] e a Universidade Ghent (Bélgica) [123]. O Brasil também deveria considerar seguir a tendência internacional para desenvolver um consenso com maior homogeneidade do conteúdo de HC beneficiando todos os estudantes de medicina.

Observou-se que o ensino de HC é realizado por uma variedade de professores nas diferentes partes do mundo. No Brasil, os médicos principalmente da Medicina Interna e psicólogos são os principais professores do ensino de HC. No Reino Unido, o ensino de HC é preferencialmente dado por médicos clínicos [88] e a partir de 2008 o ensino de HC é “ministrado por uma variedade de professores de formação clínica, psicológica, sociológica, antropológica e educacional” [113]. Nas quatro escolas da Noruega (uma de metodologia tradicional e três ABP) o ensino de HC é realizado por especialistas em psiquiatria e principalmente por médicos clínicos [116].

O ensino de HC no Nepal, especificamente no Manipal College of Medical Sciences é ministrado por professores do Departamento de Farmacologia em colaboração com o Departamento de Educação Médica [124]. Embora isso possa refletir diferenças culturais no ensino, nota-se que as escolas médicas do Brasil poderiam considerar a ampliação do ensino de HC incluindo outras profissões de saúde. Ainda, é fundamental que haja programas de desenvolvimento docente que aprimorem as competências dos professores para ensinar as HC.

Outro resultado da presente pesquisa mostra que as estratégias mais frequentes para o ensino de HC foram aulas, discussão de casos, uso de vídeos ou filmes com *feedback*. A partir da análise de artigos publicados que mostram as estratégias de ensino de HC utilizadas nas escolas médicas do mundo, observou-se a utilização de uma variedade de estratégias de ensino nas diferentes instituições, talvez com base nas preferências e experiências dos professores. Estes métodos incluem *feedback* de vídeo, tutoriais, *role-play*, discussão de narrativas, apresentações de casos, sessões de aprendizagem baseada em problemas e outras atividades em pequenos grupos, debates, pacientes simulados, gravação de vídeo em tempo real e entrevistas de pacientes

hospitalizados [66,82,83,85,116,119,124-130]. Alguns dessas estratégias também são utilizados pelas escolas médicas brasileiras, mas algumas com menor frequência como por exemplo, o uso de apenas 2.2% na discussão em grupo e *feedback* com base em filmagens de consulta dos alunos.

Em relação aos resultados dos conteúdos de HC que fazem parte do ensino das escolas médicas brasileiras pode-se inferir que são similares ao que é ensinado nas escolas médicas do mundo. Um conteúdo encontrado no ensino de HC nas escolas brasileiras que difere dos demais países foi o acolhimento. No Brasil este ensino é muito importante para fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e visa atender como conteúdo de ensino das HC a demanda das necessidades dos usuários no cuidado e o acesso às tecnologias adequadas a ele [100].

Uma das orientações da PNH que faz parte das HC é o acolhimento, que significa o "processo de trabalho de saúde focado nas relações que intervêm na escuta qualificada, na construção de relacionamento, na garantia de acesso aos serviços de saúde com responsabilidade e resolubilidade, tendo em conta o consumidor de saúde como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde" [99].

Segundo o Ministério da Saúde e Educação [100, p.7]: "O acolhimento deve sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva". Os agentes do processo devem se esforçar para a justiça social e devem contribuir para a organização efetiva dos serviços [99,100].

A presente pesquisa revela que algumas escolas brasileiras têm um currículo longitudinal para ensino de habilidade de comunicação.. Por outro lado, algumas escolas não têm HC e muitas escolas têm um currículo de HC com conteúdo pouco abrangente. Faz-se necessário um consenso sobre os componentes essenciais de um currículo de comunicação na educação médica no Brasil e o desenvolvimento de estratégias que permitam seu ensino com qualidade, o que requer desenvolvimento docente.

6. LIMITAÇÕES

Apesar dos esforços para incluir uma amostra maior, alguns representantes das escolas não responderam ao contato por telefone ou e-mail e não foi possível também contato com professores envolvidos no ensino de comunicação nestas instituições. No entanto, obteve-se uma taxa de resposta de 68,3% e o estudo indica claramente que mais esforços devem ser feitos para garantir que todas as escolas médicas brasileiras ofereçam esse ensino de HC. Outra limitação foi que os conteúdos foram mencionados pelos participantes, não tendo sido recebido os planos de ensino de habilidades de comunicação das escolas. Por isso, neste estudo, foi incluído apenas o conteúdo que foi relatado pelos participantes, podendo haver outros conteúdos que não tenham sido mencionados.

Outra limitação foi quando a escola respondia que não possuía o ensino de HC o questionário tinha a pergunta “Quais as perspectivas para a implementação do ensino de HC em sua escola?” e nenhuma das que responderam não, completaram essa resposta e assim não se sabe se esse ensino será implantado nessa escola. Outra questão do questionário abordava a carga horária do ensino de HC e as escolas que possuem esse ensino responderam inadequadamente, sendo impossível a quantificação desse ensino.

CONCLUSÃO

O ensino de HC nas escolas médicas brasileiras não é homogêneo nem sistematizado. Não há diferença no ensino de habilidades de comunicação por vínculo da instituição. Porém, escolas com currículos tradicionais ofertam menos frequentemente esse ensino do que as escolas com outros desenhos curriculares.

O ensino de HC geralmente ocorre nos primeiros anos do curso e é mais frequentemente ministrado por médicos clínicos e psicólogos. Quando comparado a outros países, há múltiplas oportunidades para melhorar o ensino de HC no Brasil. Por outro lado, o ensino de habilidades de comunicação para o acolhimento poderia ser considerado por outros países, por seu importante papel na melhora do cuidado do paciente e da comunidade, e na qualidade do sistema de saúde.

APLICABILIDADES E PERSPECTIVAS

Este estudo acrescenta à literatura aspectos sobre o ensino de HC mostrando o ensino formal das HC em algumas escolas médicas brasileiras e constatando que há necessidade de promover este ensino nos cursos de medicina do Brasil.

Além disso, o ensino de habilidade de comunicação para o "acolhimento" pode ser utilizado para outros países, como mais um conteúdo, somando aos já existentes que fazem parte do ensino da humanização na medicina no mundo.

REFERÊNCIAS

- [1] Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista brasileira de terapia intensiva* 2008; 20(4):422-428.
- [2] Monteiro DT, Quintana AM. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2017; 32(4):1-9.
- [3] Street RL, Hanneke CJMH. Designing a curriculum for communication skills training from a theory and evidence-based perspective. *Patient education and counseling* 2013; 93(1):27-33.
- [4] Leonardo CG, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC medical education* 2016; 16(1):16-99.
- [5] Bambaerero F, Shokrpour N. The impact of the teachers' non-verbal communication on success in teaching. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*. 2017; 5(2):51-59.
- [6] Perron NJ, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly*. 2015; 145:w14064.
- [7] Salmon P, Bridget Y. A new paradigm for clinical communication: critical review of literature in cancer care. *Medical education* 2017; 51(3):258-268.
- [8] Rasipuram S, Dinesh BJ. Automatic assessment of communication skill in interface-based employment interviews using audio-visual cues. *Multimedia & Expo Workshops (ICMEW), 2016 IEEE International Conference on*. IEEE, 2016. [\[link\]](#)
- [9] Graf J, Smolka R, Simoes E, Zipfel S, Junne F, Holderried F. et al. Communication skills of medical students during the OSCE: Gender-specific differences in a longitudinal trend study. *BMC Medical Education*. 2017; 17(75):1-9.
- [10] Pereira TJ, Puggina AC. Validação do self-assessment of communication skills and professionalism para enfermeiros. *Rev. Bras. Enferm* 2017; 70(3):588-594.

- [11] Heszen-Klemens I, Lapinska E. Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Soc Sci Med* 1984; 19(1):9-18.
- [12] Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009; 74:295-301.
- [13] Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ* 2014; 14(1):219.
- [14] Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002; 325(7366):697-700.
- [15] Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323(7318):908-911.
- [16] Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewing BA, Craig BM, Min Niu M. Practitioner Empathy and the Duration of the Common Cold. *Fam Med* 2009; 41(7):494-501.
- [17] Gittel JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care* 2000; 38(8):807-819.
- [18] Rost KM, Flavin KS, Cole K, McGill JB. Change in metabolic control and functional status after hospitalization. Impact of patient activation intervention in diabetic patients. *Diabetes Care* 1991; 14(10):881-889.
- [19] Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 2011; 86(3):359-364.
- [20] Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol* 1987; 6(1):29-42.
- [21] Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*. 1990; 301(6752):575-580.

- [22] Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49(9):796-804.
- [23] Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002; 288(6):756-764.
- [24] Péfoyo AJK, Wodchis WP. Organizational performance impacting patient satisfaction in Ontario hospitals: a multilevel analysis. *BMC Research Notes*. 2013; 6:509.
- [25] Hush JM, Yung V, Mackey M, et al. Patient satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia: an international comparison. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 2012; 20(4):201-208.
- [26] Chimbindi N, Bärnighausen T, Newell M-L. Patient satisfaction with HIV and TB treatment in a public programme in rural KwaZulu-Natal: evidence from patient-exit interviews. *BMC Health Services Research*. 2014; 14:32.
- [27] Ali S, Chessex C, Bassett-Gunter R, Grace SL. Patient satisfaction with cardiac rehabilitation: association with utilization, functional capacity, and heart-health behaviors. *Patient preference and adherence*. 2017; 11:821-830.
- [28] Jalil A, Zakar R, Zakar MZ, Fischer F. Patient satisfaction with doctor-patient interactions: a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. *BMC Health Services Research*. 2017; 17:155.
- [29] Quigley DD, Elliott MN, Farley DO, Burkhart Q, Skootsky SA, Hays RD. Specialties Differ in Which Aspects of Doctor Communication Predict Overall Physician Ratings. *Journal of general internal medicine* 2014; 29(3):447-454.
- [30] Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol* 2005; 17(4):351-354.
- [31] Pantenburg B, Kitze K, Lupp M, König HH, Riedel-Heller SG. Job satisfaction of foreign-national physicians working in patient care: a cross-sectional study in Saxony, Germany. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2016; 11(1), 41.

- [32] Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004; 79(2):186-94.
- [33] Thorpe KE. The medical malpractice 'crisis': recent trends and the impact of state tort reforms. *Health Aff (Millwood)* 2004; Suppl Web Exclusives:W4-20-30.
- [34] Spitzberg BH. (Re)Introducing Communication Competence to the Health Professions. *Journal of Public Health Research*. 2013; 2(3):e23.
- [35] Laidlaw A, Salisbury H, Doherty EM, Wiskin C. National survey of clinical communication assessment in medical education in the United Kingdom (UK). *BMC Medical Education*. 2014; 14:10.
- [36] Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994; 343(8913):1609-1613.
- [37] White AA, Pichert JW, Bledsoe SH, Irwin C, Entman SS. Cause and Effect Analysis of Closed Claims in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol* 2005; 105:1031-1038.
- [38] Cadena L, Rodríguez A. Características de los casos juzgados en el Tribunal de Ética Médica de Santander, Colombia, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993. *Medunab* 2012; 15(3):137-143.
- [39] James JT. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. 2013; 9(3): 122-128.
- [40] Heck MC, Huges P, Konia M. An Evaluation of CA-1 Residents' Adherence to a Standardized Handoff Checklist. *The Journal of Education in Perioperative Medicine: JEPM*. 2017;19(1):E502.
- [41] Hinami K, Farnan JM, Meltzer DO, Arora VM. Understanding communication during hospitalist service changes: a mixed methods study. *Journal of hospital medicine* 2009; 4(9):535-540.
- [42] Oh J, Segal R, Gordon J, Boal J, Jotkowitz A. Retention and use of patient-centered interviewing skills after intensive training. *Acad Med* 2001; 76(6):647-650.
- [43] Al Odhayani A, Ratnapalan S. Teaching communication skills. *Can Fam Physician* 2011; 57(10):1216-1218.

- [44] Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Med Teach*. 2006; 28:127-134.
- [45] Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in Medicine. Abigdon, Oxon: Radcliffe Medical Press; 2005.
- [46] Modi JN, Chhatwal J, Gupta P, Singh T. Teaching and assessing communication skills in medical undergraduate training. *Indian pediatrics* 2016; 53(6): 497-504.
- [47] Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303:1385-1387.
- [48] Consensus statement from the workshop on the teaching and assessment of communication skills in Canadian medical schools. *CMAJ*. 1992;147(8):1149-52.
- [49] General Medical Council. Education Committee. Tomorrow's Doctors: recommendations on undergraduate medical education. London; 1993. [\[link\]](#)
- [50] Association of American Medical Colleges (AAMC). Learning objectives for medical student education: guidelines for medical schools. Washington, DC; 1998. [\[link\]](#)
- [51] Association of American Medical Colleges (AAMC). Report III Contemporary Issues in Medicine: communication in medicine. Washington, DC; 1999. [\[link\]](#)
- [52] Klass D, Champlain A, Fletcher E, King A, Macmillan M. Development of a performance-based test of clinical skills for the United States Medical Licensing Examination. *Fed Bull* 1998; 85:177-185.
- [53] Tate P, Foulkes J, Neighbour R, Champion P, Field S. Assessing physicians' interpersonal skills via videotaped encounters: a new approach for the Royal College of General Practitioners Membership examination. *J Health Commun* 1999; 4(2):143-152.
- [54] Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med* 2001; 76:390–393. [\[link\]](#)

- [55] Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. *Medical Education* 2008; 42(11):1100-1107. [\[link\]](#)
- [56] CanMEDS 2005. Framework. *Medical Expert*. [\[link\]](#)
- [57] Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. *Patient Educ Couns* 2010; 81:259-266. [\[link\]](#)
- [58] Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns* 2013; 93:18–26. [\[link\]](#)
- [59] Lima VV. Competence: different approaches and implications in the training of healthcare professionals. *Interface - Comunic., Saúde, Educ* 2005; 9(17):369-79.
- [60] Briani MC. O ensino médico no Brasil está mudando? *Revista Brasileira de Educação Médica* 2001; 24(3): 73-77.
- [61] Collar TLR, Aspiazú MÁB, Vigo IBP. Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. *Rev Cub Med Mil* 2009, 38(3-4):79-90.
- [62] Molinuevo B, Aradilla-Herrero A, Nolla M, Clèries X. A comparison of medical students', residents' and tutors' attitudes towards communication skills learning. *Educ Health* 2016; 29:132-135.
- [63] Anvik T, Gude T, Grimstad H, Baerheim A, Fasmer OB, Hjortdahl P, Holen A, Risberg T, Vaglum, P. Assessing medical students' attitudes towards learning communication skills—which components of attitudes do we measure? *BMC Medical Education*, 2007; 7(1):1.
- [64] Ullah MA, Barman A, Rahim AFA, Yusoff MSB. Determinants of medical student attitudes to a learning communication skills teaching program. *Journal of Men's Health*, 2010; 9(4):245-254.
- [65] Costa LSMD, Koifman L. Teaching Medical Students about Disability: What Is There in the World? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2016; 40(1):53-58.

- [66] Alotaibi FS, Alsaeedi A. Attitudes of medical students toward communication skills learning in Western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal* 2016; 37(7):791.
- [67] Loureiro E, Severo M, Ferreira MA. Attitudes of Portuguese medical residents' towards clinical communication skills. *Patient education and counseling* 2015; 98(8): 1039-1043.
- [68] Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Medical care*, 2007; 45(4):340-349.
- [69] Liu X, Rohrer W, Luo A, Fang Z, He T, Xie W. Doctor–patient communication skills training in mainland China: a systematic review of the literature. *Patient education and counseling*, 2015; 98(1):3-14.
- [70] Carter K, Golden A, Martin S, Donlan S, Hock S, Babcock C. et al. Results from the First Year of Implementation of CONSULT: Consultation with Novel Methods and Simulation for UME Longitudinal Training. *Western Journal of Emergency Medicine* 2015; 16(6): 845.
- [71] Bosse HM, Schultz JH, Nickel M, Lutz T, Moltner A, Junger J, Huwendiek S, Nikendei C. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2012; 87:300–306.
- [72] Lane C, Stephen R. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient education and counseling* 2007; 67(1):13-20.
- [73] Mounsey AL, Bovbjerg V, White L, Gazewood J. Do students develop better motivational interviewing skills through role-play with standardised patients or with student colleagues?. *Medical education*, 2006; 40(8): 775-780.
- [74] Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Junger J, Schultz JH, Nikendei C. Peer roleplay and standardised patients in communication training: a comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect. *BMC Medical Education* 2010; 10(27):1-9.
- [75] Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Schultz JH, Nikendei C. Cost-effectiveness of peer role play and standardized patients in

undergraduate communication training. *BMC Medical Education* 2015; 15:183.

[76] Liberali R, Grosseman S. Use of Psychodrama in medicine in Brazil: a review of the literature. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2015; 19(54): 561-571.

[77] Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP, Torres AR, Reis JRT, Fonseca NMV. Era uma vez... contos de fadas e psicodrama auxiliando alunos na conclusão do curso médico. *Interface - Comunic Saúde Educ* 2005; 9(16):81-9.

[78] Ramos-Cerqueira ATA, Torres AR, Martins STF, Lima MCP. Um Estranho à Minha Porta: Preparando Estudantes de Medicina para Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2009; 33(2):276–281.

[79] Jucá NBH, Gomes AMA, Mendes LS, Gomes DM, Martins BVL, Silva CMGC, et al. A comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010; 34(1):57-64.

[80] Loureiro EM, Severo M, Bettencourt P, Ferreira MA. Attitudes and anxiety levels of medical students towards the acquisition of competencies in communication skills. *Patient education and counseling* 2011; 85(3):e272-e277.

[81] Marambe KN, Edussuriya DH, Dayaratne KMPL. Attitudes of Sri Lankan medical students toward learning communication skills. *Education for Health* 2012; 25(3):165.

[82] Papanna KM, Kulkarni V, Tanvi D, Lakshmi V, Kriti L, Unnikrishnan B, Akash S, Tejesh S, Sumit KS. Perceptions and preferences of medical students regarding teaching methods in a Medical College, Mangalore India. *African health sciences*, 2013; 13(3):808-813.

[83] Lee YM, Lee YH. Evaluating the short-term effects of a communication skills program for preclinical medical students. *Korean journal of medical education* 2014; 26(3):179-187.

[84] Ferreira-Padilla G, Ferrández-Antón T, Baleriola-Júlvez J, Braš M, Đorđević V. Communication skills in medicine: where do we come from and where are we going? *Croatian Medical Journal* 2015; 56(3), 311–314.

- [85] Jagzape TB, Jagzape AT, Vagha JD, Chalak A, Meshram RJ. Perception of medical students about communication skills laboratory (CSL) in a rural medical college of Central India. *Journal of clinical and diagnostic research*, 2015; 9(12):JC01.
- [86] Frederikson L, Bull P. An appraisal of the current status of communication skills training in British medical schools. *Social Science & Medicine*, 1992; 34(5):515-522.
- [87] Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin M. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools: progress, problems, and promise. *JAMA*, 1993; 269(16):2101-2105.
- [88] Hargie O, Dickson D, Boohan M, Hughes K. A survey of communication skills training in UK schools of medicine: present practices and prospective proposals. *Medical education*, 1998; 32(1):25-34.
- [89] Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, Janicik R, Ferrara E, Schwartz MD, Mark D, Lipkin MJ, Lazare A. Teaching communication in clinical clerkships: models from the macy initiative in health communications. *Academic medicine*, 2004; 79(6):511-520.
- [90] Wiskin C, Doherty EM, Von Fragstein M, Laidlaw A, Salisbury H. How do United Kingdom (UK) medical schools identify and support undergraduate medical students who 'fail' communication assessments? A national survey. *BMC medical education*, 2013; 13(1):95.
- [91] Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov; 2001. [\[link\]](#)
- [92] Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, de 20 de junho de 2014. *Diário Oficial da União*. Brasília. 23 de junho de 2014. [\[link\]](#)
- [93] Hofstede G, Hila AVG, Malvezzi S, Tanure B, Vinken H. Comparing Regional Cultures Within a Country: Lessons From Brazil. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2010; 41(3) 336–352.
- [94] Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779): 1778-1797.

[95] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4.ed, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. [\[link\]](#)

[96] Lee WK, Harris CCD, Mortensen KA, Long LM, Sugimoto-Matsuda J. Enhancing student perspectives of humanism in medicine: reflections from the Kalaupapa service learning project. *BMC Medical Education* 2016; 16, 137.

[97] Rogers JC, Coutts L. Do students' attitudes during preclinical years predict their humanism as clerkship students? *Acad Med.* 2000;75:S74.

[98] Cohen LG, Sherif YA. Twelve tips on teaching and learning humanism in medical education. *Med Teach.* 2014; 36:680–684.

[99] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed., 5.reimp., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. [\[link\]](#)

[100] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH), Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. [\[link\]](#)

[101] Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015; 372:2177-2181.

[102] Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16:234–243.

[103] Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2015; 20(3):925-936.

[104] Schouten B, Van Hoof E, Vankrunkelsven P, Schrooten W, Bulens P, Buntinx F, Mebis J, Vandijck D, Cleemput I, Hellings J. Assessing cancer patients' quality of life and supportive care needs: Translation-revalidation of the CARES in Flemish and exhaustive evaluation of concurrent validity. *BMC Health Services Research*, 2016; 16(1):86.

[105] Ter Wee MM, van Tuyll LH, Blomjous BS, Lems WF, Boers M, Terwee CB. Content validity of the Dutch Rheumatoid Arthritis Impact

of Disease (RAID) score: results of focus group discussions in established rheumatoid arthritis patients and comparison with the International Classification of Functioning, Disability and Health core set for rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy*. 2016; 18(1):22.

[106] Gilbert GE, Prion S. Making Sense of Methods and Measurement: Lawshe's Content Validity Index. *Clinical Simulation in Nursing* 2016; 12(12): 530-531.

[107] Polit DF, Beck, CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health* 2006; 29:489–497.

[108] Nunnally JC, Bernstein IR. *Psychometric theory*. 3rd Ed. New York: McCraw-Hill; 1994.

[109] Whitehouse CR. The teaching of communication skills in United Kingdom medical schools. *Medical Education* 1991; 25:311-318.

[110] Padilla GF, Antón FT, Júlvez BJ, Cabrera AR. Competencia en comunicación en el currículo del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la Atención Primaria al Plan Bolonia. Un estudio descriptivo. *Atención Primaria*, 2015; 47(7):399-410.

[111] Liaison Committee on Medical Education (LCME). Functions and structure of a medical school: Standards for accreditation of Medical education programs leading to the MD degree. Washington, D.C.: Liaison Committee on Medical Education, March, 2017. [\[link\]](#)

[112] Federation of State Medical Boards of the United States, the National Board of Medical Examiners. United States Medical Licensing Examination. Step 2 Clinical Skills: Content description and general information. March, 2016. [\[link\]](#)

[113] Brown R. How clinical communication has become a core part of medical education in the UK. *Med Ed*. 2008; 42(3):271-278.

[114] General Medical Council. *Tomorrow's Doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education*. London: GMC, 2009. [\[link\]](#)

[115] Association of American Medical Colleges (AAMC). *Recommendations for Clinical Skills Curricula for Undergraduate Medical Education*, 2005. [\[link\]](#)

- [116] Gude T, Bærheim A, Holen A, Anvik T, Finset A, Grimstad H, et al. Comparing self-reported communication skills of medical students in traditional and integrated curricula: A nationwide study. *Patient Education and Counseling* 2005; 58:271–278.
- [117] Bachmann C, Barzel A, Roschlaub S, Ehrhardt M, Scherer M. Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education? *Patient Education and Counseling* 2013; 93:298–305.
- [118] Lasitha S, Tharanga F, Chaturaka R, Senaka R. Learning styles and approaches to learning among medical undergraduates and postgraduates. *BMC Medical Education* 2013; 13(42): 1-6.
- [119] Tsou KI, Cho SL, Lin CS, Sy LB, Yang LK, Chou TY, Chiang HS. Short-Term Outcomes Of A Near-Full PBL Curriculum In A New Taiwan Medical School. *Kaohsiung J Med Sci* 2009; 25:282–93.
- [120] Wouda JC, Van de Wiel HBM. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Education and Counseling* 2012; 86: 57–62.
- [121] Weel-Baumgarten EV, Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Education and Counseling* 2013; 90:177–183.
- [122] Loureiro E, Severo M, Bettencourt P, Ferreira MA. Third year medical students perceptions towards learning communication skills: Implications for medical education. *Patient Education and Counseling* 2011; 85: e265–e271.
- [123] Deveugele M, Derese A, Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, Maeseeneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Education and Counseling* 2005; 58:265–270.
- [124] Shankar RP, Dubey AK, Mishra P, Deshpande VY, Chandrasekhar TS, Shivananda PG. Student attitudes towards communication skills training in a medical college in Western Nepal. *Education For Health*, 2006; 19(1):71.
- [125] Harlak H, Dereboy C, Gemalmaz, A. Validation of a Turkish translation of the Communication Skills Attitude Scale with Turkish medical students. *Education for Health* 2008; 21(1):55.

- [126] Von Lengerke T, Kursch A, Lange K, MHH AL. The communication skills course for second year medical students at Hannover Medical School: An evaluation study based on students' self-assessments. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 2011; 28(4):1-23.
- [127] Easton G. How medical teachers use narratives in lectures: a qualitative study. *BMC Medical Education*. 2016;16:3.
- [128] DelPrete A, Giordano C, Castiglioni A, Hernandez C. Medical Students' Attitudes Toward Non-Adherent Patients Before and After a Simulated Patient-Role Activity and Small-Group Discussion: Revisited. *Cureus*. 2016;8(4):e576.
- [129] Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study. *BMC Research Notes*. 2012;5:486.
- [130] Eeckhout T, Gerits M, Bouquillon D, Schoenmakers B. Video training with peer feedback in real-time consultation: acceptability and feasibility in a general-practice setting. *Postgraduate medical journal* 2016; 92:431-435.
- [131] McEvoy M, Pollack S, Dyche L, Burton W. Near-peer role modeling: Can fourth-year medical students, recognized for their humanism, enhance reflection among second-year students in a physical diagnosis course? *Medical Education Online*, 2016; 21, 10.3402/meo.v21.31940.
- [132] Liaison Committee on Medical Education (LMCE). Functions and structure of a medical school standards for accreditation of medical education programs leading to the M.D. degree. Washington, D.C.: Liaison Committee on Medical Education, 2004. [\[link\]](#)
- [133] Jung H-Y, Kim J-W, Lee S, Yoo SH, Jeon J-H, Kim T-W, et al. A Study of Core Humanistic Competency for Developing Humanism Education for Medical Students. *Journal of Korean Medical Science*. 2016; 31(6):829-835.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Professor,

Eu, Rafaela Liberali, doutoranda do curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSC e minha orientadora Profa. Dra. Suely Grosseman, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada “O ensino das habilidades de comunicação nas escolas médicas brasileiras”. Esta pesquisa faz parte de um projeto maior vinculado à Associação Brasileira de Educação Médica, que visa analisar como tem se dado o ensino das habilidades de comunicação nas escolas da área da saúde, desenvolver um consenso sobre as habilidades de comunicação necessárias ao profissional de saúde e fornecer subsídios para seu ensino.

A pesquisa atual objetiva analisar o conteúdo de habilidades de comunicação abordado pelas escolas de medicina brasileiras e seu processo de ensino. Para tanto, será aplicado um questionário para ser preenchido por você. Garantimos o anonimato na divulgação dos dados, tanto de seu nome quanto o nome de sua escola, sobre será apenas citada apenas a região do Brasil à qual ela pertence. Os dados serão utilizados apenas para os objetivos desta pesquisa.

O TCLE está redigido em duas vias e as pesquisadoras comprometem-se a cumprir todos os preceitos e as normas da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução CNS nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O participante não terá nenhum tipo de despesa ao participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação..

O método utilizado na pesquisa não representa nenhum tipo de intervenção traumática e nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade do participante. Se o processo de preenchimento do

questionário lhe causar constrangimento ou desconforto emocional, fique à vontade para encerrar sua participação.

Através deste documento fica assegurado o seu direito a obter todos os esclarecimentos que considerar necessários e de retirar seu consentimento, sem sofrer qualquer penalização ou danos.

Fica também garantido o sigilo. Os dados serão guardados em local seguro e acessível apenas às duas pesquisadoras que estão conduzindo a pesquisa, no caso, eu e minha orientadora.

Assim, reiteramos o convite para sua participação voluntária nesta pesquisa. Em caso de dúvida ou desistência, basta contatar as pesquisadoras Suely Grosseman pelo telefone 48)99609721 ou e-mail sgrosseman@gmail.com ou Rafaela Liberali pelo telefone (48)8466-4142 e-mail rafaelametodologia@gmail.com e o CEPESH/ UFSC pelo fone (48) 3721-9206 ou pelo email cep.propesq@contato.ufsc.br.

Rafaela Liberali

Suely Grosseman

Eu,,
fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelos pesquisadores sobre o questionário a ser aplicado na pesquisa “O ensino das habilidades de comunicação nas escolas médicas brasileiras” e dou meu consentimento livre e esclarecido. Foi-me garantido o anonimato e sigilo e a possibilidade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalização ou dano.

Local e data:,dede

Assinatura do participante

APÊNDICE 2 - CARTA DE APRESENTAÇÃO E TERMO DE ANUENCIA



PREZADO SENHOR (A)

Eu, Rafaela Liberali, doutorando do curso de Pós – Graduação em Ciências Médicas da UFSC, orientada pela professora Dr. Suely Grosseman, estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre “Estratégias de ensino das habilidades de comunicação (EHC) nas escolas médicas brasileiras”. Objetiva-se, ao final desta pesquisa saber o que as escolas médicas brasileiras vêm ensinando sobre estas habilidades, bem como suas formas de abordagem.

Para tanto, estamos convidando (a) para participar voluntariamente da pesquisa, com o preenchimento de um questionário. Caso aceitar fazer parte do estudo, assinale “concordo”, abaixo desta mensagem.

Solicitamos seu nome no questionário anexo, apenas em caso de maiores informações. Entretanto nem a escola médica e nem seu nome serão inseridos nas bases de dados. Os dados serão tratados com anonimato e sigilo, bem como serão utilizados apenas para fins de investigação. Em caso de dúvida ou desistência você pode contatar o pesquisador pelo telefone (48)8466-4142 (Rafaela) ou por email. Desde já agradecemos sua atenção e ficamos a seu inteiro dispor para demais esclarecimentos.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Habilidades de comunicação nas escolas médicas brasileiras”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Dou consentimento livre e esclarecido, para que se façam as coletas necessários a esta pesquisa e posterior uso e publicação dos dados nos relatórios parciais e conclusivos, bem como publicações em revistas indexadas, a fim de que estes sirvam para beneficiar a ciência e a humanidade.

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO A SER UTILIZADO NA PESQUISA)

Prezado Professor,

Eu, Rafaela Liberali, doutoranda do curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSC e minha orientadora Profa. Dra. Suely Grosseman, gostaríamos de convidá-lo para participar desta etapa de nossa pesquisa relativa a validação do questionário a ser aplicado na coleta de dados. A pesquisa que estamos desenvolvendo intitula-se “O ensino das habilidades de comunicação nas escolas médicas brasileiras”. Objetiva-se, ao final desta pesquisa saber como as escolas médicas brasileiras vêm ensinando estas habilidades. Para alcançar os objetivos, antes de iniciar a coleta de dados, precisamos validar o questionário que será o instrumento de coleta de dados da pesquisa, por meio do preenchimento de dois questionários, um sobre a clareza e outro sobre a validade de cada uma de suas perguntas (questionário de clareza e de validade). Esta validação será imprescindível para garantir que a futura pesquisa sobre o ensino de habilidades de comunicação no Brasil tenha consistência.

O questionário não terá seu nome ou quaisquer outra forma de identificação que possa vincular seu nome ao questionário, mantendo-se assim o anonimato. Os dados serão utilizados apenas para os objetivos desta pesquisa. O TCLE será redigido em duas vias e as pesquisadoras comprometem-se a cumprir todos os preceitos e as normas da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução CNS nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O participante não terá nenhum tipo de despesa ao participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Este trabalho requer apenas a resposta de dois questionários, de forma individual e anônima. O método utilizado na pesquisa não representa nenhum tipo de intervenção traumática e nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade do participante. Se a participação neste processo de pesquisa de validação do questionário lhe causar

constrangimento ou desconforto emocional, fique à vontade para encerrar sua participação.

Através deste documento fica assegurado o seu direito a obter todos os esclarecimentos que considerar necessários e de retirar seu consentimento caso não deseje mais fazer parte do grupo de participantes que validará o questionário, sem sofrer qualquer penalização ou danos.

Fica também garantido o sigilo, ficando os dados guardados em local seguro e acessível apenas às duas pesquisadoras que estão conduzindo a pesquisa, no caso, eu e minha orientadora.

Assim, reiterando o convite, estamos lhe convidando para participar voluntariamente nesta etapa da pesquisa, antes da coleta de dados da futura pesquisa sobre “O ensino de habilidades de comunicação nas escolas médicas do Brasil”, para validação do questionário que será o instrumento de coleta de dados, avaliando a clareza e a validade de cada uma de suas perguntas. Em caso de dúvida ou desistência o senhor pode contatar as pesquisadoras pelos telefones (48)8466-4142 ou (48)99609721 ou pelo e- mail: rafaelametodologia@gmail.com. Ou telefone do CEPESH/ UFSC, pelo fone (48) 3721-9206 ou pelo email: cep.propesq@contato.ufsc.br. Ficamos a seu inteiro dispor para demais esclarecimentos.

Rafaela Liberali

Suely Grosseman

Eu,, fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre o processo de validação do questionário a ser aplicado posteriormente na pesquisa “O ensino das habilidades de comunicação nas escolas médicas brasileiras” e dou meu consentimento livre e esclarecido. Foi-me garantido o anonimato e sigilo e a possibilidade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalização ou dano. Consinto em participar na apreciação da clareza e validade das perguntas do questionário.

Local e data:,dede

Assinatura do participante

APÊNDICE 4 - VALIDAÇÃO DA CLAREZA DO QUESTIONÁRIO

TEMA: Habilidades de comunicação nas escolas médicas brasileiras

OBJETIVO GERAL: Analisar o ensino das habilidades de comunicação nas escolas médicas cadastradas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

CARTA CLAREZA

Prezado Senhor(a)

Eu, Rafaela Liberali, doutorando do curso de Pós – Graduação em Ciências Médicas da UFSC, orientada pela professora Dr. Suely Grosseman, estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre “Estratégias de ensino das habilidades de comunicação (EHC) nas escolas médicas brasileiras”. Objetiva-se, ao final desta pesquisa saber o que as escolas médicas brasileiras vêm ensinando sobre estas habilidades, bem como suas formas de abordagem.

Para tanto, estamos convidando (a) para participar voluntariamente da avaliação da **clareza** do instrumento de pesquisa.

Por favor, marque na escala de 0 - 10 a sua opinião quanto a clareza de cada pergunta, considerando- as:

0 – 4 confusa; 5 – 7 pouco confusa, 8 – 10 clara

Desde já agradeço, vossa atenção e estou a inteiro dispor para esclarecimentos e dúvidas acerca do questionário.

Atenciosamente

Rafaela Liberali

Contato: rafaelametodologia@gmail.com

APÊNDICE 5 - CARTA VALIDADE

CARTA VALIDADE

Prezado Senhor(a)

Eu, Rafaela Liberali, doutorando do curso de Pós – Graduação em Ciências Médicas da UFSC, orientada pela professora Dr. Suely Grosseman, estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre “Estratégias de ensino das habilidades de comunicação (EHC) nas escolas médicas brasileiras”. Objetiva-se, ao final desta pesquisa saber o que as escolas médicas brasileiras vêm ensinando sobre estas habilidades, bem como suas formas de abordagem.

Para tanto, estamos convidando (a) para participar voluntariamente da avaliação da validade do instrumento de pesquisa.

Por favor, marque na escala de 0 - 10 a sua opinião quanto a validade de cada pergunta do questionário, ou seja, a pertinência para alcançar os objetivos propostos (descritos no início da página) considerando:

0 – 4 inválida; 5 – 7 pouco válida, 8 – 10 válida

Desde já agradeço, vossa atenção, e estou a inteiro dispor para esclarecimentos e dúvidas acerca do questionário.

Atenciosamente

Rafaela Liberali

Contato: rafaelametodologia@gmail.com

APÊNDICE 6 - RESULTADOS DOS VALORES DOS ÍNDICES DE CLAREZA E VALIDAÇÃO SEMÂNTICA (VALIDADE) DO QUESTIONÁRIO

Tabela 1: Calculo do índice de clareza

Questões / Avaliador	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	8	9	10	8	9	9	8	8	8	9	10
2	7	9	10	10	10	9	9	8	10	10	10
3	10	8	10	6	8	9	9	10	8	9	8
4	7	9	10	10	8	9	10	7	8	9	8
5	10	7	10	10	8	9	10	8	10	9	8
6	7	10	10	7	8	9	10	10	10	9	8
7	8	9	7	8	7	7	10	10	9	8	9
8	9	9	10	7	9	9	10	7	10	10	8
9	10	8	9	10	9	10	9	9	9	10	10
10	9	10	10	10	10	10	8	9	8	10	10
∑ somatório	85	88	96	86	86	90	93	86	90	93	89
X Média	8.50	8.80	9.60	8.60	8.60	9.00	9.30	8.60	9.00	9.30	8.90
Índice X÷10	0.85	0.88	0.96	0.86	0.86	0.90	0.93	0.86	0.90	0.93	0.89

Índice geral = $0.85+0.88+0.96+0.86+0.86+0.90+0.93+0.86+0.90+0.93+0.89/11$ questões = **0,89(±0,03)**

Tabela 2: Calculo do índice de validade de conteúdo

Questões / Avaliador	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	10	9	10	9	8	8	9	10	8	9	10
2	6	8	8	8	10	9	10	8	9	8	8
3	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
4	8	8	8	9	9	10	10	8	8	8	9
5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
6	10	10	10	8	9	9	10	9	9	8	9
7	10	7	10	10	8	7	9	8	8	9	8
8	10	9	10	9	8	8	9	10	10	8	9
9	10	9	10	10	10	9	8	9	10	10	9
10	9	10	10	9	9	9	8	10	10	9	8
∑ somatório	93	90	96	92	91	89	93	92	92	89	90
X Média	9.30	9.00	9.60	9.20	9.10	8.90	9.30	9.20	9.20	8.90	9.00
Índice X÷10	0.93	0.90	0.96	0.92	0.91	0.89	0.93	0.92	0.92	0.89	0.90

Índice geral = $0.93+0.90+0.96+0.92+0.91+0.89+0.93+0.92+0.92+0.89+0.90/11$ questões = **0,92(±0,02)**

APÊNDICE 7 - QUESTIONÁRIO FINAL

Questionário: Ensino de Habilidades de Comunicação nas Escolas Médicas Brasileiras

- 1 - Qual é o nome de sua instituição
- 2 - A que região do Brasil ela pertence?
 norte nordeste centro-oeste sudeste sul
- 3 - Como é o currículo de sua escola? Tradicional
 Aprendizagem baseada em problemas Modular integrado
 Outro
- 4 - Qual é a carga horária total do seu curso (em horas/aula)?
- 5 - O currículo de sua escola inclui o ensino de habilidades de comunicação? Sim Não

- Se a sua resposta foi não, por favor, preencha a questão abaixo:

Quais são as perspectivas para implementação do ensino de habilidades de comunicação em sua escola?.....

.....

- Se a sua resposta foi sim, por favor, preencha as questões abaixo:

- 6 - Quando (ano) iniciou-se o ensino das habilidades de comunicação em sua escola?.....
- 7 - Em que anos ou semestres do curso as habilidades de comunicação são ensinadas?

Se currículo é anual Primeiro Segundo
 Terceiro Quarto Quinto Sexto

Se currículo é semestral Primeiro Segundo Terceiro Quarto Quinto Sexto Sétimo Oitavo Nono Décimo Décimo primeiro Décimo segundo

- 8 - Em que disciplina(s) ou módulo(s) ocorre o ensino de habilidades de comunicação e, se souber, por favor informe a respectiva carga horária?

Disciplina ou Módulo	Carga Horária

(se faltar espaço, por favor, escreva no verso desta folha)

9 - Por favor, descreva as habilidades de comunicação que têm sido ensinadas:.....

.(se faltar espaço, por favor, escreva no verso desta folha)

10 - A que áreas de saber pertencem os professores que ensinam as habilidades de comunicação?

11 – Assinale as estratégias têm sido usadas no ensino de habilidades de comunicação?

- Dramatização/role play Sociodrama Narrativas
 Relato de experiências Discussão de casos Pacientes simulados/padronizados Vídeo/ filmes Música
 Consulta com o paciente real Grupos Balint ou similares
 Porfolio *Problem-based Interview* *Mindfulness*
 Outros: por favor, descreva-os:

Você poderia nos fornecer o(s) nome(s) do(s) responsável(is) pelo ensino de habilidade de comunicação

Nome	Contato (telefone e/ou e-mail)

Caso você queira deixar seus contatos para devolução, contatos ou esclarecimentos futuros, por favor, informe:

Seu nome:.....

Contatos: telefone ()..... e-mail:.....

MUITO GRATAS POR SUA CONTRIBUIÇÃO

ANEXO

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ensino das habilidades de comunicação nas escolas médicas brasileiras**Pesquisador:** Guely Grosseman**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 25541213.7.0000.0121**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 551.143**Data da Relatoria:** 10/03/2014**Apresentação do Projeto:**

"O ensino das habilidades de comunicação nas escolas médicas brasileiras". Este estudo busca como resultado, disseminar com está ocorrendo o ensino de habilidades de comunicação nas escolas médicas brasileiras, possibilitando o início de seu ensino em escolar que ainda não inseriram em seu currículo e facilitando também a agregação de novas estratégias onde ele já ocorreu. Como consequência, espera-se que o egresso tenha melhor comunicação com o paciente.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é analisar como se dá o ensino das habilidades de comunicação nas escolas médicas cadastradas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferece riscos, tendo em vista que será enviado um questionário por e-mail a ser respondido pela escola médica. A pesquisa trará benefícios para as escolas médicas, que poderão conhecer o que e como estão sendo ensinadas as habilidades de comunicação no Brasil, possibilitando sua incorporação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSC. Uma pesquisa caracterizada como observacional, transversal descritiva, cuja população do estudo corresponde a todas as escolas médicas brasileiras, cadastradas no

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Balneário: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-0206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 551.143

Conselho Federal de Medicina (n=166). A coleta de dados será realizada somente após a aprovação pelo Comitê de Ética e compreende a validação dos itens de um questionário quanto à validade e clareza, segundo o protocolo de Melo (2003). Para apreciação da validade e clareza do questionário, serão convidados trinta professores universitários da área da saúde, que farão esta apreciação presencialmente segundo o protocolo e de forma anônima. Para tanto, estes professores serão explicados sobre os objetivos do desta etapa, dos preceitos éticos de garantia de anonimato, sigilo e possibilidade de desistência a qualquer momento e, serão convidados a participar. Em caso de aceitação, receberão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para validação e será solicitada sua assinatura. No processo de análise destes dados, serão verificadas possíveis falhas existentes: - Inconsistência ou complexidade das questões; - ambiguidade ou linguagem inacessível; - perguntas supérfluas; - se as questões obedecem a determinada ordem ou se são muito numerosas, etc. Uma vez adequado o questionário que será instrumento de coleta de dados, um e-mail será enviado para cada curso de medicina cadastrado no Conselho Federal de Medicina, explicando os objetivos e procedimentos da pesquisa e esclarecendo que o questionário será preenchido de forma anônima. A instituição será convidada a participar do estudo por meio de um termo de concordância. Em caso de concordância em participar, será enviado para o curso de medicina, por e-mail, o questionário com perguntas sobre o tipo de currículo e as características do ensino das habilidades de comunicação (época da implantação do ensino de habilidades de comunicação, carga horária, conteúdo ensinado, em que disciplinas/módulos ele se insere e estratégias utilizadas). O projeto tem relevância para o ensino das habilidades de comunicação em escolas médicas, a documentação está completa e o TCLE adequado aos participantes estando portanto, de acordo com a Resolução CNS n°466/12 e normas complementares. Recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima			
Balne: Trindade		CEP: 88.040-900	
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS		
Telefone: (48)3721-0206	Fax: (48)3721-9696	E-mail: cep@reitoria.ufsc.br	

Página 02 de 03

Continuação do Parecer: 551.143

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 11 de Março de 2014

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

ANEXO 2 - RELATÓRIO DE PESQUISA FINAL DE PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 -
 FLORIANÓPOLIS - SC
 TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA CATARINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	Relatório Parcial () Relatório Final (x) de Projeto de Pesquisa	Departamento PPGCM
--	---	-------------------------------------

Data de entrada do projeto no CEP: 10/03/2014	Data de apresentação do Relatório: 05/02/2018
---	---

1) Título do Projeto: O ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO (HC) NAS ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS
--

2) Nome do Pesquisador Responsável: __Suely Grosseman_____ Pesquisador Responsável

3) Nome do Pesquisador Principal: __Rafaela Liberali_____ Pesquisador Principal
--

4) Registro no CEP: 551.143/ CAAE: 25541213.7.0000.0121	5) Relatório referente ao período: 2014 a 2018
---	--

6) Área de Conhecimento Investigação Clínica
--

7) Etapa atual de desenvolvimento

Tese finalizada e defendida no dia 05/02/2018

8) Atividades desenvolvidas e resultados obtidos

Objetivo: Analisar o ensino de habilidades de comunicação (HC) nas escolas médicas brasileiras.

Métodos: Pesquisa transversal, descritiva. Foi enviado um questionário por e-mail aos coordenadores dos cursos de medicina de todas as 237 escolas médicas brasileiras inscritas no sistema eletrônico de ensino superior (e-MEC) até julho de 2016. Quando nenhuma resposta foi recebida, um telefonema ou entrevista presencial era realizada, com o coordenador ou um membro do corpo docente. A taxa de resposta foi de 162 escolas médicas (68,35%). A análise de dados quantitativos foi realizada com estatística descritiva e a dos dados qualitativos, com análise de conteúdo.

O estudo inclui algumas etapas de coleta de dados:

1ª etapa: levantamento do contado, perfil institucional e análise curricular pelas homepage das escolas médicas da amostra

2ª etapa: processo de validação do questionário (índice de clareza e validade) e estudo piloto para possíveis correções para a composição final do artigo (já realizado)

3ª etapa: contato por email ou telefone com a secretaria dos cursos de medicina para pegar a autorização de concordância em participar da pesquisa e para aplicação do questionário versão final

4ª aplicação do questionário e montagem dos resultados

Os resultados obtidos permitiram mostrar que entre as 162 escolas que responderam o questionário, 104 declararam possuir o ensino de HC em seus currículos (64,2%). O ensino de HC é mais frequente nas escolas com metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas. O ensino é mais frequentemente ministrado nos anos iniciais da formação, por professores médicos e clínicos e preceptores médicos. Diversas estratégias são utilizadas, com predominância de aulas teóricas (100%) e discussões de casos. As habilidades mais comumente ensinadas são a comunicação verbal e não verbal (100%) e o conteúdo avançado específico mais comum é “dando más notícias” (41%). Comparado a outros países, o único conteúdo diferente foi relacionado às HC para o “acolhimento”.

9) Apresentação em eventos científicos

Participação no 52º Congresso Brasileiro De Educação Médica (COBEM) de 31 de outubro a 03 de novembro de 2014.

53º Congresso Brasileiro De Educação Médica (COBEM) de 07 a 11 de novembro de 2015.

10) Publicações resultantes do projeto de pesquisa

Artigo 1 da tese

Liberali R, Grosseman S. Use of Psychodrama in medicine in Brazil: a review of the literature. Interface (Botucatu) 2015; 19(54): 561-571.

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0524>

Artigo 2 da tese

Liberali R, Grosseman S. Communication skills program in the first semester&58; An experience report. International Journal of Medical Research and Health Sciences. 2016 Jan 1;5(1):122-3.

<http://www.ingentaconnect.com/content/doi/23195886/2016/00000005/00000001/art00027>

Artigo 3 da tese

Liberali R, Novack D, Duke P, Grosseman S. Communication skills teaching in Brazilian medical schools: What lessons can be learned?. Patient education and counseling. 2017 Dec 28.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.021>