

Desenvolvimento de Competências de Comunicação Clínica em Saúde no Modelo Pedagógico *Problem Based Learning*

Artemisa R. Dores †
Helena Martins †
Ana Reis †
Ana Salgado †
Zita Sousa †
Andreia Magalhães †
Rui Macedo †

† P. Porto – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

artemisa@ess.ipp.pt
mhm@ess.ipp.pt
crr@ess.ipp.pt
ais@ess.ipp.pt
zsousa@ess.ipp.pt
afm@ess.ipp.pt
rmacedo@ess.ipp.pt

Resumo

A adaptação curricular aos objetivos preconizados na Declaração de Bolonha, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP - P. Porto), envolveu a adoção do modelo pedagógico - *Problem Based Learning* (PBL) em três das licenciaturas. Este caracteriza-se pela organização do currículo em torno de problemas significativos da realidade profissional, pela integração de diferentes áreas disciplinares e pela centração no estudante, que assume um papel ativo na aprendizagem.

Neste trabalho apresentamos a metodologia utilizada em três unidades curriculares (UCs) consecutivas, do 1.º ano de Fisioterapia, que têm entre os seus objetivos o desenvolvimento contínuo e integrado de competências técnicas e transversais, designadamente as competências de comunicação em saúde. Nestas Ucs, realçamos mais especificamente o contributo das áreas técnico-científicas de Ciências Sociais e Humanas e de Fisioterapia.

Como metodologia para desenvolver os objetivos preconizados destacamos, a partir de problemas reais/simulados, a utilização de métodos como o ativo e o demonstrativo, técnicas pedagógicas como o *role-play* e o trabalho em grupo/equipa com prática repetida, a simulação e a auto e a hetero-avaliação ao longo do processo formativo.

Como forma de avaliação do impacto da formação, apresentamos, entre outras atividades, a linha de investigação “Perceção das competências comunicacionais em estudantes de tecnologias da saúde: relação com variáveis psicológicas”, iniciada em 2015, que tem como objetivo avaliar/mapear a perceção da importância das competências comunicacionais dos estudantes das tecnologias da saúde com e sem UCs relacionadas com estas competências e com e sem contacto direto com doentes.

Resultado desta prática pedagógica, que implica a adoção de uma postura mais ativa, proativa e responsável no processo de aprendizagem por parte dos estudantes e o trabalho no contexto de uma relação estreita com colegas e professores, espera-se desenvolver um conjunto de competências, promotoras de uma melhor adaptação à prática clínica e às exigências do mercado de trabalho e que se traduzam na qualidade dos serviços prestados em saúde.

Palavras-Chave: *Problem Based Learning*, Competências transversais, Tecnologias da Saúde.

1 Contexto

Problem Based Learning (PBL)

De acordo com o Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março, um dos propósitos centrais do processo de Bolonha foi a mudança de paradigma de ensino. Na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP - P. Porto) este propósito teve um papel determinante na escolha da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), enquanto modelo de referência para o desenho dos novos *curricula* das licenciaturas de Terapia Ocupacional, Medicina Nuclear e Fisioterapia (Macedo, 2009).

O modelo pedagógico acima referido, também designado por *Problem Based Learning* (PBL), começou a ser utilizado no curso de Medicina da Universidade de MacMaster, nos anos 60 do século passado. Desde então, tem vindo a afirmar-se como opção à forma tradicional de pensar, desenhar e organizar os *curricula* (Macedo, 2009), sendo hoje utilizado em diferentes áreas de conhecimento, um pouco por todo o mundo (Savin-Baden, 2000).

Esta disseminação fez emergir diferentes interpretações do modelo original e o que hoje é entendido como PBL nem sempre é consensual (Savin-Baden, 2000). Entre as várias particularidades do PBL há três características fundamentais, que são consideradas como essenciais para realçar a aprendizagem dos estudantes: 1) aprendizagem em contexto; 2) elaboração do conhecimento através de interação social; 3) ênfase no raciocínio metacognitivo e na aprendizagem auto-dirigida (Dahlgren, Abrandt, & Dahlgren, 2002). Outra característica distintiva do modelo prende-se com a forma como são utilizados os “problemas”. Contrariamente aos modelos de aprendizagem baseados na resolução de problemas, no PBL as situações problemáticas não têm o propósito de serem resolvidas. Estas são “gatilhos” que despoletam a necessidade de identificar/enquadrar as questões subjacentes e conexas e partir daí para o estudo (Macedo, 2012). A função do “problema” determina que no PBL, tal como frequentemente acontece na atividade profissional, este apareça primeiro, e os estudantes, tal como os profissionais, tenham que decidir o que devem estudar por forma a compreendê-lo e a geri-lo (Williams, MacDermid, & Wessel, 2003). Deste modo, procura-se valorizar a integração e fomentar o desenvolvimento do raciocínio clínico e da capacidade de resolução de problemas, através da mobilização de conhecimento de diferentes áreas que seja relevante para a compreensão e enquadramento do “problema” (Margetson, 1998).

Este processo é realizado pelos estudantes em pequenos grupos e facilitado por um tutor, sendo alternado e complementado pelo estudo autónomo. Associam-se-lhes laboratórios de habilidades de diferentes áreas de conhecimento e sessões com especialistas nas diferentes temáticas articuladas em torno do “problema” em estudo (Macedo, 2012).

Estas características do PBL parecem favorecer o desenvolvimento de competências específicas e transversais, como o pensamento crítico, a integração, a negociação, o trabalho em equipa, a liderança, a adaptação, a autonomia, a criatividade, a aprendizagem ao longo da vida e a capacidade de comunicação (Leigh, Lee, & Lindquist,

1999; Litecky, Arnett, & Prabhakar, 2004). Estas últimas têm sido objeto de um trabalho específico no curso de Fisioterapia que será apresentado a seguir.

Comunicação em saúde

A literatura evidencia resultados positivos da comunicação eficaz nos contextos de saúde a vários níveis, como nos cuidados prestados ao doente/utente (Kurtz, Silverman, & Draper, 2005; Price, Mercer, & MacPherson, 2006; Sage, Sowden, Chorlton, & Edeleanu, 2008) ou na sua satisfação (Hojat et al., 2011; Wong & Lee, 2006).

Apesar disso, alguns estudos têm revelado que enquanto que as competências técnicas tendem a aumentar ao longo da formação, as competências relacionais tendem a declinar durante os anos de prática clínica (Kosunen, 2008). Assim, a licenciatura parece não garantir em todos os casos a aprendizagem destas competências (Carvalho et al., 2011), reforçando a importância de incluir o ensino e o treino da comunicação no currículo (Frank, 2005). Contudo, não existem ainda linhas claras acerca dos conteúdos e metodologias a utilizar no processo de ensino-aprendizagem, nem acerca de como avaliar estas competências em Portugal e particularmente em outras áreas da saúde que não a Medicina (Aspegren, 1999; Carvalho et al., 2011; Makoul, 1999, 2003).

Recentemente alguns investigadores portugueses integraram os trabalhos desenvolvidos pela “tEACH” com o objetivo de desenvolver um *core curriculum* nas áreas da saúde na Europa (Bachmann et al., 2013) e está em processo de criação a Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde (SP3CS), onde a ESTSP - P.Porto se faz representar, procurando que o trabalho que desenvolve no ensino e na investigação neste domínio se situe ao nível das melhores práticas.

2 Descrição da prática pedagógica

Neste trabalho apresentamos a metodologia utilizada em três unidades curriculares (UCs) consecutivas, do 1.º ano de Fisioterapia, que visam o desenvolvimento contínuo e integrado de competências técnicas e transversais. Nestas UCs destacamos o contributo das áreas técnico-científicas de Ciências Sociais e Humanas e de Fisioterapia.

2.1 Objetivos e público-alvo

Este trabalho tem como objetivos: 1) apresentar práticas pedagógicas em UCs do 1.º ano, onde se promove o desenvolvimento de competências transversais, designadamente as competências de comunicação em saúde; 2) demonstrar a importância de um curriculum que promova o desenvolvimento de novas competências, a partir de competências prévias, que continuamente são revisitadas e reintegradas como forma de consolidação, e 3) demonstrar a possibilidade de integração de competências técnicas e transversais, como forma de desenvolvimento de proficiência na prática profissional futura.

Integraram estas UCs estudantes do primeiro ano de Fisioterapia (Ft), com este plano de estudos desde o ano letivo 2008/09.

2.2 Metodologia

Para o desenvolvimento dos objetivos preconizados destacamos, a partir de problemas reais/simulados, a utilização dos métodos ativo e demonstrativo, as técnicas pedagógicas role-play e trabalho em grupo/equipa com prática repetida, a simulação e a auto e a hetero-avaliação ao longo do processo formativo.

Na figura 1 apresentamos as três UCs, designadamente Neuromusculoesquelética 1 (NME 1); Neuromusculoesquelética 2 (NME 2) e Educação Clínica, o respetivo trimestre, o

principal objetivo no que à componente de desenvolvimento de competências comunicacionais diz respeito e a área técnico-científica (ATC) cujas práticas pedagógicas serão realçadas.

Ano/Curso	1º/ Fisioterapia		
Trimestre	1º	2º	3º
UCs	NME1	NME2	Educação Clínica
Objetivos	Desenvolvimento de microcompetências/ técnicas de atendimento	Desenvolvimento de atitudes comunicacionais e comunicações difíceis	Integração de competências técnicas e transversais
ATC	CSH	CSH	Ft

Nota: UCs – Unidades Curriculares; ATC – Área Técnico-Científica

Figura 1: Unidades curriculares por trimestre, objetivos e a área técnico-científica

2.3 Avaliação

Nesta seção descrevemos em linhas gerais a prática pedagógica e as atividades de avaliação previstas.

NME 1

Nesta UC, a ATC de CSH fornece aos estudantes uma situação problema – caso clínico no início da UC, com o objetivo de desenvolverem microcompetências/técnicas de atendimento. Com base no caso clínico, os estudantes devem preparar um vídeo sobre a sua proposta de abordagem ao caso em termos comunicacionais. No final da UC apresentam uma reflexão crítica que integra os conhecimentos adquiridos, sendo que é este elemento o alvo da avaliação quantitativa com critérios específicos.

Momento temporal	Início da UC Semana 1	Final da UC Semana 8
Elemento de avaliação	Um vídeo individual	Uma análise reflexiva escrita, individual, à luz das competências adquiridas

Figura 2: Elementos de avaliação na UC de NME1

NME 2

Nesta UC, a ATC de CSH tem como objetivo o desenvolvimento de microcompetências /técnicas de atendimento e a capacidade de intervenção em comunicações difíceis. Numa primeira fase, os estudantes organizam-se em tríades para analisar os vídeos produzidos por si na UC anterior, selecionando um deles para apresentar à turma, acompanhado de uma análise crítica. Nesta análise, devem considerar as competências adquiridas ao longo das duas UCs. Como forma de orientar a reflexão, é fornecida uma grelha de avaliação que devem preencher e que permite comparar as diferentes abordagens dos estudantes aos casos clínicos. Esta deve igualmente ser preenchida pelos restantes estudantes durante o visionamento do vídeo, em contexto sala de aula (prática de auto e hetero-avaliação). O segundo elemento de avaliação consiste na realização de um novo vídeo, individualmente, com base num novo caso clínico e obedecendo aos mesmos critérios de avaliação, demonstrando e identificando as competências adquiridas (Figura 3).

Momento temporal	Início da UC Semana 6/7	Final da UC Semana 8
Elemento de avaliação	Trabalho de grupo em tríades: um de três, análise reflexiva	Nova situação problema: caso clínico Vídeo individual

Figura 3: Elementos de avaliação na UC de NME3

Educação Clínica

No âmbito desta UC pretende-se integrar e mobilizar as competências adquiridas nas Ucs anteriores em contexto. Para este efeito, os docentes de CSH e Ft criaram uma nova grelha de avaliação que tem como objetivo promover a manutenção e o treino repetido das competências adquiridas e a sua integração com novas aprendizagens. Ainda que a ATC de CSH não tenha uma contribuição direta nesta UC, pretende-se que os estudantes aprendam a valorizar as competências no domínio da comunicação como fundamentais a uma prática profissional de excelência. À semelhança dos exemplos anteriores os estudantes têm conhecimento desta grelha e são estimulados a utilizá-la também como um instrumento de auto e hetero-avaliação.

Linha de investigação

Nesta instituição foi ainda desenvolvida pela ATC de CSH uma linha de investigação nesta área. Em 2014 teve início o estudo longitudinal *Perceção das competências comunicacionais em estudantes de tecnologias da saúde: relação com variáveis psicológicas*. Foram ainda convidadas a integrar este projeto outras instituições de Ensino Superior de Tecnologias da Saúde, nacionais e internacionais.

Este projeto tem como objetivos avaliar/mapear a perceção da importância das competências comunicacionais dos estudantes das tecnologias da saúde com e sem unidades curriculares relacionadas com competências de comunicação e com e sem contacto direto com doentes/utentes; identificar as estratégias de coping utilizadas; relacionar características da personalidade com as competências comunicacionais; caracterizar as competências cognitivas e emocionais (da empatia); e estudar outras variáveis psicológicas ao longo do ciclo de formação nas tecnologias da saúde.

3 Transferibilidade

Com as atividades anteriormente expostas e a investigação ação, de que o estudo longitudinal apresentado é um exemplo, visa-se aumentar a evidência científica que permita informar a atividade futura, nesta instituição e em instituições congêneres. Crê-se que nos próximos anos aumentará consideravelmente o conhecimento disponível neste domínio, não só na área da Medicina, como em outras áreas da saúde. A partilha de experiências e o debate em torno de questões significativas entre pares pode ser, na nossa perspetiva, um desencadeador de inovação e melhoria das práticas. Com este trabalho esperamos, ainda que modestamente, contribuir para este propósito.

4 Conclusões

Resultado do modelo pedagógico adotado, que implica uma postura mais ativa, proativa e responsável no processo de aprendizagem por parte dos estudantes e o trabalho no contexto de uma relação estreita com colegas e professores, espera-se desenvolver um conjunto de competências, promotoras de uma melhor adaptação à prática clínica e às exigências do mercado de trabalho.

5 Referências

- Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Medical teacher*, 21(6), 546-552.
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., ... Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18-26.
- Carvalho, I. P., Pais, V. G., Almeida, S. S., Ribeiro-Silva, R., Figueiredo-Braga, M., Teles, A., Castro-Vale, I., & Mota-Cardoso, R. (2011). Learning clinical communication skills: Outcomes of a program for professional practitioners. *Patient Education and Counseling*, 84, 84-89.
- Dahlgren, M., Abrandt, D., & Dahlgren, L. O. (2002). Portraits of PBL: Students' experiences of the characteristics of problem-based learning in physiotherapy, computer engineering and psychology. *Instructional Science*, 30(2), 111-127.
- Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março. *Diário da República - I Série A*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Frank, J. R. (Ed.). (2005). *The CanMEDS physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86, 359-364.
- Kosunen E. (2008). Teaching a patient-centered approach and communication skills needs to be extended to clinical postgraduate training: A challenge to general practice. *Scand Journal of Primary Health Care*, 26, 1-2.
- Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. UK: Radcliff Publishing.
- Leigh, W. A., Lee, D. H., & Lindquist, M. A. (1999). *Soft Skills Training: An Annotated Guide to Selected Programs*. Washington: Joint Center for Political and Economic Studies.

Litecky, C., R., Arnett, K. P., & Prabhakar, B. (2004). The paradox of soft skills versus technical skills in is hiring. *The Journal of Computer Information Systems*, 45(1), 69-76.

Macedo, R. (2009). Concepções e sentimentos em relação à Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): Estudo do caso dos estudantes de fisioterapia da Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto. *Revista do Departamento de Fisioterapia da ESS-IPS*, 5(2), 44-54. Retirado de <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol5n2.pdf>.

Macedo, R. (2012). Aprendizagem baseada em problemas em Fisioterapia: 4 anos de evolução do curriculum de Fisioterapia da Escola Superior de Tecnologias da Saúde. In C. Leite & M. Zabalza (Coords.). *Ensino Superior: Inovação e qualidade na docência*. Porto: CIIE – Centro de Investigação e Intervenção Educativas.

Makoul, G. (1999). *Contemporary issues in medicine: Communication in medicine (report III)*. Washington, D.C.: Association of America Medical Colleges.

Makoul, G. (2001). MSJAMA. Communication skills education in medical school and beyond. *Journal of the American Medical Association*, 289(1), 93.

Margetson, L. (1998). What counts as Problem Based Learning?. *Education for Health*, 11(2), 193-201.

Price, S., Mercer, S. W., & MacPherson, H. (2006). Practitioner empathy, patient enablement and health outcomes: A prospective study of acupuncture patients. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), 239-45.

Sage, N., Sowden, M., Chorlton E., & Edeleanu, A. (2008). *CBT for chronic illness and palliative care*. West Sussex: Jonh Wiley & Sons.

Savin-Baden, M. (2000). *Problem-Based Learning in Higher Education: Untold Stories: Untold Stories*. UK: McGraw-Hill Education.

Wong, S. & Lee, A. (2006). Communication skills and doctor patient relationship. *Medical Bulletin*, 11(3), 7-9.