



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CEDESS - CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde - Região Norte**

**Atitude Profissional: Um Estudo Avaliativo com Universitários  
no Internato Médico.**

**Stella Maris Seixas Martins**

**SÃO PAULO - SP**

**2013**

**STELLA MARIS SEIXAS MARTINS**

**Atitude Profissional: Um Estudo Avaliativo com Universitários  
no Internato Médico.**

**Dissertação apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo, como parte dos  
requisitos para obtenção do título de Mestre  
Profissional em Ensino em Ciências da  
Saúde.**

**Orientadora: Prof. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit.**

**SÃO PAULO - SP**

**2013**

## FICHA CATALOGRAFICA

Martins, Stella Maris Seixas

Atitude Profissional: Um Estudo Avaliativo com Universitários no Internato Médico – São Paulo, 2013

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. CEDESS - CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Título em Inglês: Professional Attitude: Assessment Study with Students at Medical Internship.

Descritores: 1 – Profissionalismo 2 – Atitude Médica 3 – OSCE 4 – Avaliação

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CEDESS - CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Coordenadora do Centro: Prof<sup>a</sup> Dra. Irani Ferreira da Silva.

Coordenadora do Programa: Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista



**ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO JULGADORA DA  
DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aos cinco dias do mês de agosto de 2013, às 14 horas, reuniu-se na sala do CEDESS, Rua Pedro de Toledo 859, a Comissão Julgadora para a Defesa de Tese do Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde, modalidade Profissional, solicitada pela candidata **Stella Maris Seixas Martins** que apresentou a dissertação sob o título **Atitude profissional: um estudo avaliativo com universitários no internato médico**

A referida Comissão esteve constituída pelas(os) seguintes professoras(es): **Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado**, Diretor do Curso de Medicina/UNICID, **Prof. Dr. Odair Aguiar Júnior**, Professor Adjunto III Departamento de Biociências/ Campus Baixada Santista/UNIFESP e **Prof. Dr. Nildo Alves Batista**, Professor Titular Departamento Saúde, Educação e Sociedade/ Campus Baixada Santista/UNIFESP.

A presidente, **Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit**, inicia a sessão dando a palavra a candidata, que dispõe de trinta minutos, no máximo, para expor sua tese. A seguir dá a palavra as(aos) professoras(es) para arguição. Cada examinador dispõe de trinta minutos, no máximo, para arguição, bem como o candidato para as respostas.

Tendo a candidata respondido a todas as arguições em tempo hábil os membros da Banca emitiram seus pareceres:

**Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado**

( APROVADA )

**Prof. Dr. Odair Aguiar Júnior**

( APROVADA )

**Prof. Dr. Nildo Alves Batista**

( APROVADA )

Em face dos referidos pareceres, a Comissão Julgadora considera a candidata **Stella Maris Seixas Martins** habilitada a receber o Título de **MESTRE PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**, da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP.

E por estarem de acordo, assinam a presente ata.

São Paulo, 05 de agosto de 2013.

Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado

Prof. Dr. Odair Aguiar Júnior

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo

## PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Atitude Profissional: Um Estudo Avaliativo com Universitários no Internato Médico.

**Área Temática:**

**Pesquisador:** STELLA MARIS SEIXAS MARTINS

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo  
(UNIFESP))

**CAAE:** 01101712.5.0000.5505

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 81594

**Data da Relatoria:** 24/08/2012

### Apresentação do Projeto:

O desenvolvimento de atitude profissional é essencial para uma prática médica adequada. A avaliação das habilidades afetivas é ainda considerada uma das áreas de maior dificuldade no que se refere à avaliação educacional. Os métodos avaliativos devem ter um caráter educacional e formativo e apenas um formato de teste é incapaz de promover avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes. O termo profissionalismo foi introduzido

com o intuito de definir conceitos sobre as atitudes adequadas ao médico e algumas ferramentas se mostraram mais adequadas para se fazer a avaliação de competências. O presente estudo propõe-se a avaliar a atitude profissional do graduando do curso de medicina da UFRR, utilizando dois instrumentos - o OSCE (Exame Clínico Objetivo Estruturado) composto por cinco estações de caráter atitudinal e o Instrumento para Avaliação de atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica.

A pesquisa será desenvolvida com os alunos concluintes do curso de medicina, que serão chamados a responder o instrumento de atitudes e a participar do exame clínico estruturado. Os resultados obtidos nas duas modalidades de avaliação serão analisados e comparados, visando identificar a presença de correlação entre os escores obtidos e o grau de confiabilidade quando é realizado o uso de um método isoladamente ou dos dois métodos conjugados. O projeto será desenvolvido na Universidade Federal de Roraima, com alunos matriculados e cursando o sexto ano do curso de medicina da UFRR, nas salas de aula, onde se dará a reunião para preenchimento do Instrumento de avaliação e do TCLE, bem como onde as avaliações utilizando o OSCE serão realizadas. Será utilizada a escala tipo Likert denominada "Instrumento para avaliação de atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica", a qual é composta por 52 itens e avalia seis fatores dispostos aleatoriamente. O OSCE (Exame clínico Objetivo Estruturado), contará com cinco estações de conteúdo atitudinal: a) comunicação de más notícias (diagnóstico de câncer); b) comunicação de óbito aos familiares; c) um dilema ético (aborto), d) orientação a um paciente com baixo entendimento (tuberculose); e, e) negociação de plano terapêutico.

### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar o desempenho do concluinte do curso de Medicina da UFRR relativo ao desenvolvimento atitude profissional médica utilizando-se de dois métodos avaliativos.

**Objetivo Secundário:**

Investigar as atitudes dos alunos da graduação em medicina frente a situações relevantes da prática médica. Identificar fragilidades e fortalezas no desenvolvimento de atitude profissional no aluno de sexto ano da UFRR. Avaliar se o OSCE, com estações elaboradas para avaliação de componentes atitudinais baseadas em simulação, é um instrumento válido e confiável para aferição de níveis de desempenho ao final do curso. Verificar a presença de correlação significativa entre os escores obtidos pelos internos do Curso de Medicina da UFRR em estações de OSCE elaboradas para avaliação de componentes atitudinais e os escores obtidos em escala de avaliação do desenvolvimento de atitudes. Propor intervenções necessárias para se promover o desenvolvimento consistente de habilidades atitudinais nos alunos do curso de medicina da UFRR, a partir dos resultados obtidos com o presente estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Risco mínimo, sem procedimento invasivo

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa a ser realizada com estudantes de medicina da UFRR, tendo apresentado carta de aprovação do CEP local. Estão descritos os procedimentos do estudo, o qual será conduzido sem financiamento externo, com custo de R\$ 300,00.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto encontra-se adequada. Apresenta TCLE contemplando a resolução 196/96

**Recomendações:**

nada consta

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há impedimento ético para condução do estudo. O estudo será conduzido na UFRR, tendo sido aprovado pelo CEP local.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

SAO PAULO, 24 de Agosto de 2012

---

Assinado por:

José Osmar Medina Pestana



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Carta nº 88/CoEP-UFRR

Boa Vista, 15 de junho de 2012.

A Sua Senhoria  
Pesquisador (a) STELLA MARIS SEIXAS MARTINS

**Assunto: Parecer projeto de pesquisa**

Senhor(a) Pesquisador(a),

Informamos a Vossa Senhoria que o CEP/UFRR constituído nos termos da Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre documentação referente ao projeto de pesquisa: "Atitude profissional: um estudo avaliativo com universitários no internato médico", conforme abaixo discriminado.

Protocolo de pesquisa: 120501  
Pesquisador responsável: STELLA MARIS SEIXAS MARTINS  
Data da reunião: 15/06/12.

Parecer: "APROVADO"

Outrossim, informamos que V. Senhoria deverá enviar relatório anual ou final, para que este comitê possa acompanhar o desenvolvimento do projeto conforme item VII. 13. d. Resolução 196/06 – CNS/MS.

Atenciosamente,

Calvino Camargo  
Presidente do Comitê



## DEDICATÓRIA

*Ao meu marido por seu amor incondicional.*

*Aos meus filhos Ana Carolina, Rodrigo e Isabella por serem a minha razão de viver.*

*À minha mãe por ter feito de mim tudo que sou...*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiro, agradeço a Deus por todas essas pessoas maravilhosas que Ele permitiu estar na minha vida.*

*Aos meus queridos mestres deste programa, por sua dedicação e por se disporem a doar de si para que eu e meus colegas de uma região tão distante e por vezes esquecida, pudéssemos crescer como profissionais. Serão inesquecíveis!*

*À minha Orientadora por me dar suporte no momento certo. Sua organização e objetividade me ajudaram muito na construção deste trabalho.*

*À minha amiga Denise por seu companheirismo, carinho e paciência nas nossas viagens, nos trabalhos e nos passeios (e foram muitos!).*

*À minha prima Patrícia, Alberto, Felipe e Tio Waldemar por me acolherem com tanto carinho na vossa casa por tantas vezes. Nesta convivência meu amor por vocês só fez aumentar.*

*Ao meu irmão Luiz, o meu muito obrigado, por sua alegria e amor e por estar sempre ao meu lado me incentivando a continuar.*

*À Graciide e Leda, meus braços direito e esquerdo nas minhas ausências. Obrigada pela dedicação.*

*Aos meus amigos/irmãos Tânia e Roberto pelo suporte nos momentos de estresse.*

*Agradeço aos meus filhos amados Carol, Drigo e Bella, o carinho que me dedicam e a paciência e compreensão pelos momentos ausentes. A confiança que depositam em mim me dá forças para ser um ser humano melhor.*

*Para minha mãe, o meu mais profundo muito obrigada! Durante toda minha vida tem sido a força que me impulsiona a seguir em frente mesmo*

*quando a vida parece não querer, meu porto seguro nas horas de necessidade. Seu exemplo de força, fé e dedicação fazem de mim um ser humano melhor. Te amo!*

*E, finalmente, agradeço ao amor da minha vida, meu marido, que tem sido a luz no meu caminho desde o momento que nos conhecemos! Graças ao nosso amor mais uma vez estou conseguindo vencer esta etapa da minha vida. Obrigada pelo suporte emocional, pelo incansável estímulo, pela confiança quando nem eu mesma acreditava em mim, pela sua sabedoria e inteligência me ajudando em todos os momentos na construção deste projeto.*

*“O amor não pode ser um fim em si mesmo; não teria significado. O amor deve ser posto em ação, e tal ação é serviço. Uma missão de amor pode provir somente da união com Deus. E o fruto dessa união é o amor pela família, o amor pelo nosso próximo e o amor pelos pobres.”*

*Madre Teresa de Calcutá*

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1	Linha do tempo sobre profissionalismo.....	25
2.2	O currículo baseado em competências.....	30
2.3	Métodos de avaliação do Profissionalismo.....	40
2.3.1	Ética, leis e profissionalismo .....	47
2.3.2	Avaliação da Comunicação.....	48
2.3.3	Empatia, capacidade de trabalhar em grupo e aprendizado contínuo.....	52
2.3.4	Observação direta do comportamento profissional .....	54
2.3.5	Avaliação do Raciocínio Moral e Profissionalismo.....	56
2.3.6	A avaliação interpares.....	57
2.3.7	O uso da reflexão na compreensão de comportamento profissional .....	59
2.3.8	O Portfólio como ferramenta para avaliar profissionalismo.....	60
3	JUSTIFICATIVA .....	63
4	OBJETIVOS.....	65
4.1	GERAL.....	65
4.2	ESPECÍFICOS .....	65
5	MÉTODOS.....	66
5.1	Local da Pesquisa .....	66
5.2	População do Estudo.....	66
5.3	Material e Instrumentos .....	66
5.4	Aspectos éticos.....	69
5.5	Procedimentos de coleta de dados.....	69
5.6	Procedimentos de Análise de dados.....	70
6	RESULTADOS .....	73
6.1	Instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica (IAA).....	73
6.2	Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE).....	76
6.3	Confiabilidade do OSCE.....	79
6.4	Correlação entre o IAA e OSCE.....	79
7	DISCUSSÃO .....	81

8	CONCLUSÃO .....	93
9	REFERÊNCIAS .....	95
10	ANEXOS .....	102
10.1	ANEXO 1 - TCLE.....	102
10.2	ANEXO 2 – Instrumento para avaliação de atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica .....	103
10.3	ANEXO 3 – ESTAÇÕES DO OSCE .....	107
10.3.1	ESTAÇÃO 1 .....	107
10.3.2	ESTAÇÃO 2 .....	108
10.3.3	ESTAÇÃO 3 .....	110
10.3.4	ESTAÇÃO 4 .....	112
10.3.5	ESTAÇÃO 5 .....	113
10.4	ANEXO 4 – CHECK LIST DO OSCE .....	115
11	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	116
12	APÊNDICE	
	PROFISSIONALISMO – MANUAL DE DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PARA O INTERNATO .....	117

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Pirâmide de Miller .....	39
FIGURA 2 – Formulário do Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise).....	46

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Comparação entre programas educacionais baseados em processos e baseados em competência.....32

QUADRO 2 – A classificação de temas e subtemas, extraídos das definições e interpretações de profissionalismo.....41



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Plano de Avaliação de Profissionalismo.....	41
TABELA 2 – Pontuação do OSCE por item do checklist.....	66
TABELA 3 – Escores médios por fator obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica.....	67
TABELA 4 – Média dos escores globais obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica, segundo gênero.....	68
TABELA 5 – Escores médios por fator obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica, segundo gênero.....	68
TABELA 6 – Média dos escores globais obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica, segundo faixa etária.....	69
TABELA 7 – Escores médios por fator obtidos no Instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica, segundo a faixa etária.....	69
TABELA 8 – Pontuação dos alunos no OSCE, por estação, expressa em número de itens suficientes no checklist.....	70
TABELA 9 – Média geral dos escores dos alunos no OSCE, por estação.....	71
TABELA 10– Média dos escores dos alunos no OSCE, por item do checklist.....	71
TABELA 11 – Média dos escores dos alunos nas estações de OSCE, estratificada por domínio.....	72

TABELA 12 – Coeficiente de correlação entre o OSCE e o Instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica .....	74
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Média dos escores dos alunos nas estações de OSCE, estratificada por domínio.....	73
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C – antes de Cristo

AAMC – Association of American Medical Colleges

ABIM – American Board of Internal Medicine

ABMS – American Board of Medical Specialties

APB – Aprendizado Baseado em Problemas

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

d.C – depois de Cristo

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DOM – Dundee Outcome Model

GMC – General Medical Council

IAA – Instrumento de Avaliação de Atitudes

Mini-CEX – Mini Clinical Exercise

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OSCE – Objective Structured Clinical Examination

PPOS – Patient-Practitioner Orientation Scale

SP – pacientes simulados

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRR – Universidade Federal de Roraima

## RESUMO

A formação médica atual exige que o aluno desenvolva qualificações que vão além do domínio cognitivo e das habilidades, devendo incluir qualidades humanísticas como compaixão, cortesia, comportamento respeitoso, comunicação com pacientes, com familiares e com os colegas, capacidade de relacionar-se com outros profissionais, responsabilidade, confiabilidade, honestidade, preocupação com os direitos dos pacientes e com a condução do seu tratamento, qualidades estas essenciais na construção do profissionalismo médico. O objetivo deste trabalho foi avaliar o desenvolvimento de atitude profissional do aluno concluinte curso de medicina de uma universidade pública federal (UFRR) utilizando dois instrumentos de avaliação. Metodologia: Foram avaliados 26 alunos no final do sexto ano (100%) sendo utilizado um exame clínico objetivo estruturado (OSCE) contendo cinco estações construídas para avaliação de atitudes, com checklist único para todas as estações e com 12 itens abrangendo três domínios do profissionalismo, e a uma escala de atitudes composta por 52 itens do tipo Likert agrupados em 6 fatores : 1) aspectos psicológicos de doenças orgânicas, 2) situações relacionadas à morte, 3)atenção primária em saúde, 4) doença mental, 5)contribuição do médico ao avanço científico da medicina e 6) outros aspectos da prática médica. Resultados: Atitudes positivas predominaram na avaliação dos fatores sobre aspectos psicológicos de doenças orgânicas, atenção primária à saúde, contribuição do médico ao avanço científico da medicina e outros aspectos ligados à prática médica da escala de atitude e escores compatíveis com atitudes conflitantes nos fatores sobre situações relacionadas à morte e à doença mental, obtendo-se desempenhos inferiores para o gênero feminino. Na avaliação do OSCE os alunos obtiveram média geral de 17,6 pontos (73,3%), tendo melhor desempenho no domínio empatia 80,1% e pior no domínio comunicação (56,5%). Foi avaliada a confiabilidade do checklist construído com um coeficiente  $\alpha$  de Cronbach = 0,889. Conclusão: concluiu-se que há necessidade de fortalecimento na abordagem de temas relacionados à atitude profissional dentro do currículo da escola, principalmente no que tange tratar de assuntos ligados à morte, à doença mental e das habilidades de comunicação. O OSCE, com estações especificamente construídas para avaliação de domínios do profissionalismo, se mostrou um instrumento confiável e deveria ser implantado durante o curso, principalmente como uma ferramenta de avaliação com caráter formativo. Como produto deste estudo, foi proposta uma sistematização na aplicação de ferramentas que auxiliem na avaliação de profissionalismo, incluindo o OSCE, não apenas no internato, mas também ao longo do curso de graduação em Medicina da UFRR.

Palavras Chave: Profissionalismo – Atitude Médica – OSCE – Avaliação

## ABSTRACT

Current medical education requires the student to develop skills that go beyond the mastery of knowledge and technical domains. Humanistic qualities like compassion, courtesy, respectful behavior, communication with patients, relatives and colleagues, ability to connect with other professionals, responsibility, trustworthiness, honesty, concern for the rights of patients and the conduct of their treatment are also essential qualities in the construction of medical professionalism. The aim of this study was to evaluate the development of professional attitude by the undergraduate students by the end of the medical course of a Public University (UFRR) using two assessment instruments. Methodology: A total of 26 students at the end of the sixth year (100%) were assessed by an objective structured clinical examination (OSCE) with five stations built for attitude assessment based on the same checklist covering three domains of professionalism and by a 52-item attitude Likert scale covering psychological aspects of organic disease, death related situations, primary health care, mental illness, doctor's contribution to the advancement of medicine and scientific aspects of medical practice. Results: Positive attitudes prevailed in the evaluation of three items of the scale scores; conflicting attitudes were detected in situations related to death and mental illness, being worse in women. At OSCE, students achieved an overall average of 17.6 points (73.3%), with the best performance in empathy (80.1%) and worst in communication (56.5%). The checklist reliability was high (Cronbach  $\alpha = 0.889$ ). Conclusion: There is a need for addressing issues related to professional attitude in a systematic way within the school curriculum, especially regarding to issues related to death, mental illness, and communication skills. An OSCE built on stations developed to evaluate areas of professionalism proved to be a reliable instrument and should be implemented during the course, primarily as an assessment tool for formative and curricular evaluation purposes. As a product of this study, we propose a systematic application of an assessment toolset that addresses elements of professionalism, including attitudinal OSCEs, not only at the internship, but along the undergraduate course in Medicine UFRR.

Keywords: Professionalism - Medical Attitude - OSCE – Assessment

## 1 INTRODUÇÃO

A formação médica atual exige que o aluno desenvolva qualificações que vão além do domínio cognitivo e das habilidades, devendo incluir qualidades humanísticas como: compaixão, preocupação com os direitos do paciente, cortesia e comportamento respeitoso, comunicação efetiva e habilidades interpessoais, responsabilidade e confiabilidade, honestidade e integridade e habilidade para conduzir o paciente. Escolas, médicos e estudantes de medicina tem buscado novas formas de atender às demandas sociais por profissionais médicos condizentes com esse perfil mais humanizado.

É consenso universal que o desenvolvimento da atitude profissional é essencial para uma prática médica adequada e a maioria das pessoas, quer sejam leigos ou docentes, identifica comportamentos e atitudes que atendem às expectativas e as demandas do serviço e mais ainda, podem mesmo identificar a carência de tais atitudes. (WILKINSON; WADE; KNOCK, 2009).

As atitudes constituem um complexo objeto de estudo da Psicologia Social, que comporta um grande número de definições. Pode ser referida como uma *“disposição pessoal comum aos indivíduos, mas provida em graus diferentes, a qual os impele a reagir a objetos, situações ou proposições em moldes que podem ser considerados favoráveis ou desfavoráveis”*, segundo Guilford (1954 apud COLARES; TRONCON, 2002) . Ainda pode ser conceituada de acordo com Lambert & Lambert (1972 apud MIRANDA et al, 2009) como *“uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir em relação a pessoas, grupos, questões sociais ou, mais genericamente, a qualquer acontecimento ocorrido no meio circulante”*. Ou ainda como *“o conjunto das crenças, sentimentos e tendências comportamentais dos sujeitos frente a um determinado objeto social”*, segundo Rodrigues (1981 apud COLARES; TRONCON, 2002). Uma atitude positiva esperada do estudante na relação médico-paciente-equipe de saúde é a adoção de padrões socialmente aceitos e inerentes ao conhecimento e/ou exercício da profissão (MIRANDA et al, 2009).

A preparação de profissionais da saúde vai além do desenvolvimento de atitudes, incorporando aos conceitos acima, a capacidade de enfrentar

situações e acontecimentos próprios do campo profissional, como iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática e trabalho em equipe, num conceito mais amplo de competência profissional. Assim, competência profissional seria um saber agir responsável, implicando saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades num contexto profissional determinado e com reconhecimento pelos pares. Para Albanese (2008) competências médicas são a somatória de conhecimentos, habilidades, atitudes e qualidades pessoais essenciais para a prática da medicina.

A discussão sobre as dificuldades das escolas de Medicina em determinar se os estudantes estavam ou não desenvolvendo as competências pretendidas, bem como em selecionar métodos precisos e fidedignos para avaliar se as atitudes almejadas estavam ou não sendo incorporadas, nasce na década de 1960, tomando força como um movimento dentro da área médica a partir da década de 1990. Apesar de uma série de documentos e programas visando uma aproximação ao assunto, a adequação de ferramentas de avaliação que avaliem estas competências permanece incerta. Mesmo no final da primeira década do novo século, a avaliação das competências, junto com a de outras habilidades afetivas, é ainda considerada uma das áreas de maior dificuldade no que se refere à avaliação educacional (ALBANESE et al., 2008; COLARES; TRONCON, 2002).

A avaliação do estudante é parte essencial de sua formação e desenvolvimento pessoal e profissional, e deve merecer atenção tanto quanto o planejamento e o oferecimento das atividades curriculares formais. A avaliação deve ter um caráter educacional e formativo, possibilitando aos estudantes aprenderem com os momentos avaliativos e de feedback, para construir seus conhecimentos e habilidades. Por isso os processos de avaliação devem ser cuidadosamente planejados e executados (WASS, 2001).

Com o intuito de conferir validade ao processo educacional, surge a necessidade de se atender às demandas públicas e de avaliar a capacidade dos médicos em desempenhar suas funções. Essa preocupação levou à criação de ferramentas que permitissem avaliar competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) em substituição às avaliações em formato único, em



caráter somativo, que em geral, priorizam os aspectos cognitivos em detrimentos de outros aspectos (FRANK et al., 2010)

O cenário atual da educação médica brasileira, ainda que heterogêneo, caracteriza-se pelo predomínio de uma cultura avaliativa relativamente pobre, que privilegia os aspectos cognitivos e os procedimentos somativos, e pouco considera o impacto educacional da avaliação sobre os estudantes e as instituições. Em especial, raramente são abordadas as características pessoais dos estudantes, bem como seu progresso no domínio de conhecimento, habilidades e atitudes favoráveis à prática da profissão. Apesar deste panorama tem havido grande mobilização dentro das escolas de medicina no sentido de adequar os currículos aos pressupostos apresentados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação onde ressalta-se a importância de aspectos atitudinais relevantes para a prática médica. Aspectos afetivos, de competências em gerenciamento e tomada de decisões, de se relacionar com o outro, de exercer auto avaliação de forma crítica e reflexiva e de se educar permanentemente (“aprender a aprender”) constituem fatores que cada vez mais assumem importância dentro do processo avaliativo, visando a formação integral do profissional, levando-se em conta as características pessoais do estudante, como, por exemplo, a criatividade ou a integridade, bem como avaliação da sua saúde mental (BRASIL, 2001; ZEFERINO; PASSERI, 2007).

A pirâmide de competências proposta por Miller é um modelo conceitual que estratifica os métodos de avaliação em função dos desempenhos esperados dos estudantes. Nesse modelo, a aquisição de competência é estratificada em quatro níveis: “sabe”; “sabe como”, “demonstra como” e “faz”. Nos dois primeiros níveis, a avaliação tem base essencialmente cognitiva. Nos dois últimos, a avaliação é realizada com base na verificação de desempenhos. Além de um guia para o estabelecimento de níveis de desenvolvimento de competências, esse modelo enfatiza o emprego de diferentes métodos na avaliação de uma mesma competência, aumentando a confiabilidade dos resultados. Da mesma forma, um mesmo método pode ser utilizado para captura de informações relativas a diferentes competências (EPSTEIN; HUNDERT, 2002).

É muito importante que o instrumento selecionado para avaliação esteja de acordo com o domínio do aprendizado a ser avaliado. Instrumentos de base cognitiva avaliam o que o estudante sabe (conhecimento ou sua aplicação — ex. testes escritos ou orais). Métodos voltados para o desempenho avaliam o que o estudante faz em situações controladas ou reais (ex. exame prático com paciente real, paciente simulado, exame clínico objetivo estruturado — OSCE, portfólios e avaliação 360º) (SANTOS, 2010).

No anos de 1980, a avaliação de habilidades clínicas se desenvolveu fortemente com a introdução do Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE), descrito em 1975 por Harden e Gleeson, no qual os alunos são apresentados a uma variedade de situações clínicas simuladas mas altamente autênticas. Cada situação é chamada de estação e os examinados são chamados a rodar através de cada uma das estações. Pacientes reais ou simulados podem ser usados para apresentar os problemas clínicos ou dependendo da situação clínica, manequins ou modelos clínicos podem ser usados. O desempenho do examinado é diretamente observado e instantaneamente pontuado por um examinador e/ou pelo paciente simulado através de uma ficha de avaliação ou checklist. Cada examinado é testado com o mesmo material e sob os mesmos critérios, conferindo boa validade e confiabilidade do método (TURNE; DANKOSKI, 2008; WASS et al., 2001).

Além dos exames de observacionais, algumas escalas de atitude escritas tem sido construídas com o propósito de avaliar as características específicas do estudante durante o curso acerca dos fatores que teriam influência na sua formação. Colares e Troncon (2002) construíram um instrumento para medida de atitudes de estudantes de Medicina baseados em seis aspectos, considerados relevantes para o exercício profissional da medicina: a) assistência primária à saúde; b) aspectos psicológicos e emocionais envolvidos nas doenças; c) aspectos éticos no exercício profissional; d) doença mental; e) morte; f) pesquisa científica. Outra escala produzida por Miranda et al (2009) abordou as atitudes relacionadas aos aspectos sociais da profissão médica, tal como a importância da ambiência física e social, reconhecimento e compreensão de crenças, ética (profissional e

acadêmica) e conhecimento. A escala proposta para avaliar atitude dos estudantes a respeito da relação médico-paciente, a escala PPOS (Patient-Practitioner Orientations Scale), tem sido largamente usada com objetivo de avaliar o que os estudantes pensam a respeito do papel médico em relação a atitude centrada no paciente ou na doença (PEIXOTO; RIBEIRO; AMARAL, 2011; TSIMTSIOU et al., 2007)

Tendo como pressuposto que o contato direto com o paciente é ponto fundamental no desenvolvimento das habilidades expostas, foi tomado o internato médico como contexto relevante para avaliação do desenvolvimento de profissionalismo. No momento próximo ao final do curso, especificamente os dois últimos anos no caso da UFRR, é exigido do aluno do curso de medicina demonstrar preparo técnico-relacional ao lidar com pessoas doentes, com as reações emocionais dos pacientes e familiares, conviver com a morte, administrar as vivências de impotência frente às dificuldades e limitações do conhecimento médico e dos sistemas de saúde. Estas experiências têm impacto na forma como os estudantes passam a perceber o exercício profissional e como pretendem desempenhá-lo no futuro (MASCIA et al., 2009). No internato da UFRR, o currículo de habilidades é desenvolvido de maneira oportunista, sem seleção prévia dos casos reais. Os estudantes se defrontam com casos complexos sendo chamados a exercitar suas habilidades atitudinais no dia-a-dia, o que frequentemente está baseado em vivências a partir da atitude de outros profissionais e de processos intuitivos na identificação e resolução de problemas.

Baseado no exposto o presente trabalho tem como objetivo avaliar a atitude profissional dos estudantes do Curso de medicina da UFRR no último ano da graduação médica, especificamente no contexto do sexto ano, através da aplicação de uma escala de atitudes previamente validada e através de um exame clínico objetivo estruturado, com estações específicas para temas relacionados à atitude médica e com checklist elaborado sobre domínios da competência médica. Busca-se identificar nos estudantes as atitudes desejáveis para uma boa prática médica analisando se o curso de graduação conferiu padrões aceitáveis de atitude profissional aos concluintes e como o

emprego de dois métodos diferentes de avaliação seria interessante para a abordagem do tema profissionalismo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Linha do tempo sobre profissionalismo

O profissionalismo médico deriva de origens antigas e envolveu numerosas fases da história humana. Na Mitologia grega Apolo foi reverenciado como o Deus da Cura e seu filho Esculápio, tido como um curador de feridas altamente qualificado, recebeu o título de Deus da Medicina. Médicos na Grécia Helênica eram chamados a assinar o Juramento de Hipócrates (460-377 a.C.), contendo princípios éticos da prática – *primum non nocere* – e altruísmo, prometendo um compromisso não só com o cuidado compassivo mas também com o serviço. A medicina hipocrática foi desenvolvida dentro do princípio filosófico em que saúde significava equilíbrio e doença um distúrbio deste, separando a medicina da religião (CRUESS; CRUESS, 2009; HILTON; SOUTHGATE, 2007).

Scribonius Largo (47 d.C.), médico romano, definiu profissionalismo médico como um compromisso com a compaixão e clemência em aliviar o sofrimento. Na era Romana, Galeno (129-216 d.C.) foi referência dentro da medicina ocidental até o período da Renascença e dentre seus inúmeros escritos, o médico seria também um filósofo. O bom médico praticaria sua profissão por amor à humanidade. Para o processo de cura seria essencial a confiança do paciente (HILTON; SOUTHGATE, 2007).

Na Europa Medieval com o surgimento das profissões aprendidas, os médicos passaram a fazer parte da elite profissional com obrigações com a sociedade, mas com grande autonomia. Paracelsus (1493-1542) contraria os conceitos galênicos de elementos espirituais e humores, para princípios químicos como base ao tratamento das doenças, iniciando uma avalanche de descobertas sobre o funcionamento do corpo humano. Esses conceitos perduraram até a revolução industrial e durante a era do Iluminismo. (HILTON; SOUTHGATE, 2007)

No século XIX, o positivismo passa a ser a filosofia dominante e a ciência começa a transformar a medicina, fazendo dela uma profissão mais efetiva e portanto, um serviço que valia a pena ser comprado. Em meados

deste mesmo século, surgem as associações médicas nos países industrializados e códigos de ética são desenvolvidos, demonstrando um evidente contrato entre a sociedade e a medicina. (ARNOLD; STERN, 2006b)

Em 1912, Loius Brandeis, juiz americano, definiu profissão como um serviço à sociedade onde três elementos eram necessários: treinamento intelectual preliminar, envolvendo conhecimento e um certo aprofundamento no aprendizado do assunto, para diferenciar de mera habilidade; reconhecimento e procura por outras pessoas; e retorno financeiro independente do sucesso. (CRUESS; CRUESS, 2009)

Abraham Flexner (1866-1959) através do relatório Flexner (1910) expandiu a definição de médico profissional para além do humanismo e serviço, com a adição da excelência e auto regulação como preceitos para sua formação. Este desenvolvimento reflete o crescimento da ênfase na medicina científica e tendo a ciência como fundação para o bom tratamento médico, a perícia torna-se a responsabilidade fundamental para um bom médico, acima e além da compaixão e do compromisso com o cuidar (ARNOLD; STERN, 2006b).

Cerca de 60 anos se passaram e pouca importância dentro da literatura médica foi dada para características agora rotuladas dentro do profissionalismo e que eram tidas como qualidades individuais e que não se enquadravam dentro do domínio cognitivo.

Grande parte da literatura sobre este tema surgiu a partir da década de 1970 e veio como resposta à tendência a politização dos cuidados com a saúde, os conflitos de interesse sobre o mercantilismo e sua influência na prática médica e das ansiedades decorrentes dos litígios médicos. A perda da autonomia e respeito sentida pelos médicos e a frustração frente às mudanças do sistema de prestação de serviços de saúde nos países industrializados, suscitou a necessidade de uma discussão profunda sobre o tema profissionalismo, de tal maneira que se houvesse um documento social que servisse para embasar o comprometimento do trabalho médico com o bem estar do paciente e com os dogmas básicos da justiça social. (BLANK et al 2003; HILTON; SOUTHGATE, 2007)

Neste período, a necessidade de se redefinir o contrato implícito entre a

sociedade e a medicina, onde o interesse pessoal dos médicos imperava sobre o altruísmo, levou a uma série de publicações sobre este assunto. (CRUESS; CRUESS, 2009)

No início da década de 1980, o American Board of Internal Medicine (ABIM) publica o relatório do subcomitê para avaliação das qualidades humanísticas do clínico geral e define as dimensões do humanismo como respeito, compaixão e integridade. Na década de 1990 a ABIM volta a usar o termo profissionalismo no estudo intitulado Projeto Profissionalismo que resulta na Carta do Médico e explicitamente delinea seus seis elementos fundamentais: altruísmo (dar prioridade aos interesses do paciente), responsabilidade (ser responsivo aos pacientes, sociedade e profissão), excelência (esforço consciente do desempenho além das expectativas e comprometimento com aprendizado contínuo), dever (aceitação livre do comprometimento com o serviço), honra e integridade (ser justo, confiável, correto e aceitar a opinião de outrem) e respeito pelos outros (pacientes e familiares, outros profissionais, estudantes e estagiários (BLANK et al., 2003).

No final dos anos 1990 e início do século XXI, mais de 60 escolas espalhadas pelo mundo relatam ter critérios específicos para avaliar o profissionalismo entre os estudantes, com a implementação de um rigoroso processo de avaliação e um número de sociedades profissionais se juntaram a ABIM no sentido de definir profissionalismo. (ARNOLD; STERN, 2006b)

Entre elas destaca-se a Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) com o Outcome Project que descreve o profissionalismo médico como: demonstração de respeito, compaixão e integridade; capacidade de resposta às necessidades dos pacientes e sociedade que sobressai ao interesse pessoal, responsabilidade com os pacientes, sociedade e com a profissão; e comprometimento com a excelência e desenvolvimento profissional; demonstração de compromisso com os princípios éticos relativos à prestação ou manutenção dos cuidados clínicos, confidencialidade da informação do paciente, consentimento informado e práticas comerciais; demonstração de sensibilidade e capacidade de atender à cultura do paciente, gênero e deficiências. (SWING, 2007)

Dentro deste contexto global, no Brasil, em 1986, acontece a 8ª

Conferência Nacional de Saúde, considerada como marco central para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Este evento sucede diversos acontecimentos como a Conferência de Alma ata em 1978 e vem dentro do movimento conhecido como reforma sanitária, que mobilizou sujeitos de diversos espaços sociais e políticos incluindo a academia, na discussão sobre trabalho na saúde. Com a Constituição Brasileira (Brasil, 1988) veio o novo conceito de saúde, expresso no artigo 190: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A partir da Primeira e da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, realizadas em Edimburgo, em 1988 e em 1993, os educadores da área médica começaram a estabelecer parâmetros para as reformas curriculares e para a adequação da formação do médico às novas demandas sociais. Em consonância com as tendências internacionais, o Relatório Geral dos resultados da Avaliação do Ensino Médico no Brasil (1991- 1997), da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), apontou a necessidade de Reformulação do Modelo Pedagógico, compreendida em seu sentido amplo, abarcando a totalidade do processo de formação médica.

As necessidades assistenciais passam a repercutir diretamente sobre o modelo de formação médica e torna-se fundamental que esta formação seja feita visando o modelo assistencial vigente no país, a atenção integral a saúde num sistema hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe. Do médico espera-se a capacidade de atuar como agente de transformação social, de aprender a aprender, de aprender fazendo (educação permanente enfatizando técnicas de autoaprendizagem), conduta profissional e ético-humanística responsável, uso de novas tecnologias e práticas exercidas sobre bases científicas em evidências válidas. (MARANHÃO; SILVA, 2001, pag 155)

Essa contribuição se concretizou na discussão dos elementos que viriam se formalizar nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina que estabeleceu as competências gerais desejadas para o graduado no curso médico, segundo aquelas preconizadas pela Organização Pan



Americana de Saúde (OPAS), a saber: (BRASIL, 2001)

*Atenção à saúde:* os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ético-bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo;

*Tomada de decisões:* o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;

*Comunicação:* os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

*Liderança:* no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

*Administração e gerenciamento:* os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

*Educação permanente:* os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os

profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) priorizam não apenas o cognitivo, mas o desenvolvimento e incorporação de qualidades técnicas e humanistas, fazendo com que o graduado seja: capaz de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área de saúde; conhecedor privilegiado dos problemas locais de saúde; apto a intervir no processo de desenvolvimento, propondo e realizando medidas de caráter preventivo; preparado para acompanhar o avanço científico; capaz de valorizar as necessidades de saúde da população, dentro de uma visão integral e de valores éticos e culturais.

O desenvolvimento de estratégias dentro das escolas médicas no sentido do direcionamento do ensino buscando o profissional com as características descritas, abre espaço ao desenvolvimento de currículos baseados em competências.

## 2.2 O currículo baseado em competências

*“A doctor who does the right thing, at the right time, for the right reasons—even when nobody is watching.”  
(Ellen Cosgrove, UNM, 2006)<sup>1</sup>*

A concepção tradicional de currículo vem sendo questionada desde a década de 1970, tendo em vista que a concepção de aquisição e construção de conhecimento tem se modificando ao longo do tempo. Por outro lado, as constantes mudanças no mundo contemporâneo geram a necessidade de se repensar o processo de trabalho e o aprendizado. Procura-se formar indivíduos não só para o mercado ou para sociedade, mas para a realização pessoal, para a vida. Surge, assim, a preocupação com a questão do currículo

---

<sup>1</sup> “Um médico que faz a coisa certa, no tempo certo e por razões certas – mesmo quando ninguém o está observando.”

e como garantir que ele aprenda aquilo realmente necessário para uma atuação efetiva, responsável, ética, levando em conta as particularidades do contexto social onde se insere. (ARAÚJO, 2007; SANTOS, 2010)

Nos últimos anos, tem se fortalecido a ideia de que a escola deve priorizar o desenvolvimento de competências, e não a transmissão de conhecimentos. Essa ideia parece se relacionar com a visão de Perrenoud, que ressalta a importância de o currículo por competências gerar uma drástica redução dos conteúdos ensinados e exigidos. É preciso que estes possam ser efetivamente mobilizados em situações no âmbito escolar, e é isso que os torna válidos. As práticas educacionais procuram refletir a vida profissional, considerando as múltiplas dimensões de seu exercício junto à sociedade. A proposta é trazer a prática e o desenvolvimento da identidade profissional para o centro das atividades de aprendizado, preocupando-se com a identificação e adequação de processos que conduzam aos resultados previamente estabelecidos. Desse modo, a competência, enquanto princípio de organização curricular, enfatiza a atribuição do “valor de uso” de cada conhecimento. Como consequência, os currículos se preocupam mais com as competências a serem construídas do que com os conhecimentos a ensinar (ARAÚJO, 2007; COSTA, 2005; SANTOS, 2010)

O movimento educacional do ensino baseado em competências surgiu na década de 1970 e ganhou força a partir da publicação pela Sociedade para o Ensino de Medicina de Família, em 1990, de um currículo baseado em competência intitulado “Essentials for Family Practice”. O Royal College of Physicians and Surgeons of Canada inicia em 1993 o estudo intitulado CanMEDS 2005 com o objetivo de identificar as necessidades sociais sobre a saúde e sobre estas informações, definir um perfil de competências essenciais para a prática de médicos especialistas no Canadá. A *Association of American Medical Colleges* (AAMC), em 1999, publica um relatório do MSOP (Medical School Objectives Project) causando grande impulso no pensar sobre o que estudantes médicos devem estar aptos a fazer, não importando em qual escola médica ele foi formado. Neste mesmo ano, o Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) e American Board of Medical Specialties (ABMS) fazem o relatório com a definição de 6 competências para certificação e

manutenção da certificação de médicos. Ainda em 1999, Harden et al. publica um guia sobre educação baseada em resultados, o Dundee Outcome Model (DOM), enfatizando a importância e o valor de associar educação continuada como um comportamento duradouro almejado pelos estudantes. (ALBANESE et al, 2008)

O conceito de competência profissional ou profissionalismo varia amplamente entre os autores: para Epstein e Hundert (2002) profissionalismo “é construído como hábito, é o uso judicioso e habitual da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão sobre a prática diária em benefício do indivíduo e da comunidade”; para Emanuel (2004) profissionalismo “é uma filosofia, uma disposição de comportamento, uma habilidade que resulta de um relacionamento fundamental na interação humana”; o termo tem estado fortemente ligado à justiça social e contrato social (HILTON; SLOTNICK, 2005) e pode ser tão amplo como “tudo que um médico precisa fazer para realizar seu trabalho” (WILKINSON;WADE; KNOCK, 2009).

Segundo a ABIM (American Board of Internal Medicine), profissionalismo médico é um produto de três princípios fundamentais: "Primazia do bem-estar do paciente, a autonomia do paciente, e justiça social".

Competência profissional pode ser ainda definida como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários ao desempenho eficiente e efetivo das atividades requeridas no contexto do trabalho. Sob a ótica da formação profissional na área da saúde, competência deverá se traduzir na capacidade de um ser humano em cuidar de outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional. (SANTOS, 2010)

Numa abordagem holística do termo competência profissional dentro das ciências sociais, diferentes combinações podem compor padrões de excelência que regem a prática profissional, permitindo que se desenvolvam estilos próprios, adequados e eficazes em enfrentar situações profissionais, em consonância com o mundo do trabalho onde elas são desenvolvidas. (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

Em sua revisão sobre currículos baseados em competência, Carraccio et al (2002) definem competência profissional como um complexo conjunto de comportamentos construídos sobre componentes do conhecimento, habilidades e atitudes, além das capacidades individuais. A competência seria uma complexa, mas demonstrável integração de inúmeros objetivos. (CARRACCIO et al, 2002)

Na organização curricular o termo competência também deve ser analisado segundo as pedagogias psicológicas, cujas matrizes teóricas são: o condutivismo, funcionalismo, construtivismo e a matriz crítico-emancipatória. A matriz condutivista se fundamenta na eficiência social, isto é, a necessidade de expressar claramente os objetivos de ensino com as práticas observáveis. A matriz funcionalista descreve produtos como resultados laborais esperados, tornando as tarefas especificadas em competências, construídas a partir da observação direta do desempenho. Ambas matrizes reduzem as competências a atividades a serem desempenhadas. A matriz construtivista representa um avanço no conceito de competência, quando relaciona o contexto onde se está inserido com as aquisições de habilidades, e leva em consideração a percepção e contribuição dos trabalhadores, mas ainda não leva em consideração a dimensão sócio-política do aprendiz. A matriz crítico-emancipatória, ainda em construção, fundamenta-se no pensamento crítico dialético e leva em consideração os interesses individuais associados a aspectos sócio-culturais e históricos. (ARAÚJO, 2007)

Debates sobre a necessidade de mudanças curriculares na educação médica, visando a uma formação mais humanista e resolutiva, e modelos de avaliação e certificação mais consistentes, vêm ocorrendo nos espaços acadêmicos e na sociedade ao longo das quatro últimas décadas em diversos países. Movimentos em direção ao currículo orientado por competência, que se traduziriam na real implementação de seus fundamentos pedagógicos, têm sido observados em programas de treinamento de diversas áreas da saúde nos últimos 20 anos.

A adoção do modelo de competências por organismos relacionados à educação médica nos Estados Unidos e Europa e os progressos nos métodos de avaliação, alavancaram e embasaram o processo de reestruturação

curricular do curso de Medicina em diversos lugares do mundo. (SANTOS, 2010)

No reino unido a integração do guia “Good Medical Practice”, uma declaração sobre as responsabilidades do médico como profissional nas áreas do atendimento clínico, trabalho com colegas e probidade na prática médica, e desenvolvido pelo General Medical Council (GMC), transformou-se no coração do currículo de escolas médicas daqueles países (GENERAL MEDICAL COUNCIL; HILTON; SOUTHGATE, 2007).

Os princípios de profissionalismo delineados no documento CanMEDS do Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, tem sido adotado como modelo para a implantação de modelos curriculares orientados por resultados naquele país e muitos outros (FRANK; DANOFF, 2007)(CANMED Framework,2005).

As competências gerais listadas no Outcome Project, da ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education), se tornaram a linguagem comum para definição de competência médica e dos princípios organizacionais para educação de médicos em treinamento nos Estados Unidos (SWING, 2007).

No Brasil, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), foram identificadas as competências e habilidades necessárias à boa formação médica, os conteúdos necessários á adequada formação profissional dos estudantes de graduação em medicina e também detalhes sobre a estrutura curricular. Ênfase é dada para que a organização do currículo das escolas seja centrada no estudante, com base na comunidade, utilizando metodologias ativas de aprendizagem, diferentes cenários de ensino-aprendizagem, enfoquem a integração, a interdisciplinaridade e a inclusão das dimensões éticas e humanísticas da atenção à saúde individual e coletiva. Todos esses elementos remetem à organização curricular voltada para resultados, em linhas gerais, expressos por meio do estabelecimento de perfis do egresso ou competências, estando em consonância com os pressupostos pedagógicos apresentados previamente. (SANTOS, 2010)

Há mais de duas décadas as escolas brasileiras vem implementando mudanças curriculares utilizando metodologias inovadoras como a

aprendizagem baseada em problemas (APB ou PBL, do inglês Problem Based Learning) e a problematização. A escola e a sua gestão, a partir das DCN, passaram a adotar uma proposta curricular que contemple um currículo baseado em competências. Currículos por competência, centrados no perfil do egresso ou ainda em papéis sociais a serem desempenhados pelo profissional em formação, são estruturados para os resultados a serem obtidos ao final do programa educacional ou de treinamento. O enfoque é dado ao que tem que ser aprendido pelo educando e não ao que tem que ser ensinado.

A organização e o fluxo do aprendizado dependem de uma relação não hierárquica estabelecida entre o professor e o aprendiz, que assume papel preponderante na definição dos conteúdos. Os encontros educacionais são centrados na aplicação do conhecimento, em contraposição à sua simples aquisição. O sistema de avaliação enfatiza a avaliação formativa em detrimento da somativa (ARAÚJO, 2007; SANTOS, 2010).

A construção de currículos ou programas educacionais orientados por competência seleciona conteúdos legítimos que possam ser mobilizados em situações práticas de aprendizado. As práticas educacionais procuram refletir a vida profissional, considerando as múltiplas dimensões de seu exercício junto à sociedade. A proposta é trazer à prática e o desenvolvimento da identidade profissional para o centro das atividades de aprendizado, preocupando-se com a identificação e adequação de processos que conduzam aos resultados previamente estabelecidos. O modelo não rejeita a organização disciplinar prevista no currículo tradicional, mas estabelece competências que são desenvolvidas no âmbito de diversas disciplinas ou nas diversas relações existentes entre elas. Enfocar competências não libera o currículo de pensar sobre o conhecimento, sobre a sua assimilação e incorporação no cotidiano da vida acadêmica. Mas propõe integrá-lo ao processo de formação do estudante de forma inovadora, criativa, instigante, crítica e reflexiva. Os elementos da educação baseada em competências são melhores compreendidos quando contrastados com os elementos do sistema educacional tradicional baseados em processos. O quadro 1 apresenta uma comparação entre programas educacionais baseados em processos e baseados em competências. (CARRACCIO et al., 2002; SANTOS, 2010)

Quadro 1 – Comparação entre programas educacionais baseados em processos e baseados em competências.

ELEMENTOS	PROGRAMA EDUCACIONAL	
	Baseado no processo e estrutura	Baseado em competências
Força propulsora do currículo	Conteúdo – aquisição de conhecimento	Resultados – aplicação do conhecimento
Força condutora do processo	Professor	Aluno
Forma de organização e fluxo do aprendizado	Hierárquica – professor – aprendiz	Não hierárquica – professor ↔ aprendiz
Responsabilidade sobre o conteúdo	Professor	Professor e aprendiz
Objetivo do encontro educacional	Aquisição de conhecimento	Aplicação do conhecimento
Instrumento típico de avaliação	Medida subjetiva única	Múltiplas medidas objetivas (Portfólio de avaliação)
Instrumento de avaliação	Por representação teórica	Autentico (simula tarefas reais da profissão)
Tipo de avaliação	Normorreferenciada, com ênfase em seu caráter somativo	Critério referenciada, com ênfase em seu caráter formativo.
Momento da avaliação	Ênfase na somativa	Ênfase na formativa
Termino do programa	Tempo fixo	Tempo variável

Nota: Adaptado de Carracio et al, 2002

Ao se organizar um currículo baseado em competências torna-se necessário avaliar qual o perfil do profissional útil para atender às demandas de uma determinada atividade. Em termos da formação em saúde no Brasil, Araújo (2007) elaborou pressupostos pedagógicos, tendo como ponto de partida as Diretrizes Curriculares para o curso de graduação na área, os princípios do SUS e a Reforma Sanitária, abrangendo os seguintes aspectos:

- a) *objetivos educacionais estabelecidos com base nas competências* — a elaboração dos objetivos educacionais fundamenta-se nas competências requeridas nas situações concretas de trabalho;
- b) *competências relacionadas com o processo de trabalho* — enfocam-se não só suas dimensões técnicas, mas também sócio-políticas, culturais, econômicas, histórico-geográficas etc.;
- c) *utilização de definição ampla de competências* — estas não devem ser reduzidas a desempenhos observáveis, incluindo-se em sua concepção valores, conhecimentos e habilidades;



- d) *desenho curricular modular* — a formação baseada em competências está estreitamente relacionada com o sistema de módulos, que possibilita a organização do currículo em unidades relacionadas com um conhecimento ou habilidade precisa;
- e) *ensino centrado na relação dialógica professor-aluno* — o trabalho educativo se realiza por meio dos grupos de discussão, em que alunos e professores funcionam como interlocutores ativos, numa relação social igualitária;
- f) *criação de espaços multi-referenciais de aprendizagem* — reconhecendo a complexidade e a heterogeneidade das situações educativas<sup>19</sup>, adota-se como perspectiva epistemológica uma leitura múltipla de tais objetos, mediante a conjugação de várias correntes teóricas;
- g) *formação orientada para problemas mais relevantes da prática* — definem-se os conteúdos essenciais em bases epidemiológicas, adequando-se o ensino à realidade local de saúde;
- h) *processo de avaliação amplo e abrangente* — devem-se utilizar os diversos tipos de avaliação (diagnóstica, formativa e somativa), levando-se em conta aspectos cognitivos, afetivos e psicomotores. A avaliação não deve ter apenas como objeto os alunos, mas também professores e práticas educativas;
- i) *pesquisa integrada ao ensino* — estimula-se que a pesquisa se faça com base nas questões levantadas pela prática educacional;
- j) *conhecimento estruturado de acordo com pensamento interdisciplinar* — desse modo, possibilita-se sua organização de modo a se oferecer uma visão mais ampla e integrada dos fenômenos estudados;
- k) *reconhecimento dos saberes dos alunos* — dá-se validade aos diversos conhecimentos por eles adquiridos, independentes de sua fonte: sistema educacional formal, sistema de formação profissional ou na experiência profissional;
- l) *tarefas relacionadas com solução de problemas* — propõem-se tarefas relacionadas com problemas envolvidos na prática profissional, de modo que os alunos sejam estimulados a propor e executar ações resolutivas.

A elaboração de um currículo baseado em competências envolve quatro passos fundamentais: 1) a identificação da competência, 2) determinação dos componentes da competência e definição dos níveis de

desempenho, 3) avaliação das competências identificadas e 4) avaliação global do processo. (CARRACCIO et al., 2002; SANTOS, 2010)

A etapa de identificação de competências (etapa 1) vem de consensos de especialistas no assunto, análise de tarefas cotidianas, pesquisa de situações observadas por clínicos experientes que demonstrem a boa ou a má prática clínica, entrevistas sobre eventos onde o comportamento foi compatível com as características de um bom médico e de pesquisas entre os profissionais da área. Este passo deve receber mais atenção que todos os outros dentro do processo de construção curricular.

A determinação dos componentes da competência e definição dos níveis de desempenho (etapa 2) inclui tarefas que sequencialmente ou em somatória demonstrem a competência, chamadas de limites ou indicadores de desempenho, devendo ser mensuráveis e agregar ganhos progressivos. O educador deve determinar por quais métodos a competência será abordada, através de aulas, discussões em pequenos grupos ou utilizando outras vias de informação tecnológica, além de estabelecer claramente qual o desempenho esperado.

O terceiro passo determina como será a avaliação, dando-se preferência a medidas critério-referenciadas, integrando múltiplos instrumentos devidamente ajustados aos domínios da aprendizagem, com múltiplos avaliadores e sob diversos cenários. Um bom programa de avaliação irá promover aprendizado através de uma avaliação formativa e a prática de feedback efetivo, tempestivo e qualificado.

O quarto corresponde a validação de todo processo, através de uma análise dos resultados das avaliações, com feedback para avaliadores, equipe de elaboração de testes, comissão de avaliação e outros seguimentos da instituição responsáveis pelo programa educacional (CARRACCIO et al., 2002; SANTOS, 2010).

Um currículo montado com objetivos nos resultados, requer que os desempenhos de cada fase sejam claramente postulados, explicados e

comunicados a todos os interessados, professores, estudantes e outras pessoas que participem do serviços de saúde; que as decisões sobre o currículo, incluindo conteúdo, estratégia educacional, métodos de ensino e avaliação, devam ser baseadas em um consenso sobre os resultados da aprendizagem; e que deva existir uma visão coletiva que reflita o comprometimento com o sucesso do estudante, que deve ser demonstrado antes da sua saída do programa de treinamento (HARDEN; LAIDLAW, 2012).

Em 2009, pesquisadores dedicados ao assunto provenientes de vários países, deram início ao International Competency-Based Medical Education Collaborators, com o intuito de discutir um consenso sobre o educação baseada em competências dentro da área médica, e fizeram uma análise racional dos benefícios da adoção deste tipo de aproximação à educação médica:

- 1) O foco nos resultados vem garantir que o graduado esteja preparado para a prática e por isso os currículos devem estar fortemente ligados a conteúdos que contribuam para o progresso do aluno; todas as habilidades devem estar presentes, não sendo admissível que a falta domínio de umas seja compensada pelo domínio em outras;
- 2) A ênfase nas habilidades dos alunos devem ser derivadas das necessidades daqueles servidos pelos graduados, e os objetivos educacionais organizados de uma forma hierarquizada e integrada;
- 3) A grande ênfase na progressão das habilidades e nas medidas de performance, torna os currículos mais flexíveis em relação ao tempo.
- 4) O aprendizado centrado no aluno encoraja os aprendizes a terem responsabilidade pelo seu progresso e desenvolvimento pelo mapeamento passo a passo em direção à competência (FRANK et al., 2010).

Modelos educacionais baseados em resultados especificam quais objetivos se espera alcançar, mas não a maneira como os currículos vão ser desenvolvidos. Educação médica baseada em competências não exige qualquer estratégia particular de ensino ou filosofia, e muitos modelos

curriculares, como a aprendizagem baseada em problemas e o ensino baseado em casos, podem continuar dentro deste tipo de metodologia. No entanto, há algumas abordagens filosóficas que estão implícitas nas demandas para alcançar as competências desejadas: centralização no aluno, engajamento ativo, flexibilização no design, desenvolvimento espiral de conceitos, conhecimento e habilidades, e alinhamento construtivo de atividades de aprendizagem com avaliações. (HARRIS et al, 2010)

Nos currículos por competência, a elaboração de um sistema de avaliação é uma tarefa difícil e complexa em função da natureza multidimensional da competência profissional. Nenhum método isolado é capaz de avaliar adequadamente a aquisição de determinada competência. Isto nos remete à necessidade de definir um conjunto de abordagens, integradas a um sistema de avaliação, apropriadamente articulado ao programa educacional. Adotar o modelo de competências suscita a necessidade de novas tecnologias tanto no que diz respeito ao ensinar, como também nas ferramentas de avaliação. (FRANK et al., 2010; SANTOS, 2010)

### 2.3 Métodos de avaliação do Profissionalismo

*“Remember, we can't change what we don't measure...”<sup>2</sup>  
(Cohen, 2005)*

A habilidade de avaliar o profissionalismo médico de forma adequada permite detectar e descartar estudantes e médicos com desvios extremos de comportamento. Permite fornecer feedback formativo dentro do processo educacional. Permite que sejam recompensados aqueles médicos que se mostram mais altruístas, humanos e compassivos. Fornece dados sobre o cuidado com o paciente como um indicador de qualidade na saúde. Além de obviamente detectar as mudanças necessárias advindas das intervenções educacionais. Por isso não só pacientes e o público em geral se preocupam com o tema, mas também professores e os próprios médicos, pois os maus

---

<sup>2</sup> “Lembre-se, não podemos mudar o que não avaliamos...”

comportamentos se refletem diretamente sobre a profissão e sobre as escolas médicas.

Entretanto, como afirma Stern (2006) não tem sido fácil medir qualidades como excelência (conhecimentos e habilidades somados ao comprometimento com exceder os padrões comuns), humanismo (respeito, compaixão, empatia, honra e integridade), confiabilidade (respeito a necessidades dos pacientes, do sistema de saúde, comunidade e da profissão) e altruísmo (capacidade guiar-se pelos interesses dos pacientes e não seus próprios interesses). Primeiro porque são difíceis as oportunidades de observar comportamentos profissionais no dia a dia; segundo porque é difícil desenvolver métodos que descrevam e capturem esses comportamentos; e terceiro porque uma única avaliação não pode ser tomada como um padrão bom ou ruim acerca do profissionalismo.

Duffy et al. (2004) e Stern (2006) destacam que os conteúdos atitudinais são melhores apreendidos no momento em que são praticados. Os valores são interiorizados quando se toma posição diante de um determinado fato, de uma pessoa ou situação ou diante de si mesmo; as atitudes são desenvolvidas quando se pensa, sente e atua de certa forma frente a um objeto concreto alvo de tal atitude; as normas são assimiladas quando, refletida ou irrefletidamente, seguem-se as regras estabelecidas em determinado contexto ou grupo social. Então as avaliações devem acontecer num contexto mais realista possível, envolver um conflito e a resolução deste e devem ser transparente e simétricas quanto ao nível que são aplicadas.

A escolha do método ou da metodologia de avaliação recai na análise criteriosa de cada instrumento quanto aos critérios de validade e confiabilidade e a programação deve combinar as competências a serem aprendidas com os formatos a serem usados. Para exemplificar, um teste de questões tipo múltipla escolha pode ser válido para avaliar conhecimento, mas pouco válido para avaliar habilidades de comunicação, sendo necessário para tal, um teste mais interativo.

Levando-se em consideração que nenhum método de avaliação do profissionalismo isoladamente é perfeito, a aplicação de um ou outro método

deve ser avaliada em termos de validade, confiabilidade, efeito educacional, viabilidade e aceitabilidade (VLEUTEN; SCHUWIRTH, 2005).

Validade refere-se a uma adequada interpretação dos resultados de um instrumento avaliativo e é medida em termos de categorias relacionadas ao grau como alta, moderada ou baixa. Os quatro domínios que fortemente sustentam a validade de um instrumento são o conteúdo, o construto, a relação entre critério e avaliação e as consequências. A confiabilidade refere-se a consistência da medida de um instrumento e depende de uma análise lógica através de testes estatísticos (NORCINI; MCKINLEY, 2007).

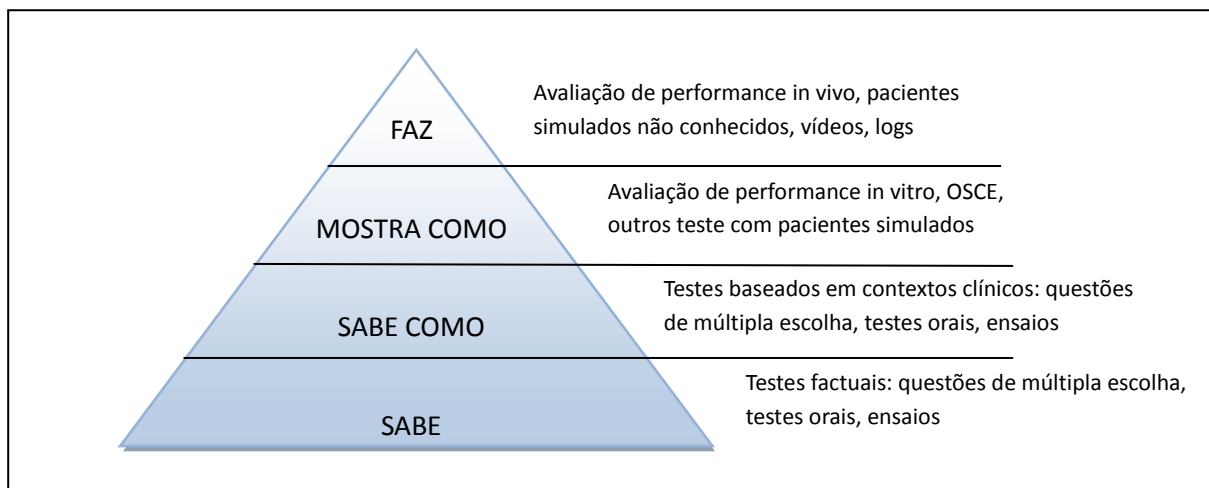
Efeito educacional: A fim de promover aprendizado, um dos requisitos fundamentais da avaliação, um instrumento de avaliação deve ter caráter formativo, indicando que os estudantes devem aprender com seu teste e receber um retorno que possa ajudar na construção do seu conhecimento e desenvolvimento das suas habilidades. Ao mesmo tempo, com o aumento do interesse pela performance dos médicos e as demandas sobre a capacidade em desenvolver as aptidões necessárias para a prática diária, o método de avaliação deve ter uma função somativa. (STERN, 2006; WASS et al, 2001)

A viabilidade é o grau no qual o método selecionado é acessível e eficiente para o propósito do teste, além de ter custos razoáveis. Aceitabilidade é a extensão nos quais as partes interessadas no processo (faculdade, estudantes, médicos colaboradores, pacientes) concordam com a medida e interpretação dos resultados. (NORCINI; MCKINLEY, 2007)

Entendendo que o processo de aquisição de competência clínica é progressivo e se constrói sobre a base das habilidades clínicas, do conhecimento científico e do desenvolvimento moral, Wass et al (2001) descrevem os modelos de avaliação que se aplicam mais adequadamente tomando como base a pirâmide de aprendizado descrita por Miller (1990) (Figura 1). Neste modelo, o processo avaliativo deve ocorrer sobre quatro domínios: 1) o “saber”, como base da pirâmide, se referindo ao lembrar de fatos, princípios e teorias; 2) o “saber como” no próximo nível, que envolve a habilidade de resolver problemas, analisar exames e descrever procedimentos; 3) o “mostrar como” onde o aluno é chamado a demonstrar o

que é feito diante do paciente; e 4) o “faz”, referindo-se às observações da prática real. Para cada um destes níveis foram associados métodos de avaliação que pudessem oferecer maior validade e confiabilidade nos resultados. (EPSTEIN; HUNDERT, 2002; WASS et al., 2001)

Figura 1 – Pirâmide de Miller



Fonte: Adaptado de Wass et al, 2001)

As avaliações de estudantes nos seus primeiros anos do curso tendem a se concentrar nos dois níveis inferiores da pirâmide, onde os conhecimentos factuais e o conhecimento para solução de problemas e tomada de decisão são os mais importantes. As questões de múltipla escolha são as mais comumente usadas, tem alta confiabilidade e boa validade quando o objetivo é avaliar conhecimento factual. Testes orais e ensaios são também úteis como ferramentas nestes dois níveis.

No próximo nível, o aluno deve demonstrar o que é feito diante do paciente, num exame que envolve pacientes simulados ou outras formas de simulação, em um ambiente controlado. Os tradicionais casos longos e curtos e o exame clínico objetivo estruturado (OSCE) representam as formas mais utilizadas com a confiabilidade e validade dependentes do número de casos. No nível mais alto da pirâmide, onde o aluno é avaliado durante uma performance real no ambiente hospitalar ou no consultório é que repousam os maiores desafios da avaliação do profissionalismo médico.

Nos últimos dez anos, vários estudos (PASSI et al., 2010; WILKINSON et al., 2009; JHA, 2007; VELOSKI, 2005; LYNCH, 2004; ARNOLD; 2002; EPSTEIN; HUNDERT, 2002) foram realizados com intuito de rever os diferentes métodos de avaliação com foco no profissionalismo.

Passi et al (2010) revisaram 37 artigos sobre avaliação do profissionalismo entre janeiro de 1998 e outubro de 2008 e identificaram 13 modelos de instrumentos sejam eles: a avaliação pelos pares (9), observação direta (5), avaliação de pacientes (4), OSCE (3), avaliação com paciente padronizado (3) , auto avaliação (3), portfólios (2), exercícios em grupo (2), mini exercício de avaliação do profissionalismo (P-MEX) (1), gravação de atendimentos (1), análise de vídeo (1), Questões de múltipla escolha, melhor resposta única e julgamento situacional (1).

Arnold (2002) em sua análise sobre o tema, reuniu 170 publicações de 1966 a 2001 e classificou instrumentos para avaliação da competência profissional em 3 grupos:

1. Aqueles que abordam o profissionalismo como parte da competência clínica geral – avaliação inter-pares, avaliação por outros profissionais como colegas, residentes e médicos,
2. Aqueles que avaliaram o comportamento profissional isoladamente – através de pesquisas de grupo e técnicas crítico-incidentais;
3. Aqueles que abordaram elementos do profissionalismo separadamente, tal como o humanismo, auto avaliação, altruísmo, empatia, compaixão, honestidade, integridade – OSCE, relatos de experiência, escalas de comportamento, auto avaliação, auto reflexão, auto regulação, inventario sobre personalidade e testes de raciocínio moral.

Epstein e Hundert (2002) identificou 3 instrumentos mais comumente usados na avaliação do profissionalismo dos estudantes, descritos através da análise de 124 publicações: avaliação subjetiva sob supervisão de clínicos; questões de múltipla escolha e solução de problemas abstratos; e avaliação utilizando pacientes padronizados em exame físico, habilidades técnicas e de comunicação.

Wilkinson et al. (2009) realizou uma revisão de literatura entre 1996-2007 com intuito de definir profissionalismo e correlacionar elementos do



profissionalismo com as ferramentas disponíveis para avaliação destes componentes. As definições e interpretações acerca do profissionalismo pode ser vista no Quadro 2. A tabela 2 mostra o propósito para os quais as ferramentas foram utilizadas e os exemplos de instrumentos que mais se adaptaram ao processo avaliativo.

Quadro 2. Classificação de temas e subtemas, extraídos das definições e interpretações de profissionalismo.

DIMENSÃO	DESCRITORES
<b>Aderência a princípios éticos (incluindo mas não restrito a)</b>	Honestidade/Integridade <i>Confidencialidade</i> <i>Juízo moral</i> <i>Respeito a prerrogativas e códigos de conduta</i>
<b>Interações efetivas com pacientes e com pessoas importantes para eles (incluindo mas não restrito a)</b>	Respeito à diversidade/ individualidade Polidez / Cortesia/ Paciência Empatia / Compaixão ao cuidar / harmonização Maneiras / Comportamento Inclusão do paciente na tomada de decisão Manutenção dos limites profissionais Equilíbrio na disponibilidade para com o outro e o cuidado consigo
<b>Interações efetivas com outras pessoas que trabalham no sistema de saúde (incluindo mas não restrito a)</b>	Trabalho em equipe Respeito à diversidade/ individualidade Polidez / Cortesia/ Paciência Empatia / Compaixão ao cuidar / harmonização Maneiras / Comportamento Inclusão do paciente na tomada de decisão Manutenção dos limites profissionais Equilíbrio na disponibilidade para com o outro e o cuidado consigo
<b>Confiabilidade (incluindo mas não restrito a)</b>	Responsabilidade / conclusão de tarefas Pontualidade Assumir compromissos Organização
<b>Compromisso com sua autonomia e educação permanente</b> <i>Pessoal (incluindo mas não restrito a)</i>	Reflexão, autoestima e auto-avaliação Busca e resposta a feedback. Resposta aos erros. Reconhecimento de limites Aprendizagem ao longo da vida ( <i>lifelong learning</i> ) Capacidade de lidar com incertezas
<b>Com os outros (incluindo mas não restrito a)</b>	Oferta de feedback / ensino Gestão de pessoas Liderança
<b>Com os Sistemas (incluindo mas não restrito a)</b>	Oferta de suporte / defesa dos interesses do paciente Busca e resposta a resultados de avaliações institucionais Conhecimento de avanços (tecnológicos, terapêuticos, legais, etc)

Fonte: Modificado de Wilkinson et al. (2009)

Tabela 2 – Plano de Avaliação de Profissionalismo

Temas e subtemas	Avaliação em ambiente clínico	Opinião de colegas	Gravação de conduta antiprofissional	Simulação	Testes escritos em situações clínicas	Opinião de pacientes	Escala de auto-avaliação
<b>Aderência a princípios éticos</b>	•	•	•	•	•	•	•
<i>Honestidade/Integridade</i>		•	•			•	

<i>Confidencialidade</i>	•	•	•	•		•	
<i>Juízo moral</i>				•	•		
<i>Respeito a prerrogativas e códigos de conduta</i>	•	•	•	•		•	•
<b>Interações efetivas com pacientes e com pessoas importantes para eles)</b>	•	•	•	•		•	•
<i>Respeito à diversidade/ individualidade</i>						•	•
<i>Polidez / Cortesia/ Paciência</i>						•	
<i>Empatia / Compaixão ao cuidar / harmonização</i>	•					•	
<i>Maneiras / Comportamento</i>			•			•	
<i>Inclusão do paciente na tomada de decisão</i>	•	•		•		•	
<i>Manutenção dos limites profissionais</i>	•						
<i>Equilíbrio na disponibilidade para com o outro e o cuidado consigo</i>							
<b>Interações efetivas com outras pessoas que trabalham no sistema de saúde</b>	•	•	•	•			•
<i>Trabalho em equipe</i>		•	•	•			
<i>Respeito à diversidade/ individualidade</i>	•	•	•				•
<i>Polidez / Cortesia/ Paciência</i>		•	•				
<i>Empatia / Compaixão ao cuidar / harmonização</i>							
<i>Maneiras / Comportamento</i>	•	•	•				
<i>Inclusão do paciente na tomada de decisão</i>			•				
<i>Manutenção dos limites profissionais</i>	•		•				
<i>Equilíbrio na disponibilidade para com o outro e o cuidado consigo</i>							
<b>Confiabilidade</b>	•	•	•			•	•
<i>Responsabilidade / conclusão de tarefas</i>	•	•	•				•
<i>Pontualidade/manjo do tempo/organização</i>	•	•					
<i>Assumir compromissos</i>		•	•			•	•
<b>Compromisso com sua autonomia e educação permanente</b>							
<b>Pessoal</b>	•	•	•				•
<i>Reflexão, autoestima e auto-avaliação</i>			•				•
<i>Busca e resposta a feedback. Resposta aos erros. Reconhecimento de limites</i>	•	•	•				•
<i>Aprendizagem ao longo da vida (lifelong learning)</i>							
<i>Capacidade de lidar com incertezas</i>							
<b>Com os outros</b>		•					
<i>Oferta de feedback / ensino</i>		•					
<i>Gestão de pessoas</i>		•					
<i>Liderança</i>		•					
<b>Com os Sistemas</b>							
<i>Oferta de suporte / defesa dos interesses do paciente</i>							
<i>Busca e resposta a resultados de avaliações institucionais</i>							
<i>Conhecimento de avanços (tecnológicos, terapêuticos, legais, etc)</i>							

(Fonte: Modificado de Wilkinson et al, 2009)

Nestes estudos, assim como outros onde o tema foi avaliado (LYNCH, 2004; VELOSKI, 2005; JHA, 2007), conclui-se que a despeito de um número crescente de instrumentos para avaliação do profissionalismo, nenhum deles isoladamente foi capaz de medir adequadamente todos os aspectos do profissionalismo, sendo necessária uma aproximação multidimensional utilizando instrumentos variados que permeiem todo o currículo, com propósitos formativos e somativos.

Avaliações realizadas em ambiente de trabalho são importantes, a partir do momento que permitem uma avaliação sistemática do profissionalismo usando diferentes ambientes clínicos.

Considerando a complexidade do tema, torna-se necessário descrever alguns instrumentos que segundo vários autores seriam os mais adequados quando usados sobre determinados temas do profissionalismo, bem como sobre suas características psicométricas.

### 2.3.1 Ética, leis e profissionalismo

Um entendimento dos princípios éticos e das leis relacionadas à prática da medicina é componente fundamental do profissionalismo médico. É importante que um profissional competente não somente entenda sobre o assunto, mas seja capaz de demonstrar sua habilidade de negociar dilemas.

A observação na prática diária seria a maneira mais adequada de se avaliar o desenvolvimento destas habilidades, mas a baixa frequência dos casos levaria a necessidade de um tempo muito longo de observação. Exames escritos tem sido comumente usados com esta finalidade, demonstrando boa confiabilidade nos seus resultados. A confiabilidade neste caso está muito relacionada ao propósito da avaliação, ao número de assuntos (ou domínios) a serem avaliados e ao número de questões a serem construídas. Questões baseadas em casos clínicos são as que proporcionam uma abordagem mais realista, mas são conteúdos específicas e um número tão grande como 7 a 10 questões para cada assunto seriam necessárias para uma avaliação somativa de alto nível. A validade é excelente, desde que os casos sejam construídos por especialistas na área (KAO, 2006).

Outro método de avaliação sobre ética que se aproxima mais do contexto no mundo real é o exame clínico objetivo estruturado (OSCE), que apesar da baixa confiabilidade dos seus resultados, visto que um número economicamente inviável de estações seriam necessárias para se conseguir uma avaliação em alto nível, são muito úteis para um feedback formativo e fornece aos estudantes uma boa oportunidade de experimentar decisões éticas em ambiente controlado (EPSTEIN; HUNDERT, 2002; KAO, 2006)

Wilkinson et al. (2009) ainda descreve outros métodos úteis para avaliação nesta área como a gravação de incidentes críticos, relatos de colegas, opinião de pacientes e escalas auto-administráveis.

### 2.3.2 Avaliação da Comunicação

Colher história, educar o paciente, desenvolver pactos e manejar a doença são atributos que fazem parte do trabalho médico. Valores fundamentais como compaixão, responsabilidade e integridade são demonstráveis através da comunicação.

Os elementos da comunicação podem ser divididos em 4 modalidades segundo Klamen & Williams, 2006):

- a) O falar: a maneira que o profissional fala afeta diretamente a capacidade de se comunicar efetivamente e é influenciada pelo tom e volume da voz.
- b) O ouvir: comunicação se faz através da adequada capacidade de falar combinada a adequada capacidade de ouvir. Um ambiente tranquilo, sem distrações, com um ouvinte calmo e motivado e com um interlocutor que usa uma linguagem adequada ao entendimento de quem vai receber as informações, são fundamentais no estabelecimento da comunicação.
- c) A comunicação não verbal: gestos, expressões faciais e postura corporal fornecem uma série de informações críticas sobre a linguagem. A postura corporal contabiliza cerca de 55% do impacto de quem fala sobre quem está falando. Os pacientes são capazes de inferir se o médico está cansado, distraído ou escutando atentamente o que está sendo falado. Do mesmo modo, médicos podem se aproveitar do modo como o paciente se comporta, se há uma postura aberta ao que está sendo comunicado, se está escutando atentamente o que está sendo falado, para saber mais sobre eles.
- d) A escrita: importante no convívio diário com a equipe de trabalho, bem como na compreensão do tratamento prescrito ao paciente, esta modalidade está intimamente relacionada com a continuidade dos cuidados com o paciente além do tempo e local onde inicialmente foram feitos.

Ao se intencionar medir habilidades de comunicação, estes quatro domínios devem ser avaliados e muitos programas e métodos de avaliação

tem primado pela comunicação com o paciente e familiares, enquanto poucos têm envolvido a comunicação com outros profissionais da área de saúde.

O grupo que se reuniu para construir o Consenso de Kalamazoo, identificou sete pontos essenciais nas tarefas de comunicação: (1) construir a relação médico-paciente, (2) abrir a discussão, (3) reunir informações, (4) entender a perspectiva do paciente; (5) compartilhar informações; (6) chegar a acordo sobre problemas e planos, e (7) fornecer fechamento. (MAKOUL, 2001).

Outros elementos além dos descritos podem ser importantes na comunicação médico-paciente como empatia, persuasão, confiança, auto controle, principalmente em assuntos que envolvam comunicação de más notícias, confidencialidade, obtenção de consentimento informado, tomada de dados muito pessoais ou sensíveis durante a história.

A melhor maneira de se avaliar um estudante quanto as suas habilidades de comunicação seria pela observação direta do seu comportamento em ambientes reais de prática. Para isso, um grande número de situações clínicas, geralmente mais de 30, seriam necessárias para se obter uma avaliação mais confiável desta competência. Para fornecer feedback sobre o desempenho em tarefas específicas durante um encontro clínico, educadores desenvolveram checklists ligados aos componentes do comportamento sobre os quais o estudante deve praticar, a fim de desenvolver a competência em lidar com uma determinada situação clínica. O resultado obtido no checklist pode ainda ser para graduar o candidato em níveis de competência. (KLAMEN; WILLIAMS, 2006)

A *American Board of Internal Medicine* (ABIM) introduziu o Mini-CEX (Norcini et al., 2003) para avaliar habilidades clínicas, incluindo a comunicação e as relações interpessoais, em uma tentativa de melhorar o desempenho psicométrico de uma observação detalhada única. O Mini-CEX é um método para, simultaneamente, avaliar as habilidades clínicas de estagiários e oferecer-lhes feedback sobre o seu desempenho. É uma simples modificação do exame oral a beira do leito tradicional, contando com o uso de pacientes reais e do julgamento de educadores clínicos qualificados. No mini-CEX, um único docente observa o estagiário interagir com um paciente em um

determinado de cenário, incluindo o hospital, ambulatório ou emergência. O aluno realiza uma história direcionada e o exame físico e após o encontro proporciona um diagnóstico e plano de tratamento. A pontuação do docente sobre o desempenho é feita através de um documento estruturado e, em seguida, é fornecido um feedback educacional. Os encontros são destinados a serem relativamente curtos, cerca de 15 minutos, e a ocorrer como parte de uma rotina do programa de treinamento. Cada aluno deve ser avaliado em várias ocasiões diferentes por docentes diferentes, com o intuito de aumentar a validade e confiabilidade das avaliações. (NORCINI, 2003a) O formulário desenvolvido pelo autor pode ser visualizado na Figura 2.

Figura 2 – Formulário do Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise)

Evaluator: _____				Date: _____						
Fellow: _____				<input type="radio"/> R=1 <input type="radio"/> R=2 <input type="radio"/> R=3						
<b>Patient Problem/Dx:</b>										
Setting: <input type="radio"/> Ambulatory		<input type="radio"/> In-patient		<input type="radio"/> ED		<input type="radio"/> Other				
Patient:    Age: _____		Sex: _____		<input type="radio"/> New		<input type="radio"/> Follow-up				
Complexity: <input type="radio"/> Low		<input type="radio"/> Moderate		<input type="radio"/> High						
Focus: <input type="radio"/> Data gathering		<input type="radio"/> Diagnosis		<input type="radio"/> Therapy		<input type="radio"/> Counseling				
1. Medical interviewing skills ( <input type="radio"/> Not observed)										
1	2	3		4	5	6		7	8	9
Unsatisfactory				Satisfactory				Superior		
2. Physical examination skills ( <input type="radio"/> Not observed)										
1	2	3		4	5	6		7	8	9
Unsatisfactory				Satisfactory				Superior		
3. Humanistic qualities/professionalism										
1	2	3		4	5	6		7	8	9
Unsatisfactory				Satisfactory				Superior		
4. Clinical judgment ( <input type="radio"/> Not observed)										
1	2	3		4	5	6		7	8	9
Unsatisfactory				Satisfactory				Superior		
5. Counseling skills ( <input type="radio"/> Not observed)										
1	2	3		4	5	6		7	8	9
Unsatisfactory				Satisfactory				Superior		
6. Organization/efficiency ( <input type="radio"/> Not observed)										
1	2	3		4	5	6		7	8	9
Unsatisfactory				Satisfactory				Superior		
Overall clinical competence ( <input type="radio"/> Not observed)										
1	2	3		4	5	6		7	8	9
Unsatisfactory				Satisfactory				Superior		
Mini-CEX time:    Observing: _____ Min				Providing feedback: _____ Min						
Evaluator satisfaction with mini-CEX										
Low	1	2	3	4	5	6	7	8	9	High
Resident satisfaction with mini-CEX										
Low	1	2	3	4	5	6	7	8	9	High
Comments:										
Resident signature _____						Evaluator signature _____				

( Fonte: Norcini et al., 2003)

A utilização de pacientes simulados (SP) tem sido uma outra boa maneira de avaliar habilidades de comunicação e a mais difundida. Este método tem a vantagem de ser reproduzível, reduzindo a variabilidade dos casos e permitindo a comparação entre os alunos.

O Exame Clínico Objetivo Estruturado foi primeiramente descrito por Harden et al (1975) e foi desenhado para avaliar habilidades clínicas e competência em estudantes ao final da graduação. Envolveu uma série de 16 estações, com duração de 5 minutos utilizando pacientes reais e simulados para testar a habilidade dos estudantes na coleta de história clínica e exame físico. Os estudantes se deslocavam entre as estações permitindo a avaliação por 16 examinadores diferentes. Suas avaliações eram globais. Com a evolução do método as estações passaram a ser detalhadamente construídas, geralmente por uma equipe de educadores e os objetivos de cada uma delas descrito em *checklists*, que são usados pelos avaliadores. O uso de pacientes simulados requer um treinamento prévio, com informações precisas sobre suas performances durante a avaliação. Os resultados demonstraram boa aplicabilidade tanto com objetivos formativos quanto somativos e tem sido adotado como um método regular de avaliação de alunos tanto dentro dos cursos da área de saúde, como por entidades que fazem certificação profissional. (BLANK et al., 2003; RUSHFORTH, 2007; SWING, 2007; TURNER; DANKOSKI, 2008)

Pacientes simulados podem ser facilmente treinados em seus papéis e até mesmo para fazer avaliação dos estudantes com alta fidedignidade, sendo muitas vezes indistinguível da empatia suscitada por ele ou por um paciente real. O paciente simulado pode ser um avaliador criterioso, podendo ter uma alta taxa de concordância com outros avaliadores (TAMBLIM et al, 1991; PANGARO et al., 1997 apud KLAMEN & WILLIAMS, 2006). Cooper e Mira (1998), entretanto, encontraram que as habilidades enfatizadas pelos SP, não refletiam os aspectos enfatizados pelos professores médicos.

Exames com SP apresentam boa confiabilidade, principalmente em avaliações do tipo suficiente e insuficiente. Aumentar o número de estações e o número de avaliadores associada a diminuição das diferenças entre avaliadores, permite um aumento na confiabilidade. Quanto a validade, o uso

de pacientes padronizados tem demonstrado que o desempenho aumenta com o treinamento e que a avaliação global do desempenho é melhor do que a avaliação única pelo checklist. O uso de um paciente simulado não anunciado tem favorecido a observação da qualidade do atendimento, bem como o impacto da educação médica no comportamento do aluno, em ambientes reais de prática. Fatores como gênero, etnia, sequência dos casos ou dia do exame não parecem influenciar no desempenho dos alunos (KLAMEN; WILLIAMS, 2006; TURNER; DANKOSKI, 2008)

A habilidade de comunicação com outros profissionais ainda carece de maiores estudos, dada a importância do assunto no que se refere ao trabalho em equipe e efetividade do sistema de saúde. Estudos realizados na área de anestesiologia e emergência foram pioneiros em identificar uma lista de competências relacionadas a efetividade da comunicação com o grupo de trabalho. Comunicar-se clara e precisamente, usar terminologias comumente aceitas, certificar-se sobre o entendimento e significado de dados, promover a troca aberta de informações, verificação cruzada de informações, não interferir sobre as responsabilidades de outros em períodos de transição e comunicar decisões e ações à equipe são citados como recursos fundamentais para o estabelecimento de uma boa comunicação com a equipe de trabalho. Segundo a ACGME o melhor método de avaliação para essa área da comunicação seria o feedback de múltiplas fontes ou avaliação 360°, onde médicos consultores, enfermeiros e outros profissionais ligados aos serviços médicos, incluindo aqueles de áreas administrativas, se reúnem para fornecer uma visão sobre o desempenho do estudante dentro do ambiente de trabalho. (GREEN et al., 2009; KLAMEN; WILLIAMS, 2006; WILKINSON et al., 2009)

### **2.3.3 Empatia, capacidade de trabalhar em grupo e aprendizado contínuo**

Há pelo menos três elementos reconhecidamente importantes no desenvolvimento de profissionalismo: empatia, capacidade de trabalhar em grupo e aprendizado contínuo.

Várias organizações como a ABIM (American Board of Internal Medicine), o ACGME (Accreditation Council on Graduate Medical Education) e a AMMC (Association of American Medical Colleges) tem usado tanto escalas



globais de avaliação de profissionalismo como escalas multipontuais, sendo que as últimas parecem ser mais vantajosas já que podem fornecer informações mais completas por conterem grande quantidade de itens na sua construção, além de poder estratificar os itens em altos e baixos escores. (VELOSKI; HOJAT, 2006).

Arnold et al (1998) deram um primeiro passo em direção a construção de um instrumento mais amplo de avaliação do profissionalismo e desenvolveram uma escala com 14 itens envolvendo três fatores ligados ao tema, baseados nos conceitos da ABIM: excelência, honra/integridade e altruísmo/respeito. Os resultados mostraram boa confiabilidade e foi sugerido que uma pormenorização dos fatores poderiam conferir maior validade ao instrumento.

Colares & Troncon (2002) desenvolveram um instrumento composto por 52 itens para medida de atitudes de estudantes de Medicina baseados em seis aspectos, considerados relevantes para o exercício profissional da medicina: a) assistência primária à saúde; b) aspectos psicológicos e emocionais envolvidos nas doenças; c) aspectos éticos no exercício profissional; d) doença mental; e) morte; f) pesquisa científica. A escala mostrou alta confiabilidade no levantamento de tendências atitudinais entre os alunos avaliados (alfa de Cronbach = 0.86) .

Outra escala de avaliação produzida por Miranda et al (2009) abordou as atitudes relacionadas aos aspectos sociais da profissão médica, tal como a importância da ambiência física e social, reconhecimento e compreensão de crenças, ética (profissional e acadêmica) e conhecimento, com boa confiabilidade e validade.

A escala PPOS (Patient- -Practitioner Orientation Scale) tem o objetivo de avaliar o que os estudantes pensam a respeito do papel do médico em relação à atitude centrada no paciente ou na doença. A escala consta de 18 itens referentes à relação médico-paciente, nove deles relacionados ao compartilhar e nove relacionados ao cuidar. Os itens relacionados ao compartilhar (subescala “poder”) refletem o quanto os indivíduos que responderam acreditam que o paciente deseja informação e deve participar do processo de decisão; já os itens relacionados ao cuidar (subescala “cuidado”)

refletem o quanto se acredita que as expectativas, sentimentos e circunstâncias da vida do paciente interferem no processo de tratamento. Este instrumento tem sido largamente utilizado nas pesquisas por apresentar boa confiabilidade e validade. (PEIXOTO et al, 2011; STREET et al, 2003; TSIMTSIOU et al., 2007)

Instrumentos específicos como as escalas de Jefferson para avaliar empatia, capacidade de trabalhar em grupo e capacidade de manter aprendizado contínuo apresentam também boa validade e confiabilidade com boa correlação entre si, fornecendo importantes informações acerca do desenvolvimento destas habilidades entre os alunos. O uso conjunto dos instrumentos aumentam a validade do processo avaliativo. (VELOSKI; HOJAT, 2006)

#### **2.3.4 Observação direta do comportamento profissional**

A observação direta do comportamento dos estudantes em ambiente de trabalho pode ser totalmente efetiva como avaliação, a partir do momento que incorpora a opinião de muitos peritos através de múltiplas situações, é realizada em ambiente real e os conflitos emergem naturalmente no ambiente educacional, podendo ser totalmente transparentes, quando os estudantes sabem como e sob quais condições serão avaliados e recebem *feedback* imediato.

Observações das atitudes dos alunos fazem parte das atividades de docentes e outros profissionais. As avaliações destas observações podem ocorrer num encontro único, como no caso do Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise), já descrito anteriormente neste trabalho (pag 45), onde uma performance específica é avaliada e o estudante é pontuado, recebendo *feedback* imediato. Podem ser feitas sobre as impressões formadas a partir da observação rotineira em um determinado período de tempo, sendo o estudante pontuado ao final de um estágio, como na escala desenvolvida por Davis (1986) e Reisdorff et al (2003). Podem ainda ser realizadas a partir das atitudes

tomadas durante a ocorrência de um determinado comportamento antiprofissional ou incidente crítico.

A técnica de avaliar incidentes críticos consiste numa análise reflexiva sobre uma prática observada e considerada como antiprofissional, sendo capaz de despertar o aprendizado transformativo para determinado comportamento e consequentemente promover mudanças na prática e no desempenho da habilidade. Ela permite uma avaliação individual, observada dentro de um contexto e permite a descrição detalhada do comportamento antiprofissional. Quando as atividades são desenvolvidas em pequenos grupos há maior possibilidade de detecção destes incidentes pela observação direta pelos docentes assim como a abordagem precoce e melhoria no desenvolvimento do aluno. O rastreamento longitudinal de incidentes críticos é também um excelente meio para se monitorizar a eficácia de um programa de remediação. (LUIJK et al, 2000; PAPADAKIS et al, 2001)

Três fatores podem influenciar nos resultados das avaliações realizadas por observação direta: o conflito de papéis, interesses pessoais e a equivalência entre as tarefas. Administração das avaliações por outros docentes não envolvidos diretamente no ensino de determinado aluno ou o anonimato, podem ser estratégias para diminuir o conflito de papéis entre avaliadores e educadores, assim como neutralizar possíveis interesses pessoais. O aumento do número de avaliadores e do número de tarefas poderia aumentar a equivalência das avaliações. (STERN, 2006, pag. 147-157)

Há pelo menos cinco passos a serem seguidos no processo de construção destes tipos de avaliação: 1) especificação do propósito; 2) desenvolvimento de critérios de avaliação; 3) treinamento do docente e informação dos estudantes; 4) monitorização do programa; e, 5) a oferta de feedback como rotina. Quando a necessidade de se saber se é possível a progressão do aluno para um próximo estágio, a qualidade e a adequação das ações para aquele determinado momento da avaliação, devem ser levadas em conta. (NORCINI, 2006)

### 2.3.5 Avaliação do Raciocínio Moral e Profissionalismo.

O julgamento moral é tido como componente essencial do comportamento profissional e sua aplicação implica não somente em ter consciência sobre assuntos morais, mas sim ações apropriadas no contexto da educação médica e no cuidado clínico (BALDWIN; SELF, 2006).

Segundo a teoria de Kohlberg, o desenvolvimento moral acontece em 3 níveis: moral pré-convencional, moral convencional e moral pós-convencional. No nível pré-convencional o comportamento é baseado em evitar censuras ou punições e a necessidade individual determina o que deverá ser considerado certo. O nível moral convencional o que é considerado certo é o que é esperado pelas pessoas próximas ou importantes para o indivíduo e ele passa a cumprir acordos que contribuam com o bem-estar do grupo, instituição ou meio social. O nível pós convencional os direitos individuais são enfatizados procurando apoiar com liberdade os direitos de todas as pessoas. No estágio final há um compromisso com princípios éticos universais de justiça, igualdade, autonomia e respeito pela dignidade de todos os seres humanos como indivíduos. O caminho por estes estágios vem da maturidade e segundo o autor são irreversíveis (BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010).

O desenvolvimento moral não parece ser influenciado pela educação profissional, mas sim pela instrução ética e está intimamente ligada a boa performance e competência clínica, como excelência, empatia, respeito, tolerância, abertura e integridade. Sem uma intervenção específica, mudanças significativas não podem ser conseguidas no nível pós-convencional do pensamento. Aulas, discussão de casos, discussão de filmes que mostram dilemas éticos e morais, discussões em grupo sobre problemas morais, aumentam a performance de alunos em testes específicos para avaliar raciocínio moral. O clima moral reinante na instituição tem sido relatado como fator importante no avanço sobre os níveis de raciocínio moral (BALDWIN; SELF, 2006; COSTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2004) Dentre os instrumentos para avaliar juízo moral destacam-se a Entrevista de Juízo Moral (Moral Judgment Interview – MJ) (KOHLBERG, 1984), o SROM (Socialmoral

Reflection Objective Measure) ( GIBBS & WIDAMAN, 1982) e o DIT (Defining Issues Test) 1 e 2 (REST, 1979 apud BALDWIN; SELF, 2006).

O MJI é o mais fiel instrumento para medir o desenvolvimento da moral. Consiste numa entrevista semiestruturada gravada com duração de cerca de 45 minutos, no qual o sujeito é solicitado a resolver três dilemas morais hipotéticos. É um processo complexo, trabalhoso, demorado e caro.

O SROM (Socialmoral Reflections Objective Measure) é uma versão escrita do MJI, com pontuações menos complicadas, podendo ser aplicada a grupos. Assim como no MJI, avalia a geração espontânea de raciocínio moral com justificativas, mais do que o mero reconhecimento ou preferência pessoal sobre determinado dilema. Tem como limitação permitir somente a avaliação dos estágios 1 a 4 da teoria cognitiva de Kohlberg.

O DIT (Defining Issues Test) pode ser administrado a grupos e pontuado através do uso do computador, fazendo deste um teste com alta aplicabilidade. Problemas hipotéticos são apresentados em questões tipo múltipla escolha, onde deve ser selecionado o que é mais importante na solução do problema. É um exame de fácil execução, pontuação e com baixo custo sendo portanto, amplamente usado dentro da avaliação de raciocínio moral, o que lhe conferiu ao longo do tempo grande validade e um grande número de estudos (Baldwin & Self, 2006). Em 1999, o teste foi atualizado com o intuito de trazer novos casos clínicos, melhorar o mecanismo de pontuação e detectar “participantes incertos”, aumentando a sensibilidade e acurácia da avaliação (BATAGLIA et al., 2010).

### **2.3.6 A avaliação interpares**

As oportunidades para que os alunos demonstrem seu comportamento profissional ocorrem principalmente entre seus pares, pois passam mais tempo com eles e participam de trabalhos como uma equipe. Atributos como responsabilidade, comunicação efetiva, respeito interprofissional, rigor e altruísmo tem um impacto direto sobre os colegas e refletem valores que os pares estão aptos a inferir e observar mais facilmente do que docentes e supervisores. No propósito da avaliação cabe a definição de pares: são indivíduos que detêm o mesmo nível de treinamento e expertise, não exercem

nenhuma autoridade sobre os outros e dividem a mesma posição hierárquica dentro da instituição (ARNOLD et al, 2005; ARNOLD; STERN, 2006a)

A avaliação interpares dentro da medicina tem sido parte de uma avaliação mais compreensível do desenvolvimento dos estudantes, mais do que uma caracterização de um determinado comportamento profissional. Seu uso tem sido associado a avaliação de habilidades e qualidades não técnicas e humanísticas, como a integridade, responsabilidade, consciência, interesse no aprimoramento pessoal, relacionamento com o paciente, compaixão, empatia, respeito, comunicação humanística e manejo psicossocial da doença. (ARNOLD; STERN, 2006a).

Os colegas podem observar diferentes comportamentos e oferecer uma perspectiva diferente sobre o mesmo assunto. A maioria dos dados, a partir de estudos sobre avaliação interpares, convergem para afirmar que essa avaliação fornece uma informação única sobre o desempenho de cada um, particularmente sobre comportamentos relevantes do profissionalismo. O acesso fácil à observação da performance seria o fator mais importante neste tipo avaliação. As limitações recaem na percepção individual do que seria comportamento antiprofissional, como a linguagem inapropriada, se isto já ocorre comumente entre os pares. (ARNOLD, 2002)

A avaliação interpares é o método de escolha quando uma informação específica sobre um membro do grupo é necessária e utilizando a classificação, torna-se o método mais útil para uma avaliação formativa com feedback. A utilização de escalas de comportamento estruturadas e o treinamento dos avaliadores pode diminuir os vieses que possam ocorrer. O contexto onde ela acontece desempenha um papel importante na integridade deste tipo de avaliação: estudantes mostram-se mais à vontade se a avaliação ocorre num ambiente onde há apoio às demandas do grupo, incluindo a resposta da escola aos seus relatos; se há padrões de comportamento que os docentes constantemente reforçam; e nos grupos onde há uma abertura para o aprendizado com os outros membros do grupo e a abordagem de assuntos relacionados ao profissionalismo. O anonimato e o impacto da avaliação nas relações com o grupo são cruciais para uma participação honesta. O instrumento deve ser construído dentro das necessidades do grupo, sendo

especificadas as características e comportamentos a serem avaliados. Há 5 passos envolvidos na implementação: 1) a proposta da avaliação deve ser estabelecida por escrito; 2) os critérios devem ser identificados e comunicados a todos os participantes; 3) treinamento deve ser oferecido; 4) os resultados devem ser monitorizados; e 5) feedback deve ser dado aos participantes. O uso da informação advinda da avaliação interpares com propósitos somativos não logrou sucesso, visto que os participantes não mostram boa vontade com este alto grau de dificuldade em termos de avaliação. (ARNOLD et al., 2005; NORCINI, 2003b)

### **2.3.7 O uso da reflexão na compreensão de comportamento profissional**

O profissionalismo envolve não só a habilidade de apoiar os princípios e valores da profissão, mas também a habilidade de negociar entre valores concorrentes num contexto específico. Decidir não sobre a resposta mais correta e sim sobre o que é melhor em determinada situação é o que se espera de uma boa prática profissional. Para entender como a reflexão pode auxiliar no desenvolvimento de profissionalismo, a literatura dividiu em duas escolas: os estudos que elucidam as atitudes profissionais e formação da identidade e aqueles que investigam raciocínio e phronesis, isto é, a aplicação do conhecimento e atitude para formar julgamentos em situações que requerem ação.

Ao avaliar como estudantes e residentes veem o seu desenvolvimento profissional, vários estudos tem mostrado um aumento no cinismo e queda nos seus princípios éticos com o progresso na escola. A maioria deles é desenvolvida a partir de estudos retrospectivos, inquéritos ao final de estágios ou textos construídos como requerimentos curriculares. (HAIDET et al., 2002; PATENAUDE et al, 2003)

Um estudo (NIEMI, 1997) com foco no ideal profissional mostrou que aqueles alunos que apresentaram uma visão clara da profissão mostraram-se mais firmes na sua escolha profissional. Os que se apresentaram evasivos mostraram-se propensos a deixar a faculdade e a entrevista refletiu uma prevenção quanto ao comprometimento profissional e educacional. No estudo

subsequente do mesmo autor (NIEMI et al, 2003), no qual estudantes foram entrevistados no primeiro dia de aula, notou-se que os que viam a profissão como meio para obter status, como conhecimento inquestionável ou com autoridade, tinham maior dificuldade em enfrentar a realidade da profissão, indicando um alto grau de expectativa idealística.

Outro estudo (GINSBURG et al, 2002) que avaliou a percepção de estudantes sobre incidentes de falta de profissionalismo através de narrativas mostrou-se útil na avaliação do que os estudantes sabem ou pensam sobre comportamentos profissionais e antiprofissionais.

Phronesis refere-se à uma sabedoria prática que os indivíduos usam para conseguir determinados desfechos e os meios para consegui-los. Analisar histórias orais e escritas sobre raciocínio e tomada de decisão face a dilemas profissionais tem sido uma técnica na obtenção de dados para auxiliar no desenvolvimento de retórica entre os estudantes. A retórica tem sido usada como o método para explicar os meios de persuasão através do argumento. Nestes estudos conclui-se que quando os estudantes relatam suas experiências, eles invocam estratégias de raciocínio que lhes permitem recontar os dilemas que encontraram e com isso fazer uma reflexão *sobre* a ação e não *na* ação. (GINSBURG; LINGARD, 2006).

### **2.3.8 O Portfólio como ferramenta para avaliar profissionalismo**

Portfólio é uma coleção intencional de evidências conseguidas por um indivíduo no seu papel de estudante, registrando e refletindo sobre seu progresso e conquistas em domínios selecionados. São tidos como ferramentas de reflexão, muito mais do que um arquivo de suas realizações. Ao fazer um portfólio é dado ao estudante a oportunidade de estabelecer seus pontos fortes bem como as suas limitações e lacunas de conhecimento que necessitam ser trabalhadas. Pode ser usado com propósitos somativos e formativos e ajudam na definição de metas, bem como no desenvolvimento de reflexão sobre as ações ao longo do tempo. Educadores tem uma percepção comum de que os alunos tem aprendizado mais efetivo quando são autogeridos, orientados sobre os objetivos e direcionados por problemas e



pela prática e que o aprendizado tem aplicações imediatas nas habilidades e conhecimento adquirido. A teoria sobre o aprendizado social indica que o aprendizado experimental, assim como a observação e os exemplos profissionais, são necessários para a adoção de novos comportamentos e habilidades. A tarefa crucial no desenvolvimento de portfólios recai sobre a transformação da descrição de uma experiência num aprendizado significativo derivado desta experiência. (FRYER-EDWARDS, PINSKY, & ROBINS, 2006; SILVA & FRANCISCO, 2009)

Há elementos fundamentais na implantação de portfólios como ferramenta de avaliação segundo Fryer-Edwards et al. (2006):

- a) Estabelecer diretrizes separadas para portfólios de trabalho (autorreflexão) e portfólios de performance (avaliação) – portfólios de trabalho são compostos por qualquer evidência ou trabalho reflexivo que o estudante pensa ser relevante na construção e demonstração do seu desenvolvimento pessoal e deve incluir atividades avaliadas (por exemplo, mini-CEX), itens submetidos a revisão pelos docentes e relatórios sobre feedback recebido dos docentes. Neste momento a avaliação do tutor tem caráter formativo e a partir do momento em que o aluno faz uma organização dos relatos com intuito de estabelecer um quadro geral do seu desenvolvimento pessoal e das suas necessidades de aprendizado, passa a ser denominado portfólio de performance. A periodicidade que esses documentos devem ser gerados fica à critério da instituição.
- b) Promover um clima de apoio para o aprendizado e feedback – tomar o ambiente clínico como um local de aprendizagem, onde há interação entre docentes e alunos, que diferem unicamente na experiência e conhecimento. A troca de feedback entre docentes e estudantes é recomendada e o uso do mesmo formulário de avaliação para ambos seria benéfico.
- c) Desenvolvimento da auto avaliação e habilidades de tutoria – parte desafiadora da prática de ambos, docentes e estudantes, que deve ser estimulada como modo de reflexão. O uso de exercícios contendo perguntas estimuladoras a respeito de profissionalismo,

como “o que você sentiu ser ganho ou perda desde a sua entrada na medicina?” ajudam a promover esta reflexão.

- d) Mapear o progresso ao longo do tempo e definir novas metas – discutindo as metas a serem alcançadas, numa visão individual e coletiva, aumenta o nível das competências estabelecidas como objetivos.
- e) Apoiar o desenvolvimento do aluno por meio da autonomia estruturada – através de discussão com seu tutor, os alunos podem aprofundar seu entendimento e ampliar o alcance do seu conhecimento que advém da sua reflexão sobre o portfólio. O tutor desempenharia os dois papéis: provedor de feedback formativo e avaliação somativa. O estudante deve ser estimulado a reconhecer suas próprias necessidades e a aprender a priorizar algumas metas em relação a outras, enquanto que o tutor estabeleceria padrões mínimos em relação aos cuidados com os pacientes. Estimular a excelência dos valores e práticas constituem os focos do diálogo com os tutores tanto quanto o desenvolvimento do programa por si só.

Quanto as características psicométricas do portfólio, a confiabilidade é baixa, indicando que grandes amostras parecem ser necessárias a fim de se conseguir uma generalização do resultados. Enquanto o uso do método tiver caráter formativo, isto não vem a causar problemas, mas se usado com propósito somativo, por exemplo em exames para admissão ou de conclusão de curso, maiores estudos seriam necessários (ROBERTS; NEWBLE; O’ROURKE, 2002; TOCHEL et al., 2009).

### 3 JUSTIFICATIVA

Durante os últimos dez anos da minha carreira docente, tenho me dedicado a coordenação do internato da Universidade Federal de Roraima (UFRR). O internato do curso de medicina da UFRR consiste nos dois últimos anos do curso, onde os alunos são divididos em grupos para realização de estágios em quatro grandes áreas (ginecologia-obstetrícia, pediatria, clínica médica e cirurgia), além de um estágio eletivo à sua escolha e um estágio em saúde comunitária. A duração de cada estágio é de oito semanas em cada ano e as atividades realizadas neste período são fortemente voltadas para a prática médica.

Neste momento do curso, o aluno é chamado não só a colocar em prática seus conhecimentos teóricos, mas principalmente, para exercitar suas habilidades tanto com pacientes como com a equipe de trabalho, sua capacidade de liderança e de tomada de decisões.

Estando como coordenadora do programa e, principalmente, atuando como tutora destes alunos em ambientes de prática, observo de forma não sistemática, seu amadurecimento progressivo a partir do momento em que eles iniciam o contato com os pacientes e se tornam responsáveis diretos pelo tratamento e recuperação de sua saúde. Entretanto, ha uma grande dificuldade em se avaliar de maneira válida e confiável o seu progresso.

O processo avaliativo do nosso curso de medicina ainda está muito voltado para avaliação cognitiva e a avaliação das habilidades ficou delegada ao quinto e sexto anos do curso, através de dois exames clínicos objetivos estruturados. Apesar da realização deste exame observacional desde 2004, pouca ênfase tem sido dada por parte do corpo docente em relação à avaliação do desenvolvimento de atributos ligados ao profissionalismo, principalmente no que tange aspectos atitudinais.

A relevância temática sobre a avaliação de atitudes em estudantes de medicina fez emergir as seguintes questões norteadoras deste trabalho:

- 1) O curso de medicina da UFRR está sendo capaz de desenvolver profissionalismo nos seus alunos?
- 2) O OSCE, que já é realizado rotineiramente como avaliação durante internato poderia ser construído de uma maneira específica, visando a avaliação atributos relacionados à boa prática médica?
- 3) Qual seria a proposta para um modelo de discussão com os alunos sobre esta temática e como poderia ser feita a avaliação do desenvolvimento do profissionalismo?

Na tentativa de responder às inquietações, elencou-se os objetivos descritos a seguir.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 GERAL

Avaliar o desempenho do concluinte do curso de Medicina da UFRR relativo ao desenvolvimento atitude profissional médica utilizando-se de dois instrumentos de avaliação.

### 4.2 ESPECÍFICOS

Investigar as atitudes dos alunos da graduação médica frente a situações relevantes da prática médica.

Identificar aspectos positivos e negativos relativos a competência profissional no aluno de sexto ano da UFRR, como empatia, comunicação e domínio cognitivo.

Avaliar a confiabilidade e a validade de um Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE), com estações especificamente elaboradas para avaliação de componentes atitudinais.

Verificar a presença de correlação entre os escores obtidos pelos internos do Curso de Medicina da UFRR em estações de OSCE elaboradas para avaliação de componentes atitudinais e os escores obtidos em uma escala escrita de avaliação do desenvolvimento de atitudes.

Propor um programa de intervenções necessárias para se promover o desenvolvimento consistente de habilidades atitudinais nos alunos do internato do curso de medicina da UFRR, a partir dos resultados obtidos com o presente estudo.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Universidade Federal de Roraima, instituição pública de ensino superior, que está localizada na capital do estado, Boa Vista e foi fundada em 1989. O curso de medicina teve seu início em 1993 e adota a metodologia do Aprendizado Baseado em Problemas (APB) desde 1999, tendo seu currículo organizado em módulos do primeiro ao quarto ano, sendo o internato realizado nos dois últimos anos do curso.

### 5.2 População do Estudo

Foram selecionados para o estudo os 26 alunos regularmente matriculados e cursando o último ano do curso de Medicina da Universidade Federal de Roraima. A participação foi voluntária no preenchimento do questionário. O exame clínico objetivo estruturado (OSCE) foi realizado por todos como parte do processo avaliativo da conclusão do curso, já adotado como rotina da escola desde 2006. O critério de exclusão foi a recusa em participar do estudo.

### 5.3 Material e Instrumentos

Dois instrumentos de avaliação de atitudes foram selecionados para utilização no trabalho: a escala psicométrica desenvolvida por Colares et al (2002) intitulada “Instrumento para Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica” e um Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) com problemas clínicos com checklist desenvolvido pela pesquisadora para registro das avaliações. (Anexo 4)

O *Instrumento de Avaliação de Atitudes frente Aspectos Relevantes da Prática Médica* (Anexo 2) foi construído como parte do programa de avaliação terminal do graduando da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e surgiu a partir da necessidade de

obter informações sobre o domínio de atitudes envolvidas em aspectos específicos da interação com o paciente. O instrumento criado propôs-se a avaliar algumas habilidades afetivas, fundamentado no princípio que a formação do médico não deve ser feita somente na sua capacidade de conhecimento, mas também em competências mais abrangentes do campo comportamental. Foi elaborada uma escala psicométrica, comumente usadas para avaliação de aspectos subjetivos do comportamento humano, com a capacidade de *“transformação de sentimentos, crenças e comportamento ..., em dados numéricos, fornecendo, com isso, parâmetros de medida importantes”* (p. 195). O modelo é de uma escala do tipo *Likert*, onde indivíduos que apresentem atitudes favoráveis a determinado tema possivelmente concordem com itens que expressem algo positivo sobre a questão, enquanto os que tem atitudes negativas concordarão com afirmações que expressem aspectos negativos ou desfavoráveis ao tema. A ambivalência em relação ao conteúdo da afirmação, ou a falta de uma atitude bem definida, vão expressar dúvidas diante de alguns itens (COLARES; TRONCON, 2002).

Os seis fatores que compõem a escala derivaram do elenco de objetivos educacionais da FMRP-USP, complementados por levantamento bibliográfico de descrições de experiências semelhantes, bem como da percepção de educadores médicos. São eles:

Fator 1 - Aspectos psicológicos e emocionais em doenças orgânicas e mentais. Este fator, composto por 11 assertivas, visa avaliar o grau de importância que os alunos atribuem ao papel dos estados emocionais no curso de uma doença;

Fator 2 - Manejo de situações relacionadas à morte. O objetivo deste fator, que tem oito assertivas, é conhecer o grau de dificuldade dos alunos diante de situações associadas à morte e ao morrer (exemplo: vivências diante da morte; ter que dar a notícia a uma família);

Fator 3 - Atenção primária à saúde. Este fator é constituído por 11 assertivas sobre a importância do médico generalista e da prática da prevenção por qualquer especialista médico;

Fator 4 - Aspectos relacionados à doença mental. Este fator analisa, por meio de oito assertivas, os sentimentos do estudante diante do doente mental e as dificuldades enfrentadas;

Fator 5 - Contribuição do médico ao avanço científico da medicina. O objetivo das seis assertivas deste item é saber o que os alunos pensam sobre a importância da pesquisa na carreira médica;

Fator 6 - Outros aspectos relacionados à atuação médica e às políticas de saúde. Por meio de oito assertivas, este fator analisa as atitudes dos estudantes diante de aspectos diversos, referentes à atuação médica, tanto em serviços de atenção primária à saúde, como em outros de maior complexidade. Focaliza, também, algumas questões que envolvem as políticas de saúde, especificamente na área de saúde mental.

O Instrumento apresentou índice de fidedignidade importante (Coeficiente alfa de Cronbach = 0,86), indicando que *“parece estar medindo com acurácia aquilo se propôs”*. (p. 202)

Na segunda etapa do trabalho, os estudantes foram submetidos ao Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) composto por cinco estações conteúdo atitudinal como parte da avaliação do aluno ao final do internato na UFRR, sendo denominadas:

- a) Estação de Cirurgia - comunicação de más notícias;
- b) Estação de Emergência - comunicação de óbito aos familiares;
- c) Estação de Ginecologia-Obstetrícia - dilema ético;
- d) Estação de Clínica Médica - orientação a um paciente com baixo entendimento;
- e) Estação de Pediatria - negociação de plano terapêutico.

Cada estação foi composta de: 1) Apresentação do caso clínico; 2) definição do contexto, 3) descrição dos recursos necessários, 4) Instruções a serem fornecidas ao aluno ao entrar na estação e com relação ao objetivo da mesma, 5) definição das ações esperadas que serão avaliadas no checklist, 6) Orientações escritas para o paciente simulado, 7) relatório de exames complementares se for o caso, 8) outras informações, 9) Checklist (Anexos 3 e 4).



A elaboração dos casos clínicos foi realizada pela pesquisadora e revisada por cinco professores com experiência na construção deste tipo de avaliação, com o critério de que cada um pertencesse a uma das áreas clínicas avaliadas.

Os examinadores foram professores selecionados com experiência na aplicação do OSCE. Como o exame já é realizado como rotina para alunos do internato da UFRR, os examinadores escolhidos possuíam experiência mínima de dois anos para colaborar com a pesquisa e aplicar a avaliação. Cada estação foi apresentada previamente ao examinador determinado e ao paciente simulado simultaneamente, já que todas as estações contaram com paciente simulado, sendo padronizado o discurso do paciente e a metodologia de avaliação – familiarização com o checklist.

O checklist também foi desenvolvido pela autora com base em algumas habilidades relacionadas ao profissionalismo descritas por Wilkinson (2009) e visualizadas no quadro 2 (pag. 42).

O tempo de duração de cada estação foi de sete minutos sem intervalo entre uma e outra.

Os escores foram obtidos a partir da observação direta pelos examinadores, com conceitos de suficiente e insuficiente frente a cada item do checklist.

#### **5.4 Aspectos éticos**

As questões éticas foram tratadas de forma específica antes, durante e após o desenvolvimento do estudo, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). O projeto foi submetido à aprovação da Coordenação da UFRR, ao CoEP da UFRR aprovado com o Parecer nº 88 (Anexo 5) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP aprovado com o Parecer nº 81594 (Anexo 6).

#### **5.5 Procedimentos de coleta de dados**

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa os alunos foram convidados a realizar a leitura do termo de consentimento livre e

esclarecido (TCLE) (Anexo 1). Uma vez esclarecidos os objetivos do projeto e assinatura do TCLE foram orientados quanto a forma de preenchimento da escala psicométrica intitulada “Instrumento para Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a Aspectos Relevantes da Prática Médica”. (Anexo 2).

O Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) foi realizado logo após o preenchimento do questionário, sendo a turma em questão dividida em quatro grupos contendo cinco alunos e um grupo com seis alunos, aleatoriamente designados. O Local escolhido para realização do exame foi o ambulatório de Pediatria do Hospital da Criança Santo Antônio, onde já acontece rotineiramente. Os materiais utilizados nas estações podem ser visualizados nos Anexos 3 e 4.

## 5.6 Procedimentos de Análise de dados

A análise “Instrumento para avaliação de atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica” (IAA) seguiu os seguintes passos:

- Conferência dos itens – as cinquenta e duas respostas possíveis deveriam conter valores de 1 a 5 sendo, correspondendo (1) estou totalmente de acordo; (2) concordo em parte; (3) estou em dúvida; (4) discordo em parte; e, (5) estou totalmente em desacordo.
- Reversão das assertivas em frase negativa - Os escores dos domínios são escalonados numa posição negativa (maiores escores denotam pior atitude). Portanto, as questões que estão na negativa (questões 2, 5, 9, 10, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 28, 29, 31, 35, 38, 40, 41, 43, 47, 49, 50, 51, 52) foram recalculadas da forma invertida: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).
- Computação dos escores por domínios – dos cinquenta e dois itens do IAA derivam cinco fatores:
- As atitudes foram classificadas em três categorias, conforme a pontuação das médias (M), sendo média **menor que 3** correspondendo a atitudes predominantemente **positivas**; entre **3 e 3,9**, atitudes **conflitantes ou indefinidas**; e **maior que 4**, atitudes predominantemente **negativas**.

- Utilizou-se o teste *t de student* para a análise do IAA para comparação dos grupos.

A análise do OSCE constituiu da avaliação do checklist obtido em cada estação. Todos os descritores não realizados ou inadequados foram considerados insuficientes. Todos os descritores adequados foram considerados suficientes. Cada item do checklist considerado suficiente recebeu pontuação 2 e os insuficientes pontuação 0. Considerando os 12 itens do checklist o aluno foi considerado suficiente na estação quando atingiu média > 14 e insuficiente quando a média foi < 14. Os valores foram expressos em porcentagem de acertos para cada estação onde 24 pontos significavam 100% de acertos. A estação do óbito contou com apenas onze itens do checklist, sendo suprimido o quesito de “explicar com as próprias palavras o que entendeu” por não ser apropriado a situação em questão. A pontuação máxima para esta estação correspondeu a 22 pontos (100%). Na tabela 2 pode-se observar os itens do checklist e a pontuação atribuída a cada item.

Tabela 2 – Pontuação do OSCE por item do checklist.

Competência	Suficiente	Insuficiente
1. Cumprimenta o outro e se identifica de maneira cordial	2	0
2. Estabelece clima harmônico na consulta ( <i>rapport</i> )	2	0
3. Oferece bases de explicação razoáveis para negociar sua conduta	2	0
4. Ouve com atenção a queixa do paciente	2	0
5. Não interrompe a fala do outro desnecessariamente	2	0
6. Demonstra respeito às convicções e ansiedades do outro, sem impor seus conceitos e convicções	2	0
7. Demonstra conhecimento dos determinantes ético-legais da situação apresentada	2	0
8. Usa efetivamente linguagem não-verbal, demonstrando segurança e confiabilidade	2	0
9. Comunica-se com clareza, em termos que facilitam a compreensão. Evita o uso de jargão	2	0
10. Confere entendimento por parte do paciente de maneira clara.	2	0
11. Demonstra conhecimento técnico para orientar o paciente de forma convincente.	2	0
12. Pede que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu*	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>0</b>

\*item avaliado somente em 4 estações.

O itens do checklist foram agrupados de acordo com os domínios que estavam relacionados, sendo considerados os itens 1,3 e 11 dentro do domínio cognitivo, os itens 9, 10 e 12 como domínio de comunicação e os itens 2,4,5,6,7 e 8 dentro do domínio empatia.

## 6 RESULTADOS

Vinte e seis alunos participaram do estudo, sendo 12 do gênero feminino (46,2%) e 14 do gênero masculino (53,8%). As idades variaram de 23 a 37 anos com média de 26,9 anos e mediana 25 anos.

### 6.1 Instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica (IAA)

Na análise dos escores médios obtidos pelos alunos no IAA observou-se uma atitude positiva nos domínios psicoemocional (média 1,69, DP 0,396), morte (média 2,34, DP 0,72), atenção primária (média 1,79, DP 0,35), avanço científico (média 1,84, DP 0,62) e atuação médica (média 1,72, DP 0,52). Com relação ao fator doença mental embora a média dos escores tenha sido positiva (media 2,76 e DP 0,72), encontrou-se muito próxima a neutralidade, não havendo significância entre os escores. A tabela 3 apresenta os Escores médios por fator obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica.

Tabela 3 - Escores médios por fator obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica.

<b>Fator</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p*</b>
Aspectos psicológicos e emocionais na evolução de doenças orgânicas e mentais	1,69	0,39	0,00
Manejo de situações relacionadas à morte	2,34	0,72	0,00
Atenção primária à saúde	1,79	0,35	0,00
Aspectos relacionados à doença mental	2,77	0,72	0,12
Contribuição do médico ao avanço científico da Medicina	1,85	0,62	0,00
Outros aspectos relacionados à atuação médica e às políticas de saúde	1,73	0,52	0,00

\* Teste t-student

Com relação a distribuição por gênero, a média global não mostrou diferença significativa entre os alunos do sexo masculino e feminino ( $p=0,12$ ). A tabela 4 apresenta a média dos escores globais obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica, segundo o gênero.

Tabela 4 - Média dos escores globais obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica, segundo gênero.

	Gênero	N	Média	DP	p*
SCORE TOTAL	Feminino	14	1,93	0,23	0,12
	Masculino	12	2,10	0,30	

\*teste de t-student para amostras independentes

A média dos escores nos domínios psicoemocional, atenção primária, doença mental, avanço científico e atuação médica mostrou-se similar para ambos os gêneros. No domínio relacionado a morte o alunos do sexo masculino apresentaram uma atitude mais positiva (média=2,01, DP=0,60) que as do sexo feminino (média=2,72, DP=0,68) com  $p=0,01$ . A Tabela 5 apresenta os escores médios por fator obtidos no instrumento, segundo gênero.

Tabela 5 - Escores médios por fator obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica, segundo gênero.

Fator	Gênero	N	Média	DP	P*
Aspectos psicológicos e emocionais na evolução de doenças orgânicas e mentais	Feminino	12	1,8	0,48	0,24
	Masculino	14	1,61	0,3	
Manejo de situações relacionadas à morte	Feminino	12	2,72	0,68	<b>0,01</b>
	Masculino	14	2,01	0,6	
Atenção primária à saúde	Feminino	12	1,88	0,29	0,26
	Masculino	14	1,72	0,39	
Aspectos relacionados à doença mental	Feminino	12	2,63	0,86	0,36
	Masculino	14	2,89	0,59	
Contribuição do médico ao avanço científico da Medicina	Feminino	12	2	0,69	0,25
	Masculino	14	1,71	0,55	
Outros aspectos relacionados à atuação médica e às políticas de saúde	Feminino	12	1,76	0,36	0,76
	Masculino	14	1,7	0,65	

\*teste de t-student para amostras independentes

O grupo foi dividido segundo a idade em maiores de 26 anos e menores de 26 anos de acordo com a média e mediana da faixa etária. Os escores globais não apresentaram diferenças significantes entre os dois grupos, predominando atitudes positivas em ambos. Quando o grupo foi estratificado por domínios, as questões relacionadas à doença mental denotaram uma tendência a neutralidade nos alunos maiores de 26 anos (média 2,98) e as questões relacionadas à morte nos alunos menores de 26 anos (média 2,45). Não houve significância estatística na avaliação dos domínios. A tabela 6 mostra a média dos escores globais obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica, segundo faixa etária. A tabela 7 mostra os escores médios segundo a faixa etária estratificados por fator.

Tabela 6 - Média dos escores globais obtidos no instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica, segundo faixa etária.

	Faixa etária	N	Média	DP	p*
SCORE TOTAL	≥ 26,00	10	2,02	0,28	0,86
	< 26,00	16	2,00	0,28	

\*teste de t-student para amostras independentes

Tabela 7 - Escores médios por fator obtidos no Instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica, segundo a faixa etária.

Fator	Faixa etária	N	Média	DP	p
Aspectos psicológicos e emocionais na evolução de doenças orgânicas e mentais	≥ 26,00	10	1,71	0,46	0,89
	< 26,00	16	1,69	0,37	0,9
Manejo de situações relacionadas à morte	≥ 26,00	10	2,15	0,63	0,3
	< 26,00	16	2,45	0,76	0,28
Atenção primária à saúde	≥ 26,00	10	1,8	0,43	0,94
	< 26,00	16	1,79	0,31	0,95
Aspectos relacionados à doença mental	≥ 26,00	10	2,98	0,69	0,26
	< 26,00	16	2,64	0,73	0,26
Contribuição do médico ao avanço científico da Medicina	≥ 26,00	10	1,78	0,57	0,69
	< 26,00	16	1,89	0,67	0,68
Outros aspectos relacionados à atuação médica e às políticas de saúde	≥ 26,00	10	1,83	0,65	0,46
	< 26,00	16	1,67	0,44	0,5

## 6.2 Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE)

A média geral dos escores do OSCE por estação, foi de 17,6 pontos (73,3% de suficiência). A estação de Ginecologia e Obstetrícia, tratando de um dilema ético, teve média de 18,3 pontos (76,3%), a da Pediatria, tratando de uma orientação a uma mãe resistente, 21,5 pontos (89,8%), a de Cirurgia, compreendendo a comunicação de más notícias, 14,9 pontos (62,2%), a de Clínica Médica, tratando de uma orientação terapêutica a uma paciente analfabeta, 15,2 pontos (63,4%) e a de Emergência, compreendendo uma comunicação de óbito, 16,4 pontos (74,5% de suficiência). A pontuação individual por estação está expressa na Tabela 8, e a média percentual consolidada dos escores pode ser visualizada na Tabela 9.

Tabela 8 – Pontuação dos alunos no OSCE, por estação, expressa em número de itens suficientes no *checklist*.

ALUNO	OSCE - Pontuação					GERAL
	GO Dilema Ético	PEDIATRIA Orientação à mãe resistente	CIRURGIA Comunicação de más noticias	CLINICA Consulta com paciente analfabeta	EMERGÊNCIA Comunicação de óbito	
1	16	24	6	16	22	14,2
2	14	22	16	20	18	15,3
3	16	24	18	14	0	12,5
4	18	24	16	10	14	14,3
5	20	24	14	8	14	14,2
6	22	24	20	14	12	16,3
7	16	16	16	14	0	11,5
8	14	24	6	18	22	15,3
9	22	24	20	14	22	18,5
10	18	18	16	14	22	16,3
11	22	16	14	12	20	15,8
12	22	24	22	16	16	18,7
13	22	22	20	20	20	19,5
14	18	22	14	18	22	18,0
15	18	22	16	10	20	16,8
16	20	24	22	20	22	20,7
17	20	24	20	14	22	19,5
18	18	24	10	22	20	18,7
19	16	24	20	16	6	16,8
20	18	20	0	18	22	16,3
21	20	10	18	6	0	12,5



<b>22</b>	20	22	12	18	22	19,3
<b>23</b>	20	24	20	18	20	20,8
<b>24</b>	16	14	16	10	6	14,3
<b>25</b>	20	24	14	20	22	20,8
<b>26</b>	10	20	2	16	20	15,7
<b>Média</b>	<b>18,3</b>	<b>21,5</b>	<b>14,9</b>	<b>15,2</b>	<b>16,4</b>	<b>17,3</b>

Tabela 9 – Média geral dos escores dos alunos no OSCE, por estação.

Estação	GO Dilema Ético	PEDIATRIA Orientação à mãe resistente	CIRURGIA Comunicação de más notícias	CLINICA Consulta com paciente analfabeta	EMERGÊNCIA Comunicação de óbito	GERAL
<b>Média</b>	18,3	21,5	14,9	15,2	16,4	17,3
<b>(%)</b>	76,3	89,8	62,2	63,4	74,5	73,2
<b>DP</b>	12	16	25	17	35	21

O percentual de suficiência por item do checklist apresentou variação de 25 a 87,69 %, sendo pior nos itens 10 e 12 (61,54 e 25% respectivamente), correspondendo aos itens: confere o entendimento por parte do paciente e pede que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu. Os resultados das médias obtidas pelos alunos no OSCE, por item do checklist estão representados na Tabela 10.

Tabela 10 – Média dos escores dos alunos no OSCE, por item do checklist.

Competências	Suficiente		Insuficiente	
	n	%	n	%
1. Cumprimenta o outro e se identifica de maneira cordial	101	77,69	29	22,31
2. Estabelece clima harmônico na consulta ( <i>rapport</i> )	114	87,69	16	12,31
3. Oferece bases de explicação razoáveis para negociar sua conduta	105	80,77	25	19,23
4. Ouve com atenção a queixa do paciente	107	82,31	23	17,69
5. Não interrompe a fala do outro desnecessariamente	101	77,69	29	22,31
6. Demonstra respeito às convicções e ansiedades do outro, sem impor seus conceitos e convicções	108	83,08	22	16,92
7. Demonstra conhecimento dos determinantes ético-legais da situação apresentada	92	70,77	38	29,23
8. Usa efetivamente linguagem não-verbal, demonstrando segurança e confiabilidade	98	75,38	32	24,62
9. Comunica-se com clareza, em termos que facilitam a compreensão. Evita o uso de jargão	96	73,85	34	26,15

10. Confere entendimento por parte do paciente de maneira clara.	80	61,54	50	38,46
11. Demonstra conhecimento técnico para orientar o paciente de forma convincente.	97	74,62	33	25,38
12. Pede que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu*	26	25	78	75

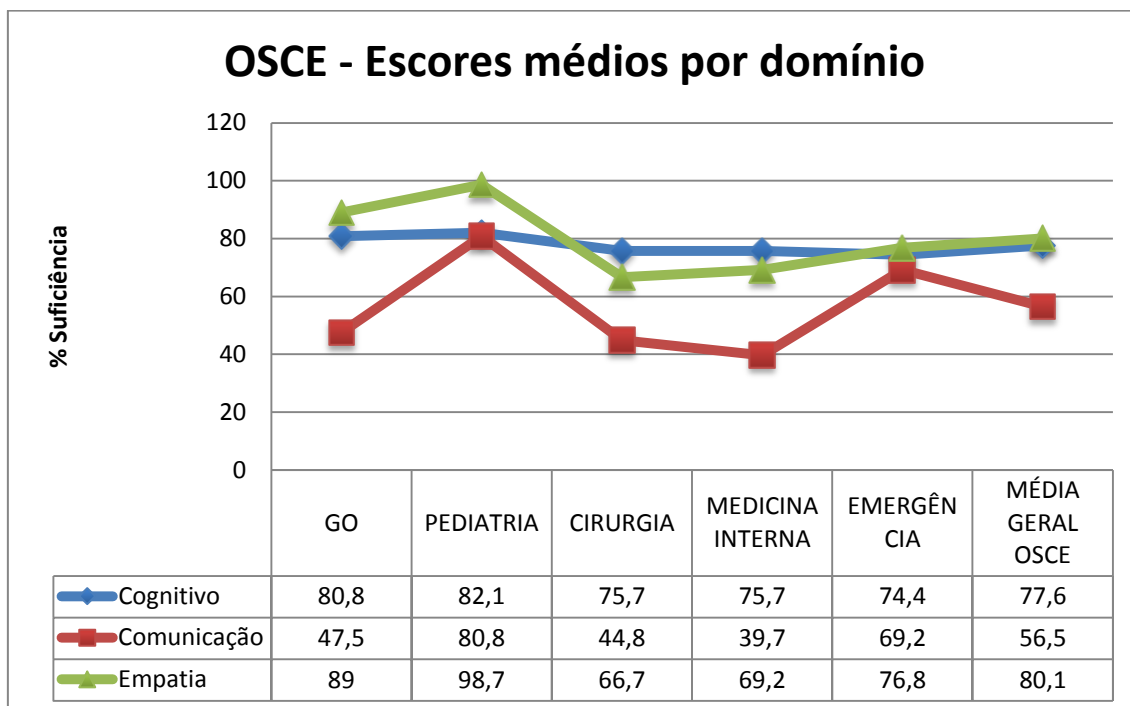
\*item avaliado somente em 4 estações.

Na estratificação dos itens do checklist em domínios, expressa na tabela 11, e no gráfico 1, nota-se uma média geral de suficiência no domínio cognitivo (itens 1,3, e 11) de 77,6% (DP=19), de 56,5% (DP 14,6) no domínio de comunicação (itens 9,10 e 12), e de 80,1% (DP=10,5) no domínio empatia (itens 2,4,5,6,7e 8). O melhor desempenho aconteceu na estação de pediatria – orientação à mãe resistente – com 82% de suficiência no domínio cognitivo, 80,8% no domínio comunicação e 98,7% no domínio empatia. O pior desempenho global por estação foi na estação de cirurgia – comunicação de más notícias – com percentual de suficiência no domínio cognitivo de 75,7% (DP=24,2), 44,8% (DP= 28,3) no domínio comunicação e 66,7% (DP=35) no domínio empatia. A média dos escores nas estações de OSCE, estratificada por domínios pode ser visualizada na tabela 11 e gráfico 1.

Tabela 11. Média dos escores dos alunos nas estações de OSCE, estratificada por domínio

Domínio Estação	Cognitivo		Comunicação		Empatia	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
GO	80,8	25,3	47,5	21,7	89	10,5
PEDIATRIA	82,1	31,6	80,8	28,6	98,7	4,6
CIRURGIA	75,7	33,4	44,8	28,3	66,7	35
MEDICINA INTERNA	75,7	24,2	39,7	21,3	69,2	20,8
EMERGÊNCIA	74,4	38,1	69,2	42,6	76,8	33
<b>MÉDIA GERAL OSCE</b>	<b>77,6</b>	<b>19</b>	<b>56,5</b>	<b>14,6</b>	<b>80,1</b>	<b>10,5</b>

Gráfico 1. Média dos escores dos alunos nas estações de OSCE, estratificada por domínio



### 6.3 Confiabilidade do OSCE

A análise de consistência interna do instrumento (checklist) do OSCE foi realizada utilizando o alfa de Cronbach de duas formas: a escala global item por item e escala reagrupada dos itens nos três domínios – cognitivo, comunicação verbal e empatia. Somente o item 12 do checklist foi deletado dos cálculos devido a variância zero entre os itens em todas as estações, sendo uniformemente não realizado. Na escala item por item o resultado foi de um alfa de Cronbach= 0,889 e na escala reagrupada por domínios um alfa de Cronbach= 0,854.

### 6.4 Correlação entre o IAA e OSCE

No sentido de se estabelecer uma correlação entre os dois instrumentos de avaliação, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Não houve correlação significativa entre as medias obtidas no questionário do OSCE e a

pontuação obtida no Instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica. A tabela 11 mostra o coeficiente de correlação entre o OSCE e o IAA.

Tabela 12. Coeficiente de correlação entre o OSCE e o Instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica

	OSCE	ESCALA DE ATITUDES
N	26	26
Coeficiente de Correlação de Pearson	1	0,161
Significância		0,432

## 7 DISCUSSÃO

O processo de avaliação de atitudes representa um desafio tanto teórico como metodológico, pois não há consenso acerca do conceito, nem das formas de investigação. A atitude médica dentro do processo educativo depende de preparo e envolve a habilidade de tratar o paciente, sendo positiva quando atende os padrões socialmente aceitos e inerentes ao conhecimento ou exercício da profissão. O ambiente de aprendizagem pode influenciar de modo significativo a formação do médico e a manutenção das atitudes depende da motivação pessoal, de conflitos de valores, da condição técnica e de condições socioeconômicas. No intuito de avaliar e intervir para diagnóstico e planejamento curricular, muitas escalas foram construídas, considerando os objetivos educacionais das instituições, das especialidades e em relação a determinada habilidade.

O propósito original para o uso da uma escala de avaliação frente aspectos relevantes à prática médica nos alunos do internato nasceu do interesse em se conhecer o perfil do formando no que se refere a assuntos pouco presentes nas discussões durante o curso. Deste modo, o que se pode notar é que houve uma atitude geral positiva em todos os seis fatores listados pelo Instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da Prática Médica (IAA), mas somente em quatro dos seis itens - aspectos psicológicos e emocionais em doenças orgânicas e mentais, atenção primária à saúde, contribuição do médico ao avanço da medicina e outros aspectos relacionados a atuação médica e as políticas de saúde (Fatores 1,3,5,6) foram realmente predominantes os conceitos positivos. Os fatores 2 e 4 (aspectos relacionados à morte e aspectos relacionados à doença mental) ainda que apresentassem resultados positivos, a tendência centralizada das respostas sugerem conflitos em relação aos dois temas.

Em situações em que se demandam maiores habilidades de relacionamento, como nos fatores relacionados a morte (fator 2) e à doença mental (fator 4) a tendência centralizada das respostas denota o desconforto diante de situações não corriqueiramente abordadas no currículo da escola. As

opiniões conflitantes no que diz respeito a doença mental se mostraram mais acentuadas, o que é compatível com a abordagem precária de temas ligados a saúde mental, principalmente durante o internato. Nas áreas onde os alunos percebem uma maior cobrança de acordo com o currículo da escola, e por isso dedicam mais tempo ao estudo, como atenção primária, aspectos emocionais ligados a doenças orgânicas, contribuição ao avanço da medicina e atuação médica/políticas de saúde, houve um certo conforto em relação às respostas.

Dados semelhantes encontraram Troncon et al (2003) com a aplicação do mesmo instrumento durante 4 anos consecutivos no final do internato, onde atitudes conflitantes apareceram no manejo de situações relacionadas à morte, doença mental e contribuição para o avanço científico. Os resultados positivos nos outros itens da escala foram atribuídos ao cumprimento dos objetivos educacionais daquela escola, incorporando valores essenciais como visão integrada da pessoa, percepção da inserção do indivíduo na família e comunidade e o reconhecimento da importância de fatores ambientais de natureza social e econômica. Os resultados conflitantes em relação à doença mental o autor atribuiu ao preconceito diante do tema na população em geral e à falta de uma abordagem mais sistematizada durante o curso.

No estudo de Andrade et al. (2011) também encontraram-se atitudes conflitantes ou pouco positivas em relação à doença mental, atribuindo ao pouco contato dos alunos através de um único módulo temático durante o curso. Mas foi nas situações relacionadas à morte onde aconteceram os maiores índices conflitantes, com pior desempenho nos itens de comunicação de óbito, demonstrando que os estudantes não se sentiam preparados para confortar e transmitir a má notícia para família.

Mascia et al. (2009) encontraram resultados semelhantes aos nossos com uma alta incidência de atitudes conflitantes e negativas entre alunos do 6º ano em relação à morte e à doença mental (55 e 50%, 31,6 e 42,1%, respectivamente) e atribuíram os resultados à falta de ênfase durante o curso a assuntos que abordem esses temas, bem como ambiente de trabalho ser desfavorável para a sua discussão.

Miranda et al (2009) ao analisar 4 aspectos atitudinais relacionados ao exercício profissional em estudantes de medicina (social, ambiência, crenças, conhecimento e ética) encontraram atitudes positivas em todos eles, ressaltando que nas dimensões ambiência, conhecimento e ética, o tempo foi fator determinante na mudança de atitudes entre os alunos durante o curso.

A dificuldade em lidar com a morte entre alunos do curso de medicina tem sido descrita por vários outros autores e parece estar associada a fatores culturais e profissionais. O impacto do tema na vivência médica vem da concepção dentro da sociedade atual de que a morte seria entendida como uma falha da medicina, gerando ansiedade tanto em médicos como na população. Os médicos tendem a se responsabilizar pelo fato, assim como a sociedade que os cerca, e o despreparo em lidar com situações ligadas à morte pode ocasionar uma série de sentimentos reativos como a sensação de solidão profissional, perda do senso de missão, cinismo, desesperança e frustração (ANDRADE et al., 2011; AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011; MASCIA et al., 2009; PINHEIRO; BENEDETTO; BLASCO, 2011). Ao médico atribui-se a responsabilidade de combater e vencer a morte e vários mecanismos passam a ser necessários para lidar com a angústia gerada: o isolamento das emoções através do distanciamento e frieza são tidas como fundamentais para o bom desempenho no trabalho. Um estudo com alunos recém-formados mostrou uma alta tendência em transferir para outros profissionais a responsabilidade de comunicar más notícias (MARTA et al., 2009). Segundo Mascia et al., (2009) esses sentimentos reativos podem ter repercussões negativas no cuidado do paciente e da família, indicando que o preparo de uma forma efetiva que permita uma reflexão e o desenvolvimento de habilidades seria fundamental para os alunos. Discussões de casos clínicos, cursos de tanatologia que abordem temas como cuidados paliativos e criações de grupos de apoio seriam estratégias sugeridas para abordagem do assunto dentro dos currículos escolares.

As doenças mentais representam uma área de difícil manejo, mas tem uma alta prevalência em nosso meio e no contexto hospitalar. A Organização Mundial da Saúde identificou os distúrbios psiquiátricos em cinco das dez

principais causas de incapacidade e demonstrou que por volta de 57% dos pacientes internados em hospitais gerais apresentam alguma forma de distúrbio psiquiátrico (MASCIA et al., 2009). Os preconceitos frente à doença mental são altamente prevalentes na população em geral, mesmo em pessoas com nível de instrução Universitário (TRONCON et al., 2003). Segundo Andrade et al. (2011) os estudantes acreditam que as políticas de saúde associadas a saúde mental devem ser valorizadas mesmo por profissionais de outras áreas, demonstrando atitude positiva frente ao ideal de integralidade na consciência dos futuros médicos e sugerindo que abordagens pedagógicas inovadoras permitiriam a desconstrução de preconceitos entre eles. Em um estudo onde clínicos gerais foram abordados sobre o tema, as dificuldades em diagnosticar e tratar essas doenças, bem como a falta de tempo e o ceticismo quanto a evolução do paciente são responsáveis pelo distanciamento de médicos de temas relacionados a doença mental (BALLESTER et al., 2005). A criação de grupos de discussão com enfoque em doenças mentais bem como a assistência de especialistas nas unidades básicas de saúde seriam estratégias para se manter uma educação continuada sobre o assunto.

Além do mais, resultados conflitantes em relação a morte e doença mental refletem que determinadas tendências atitudinais somente serão incorporadas em etapas avançadas da educação médica, moldadas pela experiência e pela prática profissional. Pinheiro et al. (2011) ao desenvolverem atividades em um ambulatório de cuidados paliativos notaram que tanto estudantes como médicos, a medida que avançavam no conhecimento sobre o adoecer e morrer, ajudados por um ambiente favorável à abordagem do assunto, foram capazes de desmistificar seus medos e ansiedades, e sugerem que a inserção precoce de alunos em temas pouco abordados no contexto do currículo seriam essenciais para este amadurecimento profissional.

Os itens agrupados como aspectos psicológicos e emocionais na evolução de doenças orgânicas e mentais procuravam avaliar o grau e importância que os alunos atribuem ao papel dos estados emocionais no curso de uma doença e foram os que apresentaram resultados mais positivos, indicando que a empatia foi um aspecto bem desenvolvido durante o curso.



Esses achados contariam o estudo de Tsimtsiou et al. (2007) que encontrou atitudes mais centradas no médico entre os alunos do internato e atribuiu seus achados aos efeitos causados pelo modelo profissional inadequado, tanto de médicos como de professores. Haidet et al. (2002) também encontrou atitudes mais centradas no médico entre os estudantes do último ano, sugerindo que o treinamento clínico e a estrutura na qual o aluno estava inserido, levam a uma deterioração das atitudes centradas no paciente. Troncon et al. (2003) também verificaram atitudes positivas entre os graduandos diante deste fator do instrumento de avaliação de atitudes, mas sem diferença significativa na análise relativa ao modelo pedagógico o que atribuiu ao pouco tempo de implantação do novo modelo curricular. Miranda et al. (2009) observaram que apesar das atitudes gerais positivas frente a aspectos psicossociais, os alunos mostraram uma tendência conflitante frente a dois itens relacionados a dificuldades pessoais no processo saúde e doença e do estar doente, denotando uma atitude mais centrada na doença. Uma possível explicação para os achados deste trabalho estaria relacionada ao modelo curricular pois Peixoto, Ribeiro e Amaral (2011) encontraram atitudes mais centradas no paciente entre os alunos cujo modelo de ensino foi o PBL quando comparados ao currículo tradicional.

Os escores obtidos nos fatores atenção primária a saúde e outros aspectos relacionados a atuação médica e às políticas de saúde também se mostraram positivos. Esses itens avaliavam a importância dada ao médico generalista e a atuação médica geral. Esses dados estão em concordância com os achados do estudo de Kruschinski et al. (2011) onde predominaram as atitudes positivas dos alunos em relação à prática médica geral, influenciadas mais por características pessoais ligadas ao gênero e pela implantação de um estágio de treinamento na clínica geral do que pelo formato curricular. Henderson, Berlin e Fuller (2002) também encontraram atitudes positivas frente a carreira de médico generalista e atribuíram seus resultados à boa experiência vivenciada durante o curso em relação a clínica geral. Zurro et al. (2012) no seu estudo na Espanha sobre a percepção dos alunos em relação à medicina de família e o médico generalista encontraram um aumento nas atitudes positivas nos alunos ao final do curso, independente das suas

características pessoais, e que a inserção em cenários de atenção primária à saúde seriam fundamentais para construção destas atitudes. Miranda et al. (2009) também encontraram atitudes positivas na dimensão social, onde se abordou a responsabilidade social, a relação médico-paciente e a comunicação, devido à inserção do estudante na realidade social e da saúde local, com a interação entre o conhecimento científico e a realidade durante todo o processo de formação. Lumma-Sellenthin (2012) encontrou atitude positiva dos alunos em relação à aprendizagem de habilidades de comunicação relacionada a um currículo centrado no paciente, à autorregulação de estratégias de aprendizagem e ao gênero feminino. Então, no nosso caso, os resultados positivos das atitudes também podem ser devidos à inserção precoce dos alunos na atenção primária desde o primeiro ano do curso e à presença de dois estágios em saúde comunitária durante o internato.

O fator contribuição do médico ao avanço científico da medicina procurou saber sobre a importância da pesquisa na carreira médica e em nosso estudo apresentou escores positivos, discordantes do estudo de Troncon et al. (2003) e Mascia et al. (2009) e concordantes com o estudo de Andrade et al. (2011). Os primeiros autores atribuíram tais atitudes a um conflito entre o corpo docente e discente, onde alguns professores entenderiam que as práticas extracurriculares seriam contraproducentes à formação mais estrita. Mascia et al (2009) encontrou predomínio de atitudes conflitantes entre os alunos do sexto ano em comparação com alunos do segundo ano, como consequência da carga de trabalho nos anos finais do curso, da preparação para os exames de residência médica e da presença de antitendências profissionais – excelentes pesquisadores com pouca habilidade didática e clínica, sem tendência a estabelecer relações empáticas com os alunos. Andrade et al (2011) detectaram atitudes positivas entre seus alunos, que acreditavam que a leitura científica e o conhecimento de metodologia científica são importantes para o trabalho médico. O método do aprendizado baseado em problemas, onde os alunos entram em contato precoce com a literatura médica para a resolução dos problemas, e a inserção precoce nas atividades frente a comunidade do primeiro ao quarto ano através dos módulos de Integração Ensino Serviço Comunidade (IESC), onde são desenvolvidos

projetos de pesquisa na atenção primária à saúde, podem ter sido fatores importantes para a atitude positiva observada entre nossos alunos.

Com relação ao gênero, a análise do IAA demonstrou uma atitude positiva global tanto para o gênero feminino quanto para o masculino. Quando se analisa cada fator do IAA, os alunos do sexo masculino demonstraram atitudes mais positivas quanto ao manejo de situações relacionadas à morte que as do gênero feminino. Estes resultados contrariam os achados de Haidet et al.(2002), Woloschuk, Harasym e Temple (2004) e Miranda et al (2009) que tem relatado atitudes mais positivas entre as estudantes do sexo feminino quando comparados ao sexo masculino. Entretanto, Peixoto, Ribeiro e Amaral (2011) demonstraram que alunos do gênero masculino pertencentes a escolas com currículo PBL apresentavam atitudes mais centradas no paciente que aqueles de escolas com currículo tradicional, principalmente ao final do curso, embora quando levado em consideração a subescala cuidado deste mesmo estudo, as mulheres tiveram atitudes mais positivas que homens. No estudo de Miranda et al. (2009) notou-se que a medida que os alunos progrediam durante o curso, havia uma migração de estudantes ambos os gêneros no sentido de atitudes conflitantes e atribuiu essa mudança de atitude aos conflitos existentes dentro ambiente acadêmico e em relação ao desenvolvimento pessoal. Tsimtsiou et al. (2007) encontrou o mesmo padrão de atitudes entre estudantes de uma escola na Grécia, com migração para atitudes conflitantes entre as mulheres ao final do curso. No nosso estudo os alunos do gênero masculino demonstraram atitude mais positiva diante de aspectos relacionados à morte, podendo este achado estar relacionado a uma tendência do gênero masculino reagir de forma menos estereotipada em situações hostis, conforme o relatado no estudo de Rollero e Fedi (2012)

Com relação à idade não houve diferenças de atitudes entre os alunos, predominando uma atitude geral positiva. Na estratificação por domínios, os alunos maiores de 26 anos apresentaram uma tendência mais conflitante no domínio aspectos relacionados à doença mental e os alunos menores de 26 anos tiveram esta mesma tendência sobre o manejo de assuntos relacionados à morte. Marta et al. (2009) encontraram diferenças entre estudantes e

residentes em relação a assuntos relacionados a doenças terminais e ao morrer, com atitudes mais conflitantes entre os estudantes e atribuíram seus resultados à falta de vivência prática. Isto pode denotar que as atitudes, principalmente sobre assuntos conflituosos, melhoram com o amadurecimento profissional e não com o avanço da idade.

O OSCE foi introduzido dentro da avaliação de profissionais como um meio de medir a competência clínica que permite o controle de muitos vieses dos métodos convencionais (Turner & Dankoski, 2008). No nosso estudo o OSCE foi desenhado com um checklist único para todas as estações baseado em algumas competências associadas ao profissionalismo descritas no trabalho de Wilkinson (2009), procurando com isso padronizar as avaliações pelos professores e facilitar a análise dos escores obtidos, propiciando uma visão mais ampla sobre a atitude, pois cada aluno foi avaliado em cinco diferentes situações no mesmo quesito. O que se notou de uma forma geral foi uma performance global boa entre os alunos, com média de 73,2% de suficiência. Rushforth (2007) relatou diferenças entre avaliadores de diferentes estações, principalmente quando se toma como base os escores obtidos por diferentes checklists, mas notou uma concordância entre os avaliadores dentro de uma mesma estação. Carraccio e Englander (2000) descrevem que a similaridade de tarefas em diferentes estações aumentam a confiabilidade do OSCE, assim como uma maior número de estações aumentariam a validade do exame. Hilliard e Tallett (1998) utilizaram cinco estações de OSCE com foco em entrevista e coleta de história do paciente e também notaram que a homogeneidade das tarefas entre as estações aumentaram a confiabilidade do exame. Newble (2004) sugere o uso de checklists voltados para identificar elementos específicos dentro de um contexto ou habilidade associado a um conceito global da estação, no sentido de aumentar a confiabilidade dos escores do OSCE.

Os achados deste estudo em relação ao desempenho nas estações demonstram que os alunos foram capazes de negociar situações delicadas dentro do profissionalismo médico, como a abordagem de um dilema ético, onde a média de suficiência foi de 76,3% e comunicação de óbito com média

74,5% de suficiência. Quando se estratifica o checklist em domínios, claramente se observa que o desempenho nos itens relativos à empatia, atributo indispensável nestes tipos de situação, tiveram altos níveis de suficiência (89% e 76,8%, respectivamente). Embora não se tenha um programa específico de treinamento nesta área do comportamento dentro da grade curricular da escola os alunos demonstraram ter empatia com os pacientes, indicando que isto pode estar relacionado a características pessoais e ao próprio modelo pedagógico do PBL, pois Peixoto et al. (2011) demonstrou atitudes mais centradas no paciente entre alunos deste modelo. O contato precoce dos alunos com pacientes desde o primeiro ano através do módulo Integração Ensino-Serviço-Comunidade pode ter sido outro fator importante neste desfecho, como descreve também o estudo de Kruschinski et al. (2011)

A estação com melhor desempenho global com relação aos domínios cognitivo, comunicação e empatia foi a estação da Pediatria, com destaque para o excelente escore em relação a comunicação, com 80,8% de suficiência neste domínio. Isto vem refletir a ênfase dada durante todo o internato no treinamento da abordagem da criança e da família, como componentes primordiais para um bom atendimento médico.

Chama a atenção que os piores desempenhos ocorreram na estação de cirurgia, sobre a comunicação de más notícias, com 62,2% de suficiência geral e na estação de clínica médica, sobre a orientação de uma paciente analfabeta, com 63,4% de suficiência geral. Na estratificação por domínios demonstrou-se que estes achados estavam correlacionados com baixo desempenho no domínio comunicação (44,8% e 39,7%, respectivamente) e empatia (66,7 e 69,2%, respectivamente) demonstrando que talvez nestes módulos do internato tenha sido dada pouca ênfase nestes aspectos, já que o aproveitamento no domínio cognitivo foi semelhante aos demais.

Dentro do domínio cognitivo as médias de suficiência se mantiveram acima de 70%, mas no domínio comunicação apresentaram grande variação, com suficiência mínima de 44,8% e máxima de 80,8% denotando que nossos alunos necessitam de uma abordagem mais específica no diz respeito a

habilidades de comunicação. Segundo Duffy et al. (2004) a comunicação é uma habilidade fundamental para a prática da medicina e pode ser avaliada em todos os âmbitos dentro do currículo incluindo a coleta de história, explicação sobre o diagnóstico e prognóstico, instruções terapêuticas e aconselhamento do paciente, assim como na relação com os demais profissionais da área e deve ser abordada e treinada durante todo o currículo das escolas.

O uso do OSCE tem sido amplamente difundido no sentido de avaliar estas habilidades com alta fidedignidade, sendo usado tanto com propósitos formativos como somativos. A análise da consistência interna do checklist apresentou boa confiabilidade com um coeficiente alfa de Cronbach 0,889 entre os itens e 0,854 na escala reagrupada por domínios, levemente acima do descrito na literatura. Brannick, Erol-Korkmaz e Prewett (2011) realizaram uma metanálise sobre os índices de confiabilidade do OSCE e encontraram 49 estudos onde o coeficiente alfa foi analisado entre os itens. Os resultados apresentaram um coeficiente alfa de Cronbach médio de 0,78 (CI 0,73-0,82). Segundo estes mesmos autores, o coeficiente alfa de Cronbach tem sido o índice mais comumente descrito na análise da confiabilidade do OSCE e eles destacam que alguns fatores foram responsáveis pela variabilidade entre os resultados encontrados, tal como o conteúdo a ser analisado, o formato do exame, o propósito do exame, o número de examinadores e o tipo de examinadores. O fato de se ter optado pela avaliação única de atitudes, com um checklist único para todas as estações, avaliando o aluno em diferentes contextos e sob a ótica de vários examinadores, pode ter sido fundamental para aumentar a confiabilidade da nossa avaliação.

Analisando as outras características psicométricas do OSCE, a validade tem se mostrado baixa, principalmente quando o exame é utilizado com propósitos somativos e para tomada de decisão, mas isto não chega a ser um consenso entre os autores. A comparação com outros métodos avaliativos não mostrou superioridade deste, mas muita atenção deve ser dada quando da sua construção. (BARMAN, 2005; TURNER; DANKOSKI, 2008)

Não houve correlação significativa entre os dois instrumentos utilizados neste trabalho. Wimmers e Stuber (2010) compararam os resultados de estudantes frente a dois aspectos do comportamento profissional, empatia e cuidados centrados no paciente, através de três exames: OSCE, a escala PPOS (*Patient--Practitioner Orientation Scale*) e escala de Jeferson para empatia. Os autores encontraram uma alta correlação entre as escalas, mas baixa correlação global entre o OSCE e os outros instrumentos. Por outro lado, Kreiter e Bergus (2007) demonstraram uma alta correlação entre a avaliação com pacientes reais e simulados, utilizando um formulário padronizado de avaliação clínica e o OSCE, indicando uma correlação positiva entre dois métodos observacionais. A baixa correlação global entre os dois instrumentos indicam que eles podem ser complementares, mas não excludentes.

Em contraste com os resultados encontrados Wimmers e Stuber (2010) relataram que ao adicionar um item no checklist do OSCE sobre empatia e comparar neste item com o desempenho com os escores da escala de Jeferson, especifica para avaliar empatia, houve elevada correlação entre os escores, indicando que uma avaliação mais específica poderia ser benéfica no sentido de se utilizar dois instrumentos.

No nosso estudo, houve correlação entre os escores positivos obtidos em dois fatores do IAA que abordam o tema empatia (fator 1 e fator 6) com o desempenho obtido no domínio empatia do OSCE, demonstrando uma correlação positiva entre o que os alunos pensam e fazem. Barnsley et al. (2004), Fox et al (2000) e Lai e Teng (2011) demonstraram que escores sobre a percepção dos alunos sobre suas habilidades, tem se mostrado mais elevados do que aqueles obtidos pela observação direta através do OSCE, atribuindo seus achados à baixa capacidade dos alunos em detectar suas deficiências em relação ao aprendizado e ressaltando a necessidade de uma avaliação direta na construção destes conceitos.

Por outro lado, o desempenho dos alunos diante da estação relacionada a comunicação de óbito, que demonstrou 74,5% escores satisfatórios, quando comparados à tendência a atitudes conflitantes demonstrada no IAA no fator manejo de situações relacionadas à morte (média 2,77, DP=0,72), denota que,

apesar dos alunos se acharem pouco preparados para a abordagem do tema, diante de uma situação clínica foram capazes de interagir adequadamente com o paciente. Wimmers e Stuber (2010) também encontraram uma sobreposição dos escores obtidos no OSCE sobre o relatado nas escalas e atribuíram ao componente de interação entre o médico e o paciente propiciado pelo OSCE, o melhor desempenho.

A competência clínica inclui um grande número de atributos e o OSCE sozinho não pode avaliar todos esses atributos eficientemente, a menos que seja combinado com outras formas de avaliação. Competências relativas ao cuidado longitudinal de pacientes, dedicação e habilidade de manter aprendizado contínuo, devem ser avaliadas por outros métodos. O tempo limitado das estações e o fato das habilidades serem testadas em partes, são limitantes na capacidade deste exame em avaliar a capacidade do aluno de olhar o paciente como um todo. O sucesso do OSCE é resultado de um planejamento significativo, coordenação de vários recursos, o compromisso com testes em larga escala e uso criterioso dos dados obtidos. Cuidados devem ser tomados para minimizar as múltiplas fontes de erro e encontrar evidências de validade para justificar o uso da OSCE. A atenção a esses princípios tem sido relacionada aos altos custos descritos do exame. (BARMAN, 2005)

A despeito da descrição de barreiras quando à validade, confiabilidade e viabilidade deste método, tem sido relatados benefícios muitas vezes ocultos quando é utilizado a longo prazo dentro do currículo da escola: estudantes e professores demonstram uma reação positiva a este tipo de avaliação, por ser altamente fidedigna ; há uma construção coletiva de conceitos e performances quando da construção das provas, culminando em consenso entre professores e, acima de tudo, o método foi útil em reforçar a prática médica centrada no paciente. Isto vem de encontro a tendências mais atuais na utilização desta ferramenta com propósitos formativos durante o desenvolvimento curricular da escola. (RUSHFORTH, 2007; TURNER e DANKOSKI, 2008)



## 8 CONCLUSÃO

O desempenho global dos alunos concluintes do curso de medicina da UFRR demonstrou atitudes positivas frente a aspectos relevantes da prática médica, tanto através de uma escala de avaliação de atitudes quanto nos escores obtidos no OSCE.

Foram notadas tendências conflitantes entre os alunos nos temas relacionados à morte e doença mental, mas um bom desenvolvimento de atitudes centradas no paciente e uma predisposição em realizar pesquisa e se manter atualizado.

O gênero e a idade dos alunos não foram fatores determinantes nos resultados positivos obtidos, mas detectou-se atitudes mais conflitantes no gênero feminino, contrariando a literatura na área.

O OSCE construído com estações voltadas para avaliação de atitudes mostrou-se útil na avaliação de desempenho frente a temas ligados ao profissionalismo, demonstrando escores globais de suficiência com média maior que 70%.

Foi possível detectar que os estudantes apresentam um desempenho uniforme e com bom nível de suficiência dentro do domínio cognitivo em todas as estações do OSCE, contrastando com a variação dos escores obtidos nos domínios comunicação e empatia. A oscilação dos resultados em relação a esses dois domínios nas diversas estações e portanto, nos assuntos ligados a cada área clínica do internato, refletem a característica oportunista do currículo, onde os alunos desenvolvem suas habilidades conforme a demanda que o serviço de saúde lhes apresenta e as habilidades e condutas são baseadas no que lhes é ensinado e cobrado pelos professores. Isto sinaliza a necessidade de um treinamento mais sistematizado nestas habilidades, que são fundamentais para a realização de um atendimento médico de qualidade.

O *checklist* único para as cinco estações permitiu a exposição dos alunos a cada quesito em cinco momentos diferentes, o que pode ter sido responsável pela elevada confiabilidade demonstrada pelo exame.

Não houve correlação entre o instrumento de avaliação de atitudes e o OSCE indicando que estes exames podem ser complementares mas não excludentes.

O OSCE utilizado com propósitos formativos e ao longo do curso seria mais útil no favorecimento do desenvolvimento de habilidades relacionadas ao profissionalismo do que sua utilização com função somativa ou para tomada de decisão ao final do curso.

A avaliação do profissionalismo ainda permanece um desafio dentro do currículo das escolas médicas e a adequação das ferramentas disponíveis, bem com a criação de novos instrumentos, são necessários para favorecer o desenvolvimento das habilidades necessárias ao bom trabalho do médico.

Outras pesquisas devem ser conduzidas no intuito de estabelecer a real necessidade de aprendizado dos nossos alunos com relação ao profissionalismo, bem como acerca dos métodos avaliativos que mais se adéquam à abordar esses assuntos. Acompanhar o desenvolvimento de qualidades humanísticas durante os anos da graduação, bem como a abordagem sistematizada das deficiências detectadas por este estudo, podem configurar um projeto de intervenção e pesquisa para um futuro próximo.

## 9 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C.; RIBEIRO, E. C. D. O. (2010). Competência na Educação Médica : Percepções Atuais dos Especialistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 371–378.
- ALBANESE, M. A.; MEJICANO, G.; MULLAN, P.; KOKOTAILO, P.; GRUPPEN, L. (2008). Defining characteristics of educational competencies. *Medical education*, 42(3), 248–55.
- AMERICAM BOARD OF INTERNAL MEDICINE - ABIM (2013). Project Professionalism. Disponível em: <http://www.abimfoundation.org/>.
- ANDRADE, S. C.; DEUS, J. A.; BARBOSA, E. C. H.; TRINDADE, E. M. V. (2011). Avaliação do Desenvolvimento Atitudes Humanísticas na Graduação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 517–525.
- ARAÚJO, D. (2007). Noção de Competência e Organização Curricular. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31 supl.1, 32–43.
- ARNOLD, L.; BLANK, L. L.; RACE, K. E. .; CIPARRONE, N. (1998). Can Professionalism be measured? The Development of a scale for Use in the Medical Environment. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 10, 1119–1121.
- ARNOLD, L. (2002). Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(6), 502–15.
- ARNOLD, L.; SHUE, C. K.; KRITT, B.; GINSBURG, S.; STERN, D. T. (2005). Medical students' views on peer assessment of professionalism. *Journal of general internal medicine*, 20(9), 819–24.
- ARNOLD, L.; STERN, D. (2006A). Content and context of Peer Assessment. *Measuring Medical Professionalism* (pp. 175 – 194).
- ARNOLD, L.; STERN, D. T. (2006B). What is medical professionalism? *Measuring Medical Professionalism* (pp. 15–19).
- AZEREDO, N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. (2011). O Enfrentamento da Morte e do Morrer na Formação de Acadêmicos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 37–43.
- BALDWIN, D. C.; SELF, D. J. (2006). The assessment of Moral Reasoning and Professionalism in Medical Education and Practice. *Measuring Medical Professionalism* (pp. 75 – 93).
- BALLESTER, D. A.; FILIPPON, A. P.; BRAGA, C.; ANDREOLI, S. B. (2005). The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Revista paulista de medicina*, 123(2), 72–6.

- BARMAN, A. (2005). Critiques on the Objective Structured Clinical Examination. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 34(8), 478–82.
- BARNSLEY, L.; LYON, P. M.; RALSTON, S. J.; HIBBERT, E. J.; CUNNINGHAM, I.; GORDON, F. C.; FIELD, M. J. (2004). Clinical skills in junior medical officers: a comparison of self-reported confidence and observed competence. *Medical education*, 38(4), 358–67.
- BATAGLIA, P. U. R.; MORAIS, A.; LEPRE, R. M. (2010). A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 25–32.
- BLANK, L.; KIMBALL, H.; MCDONALD, W.; MERINO, J. (2003). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 138(1), 839–841.
- BRANNICK, M. T.; EROL-KORKMAZ, H. T.; PREWETT, M. (2011). A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. *Medical Education*, 45(12), 1181–9.
- BRASIL, C. N. E. (2001). Diretrizes Curriculares Nacionais. Disponível em : <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. MEC.
- CARRACCIO, C; ENGLANDER, R. (2000). The objective structured clinical examination: a step in the direction of competency-based evaluation. *Archives of pediatrics & adolescent ...*, 154(July), 736–741.
- CARRACCIO, CAROL; WOLFSTHAL, S. D.; ENGLANDER, R.; FERENTZ, K.; MARTIN, C. (2002). Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(5), 361–7.
- COLARES, M.; TRONCON, L. (2002). Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 26(3), 194–203.
- COSTA, C. R. B. S. F.; SIQUEIRA-BATISTA, R. (2004). As Teorias do Desenvolvimento Moral e o Ensino Médico : uma Reflexão Pedagógica Centrada na Autonomia do Estudante. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 28(3), 242–250.
- COSTA, T. (2005). A noção de competência enquanto princípio de organização curricular. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 29, 52–63.
- CRUESS, S. R.; CRUESS, R. L. (2009). The cognitive base of professionalism. *Teaching Medical Professionalism* (pp. 7–9).
- DUFFY, F. D.; GORDON, G. H.; WHELAN, G.; COLE-KELLY, K.;FRANKEL, R.; BUFFONE, N.; LOFTON, S. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(6), 495–507.

- EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *Journal of American Medical Association*, 287(2), 226–235.
- FOX, R. A.; CLARK, C. L. I.; SCOTLAND, A. D.; DACRE, J. E. (2000). A study of pre-registration house officers' clinical skills. *Medical Education*, 34, 1007–1012.
- FRANK, J. R.; DANOFF, D. (2007). The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical teacher*, 29(7), 642–7.
- FRANK, J. R.; SNELL, L. S.; CATE, O. TEN, HOLMBOE, E. S.; CARRACCIO, C.; SWING, S. R.; HARRIS, P. (2010). Competency-based medical education: theory to practice. *Medical teacher*, 32(8), 638–45.
- FRYER-EDWARDS, K.; PINSKY, L. E.; ROBINS, L. (2006). The use of portfolios to assess professionalism. *Measuring Medical Professionalism* (pp. 213–233).
- GENERAL MEDICAL COUNCIL. Good Medical Practice. Disponível em [http://www.gmc-uk.org/guidance/good\\_medical\\_practice.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp)
- GINSBURG, S.; LINGARD, L. (2006). Using reflection and rhetoric to understand professional behaviors. *Measuring Medical Professionalism* (pp. 195–214).
- GINSBURG, S.; REGEHR, G.; STERN, D.; LINGARD, L. (2002). The anatomy of the professional lapse: bridging the gap between traditional frameworks and students' perceptions. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(6), 516–22.
- GREEN, M. L.; AAGAARD, E. M.; CAVERZAGIE, K. J.; CHICK, D.; HOLMBOE, E.; KANE, G.; SMITH, C. D. (2009). Charting the road to competence: developmental milestones for internal medicine residency training. *Journal of graduate medical education*, 1(1), 5–20.
- HAIDET, P.; DAINS, J. E.; PATERNITI, D. A.; HECHTEL, L.; CHANG, T.; TSENG, E.; JOHN, C. (2002). Medical student attitudes toward the doctor – patient relationship. *Medical education*, 36, 568–574.
- HARDEN, R. M.; LAIDLAW, J. M. (2012). *Essentials Skills for a Medical Teacher: An Introduction to Teaching and Learning in Medicine*.
- HARRIS, P.; SNELL, L.; TALBOT, M.; HARDEN, R. M. (2010). Competency-based medical education: implications for undergraduate programs. *Medical teacher*, 32(8), 646–50.
- HENDERSON, E.; BERLIN, A.; FULLER, J. (2002). Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 52(478), 359–63.
- HILLIARD, R. I.; TALLETT, S. E. (1998). The use of an objective structured clinical examination with postgraduate residents in pediatrics. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 152(1), 74–8.

- HILTON, S. R.; SLOTNICK, H. B. (2005). Proto-professionalism: How professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Medical education*, 39(1), 58–65.
- HILTON, S.; SOUTHGATE, L. (2007). Professionalism in medical education. *Teaching and Teacher Education*, 23(3), 265–279.
- KAO, A. (2006). Ethics, Law, and Preprofessionalism: What Physicians need to know. In STERN, D. T. (Ed.), *Measuring Medical Professionalism* (pp. 39–52). New York: Oxford University Press.
- KLAMEN, D.; WILLIAMS, R. (2006). Use standardized clinical encounters to assess physician communication. *Measuring Medical Professionalism* (pp. 56–74).
- KREITER, C. D.; BERGUS, G. R. (2007). A study of Two Clinical Performance Scores : Assessing the Psychometric Characteristics of a Combined Score Derived from Clinical Evaluation Forms and OSCEs. *Medical Education on line*, 12(10), 1–5.
- KRUSCHINSKI, C.; WIESE, B.; EBERHARD, J.; HUMMERS-PRADIER, E. (2011). Attitudes of medical students towards general practice: Effects of gender, a general practice clerkship and a modern curriculum. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 28(1), 1–21.
- LAI, N. M.; TENG, C. L. (2011). Self-perceived competence correlates poorly with objectively measured competence in evidence based medicine among medical students. *BMC medical education*, 11(1), 25.
- LUIJK, S. J. V. A. N.; SMEETS, J. G. E.; SMITS, J.; WOLFHAGEN, I.; PERQUIN, M. L. F. (2000). Assessing professional behaviour and the role of academic advice at the Maastricht Medical School. *Medical Teacher*, 22(2), 0–4.
- LUMMA-SELLENTHIN, A. (2012). Students' attitudes towards learning communication skills: correlating attitudes, demographic and metacognitive variables. *International Journal of Medical Education*, 3, 201–208.
- MAKOUL, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(4), 390–3.
- MARANHÃO, É. DE A.; SILVA, F. A. M. (2001). Formação Médica - Novas Diretrizes Curriculares e um Novo Modelo Pedagógico. *A Educação Profissional em Saúde e a realidade social* (pp. 153–168).
- MARTA, G. N.; MARTA, S. N.; FILHO, A. D. A.; JOB, J. R. P. P. (2009). O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 416–427.
- MASCIA, A. R.; SILVA, F. B.; LUCCHESI, A. C.; MARCO, M. A.; CEZIRA, M.; NOGUEIRA, F.; ANTONIO, L. (2009). Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica : estudo

- transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 40–48.
- MIRANDA, S. M.; PIRES, M. M. DE S.; NASSAR, S. M.; SILVA, C. A. J.(2009). Construção de uma Escala para Avaliar Atitudes de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33, 104–110.
- NEWBLE, D. (2004). Techniques for measuring clinical competence : objective structured clinical examinations. *Medical Education*, 44(0), 199–203.
- NIEMI, P M. (1997). Medical students ' professional identity : self-reflection during the preclinical years. *Medical Education*, 31, 408–415.
- NIEMI, P. M.; VAINIOMÄKI, P. T.; MURTO-KANGAS, M. (2003). “ My Future As A Physician ” - Professional Representations and Their Background Among First-Day Medical Students. *Teaching and Learning Medicine: An International Journal*, 15(1), 31–39.
- NORCINI, J. J.; BLANK, L.; DUFFY, F. D.; FORTNA, G. S. (2003). The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals of Internal Medicine*, 138, 476–481.
- NORCINI, J. J. (2006). Faculty Observations of Students Professional Behavior. *Measuring Medical Professionalism* (pp. 147–158).
- NORCINI, J. J. (2003a). Work based assessment Basis for judgment. *British Medical Journal*, 326, 753–755.
- NORCINI, J. J. (2003B). Peer assessment of competence. *Medical Education*, 37, 539–543.
- NORCINI, J. J.; MCKINLEY, D. W. (2007). Assessment methods in medical education. *Teaching and Teacher Education*, 23(3), 239–250.
- PAPADAKIS, M. A.; LOESER, H.; HEALY, K. (2001). Early Detection and Evaluation of Professionalism Deficiencies in Medical Students: One School's Approach. *Academic Medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 76, 1100–1106.
- PASSI, V.; DOUG, M.; PEILE, E.; THISTLETHWAITE, J.; JOHNSON, N. (2010). Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *International Journal of Medical Education*, 1, 19–29.
- PATENAUDE, J.; NIYONSENGA, T.; FAFARD, D. (2003). Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 168(7), 840–4.
- PEIXOTO, J. M.; RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. (2011). Atitude do Estudante de Medicina a respeito da Relação Médico-Paciente x Modelo Pedagógico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(2), 229–236.

- PINHEIRO, T. R. S. P.; BENEDETTO, M. A. C.; BLASCO, P. G. (2011). Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos : aprendendo com os nossos pacientes. *Revista Brasileira de Medicina*, 68, 1–10.
- ROBERTS, C.; NEWBLE, D. I.; O’ROURKE, A. J. (2002). Portfolio-based assessments in medical education: are they valid and reliable for summative purposes? *Medical education*, 36(10), 899–900.
- ROLLER, C.; FEDI, A. (2012). Ambivalent attitudes toward women and men. Recognizability of stereotypes and effects on self-perception. *Psicologia Política*, 44, 69–86.
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS E SURGEONS OF CANADA. Canmed Framework. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>.
- RUSHFORTH, H. E. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. *Nurse education today*, 27(5), 481–90.
- SANTOS, W. S. (2010). Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 86–92.
- SILVA, R. F.; FRANCISCO, M. A. (2009). Portfólio reflexivo: uma estratégia para a formação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(4), 562–570.
- STERN, D. T. (ed) (2006). *Measuring Medical Professionalism* - Oxford University Press, New York. (pp. 3–12).
- STREET, R. L.; KRUPAT, E.; BELL, R. A.; KRAVITZ, R. L.; HAIDET, P. (2003). Beliefs about control in the physician-patient relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 609–616.
- SWING, S. R. (2007). The ACGME outcome project : retrospective and prospective. *Medical Teacher*, 29, 648–654.
- TOCHEL, C.; HAIG, A.; HESKETH, A.; CADZOW, A.; BEGGS, K.; COLTHART, I.; PEACOCK, H. (2009). The effectiveness of portfolios for post-graduate assessment and education: BEME Guide No 12. *Medical teacher*, 31(4), 299–318.
- TRONCON, L. E. DE A.; COLARES, M. DE F. A.; FIGUEIREDO, J. F. C.; CIANFLONE, A. R. L.; RODRIGUES, M. DE L. V.; PICCINATO, C. E.; PERES, L. C. (2003). Atitudes de Graduandos em Medicina em relação a Aspectos Relevantes da Prática Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 27(1), 20–28.
- TSIMTSIOU, Z.; KERASIDOU, O.; EFSTATHIOU, N.; PAPAHRITOU, S.; HATZIMOURATIDIS, K.; HATZICHRISTOU, D. (2007). Medical students’ attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Medical education*, 41(2), 146–53.
- TURNER, J. L.; DANKOSKI, M. E. (2008). Objective structured clinical exams: a critical review. *Family medicine*, 40(8), 574–8.



- VELOSKI, J.; HOJAT, M. (2006). Measuring Specific Elements of Professionalism: Empathy, Teamwork and Lifelong Learning. In Stern, D. T. *Mesuring Medical Professionalism* (pp. 117–145).
- VLEUTEN, C. P. M.; SCHUWIRTH, L. W. T. (2005). Assessing professional competence: from methods to programmes. *Medical education*, 39(3), 309–17.
- WASS, V.; VLEUTEN, C. VAN DER; SHATZER, J.; JONES, R. (2001). Medical education quartet Assessment of clinical competence. *Lancet*, 357, 945–949.
- WILKINSON, T. J.; WADE, W. B.; KNOCK, L. D. (2009). A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(5), 551–8.
- WIMMERS, P. F.; STUBER, M. L. (2010). Assessing medical students' empathy and attitudes towards patient-centered care with an existing clinical performance exam (OSCE). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1911–1913.
- WOLOSCHUK, W.; HARASYM, P. H.; TEMPLE, W. (2004). Attitude change during medical school: a cohort study. *Medical education*, 38(5), 522–34.
- ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S. M. R. R. (2007). AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DO ESTUDANTE. *Cadernos da ABEM*, 3, 39–43.
- ZURRO, A. M.; VILLA, J. J.; HIJAR, A. M.; TUDURI, X. M.; PUIME, Á. O.; ALONSO-COELLO, P. (2012). Medical student attitudes towards family medicine in Spain: a statewide analysis. *BMC family practice*, 13, 47.

## 10 ANEXOS

### 10.1 ANEXO 1 - TCLE

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa COM TÍTULO PROVISÓRIO DE “Atitude Profissional: Um estudo avaliativo com Universitários no Internato Médico”.

Você foi selecionado POR SER GRADUANDO DO CURSO DE MEDICINA e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são Conhecer o nível de desempenho do graduando (concluinte) do curso de Medicina da UFRR relativo ao desenvolvimento atitude profissional médica.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em RESPONDER O QUESTIONÁRIO AGORA APRESENTADO e PARTICIPAR DA AVALIAÇÃO TIPO OSCE (Exame Clínico Objetivo Estruturado).

Não há riscos nem benefícios relacionados com sua participação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Stella Maris Seixas Martins - PESQUISADORA

Endereço da Pesquisadora: Centro de Ciências da Saúde da UFRR – Av. Ene Garcêz, 2413 - Campus Paricarana – Boa Vista - RR - TEL: 3621-3146 – CEP: 69304-000

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: \_\_\_\_\_

---

Sujeito da pesquisa

## 10.2 ANEXO 2 – Instrumento para avaliação de atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica

### QUESTIONÁRIO

**Instruções – Responda as questões propostas usando o código abaixo:**

- 1- Estou totalmente de acordo
- 2- Concordo em parte
- 3- Estou em dúvida
- 4- Discordo em parte
- 5- Estou totalmente em desacordo

<b>PERGUNTAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1) Na entrevista clínica, considero importante perguntar se existem problemas psicológicos na família do paciente.					
2) Sinto-me incomodado em atender pacientes com sinais sugestivos de problemas psiquiátricos					
3) Sinto-me preparado para comunicar um prognóstico ruim a um paciente.					
4) Acho que o papel do médico contribui para a aproximação entre serviços de saúde e a comunidade.					
5) Penso que o médico especialista tem um valor mais relevante para a sociedade do que o médico generalista.					
6) Acredito que os fatores psíquicos têm importância como determinantes de doenças orgânicas.					
7) Sinto-me preparado para comunicar a morte de um paciente à sua família.					
8) Acho que o médico generalista deveria ser mais valorizado.					
9) Acredito que desenvolver pesquisas científicas é papel de cientistas e não de médicos.					
10) Os pacientes psiquiátricos são os que mais me incomodam durante uma consulta.					

11) Acho que durante uma anamnese clínica deve-se incentivar o paciente para que fale seus problemas emocionais.					
12) Tenho facilidade para conduzir entrevista com pacientes psiquiátricos.					
13) Considero importante conhecer as políticas atuais de saúde mental, mesmo não atuando na área.					
14) Acho que os aspectos preventivos das enfermidades são de competência exclusiva dos especialistas em saúde pública.					
15) Acho que um paciente psiquiátrico com problemas orgânicos não deve ser internado em enfermaria geral.					
16) Acho que o médico especialista não deve se ocupar com os aspectos preventivos das doenças.					
17) Considero importante perguntar ao paciente como ele resolve seus problemas de estresse.					
18) Acho que no curso médico desperdiça-se um tempo enorme tentando transformar estudantes em cientistas.					
19) Penso que o médico deve fazer parte da equipe multiprofissional que realiza visitas a comunidades próximas a centros de saúde.					
20) Como médico (a), acho que a preocupação em desenvolver pesquisas pode me afastar da verdadeira medicina.					
21) Sinto-me despreparado quando tenho que vivenciar uma morte em serviço de urgência.					
22) Considero que a investigação de aspectos psicológicos envolvidos nas doenças cabe somente aos profissionais da área da saúde mental.					
23) Sinto-me inseguro sobre como respeitar os preceitos éticos da minha profissão.					
24) Acredito na importância dos fatores do ambiente social na evolução da doença mental.					
25) Quando um paciente relata o aparecimento de uma doença considero importante investigar se ele sofreu alguma experiência negativa recentemente.					
26) Acredito que as experiências negativas de doenças pregressas podem interferir no estado emocional do paciente.					
27) Acho que o médico pode ser um profissional de ajuda para o doente mental, sem ser necessariamente um psicoterapeuta.					

28) Acho que o médico não deve desenvolver atividades culturais e associativas promovidas por comunidades que pertençam a centros de saúde.					
29) O paciente com doença mental me desperta sentimentos negativos.					
30) Acredito que o desenvolvimento da maioria das doenças inclui fatores de origem psicológica.					
31) Não me sinto preparado para comunicar a morte de um paciente a sua família.					
32) Para mim, os fatores psicológicos afetam a condição física dos indivíduos.					
33) Acho que é função do médico denunciar aos órgãos competentes aquelas instituições de saúde que não ofereçam condições dignas de atendimento.					
34) Acho que um bom médico precisa estar atento aos aspectos biopsicossocial das doenças.					
35) Penso que os doentes mentais crônicos não têm condições de tomar decisões sobre sua própria vida.					
36) Considero importante conhecer os métodos científicos utilizados em uma pesquisa médica.					
37) Penso que pode ser produtivo o trabalho conjunto de serviços primários de saúde com entidades como as associações de bairro.					
38) Acho ingênuo pensar que o trabalho do médico pode contribuir para o desenvolvimento científico da medicina.					
39) Penso que me sentiria incomodado atuando em hospital psiquiátrico.					
40) Os pacientes poliqueixosos me desestimulam nas consultas.					
41) Acho que o médico está dispensado de ouvir o paciente sobre a indicação de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos quando se tratar de pessoas com baixo nível de escolaridade.					
42) Penso que as políticas de socialização do doente mental podem amenizar seus problemas.					
43) Não devo valorizar muito as queixas emocionais de pacientes poliqueixosos.					
44) Acho importante que os estudantes de medicina, desde o início do curso, tenha o hábito de ler artigos de revistas científicas.					

45) Não me incomoda ter que responder as perguntas feitas por familiares de um paciente em estado grave.					
46) Penso que faz parte da função do médico em sérios de atenção primária promover palestras sobre cuidados primários à saúde.					
47) Acho que o preparo psicológico de paciente pré-cirúrgicos não é de competência do médico.					
48) Acho que qualquer médico em geral deveria dar atenção ao estado emocional de todo paciente hospitalizado.					
49) Fico muito incomodado quando vejo a morte de um paciente jovem.					
50) Acho que compete a outros profissionais que não o médico a tarefa de dar orientações sobre cuidados básicos a pacientes que procuram unidades básicas de saúde.					
51) Acho que fazer novas descobertas médica é para quem trabalha em hospitais-escola e não para outros médicos em geral.					
52) Sinto-me incomodado em responder as perguntas de familiares de um paciente em estado terminal.					

## 10.3 ANEXO 3 – ESTAÇÕES DO OSCE

### 10.3.1 ESTAÇÃO 1

#### **Caso Clínico: CA de cólon em adulto**

#### **Habilidade: Comunicação de más notícias**

Trata-se de um caso de um paciente de 49 anos que iniciou com quadro de diarreia com sangue há 1 mês, emagrecimento e palidez cutânea. Procurou um gastroenterologista que solicitou exames laboratoriais e a realização de uma colonoscopia. Em posse dos resultados dos exames procurou a UBS para orientações já que não conseguiu agendar consulta com o gastroenterologista com menos de 3 meses. A biopsia realizada na colonoscopia foi positiva para neoplasia invasiva (Adenocarcinoma)

**Contexto:** Unidade Básica de Saúde

#### **Recursos Necessários**

- Paciente simulado
- Resultado de exame: USG testicular

#### **Instruções ao aluno**

- Você está atendendo ambulatório na UBS e recebe este paciente.
- Oriente esse paciente com relação ao seu problema de saúde

#### **Ações Esperadas do aluno na estação (Padrão ouro)**

É uma estação de avaliação de atitude profissional, onde o aluno deverá ser capaz de:

- Demonstrar conhecimento dos determinantes ético-legais da situação apresentada
- Demonstrar respeito às convicções e ansiedades do outro, sem impor seus conceitos e convicções
- Oferecer bases de explicação razoáveis para negociar sua conduta
- Ouvir com atenção a queixa do paciente
- Não interromper a fala do outro desnecessariamente
- Estabelecer clima harmônico na consulta (rapport)
- Cumprimentar o outro e se identificar de maneira cordial
- Usar efetivamente linguagem não-verbal, demonstrando segurança e confiabilidade
- Comunicar-se com clareza, em termos que facilitam a compreensão. Evitar o uso de jargão
- Conferir entendimento por parte do paciente de maneira clara.
- Demonstrar conhecimento técnico para orientar o paciente de forma convincente.
- Pedir que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu

#### **Instruções – Paciente simulado**

Você veio à UBS ansioso porque há mais ou menos um mês iniciou com diarreia com sangue, acompanhado de dor abdominal e perda de peso (3 Kg). Procurou um gastroenterologista que solicitou exames laboratoriais e a realização de uma colonoscopia. Em posse dos resultados dos exames procurou a UBS para orientações já que não conseguiu agendar consulta com o gastroenterologista com menos de 3 meses. O médico deve lhe dar o diagnóstico de câncer no intestino. No primeiro momento você questiona se ele tem certeza, se não pode ser outra coisa e que isso não pode estar acontecendo com você, afinal de contas você é o provedor da família. Seus 2 filhos estão no ensino médio e sua mulher não trabalha. Você é mecânico autônomo e não pode pensar em parar de trabalhar. Espera-se que o médico que está

atendendo tente acalmá-lo e você deve fazer perguntas como “qual é o tratamento” “quanto tempo eu ficarei sem trabalhar”, “Se eu for morrer o Sr. me fala agora que preciso arrumar a minha vida”.

**Material Complementar – Resultado de Colonoscopia (Fictício)**



Nome: Raimundo Nonato da Silva

Idade: 49 anos

Data: 24/10/2011



Exame realizado com o paciente sob sedação venosa e monitorização oximétrica

Introdução do aparelho sob visão direta com relativa facilidade desde a margem anal até o ceco. Presença de líquido claro na luz intestinal. Presença de lesão vegetante a 30 cm da borda anal em região de sigmoide (50mmX30mm)

Realizado biópsia da lesão e encaminhado para exame histopatológico.

ID: Lesão vegetante em cólon esquerdo, sigmoide, sugestiva de neoplasia.

---

Dr. Juan Carlos Mesquita - Gastroenterologista – Endoscopista - CRM RR 4005

### 10.3.2 ESTAÇÃO 2

**Caso Clínico: Óbito na Emergência**

**Habilidade: Relacionamento com familiares dos pacientes**

Sr. Walter, de 65 anos, há 6 horas iniciou com dor precordial, sudorese e fraqueza. Como estava sozinho em casa, resolveu deitar-se e aguardar a chegada dos familiares. Houve piora progressiva da dor e com a chegada da esposa com o filho, foi acionado o SAMU que o removeu ao Hospital. Logo após a chegada, apresentou PCR que não foi revertida com as



manobras habituais. O ECG revelou IAM extenso.

Fumante e portador de hipertensão arterial, fazia uso irregular das medicações indicadas pelo médico.

**Contexto: Unidade de Emergência**

**Recursos necessários**

- 2 Pacientes simulados
- Manequim de adulto

**Instruções ao aluno**

Como médico da unidade de emergência do HGR, você acabou de fazer o atendimento de um paciente de 65 anos que sofreu um infarto em casa há 6 horas, mas que ao chegar ao PS apresentou uma PCR logo após a realização do ECG, não revertida com as manobras habituais. Neste momento deverá comunicar aos familiares o ocorrido.

**Ações Esperadas do aluno na estação (Padrão ouro)**

É uma estação de avaliação de atitude profissional, onde o aluno deverá ser capaz de:

- Demonstrar conhecimento dos determinantes ético-legais da situação apresentada
- Demonstrar respeito às convicções e ansiedades do outro, sem impor seus conceitos e convicções
- Oferecer bases de explicação razoáveis para negociar sua conduta
- Ouvir com atenção a queixa do paciente
- Não interromper a fala do outro desnecessariamente
- Estabelecer clima harmônico na consulta (rapport)
- Cumprimentar o outro e se identificar de maneira cordial
- Usar efetivamente linguagem não-verbal, demonstrando segurança e confiabilidade
- Comunicar-se com clareza, em termos que facilitam a compreensão. Evitar o uso de jargão
- Conferir entendimento por parte do paciente de maneira clara.
- Demonstrar conhecimento técnico para orientar o paciente ou acompanhante de forma convincente.
- Pedir que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu

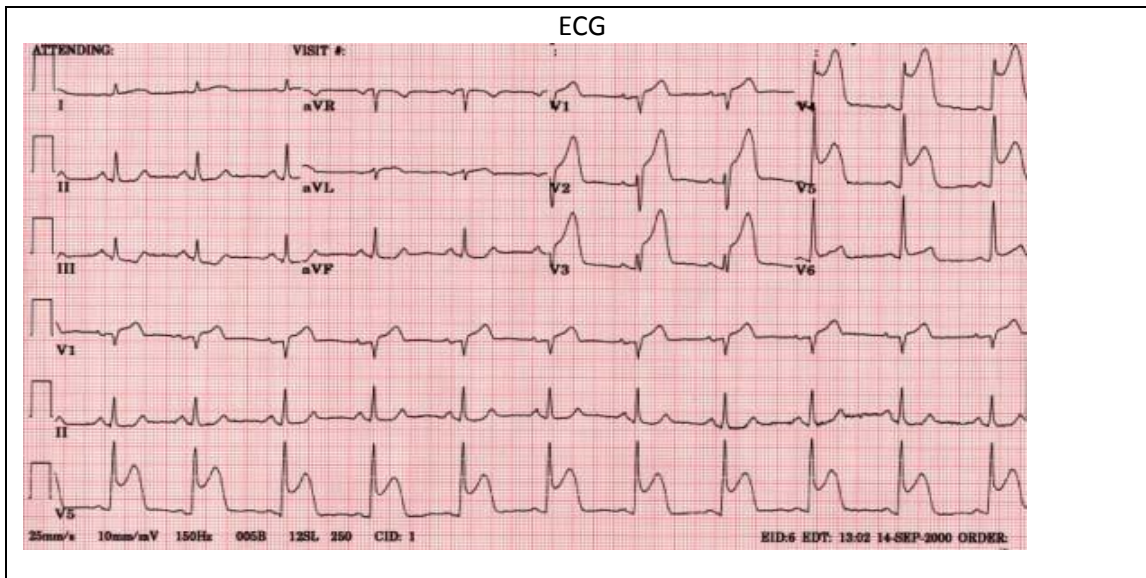
**Instruções – Paciente simulado**

Vocês devem permanecer do lado de fora da sala e serão chamados para receber a notícia do óbito do esposo e pai respectivamente. Devem se mostrar desesperados com a notícia, mostrando pouco entendimento de como isso ocorreu, já que ele estava bem em casa quando saíram hoje pela manhã. Solicitam informação sobre como proceder para o enterro, por nada saberem de como proceder a respeito do óbito e solicitar orientações por parte do médico.

Se a notícia for dada muito bruscamente, a mulher deve cair em prantos e o filho deve se revoltar com o médico por ele não ter tido a sensibilidade e dar uma notícia horrível desta maneira para uma senhora idosa e portadora de Diabetes.

Se a notícia for dada de uma maneira cordial, mostrando empatia e compreensão, calmamente solicitar por informações sobre os aspectos legais deste óbito.

**Material Complementar – Resultado de Eletrocardiograma**



### 10.3.3 ESTAÇÃO 3

#### **Caso clínico: Feto com Síndrome de Down**

#### **Habilidade: Conflito ético**

Casal jovem procura o ambulatório de GO, pois a esposa está grávida de 14 semanas e após receber o resultado da Ultrassonografia realizada há 1 semana, foram informados de que o exame estava alterado, com translucência nucal aumentada, que poderia significar a presença de Síndrome de Down. A pergunta é sobre a legalidade de se realizar um aborto, já que eles leram sobre o assunto e a doença implica numa série de alterações cardíacas e retardo mental.

**Contexto:** Ambulatório de Obstetrícia

#### **Recursos Necessários**

- Paciente simulado
- USG gestacional com resultado alterado

#### **Instruções ao aluno**

- Você está atendendo ambulatório de obstetrícia
- Oriente este casal sobre o problema apresentado.

#### **Ações Esperadas do aluno na estação (Padrão ouro)**

É uma estação de avaliação de atitude profissional, onde o aluno deverá ser capaz de:

- Demonstrar conhecimento dos determinantes ético-legais da situação apresentada
- Demonstrar respeito às convicções e ansiedades do outro, sem impor seus conceitos e convicções
- Oferecer bases de explicação razoáveis para negociar sua conduta
- Ouvir com atenção a queixa do paciente
- Não interromper a fala do outro desnecessariamente
- Estabelecer clima harmônico na consulta (rapport)
- Cumprimentar o outro e se identificar de maneira cordial
- Usar efetivamente linguagem não-verbal, demonstrando segurança e confiabilidade
- Comunicar-se com clareza, em termos que facilitam a compreensão. Evitar o uso de jargão

- Conferir entendimento por parte do paciente de maneira clara.
- Demonstrar conhecimento técnico para orientar o paciente ou acompanhante de forma convincente.
- Pedir que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu

#### **Instruções – Paciente simulado**

Vocês são um casal jovem que procura o ambulatório de GO, pois a esposa está grávida de 14 semanas e após receber o resultado da Ultrassonografia realizada há 1 semana, foram informados de que o exame estava alterado, com translucência nucal aumentada, que poderia significar a presença de Síndrome de Down. A pergunta é sobre a legalidade de se realizar um aborto, já que eles leram sobre o assunto e a doença implica numa série de alterações cardíacas e retardo mental. O pai deve se mostrar intransigente, pois não deseja um filho retardado. Deve também perguntar sobre outros exames confirmatórios e sobre o risco de ter outros filhos com o mesmo problema. A mãe bastante ansiosa deve se mostrar apreensiva, mas sem muita convicção sobre o aborto. Espera-se que o médico oriente sobre a necessidade de exames confirmatórios e encaminhe o casal para atendimento psicológico.

#### **Material Complementar – Resultado de Ultrassonografia Obstétrica**

### Ultrassonografia Obstétrica

Paciente: Luana da Silva Souza

DATA = 27/10/2011



Gravidez em curso, com feto único, vivo, em situação indiferente

CC/CA: 1,18

CF/CA: 0,12

Translucência nucal: 2,3 mm (alterado)

BCF: 160 bpm – normais e rítmicos Órgãos fetais em desenvolvimento

Movimentos somáticos presentes Parede abdominal integra

Câmara gástrica e bexiga de complacência e conteúdo normais.

Coluna vertebral e demais estruturas esqueléticas de aspecto anatômico.

ID: Os achados ultrassonográficos indicam gestação de feto único com idade em torno de 13 semanas e 1 dia, com alteração na medida da translucência nucal.

---

Dra. Wany Gutemberg – Radiologista - CRM RR - 1876

### 10.3.4 ESTAÇÃO 4

**Caso Clínico:** Consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde

**Habilidade:**

Maria do Socorro vem a consulta de rotina com sua filha Flavia, de 1 ano, sem queixas. Relata que a criança nunca fez nenhum tipo de exame e que gostaria de fazer um “check up”. A criança alimenta-se bem com 5 refeições diárias, composta por legumes, arroz, feijão e carne no almoço e jantar, 2 porções de frutas pela manhã e à tarde, além do aleitamento ao seio. Recebeu aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. O cartão vacinal está atualizado. O desenvolvimento neuropsicomotor é adequado, já caminhando sem apoio.

No exame físico a criança apresenta P= 10 kg, Alt.= 75 cm, PC=47 cm, está corada e hidratada, sem desconforto respiratório, ausculta cardíaca normal, ativa.

**Contexto:** Unidade Básica de Saúde

**Recursos Necessários**

- Paciente simulado
- Manequim de criança
- Cartão de Vacina

**Instruções ao aluno**

- Você está atendendo ambulatório na UBS e recebe este paciente.
- Faça a anamnese desta criança

**Ações Esperadas do aluno na estação (Padrão ouro)**

É uma estação de avaliação de atitude profissional, onde o aluno deverá ser capaz de:

- Demonstrar conhecimento dos determinantes ético-legais da situação apresentada
- Demonstrar respeito às convicções e ansiedades do outro, sem impor seus conceitos e convicções
- Oferecer bases de explicação razoáveis para negociar sua conduta
- Ouvir com atenção a queixa do paciente
- Não interromper a fala do outro desnecessariamente
- Estabelecer clima harmônico na consulta (rapport)
- Cumprimentar o outro e se identificar de maneira cordial
- Usar efetivamente linguagem não-verbal, demonstrando segurança e confiabilidade
- Comunicar-se com clareza, em termos que facilitam a compreensão. Evitar o uso de jargão
- Conferir entendimento por parte do paciente de maneira clara.
- Demonstrar conhecimento técnico para orientar o paciente de forma convincente.
- Pedir que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu

**Instruções – Paciente simulado**

Você é a mãe de uma criança de 1 ano, Flavia, que deseja que a sua filha realize exames que considera como check up: Hemograma, exame de urina e exame de fezes. A criança não tem nenhuma queixa de saúde, exceto pelo fato de achar que a criança não come direito. A criança nasceu de parto normal, em boas condições, chorou logo ao nascer. Nunca teve nenhuma internação e vinha fazendo acompanhamento de peso e altura na UBS do seu bairro. Se forem fornecidos os exames solicitados, inquirir o médico se ele encontrou algo de errado na sua filha porque você sempre achou ela realmente muito pálida e perguntar se não seria necessário a realização de uma Ultrassonografia de abdome já que ela acha que as vezes a criança tem dor de barriga.

Se o médico não fornecer os exames, perguntar porque e mesmo após ouvir todas as

explicações dadas insistir que quer os exames, esperando que ele argumente. É necessário que você se sinta convencido pelos motivos apresentados e o médico a oriente sobre os retornos para acompanhamento. Se você não se sentir convencido pelos argumentos deve se calar e ao final dizer que irá procurar outro médico.

**Material Complementar – Exame Físico Completo e Cartão de vacinas do MS preenchido-esquema vacinal completo.**

Exame Físico de Flávia

P= 10 kg

Alt.= 75 cm

PC=47 cm

BEG, mucosas úmidas e normocoradas, anictérica, acianótica, sem edema periférico, ativa, eupneica.

AR= MVF sem ruídos adventícios.

ACV= BRNF sem sopros.

Abdome= semi-globoso, normotenso, fígado a 1 cm do RCD, baço não palpável, não doloroso.

ALH= ausência de linfonodos palpáveis.

AGU= genitália feminina sem alterações.

SN= ativa, alerta, respondendo bem aos estímulos, vira na cama colocando-se em pé, caminha com a mãe pelo consultório.

Orofaringe = sem alterações, 6 dentes em bom estado de conservação

### 10.3.5 ESTAÇÃO 5

**Caso Clínico:** Diagnóstico de Tuberculose

**Habilidade:**

D. Sebastiana, de 45 anos, há 2 meses com tosse seca, sensação de febre vespertina e emagrecimento, peso atual de 53 kg, antes de adoecer pesava 58 kg. Ex tabagista parou há 8 anos. Procurou a UBS onde foram solicitados os seguintes exames: RX de Tórax, hemograma e baciloscopia do escarro /duas amostras. Hoje retorna à consulta com o resultado do exame de escarro positivo para BAAR +++.

**Contexto:** Ambulatório de Especialidades do Hospital Coronel Mota

**Recursos Necessários**

- Paciente simulado
- Paciente simulado
- Pincel Atômico vermelho
- Cartela dos comprimidos do esquema básico
- Receituário

**Instruções ao aluno**

- Você se encontra no ambulatório do Hospital Coronel Mota e vai realizar o atendimento da paciente.

**Ações Esperadas do aluno na estação (Padrão ouro)**

É uma estação de avaliação de atitude profissional, onde o aluno deverá ser capaz de:

- Demonstrar conhecimento dos determinantes ético-legais da situação apresentada
- Demonstrar respeito às convicções e ansiedades do outro, sem impor seus conceitos e convicções

- Oferecer bases de explicação razoáveis para negociar sua conduta
- Ouvir com atenção a queixa do paciente
- Não interromper a fala do outro desnecessariamente
- Estabelecer clima harmônico na consulta (rapport)
- Cumprimentar o outro e se identificar de maneira cordial
- Usar efetivamente linguagem não-verbal, demonstrando segurança e confiabilidade
- Comunicar-se com clareza, em termos que facilitam a compreensão. Evitar o uso de jargão
- Conferir entendimento por parte do paciente de maneira clara.
- Demonstrar conhecimento técnico para orientar o paciente de forma convincente.
- Pedir que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu

### **Instruções – Paciente simulado**

Você é a D. Sebastiana, dona de casa, de 45 anos, que há 2 meses vem apresentando tosse inicialmente seca, posteriormente com catarro, sensação de febre vespertina e emagrecimento (perdeu aproximadamente 5 KG em 2 meses). Ex tabagista parou há 8 anos. Procurou a UBS onde foram solicitados os seguintes exames: RX de Tórax, hemograma e exame de escarro. Hoje retorna com o resultado do exame de escarro positivo para BAAR +++.

Você é semi analfabeta e mora sozinha com seu esposo de 50 anos, pedreiro, também semi analfabeto, ainda não tem filhos. Você vai receber o diagnóstico de tuberculose e demonstrar nenhum entendimento sobre a doença, procurando explicações de forma desesperada, disparando perguntas seguidas como “o que é isto?”, “essa doença pega?”, “meu marido também vai adoecer?”, “tem cura?”, “quanto tempo vou tratar?”, “eu vou morrer?” “em casa tenho que separar copo e pratos?”, “posso fazer sexo com meu esposo?”, “tenho que dormir separada dele?”. O esperado é que o candidato aguarde que a senhora se acalme e então proceda as informações. Se for interrompido bruscamente deve permanecer chorosa e não falar mais nada.

Deve informar ao médico ao receber o receituário que não sabe ler.

### **Material Complementar – Resultado de Exame – Pesquisa de BAAR**



IPAC – Laboratório de Patologia Clínica

<b>Paciente</b>	Sebastiana Lima de Souza	<b>Idade</b>	45 anos
<b>Convênio</b>	SUS	<b>Data coleta</b>	11/10/2011

### PESQUISA DE BAAR

Material: Escarro

Resultado: POSITIVO +++

---

**Microbiologista Responsável**

## 10.4 ANEXO 4 – CHECK LIST DO OSCE

N	Descritor	Inadequado	Adequado	NR	Escore
1	Cumprimenta o outro e se identifica de maneira cordial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Estabelece clima harmônico na consulta (rapport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oferece bases de explicação razoáveis para negociar sua conduta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Ouve com atenção a queixa do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Não interrompe a fala do outro desnecessariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Demonstra respeito às convicções e ansiedades do outro, sem impor seus conceitos e convicções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Demonstra conhecimento dos determinantes ético-legais da situação apresentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Usa efetivamente linguagem não-verbal, demonstrando segurança e confiabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Comunica-se com clareza, em termos que facilitam a compreensão. Evita o uso de jargão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Confere entendimento por parte do paciente de maneira clara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Demonstra conhecimento técnico para orientar o paciente de forma convincente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Pede que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Total</b>				

## 11 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Batista, N.A., Batista, S.H.S.S (Organizadores). Docência em saúde: Temas e experiências – São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004.

Rossit, R. A. S., Storani, K. (Organizadoras). Avaliação nos Processos Educacionais. São Paulo: Editora Unifesp, 2010.

Cruess, R.L., Cruess, S.R., Steinert, Y. (Editors) Teaching Medical Professionalism – Cambridge University Press, 2009.

Stern, D.T. (Editor) Measuring Medical Professionalism – Oxford University Press, 2006.

Linn, R.L., Gronlund, N.E. Measurement and Assessment in Teaching – 8ª Edição. R.R. Donnelley & Sons Company, 2000.



## 12 APÊNDICE

# **PROFISSIONALISMO – MANUAL DE DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PARA O INTERNATO**

# 2013

## PROFISSIONALISMO – MANUAL DE DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PARA O INTERNATO



Stella Maris Seixas Martins

Rosana Aparecida Salvador Rossit

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA

CEDESS - UNIFESP

05/08/2013



## Definindo Profissionalismo

A formação médica atual exige que o aluno desenvolva qualificações que vão além do domínio cognitivo e das habilidades, devendo incluir qualidades humanísticas como: compaixão, preocupação com os direitos do paciente, cortesia e comportamento respeitoso, comunicação efetiva e habilidades interpessoais, responsabilidade e confiabilidade, honestidade e integridade e habilidade para conduzir o paciente. Escolas, médicos e estudantes de medicina tem buscado novas formas de atender às demandas sociais por profissionais médicos condizentes com esse perfil mais “humanizado”.

Profissionalismo médico é a base do contrato firmado entre a sociedade e a medicina, que exige que os interesses dos pacientes sejam colocados acima dos interesses médicos, que sejam estabelecidos e mantidos padrões de competência e integridade e que se forneça aconselhamento especializado sobre assuntos de saúde.

A preparação de profissionais da saúde vai além do desenvolvimento de atitudes, incorporando aos conceitos acima, a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios do campo profissional, como iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática e trabalho em equipe, num conceito mais amplo de competência profissional.

Competência profissional é um saber agir responsável, implicando saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades num contexto profissional determinado e com reconhecimento pelos pares. Competências médicas são a somatória de conhecimentos, habilidades, atitudes e qualidades pessoais essenciais para a prática da medicina.

## Domínios do Profissionalismo

### Aderência a princípios éticos

- Honestidade/Integridade
- Confidencialidade
- Juízo moral
- Respeito a prerrogativas e códigos de conduta

### Interações efetivas com pacientes e com pessoas importantes para eles:

- Respeito à diversidade/ individualidade
- Polidez / Cortesia/ Paciência
- Empatia / Compaixão ao cuidar / harmonização
- Maneiras / Comportamento
- Inclusão do paciente na tomada de decisão
- Manutenção dos limites profissionais
- Equilíbrio na disponibilidade para com o outro e o cuidado consigo

### Interações efetivas com outras pessoas que trabalham no sistema de saúde:

- Trabalho em equipe
- Respeito à diversidade/ individualidade
- Polidez / Cortesia/ Paciência
- Empatia / Compaixão ao cuidar / harmonização
- Maneiras / Comportamento
- Inclusão do paciente na tomada de decisão
- Manutenção dos limites profissionais
- Equilíbrio na disponibilidade para com o outro e o cuidado consigo

### Confiabilidade

- Responsabilidade / conclusão de tarefas
- Pontualidade
- Assumir compromissos
- Organização

### Compromisso a autonomia e educação permanente

- Pessoal
- Com os outros
- Com os sistemas de saúde

## Como deve ser usado este manual?

Os instrumentos de avaliação propostos por este manual visam desenvolver no aluno a capacidade de:

- Refletir sobre sua prática e sobre sua aproximação com a medicina.
- Refletir sobre a informação de suporte recebida e sobre a influência que exerce sobre a prática.
- Identificar as áreas de prática onde se pode fazer melhorias ou que necessitam de desenvolvimento posterior.
- Demonstrar que está atualizado e apto para a prática da medicina

## Plano de Desenvolvimento de Profissionalismo durante o Internato

Ao longo do internato é necessário que todos os alunos sejam expostos a situações relevantes para a boa prática médica, o que não é garantido pelo treinamento em serviço que está sempre sujeito às condições mais prevalentes nos diferentes contextos. Este plano de desenvolvimento procura inserir o treinamento sistemático, que permita o exercício das habilidades necessárias a boa prática médica a todos os alunos e de maneira uniforme.

O desenvolvimento das habilidades será realizado de maneira progressiva, espiral, com complexidade ascendente, incluindo momentos de reflexão ao longo do treinamento, incorporando o processo de ação-reflexão-ação no dia a dia do futuro médico.

Os seguintes componentes do profissionalismo médico serão enfatizados neste desenho instrucional:

- Empatia
- Comunicação
- Ética
- Trabalho em Equipe

## Desenho Instrucional

**Base Cognitiva** = A fim de promover o entendimento da natureza do profissionalismo médico, as raízes históricas e os princípios morais que regem a profissão e as obrigações que suportam a relação da medicina com a sociedade, uma exposição teórica será feita no início da jornada, enfatizando os princípios já citados.

**Tutoria** = cada grupo de 3 alunos terá um tutor da área, capacitado dentro do programa, a fim de acompanhar o desenvolvimento das suas capacidades durante o estágio do internato

**Eixo central** = serão as atividades curriculares do internato médico, normalmente distribuído em rodízios nas 5 grandes áreas: clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirurgia e saúde comunitária.

**Ponto de partida** = Com o intuito de propiciar uma aproximação às necessidades do grupo, será realizada a aplicação de uma escala de atitudes aos alunos ingressantes no internato. Será utilizado o Instrumento para avaliação de atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica (Colares e Troncon, 2002)(Colares & Troncon, 2002), composto por 52 itens para medida de atitudes de estudantes de Medicina baseados em seis aspectos, considerados relevantes para o exercício profissional da medicina: a) assistência primária à saúde; b) aspectos psicológicos e emocionais envolvidos nas doenças; c) aspectos éticos no exercício profissional; d) doença mental; e) morte; f) pesquisa científica. (Anexo 1). Esta avaliação funcionará como balizadora das necessidades dos alunos detectadas pelo instrumento e também como indicativo de seu progresso através da sua aplicação no final do primeiro ano e no final do segundo ano do internato, bem como parte da avaliação do processo educacional em si.

**Estratégias Educacionais** = dentro dos modernos conceitos dos currículos baseados em competências, tomam-se instrumentos que visem avaliar os níveis mais elevados da pirâmide de aquisição de habilidades descritas por Miller, onde o aluno deve demonstrar como ele age e como efetivamente faz em situações da prática médica. Os métodos de avaliação terão objetivos tanto somativos como formativos.



# Estratégias Educacionais



## **Câmaras de Sindicância Simuladas**

O confronto com dilemas éticos ocorre diariamente na profissão médica, e muitas vezes, o aluno se espelha em seus modelos profissionais para a construção de seu padrão individual de como agir frente a diferentes circunstâncias. A prática real, facilitada por profissionais mais experientes, provê experiências múltiplas e variadas tomadas de posição frente às questões éticas. Na grande maioria dos casos, os médicos tomam decisões baseadas em convicções ou opiniões pessoais, reforçadas pelos modelos profissionais e pelas experiências a que foram expostos ao longo dos anos. Nem sempre os posicionamentos e decisões tomados estão corretos, e muitos deles, inadvertidamente, podem se configurar em infrações ao código de ética médica, o que só vêm à tona quando uma situação é submetida aos comitês de ética e conselhos de classe.

Uma das atribuições do médico é julgar o comportamento ético de seus pares. Uma vez inserido no ambiente de trabalho, ele será chamado a compor comitês de ética, atuar como perito em situações que envolvam suspeita de erro médico, e mesmo compor um colegiado de conselheiros no CRM ou CFM. Para tanto, é necessário tanto vivência médica como conhecimento dos determinantes éticos e legais da profissão. O simples conhecimento do código de ética médica é insuficiente para tal competência. É preciso ter compreensão do que são fatos relevantes, agravantes ou atenuantes nas variadas situações, e aprender a analisar puramente os fatos, sem emissão de juízos de valor. Isso somente se consegue com a prática contínua e reflexiva.

### **Objetivo Geral**

Oferecer aos alunos do internato médico exposição sistemática a temas relevantes referentes aos determinantes éticos e legais da prática médica, oferecendo espaço para reflexão e aprendizado.

### **Objetivos Específicos**

1. Discutir temas éticos e legais relevantes de forma sistemática e recursiva;
2. Apropriar os estudantes dos componentes necessários à confecção de um relatório de sindicância;
3. Preparar os futuros médicos para atuarem como câmara de julgamento em diferentes instâncias;
4. Consolidar bases de conhecimento sólidas para tomada de decisões que envolvam aspectos éticos e legais na profissão médica;
5. Fortalecer a habilidade de negociação de conflitos em pequenos grupos;
6. Fortalecer a habilidade de comunicação escrita em documentos oficiais.

### **Metodologia**

Passo 1. Definir cronograma para as sessões da câmara de sindicância simulada, com periodicidade mensal.

Passo 2. Selecionar temas relevantes para a preparação dos casos a serem apresentados nas sessões

Passo 3. Escalar os relatores .Distribuir os casos para os alunos relatores com uma semana de antecedência.

Passo 4. Escalar os componentes da câmara de julgamento (6 componentes e um presidente, a quem caberá voto de qualidade)

Passo 5. Procedimentos para a reunião da câmara:



A câmara se reunirá em sessão simulada, no auditório da escola, para avaliação de dois casos, assistida por uma plenária composta pelos internos e preceptores, que não poderão se manifestar durante as sessões. A abertura da discussão para a plenária se fará após a decisão da câmara, seguindo o seguinte ritual:

1. Verificação de quórum e definição do presidente da junta (5 minutos)
2. Apresentação do caso pelo relator, com fundamentação e voto. (10 minutos)
3. Discussão e debate na câmara, com definição de voto - acompanhando ou não o voto do relator (10 minutos)
4. Abertura para a plenária para questionamentos (10 minutos)
5. Fechamento do caso. (5 minutos)
6. Repetição dos passos 2 a 5 para o segundo caso da sessão (35 minutos)
7. Fechamento da sessão e avaliação do processo com os professores e preceptores. (5 minutos)

Tempo total da sessão: 1:30 h

### **Avaliação**

Todos os temas abordados nas sessões serão objeto de itens das avaliações modulares e deverão corresponder a 5% do quantitativo de itens dos instrumentos de avaliação cognitiva.

## Avaliação em Ambiente Clínico

A avaliação do comportamento profissional é melhor realizada através da observação direta no ambiente de trabalho, a partir do momento que incorpora a opinião de muitos peritos através de múltiplas situações, é realizada em ambiente real e propicia que os conflitos apareçam naturalmente no ambiente educacional.

### Objetivo geral

Avaliar habilidades clínicas dos estudantes durante a interação com pacientes reais.

### Objetivos específicos

1. Observar como o estudante conduz um encontro clínico.
2. Avaliar qualidades humanísticas do profissionalismo como respeito, compaixão, empatia, atendimento às necessidades de conforto do paciente , confiabilidade e capacidade de transmitir informação.
3. Fornecer feedback formativo sobre as fragilidades e fortalezas observadas.

### Metodologia

Passo 1: Orientação dos tutores quanto ao uso do formulário de avaliação do MiniCEX.(Anexo 1).

Passo 2: A escolha do momento da avaliação e sobre qual aspecto o aluno será avaliado será feita pelos tutores nos contextos do hospital, emergência ou ambulatório, devendo realizar pelo menos 2 avaliações de cada aluno sob sua responsabilidade durante o estágio, com intervalo mínimo de 3 semanas.

Passo 3: Fornecimento de feedback formativo e pontuação da escala.

### Avaliação

A pontuação recebida nos MiniCEX fará parte da composição final da avaliação formativa do aluno.

## Oficinas de Habilidades de Comunicação

Colher história, educar o paciente, desenvolver pactos e manejar a doença são atributos que fazem parte do trabalho médico. Valores fundamentais como compaixão, responsabilidade e integridade são demonstráveis através da comunicação.

São pontos essenciais nas tarefas de comunicação: (1) construir a relação médico-paciente, (2) abrir a discussão, (3) reunir informações, (4) entender a perspectiva do paciente; (5) compartilhar informações; (6) chegar a acordo sobre problemas e planos, e (7) fornecer fechamento.

### Objetivo Geral

Oferecer aos alunos do internato médico exposição sistemática a situações que exijam habilidade de comunicação diferenciada, e que não se oferecem de maneira uniforme ao longo da exposição aos cenários reais de práticas, reforçando componentes essenciais como empatia, linguagem clara e acessível e linguagem não verbal.

### Objetivos Específicos

1. Oferecer treinamento sistemático de componentes essenciais da comunicação com os pacientes, como orientação, esclarecimento e planejamento de cuidados.
2. Expor os estudantes, em ambiente protegido, a incidentes críticos no processo de comunicação médico-paciente-familiares, de maneira reflexiva, com níveis crescentes de complexidade
3. Exercitar habilidades de se comunicar com abertura de pensamento, demonstrando respeito aos limites e direitos dos pacientes, demonstrando entendimento compartilhado e incorporação de valores e perspectivas culturais do outro (empatia)
4. Exercitar a habilidade de orientar os pacientes de maneira clara e confiável, evitando o abuso do jargão e oferecendo meios de entendimento adequados às limitações dos pacientes e familiares
5. Exercitar a habilidade de se comunicar em situações de conflito.

### Metodologia

As sessões de treinamento de habilidades de comunicação são planejadas para serem realizadas em um ambiente de pequenos grupos, oferecendo maior espaço para aprendizagem, compartilhamento de experiências e reflexão, oferecendo oportunidade de “ensaiar” em ambiente seguro aquilo que farão na vida prática frente a situações similares.

As sessões serão realizadas em intervalos de quatro semanas, ou duas a cada módulo. Os assuntos abordados deverão fazer parte do universo do estágio onde o aluno se encontra.

Para o desenvolvimento da estratégia, foi escolhido o modelo 4CID (Desenho Instrucional de Quatro Componentes), desenvolvido por Van Merriënboer, que consiste basicamente em dividir uma tarefa

complexa em pequenas tarefas parciais, progressivas e interdependentes, orientadas através de informação de suporte, até a conclusão da tarefa completa. Os componentes do desenho são:

1. Tarefa complexa – O objetivo instrucional final.
2. Informação de suporte – Textos, artigos, vídeos, que orientem os princípios que norteiam a execução das tarefas, apresentados normalmente no início das sessões.
3. Tarefas parciais – parcelas da tarefa complexa, divididas de maneira que a segunda tarefa dependa da primeira, a terceira das duas primeiras, sucessivamente até se completar a tarefa complexa.
4. Informação “just-in-time”- Informações rápidas e relevantes ao longo da execução das tarefas.

Um exemplo sucinto da aplicação do 4CID em um oficina de treinamento de habilidade de comunicação seria:

1. Tarefa complexa – Orientação de tratamento a um paciente analfabeto.
2. Informação de suporte: Apresentação de um vídeo previamente preparado demonstrando os componentes importantes da comunicação com pacientes em diversos contextos
3. Tarefas parciais:
  - a. Estabelecer clima cordial e confiável à consulta
  - b. Orientar tratamento para um colega (estabelecendo clima cordial e confiável à consulta)
  - c. Estabelecer estratégias para conferir entendimento (na orientação de um colega, estabelecendo clima cordial e confiável à consulta)
  - d. Orientar tratamento para um paciente simulado analfabeto (estabelecendo estratégias para conferir entendimento, em um clima cordial e confiável na consulta) (Tarefa completa)
4. Informação just-in-time: A cada tarefa parcial, uma breve sessão de feedback, com auto-avaliação por parte dos participantes e avaliação do preceptor. Uma sessão de feedback ao final da tarefa completa encerra a sessão.

Todos os temas abordados nas sessões poderão ser objeto de estações do OSCE. O desenvolvimento das habilidades de comunicação também serão avaliados formativamente via mini-CEX

## OSCE – Exame Clínico Objetivo Estruturado

O OSCE é uma avaliação objetiva utilizada para avaliar componentes da competência clínica. Tem o potencial para testar uma grande variedade de conhecimentos, habilidades e atitudes, com boa confiabilidade e validade, podendo ser utilizado tanto com propósitos formativos como somativos. A utilização de pacientes simulados confere a aparência de um ambiente real de prática, aumentando as chances de observar o que o aluno efetivamente faria em situações reais da prática médica, com a vantagem de ser reproduzível uniformemente entre vários alunos, aumentando a validade do processo avaliativo.

O Exame clínico Objetivo Estruturado com fins de avaliação de atitude profissional contará sempre com a presença de pacientes simulados, que inclusive podem ter a função também de avaliadores, quando fornecem um feedback formativo sobre a performance do aluno.

### Objetivo

Avaliar a performance do aluno em situações relevantes da prática médica.

### Objetivos específicos

1. Prover uma amostragem de situações relevantes para avaliação de desempenho de estudantes, de forma padronizada, válida e confiável
2. Aferir o desempenho profissional em diferentes contextos
3. Avaliar de forma integrada componentes cognitivos, psicomotores e atitudinais da prática, em ambiente protegido (in vitro)

### Metodologia

O exame compreende uma série de estações onde os estudantes são solicitados a desempenhar uma tarefa específica, num período pré-determinado, normalmente de 5 a 10 minutos, sob o olhar atento de um ou dois examinadores, que devem preencher um formulário contendo os objetivos a serem alcançados na estação.

As etapas de desenvolvimento e implementação do OSCE são:

- Etapa 1:
- Decidir as áreas a serem avaliadas
  - Determinar as habilidades clínicas relacionadas
  - Determinar o número e tipo de estações
  - Definir a relação de examinadores por estação
  - Selecionar estações de um banco de dados ou desenvolver estações individuais.

- Etapa 2:
- Treinar os examinadores
  - Preparar as instruções aos estudantes
  - Preparar os pacientes simulados
  - Preparar os checklists e o sistema de pontuação
  - Incluir categorias amplas de pontuação (suficiente/insuficiente)
  - Distribuir rascunhos para avaliação de especialistas clínicos.
- Etapa 3:
- Compilar respostas dos especialistas clínicos
  - Revisar e redistribuir os protótipos se necessário
  - Determinar um calendário para o exame
  - Pré testar as estações
  - Providenciar todo o material necessário para cada estação.
  - Testar os estudantes
  - Colher feedback da equipe e dos estudantes.

O exame será realizado ao final do primeiro ano e ao final do segundo ano, com propósitos somativos. A inclusão de pelo menos duas estações contendo situações relativas ao profissionalismo será a regra.

## Avaliação 360º

Com o intuito de envolver toda a equipe no processo de desenvolvimento de atitude profissional, a avaliação 360º ou feedback de múltiplas fontes tem seu uso associado a avaliação de habilidades e qualidades não técnicas e humanísticas, como a integridade, responsabilidade, consciência, interesse no aprimoramento pessoal, relacionamento com o paciente, compaixão, empatia, respeito, comunicação humanística e manejo psicossocial da doença. Tem sido o instrumento de escolha para avaliar a comunicação com o grupo de trabalho, no que diz respeito à clareza em fornecer informações, uso de terminologias, promover troca de informações, comunicar decisões com respeito a opinião de colegas, estabelecendo boa troca de informações.

Médicos consultores, enfermeiros e outros profissionais ligados ao serviço médico, inclusive de áreas administrativas, se reúnem para fornecer uma visão sobre o desempenho do estudante dentro do ambiente de trabalho, de forma escrita ou verbal, sendo fundamental que as informações colhidas cheguem como avaliação formativa até o aluno.

### Objetivo

Obter informações sobre o comportamento profissional do aluno oferecendo feedback para reflexão sobre a prática diária junto com a equipe de trabalho.

### Objetivos Específicos

1. Favorecer a integração da equipe de trabalho.
2. Facilitar o desenvolvimento de habilidades de comunicação entre o aluno e equipe de trabalho.
3. Compartilhar a responsabilidade de desenvolver bom ambiente de trabalho e contribuir no aprimoramento do aluno.

### Metodologia

1. Definir cronograma de reuniões a serem realizadas na metade (ao final de 4 semanas) e final de cada estágio (8 semanas), com a presença do coordenador e de demais membros da equipe que atendem na unidade, a fim de se promover uma discussão sobre o comportamento dos alunos durante suas atividades. Serão convocados os tutores, enfermeiros, um técnico de enfermagem, secretária e pelo menos um profissional da equipe de apoio (fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista) para tomar assento na reunião,
2. Utilização de um protocolo escrito, numa escala tipo Likert, sobre integridade, responsabilidade, consciência, interesse no aprimoramento pessoal, relacionamento com o paciente, compaixão, empatia, respeito, comunicação humanística, manejo psicossocial da doença, clareza em fornecer informações, uso de terminologias,

- capacidade promover troca de informações e comunicar decisões com respeito a opinião de colegas.
3. Discussão oral das fragilidades encontradas com a construção de um relatório sucinto.
  4. Os relatórios serão entregues aos tutores, que deverão fazer a devolutiva para os alunos sob sua supervisão de forma reservada, discutindo as necessidades de aprimoramento.

### **Avaliação**

Os relatórios farão parte da avaliação formativa do aluno.



## Anexo 1 - Instrumento para avaliação de atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica

Instruções – Marque as assertivas propostas usando o código abaixo:

1. Estou totalmente de acordo
2. Concordo em parte
3. Estou em dúvida
4. Discordo em parte
5. Estou totalmente em desacordo

<b>ASSERTIVAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Na entrevista clínica, considero importante perguntar se existem problemas psicológicos na família do paciente.					
2. Sinto-me incomodado em atender pacientes com sinais sugestivos de problemas psiquiátricos					
3. Sinto-me preparado para comunicar um prognóstico ruim a um paciente.					
4. Acho que o papel do médico contribui para a aproximação entre serviços de saúde e a comunidade.					
5. Penso que o médico especialista tem um valor mais relevante para a sociedade do que o médico generalista.					
6. Acredito que os fatores psíquicos têm importância como determinantes de doenças orgânicas.					
7. Sinto-me preparado para comunicar a morte de um paciente à sua família.					
8. Acho que o médico generalista deveria ser mais valorizado.					
9. Acredito que desenvolver pesquisas científicas é papel de cientistas e não de médicos.					
10. Os pacientes psiquiátricos são os que mais me incomodam durante uma consulta.					
11. Acho que durante uma anamnese clínica deve-se incentivar o paciente para que fale seus problemas emocionais.					
12. Tenho facilidade para conduzir entrevista com pacientes psiquiátricos.					
13. Considero importante conhecer as políticas atuais de saúde mental, mesmo não atuando na área.					
14. Acho que os aspectos preventivos das enfermidades são de competência exclusiva dos especialistas em saúde pública.					

15. Acho que um paciente psiquiátrico com problemas orgânicos não deve ser internado em enfermaria geral.					
16. Acho que o médico especialista não deve se ocupar com os aspectos preventivos das doenças.					
17. Considero importante perguntar ao paciente como ele resolve seus problemas de estresse.					
18. Acho que no curso médico desperdiça-se um tempo enorme tentando transformar estudantes em cientistas.					
19. Penso que o médico deve fazer parte da equipe multiprofissional que realiza visitas a comunidades próximas a centros de saúde.					
20. Como médico (a), acho que a preocupação em desenvolver pesquisas pode me afastar da verdadeira medicina.					
21. Sinto-me despreparado quando tenho que vivenciar uma morte em serviço de urgência.					
22. Considero que a investigação de aspectos psicológicos envolvidos nas doenças cabe somente aos profissionais da área da saúde mental.					
23. Sinto-me inseguro sobre como respeitar os preceitos éticos da minha profissão.					
24. Acredito na importância dos fatores do ambiente social na evolução da doença mental.					
25. Quando um paciente relata o aparecimento de uma doença considero importante investigar se ele sofreu alguma experiência negativa recentemente.					
26. Acredito que as experiências negativas de doenças pregressas podem interferir no estado emocional do paciente.					
27. Acho que o médico pode ser um profissional de ajuda para o doente mental, sem ser necessariamente um psicoterapeuta.					
28. Acho que o médico não deve desenvolver atividades culturais e associativas promovidas por comunidades que pertençam a centros de saúde.					
29. O paciente com doença mental me desperta sentimentos negativos.					
30. Acredito que o desenvolvimento da maioria das doenças inclui fatores de origem psicológica.					
31. Não me sinto preparado para comunicar a morte de um paciente a sua família.					
32. Para mim, os fatores psicológicos afetam a condição física dos indivíduos.					

33. Acho que é função do médico denunciar aos órgãos competentes aquelas instituições de saúde que não ofereçam condições dignas de atendimento.					
34. Acho que um bom médico precisa estar atento aos aspectos biopsicossocial das doenças.					
35. Penso que os doentes s mentais crônicos não têm condições de tomar decisões sobre sua própria vida.					
36. Considero importante conhecer os métodos científicos utilizados em uma pesquisa médica.					
37. Penso que pode ser produtivo o trabalho conjunto de serviços primários de saúde com entidades como as associações de bairro.					
38. Acho ingênuo pensar que o trabalho do médico pode contribuir para o desenvolvimento científico da medicina.					
39. Penso que me sentiria incomodado atuando em hospital psiquiátrico.					
40. Os pacientes poliqueixosos me desestimulam nas consultas.					
41. Acho que o médico está dispensado de ouvir o paciente sobre a indicação de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos quando se tratar de pessoas com baixo nível de escolaridade.					
42. Penso que as políticas de socialização do doente mental podem amenizar seus problemas.					
43. Não devo valorizar muito as queixas emocionais de pacientes poliqueixosos.					
44. Acho importante que os estudantes de medicina, desde o início do curso, tenha o hábito de ler artigos de revistas científicas.					
45. Não me incomoda ter que responder as perguntas feitas por familiares de um paciente em estado grave.					
46. Penso que faz parte da função do médico em sérios de atenção primaria promover palestras sobre cuidados primários à saúde.					
47. Acho que o preparo psicológico de paciente pré-cirúrgicos não é de competência do médico.					
48. Acho que qualquer médico em geral deveria dar atenção ao estado emocional de todo paciente hospitalizado.					
49. Fico muito incomodado quando vejo a morte de um paciente jovem.					

<b>50. Acho que compete a outros profissionais que não o médico a tarefa de dar orientações sobre cuidados básicos a pacientes que procuram unidades básicas de saúde.</b>					
<b>51. Acho que fazer novas descobertas médica é para quem trabalha em hospitais-escola e não para outros médicos em geral.</b>					
<b>52. Sinto-me incomodado em responder as perguntas de familiares de um paciente em estado terminal.</b>					

## Anexo 2 - Formulário do MINICEX

Avaliador			Módulo			Data					
Aluno						Série					
Problema do paciente											
Contexto			Ambulatório			Internação			Outro		
Paciente		Idade	Sexo		Novo		Follow-up				
Complexidade			Baixa			Moderada			Alta		
Foco:		Anamnese			Aconselhamento			Diagnóstico		Tratamento	
1. Habilidades de comunicação médicas						Não observado					
Insuficiente			Suficiente			Superior					
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
2. Habilidades de exame clínico						Não observado					
Insuficiente			Suficiente			Superior					
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
3. Qualidades humanísticas/Profissionalismo						Não observado					
Insuficiente			Suficiente			Superior					
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
4. Julgamento clínico						Não observado					
Insuficiente			Suficiente			Superior					
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
5. Habilidades de aconselhamento						Não observado					
Insuficiente			Suficiente			Superior					
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
6. Organização/Eficiência						Não observado					
Insuficiente			Suficiente			Superior					
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
7. Competência clínica global						Não observado					
Insuficiente			Suficiente			Superior					
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Satisfação do examinador com o Mini-CEX											
Baixa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alta	
Satisfação do aluno com o Mini-CEX											
Baixa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alta	
Comentários:											
Assinatura do Aluno				Assinatura do Examinador							

(Adaptado de Norcini et al, 2003)

**Anexo 3 - Exemplo de Estação do OSCE****ESTAÇÃO 1****Caso Clínico: CA de cólon em adulto****Habilidade: Comunicação de más notícias**

Trata-se de um caso de um paciente de 49 anos que iniciou com quadro de diarreia com sangue há 1 mês, emagrecimento e palidez cutânea. Procurou um gastroenterologista que solicitou exames laboratoriais e a realização de uma colonoscopia. Em posse dos resultados dos exames procurou a UBS para orientações já que não conseguiu agendar consulta com o gastroenterologista com menos de 3 meses. A biopsia realizada na colonoscopia foi positiva para neoplasia invasiva (Adenocarcinoma)

**Contexto:** Unidade Básica de Saúde

**Recursos Necessários**

- Paciente simulado
- Resultado de exame: USG testicular

**Instruções ao aluno**

- Você está atendendo ambulatório na UBS e recebe este paciente.
- Oriente esse paciente com relação ao seu problema de saúde

**Ações Esperadas do aluno na estação (Padrão ouro)**

É uma estação de avaliação de atitude profissional, onde o aluno deverá ser capaz de:

- Demonstrar conhecimento dos determinantes ético-legais da situação apresentada
- Demonstrar respeito às convicções e ansiedades do outro, sem impor seus conceitos e convicções
- Oferecer bases de explicação razoáveis para negociar sua conduta
- Ouvir com atenção a queixa do paciente
- Não interromper a fala do outro desnecessariamente
- Estabelecer clima harmônico na consulta (rapport)
- Cumprimentar o outro e se identificar de maneira cordial
- Usar efetivamente linguagem não-verbal, demonstrando segurança e confiabilidade
- Comunicar-se com clareza, em termos que facilitam a compreensão. Evitar o uso de jargão
- Conferir entendimento por parte do paciente de maneira clara.
- Demonstrar conhecimento técnico para orientar o paciente de forma convincente.
- Pedir que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu

**Instruções – Paciente simulado**

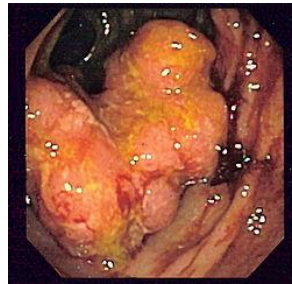
Você veio à UBS ansioso porque há mais ou menos um mês iniciou com diarreia com sangue, acompanhado de dor abdominal e perda de peso (3 Kg). Procurou um gastroenterologista que solicitou exames laboratoriais e a realização de uma colonoscopia. Em posse dos resultados dos exames procurou a UBS para orientações já que não conseguiu agendar consulta com o gastroenterologista com menos de 3 meses. O médico deve lhe dar o diagnóstico de câncer no intestino. No primeiro momento você questiona se ele tem certeza, se não pode ser outra coisa e que isso não pode estar acontecendo com você, afinal de contas você é o provedor da família. Seus 2 filhos estão no ensino médio e sua mulher não trabalha. Você é mecânico autônomo e não pode pensar em parar de trabalhar. Espera-se que o médico que está atendendo tente acalmá-lo e você deve fazer perguntas como “qual é o tratamento” “quanto tempo eu ficarei sem trabalhar”, “Se eu for morrer o Sr. me fala agora que preciso arrumar a minha vida”.

**Material Complementar – Resultado de Colonoscopia (Fictício)**

Nome: Raimundo Nonato da Silva

Idade: 49 anos

Data: 24/10/2011



Exame realizado com o paciente sob sedação venosa e monitorização oximétrica

Introdução do aparelho sob visão direta com relativa facilidade desde a margem anal até o ceco. Presença de líquido claro na luz intestinal. Presença de lesão vegetante a 30 cm da borda anal em região de sigmoide (50mmX30mm)

Realizado biópsia da lesão e encaminhado para exame histopatológico.

ID: Lesão vegetante em cólon esquerdo, sigmoide, sugestiva de neoplasia.

---

Dr. Juan Carlos Mesquita - Gastroenterologista – Endoscopista - CRM RR 4005

## Checklist

N	Descritor	Inadequado	Adequado	NR	Escore
1	Cumprimenta o outro e se identifica de maneira cordial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Estabelece clima harmônico na consulta (rapport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oferece bases de explicação razoáveis para negociar sua conduta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Ouve com atenção a queixa do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Não interrompe a fala do outro desnecessariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Demonstra respeito às convicções e ansiedades do outro, sem impor seus conceitos e convicções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Demonstra conhecimento dos determinantes ético-legais da situação apresentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Usa efetivamente linguagem não-verbal, demonstrando segurança e confiabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Comunica-se com clareza, em termos que facilitam a compreensão. Evita o uso de jargão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Confere entendimento por parte do paciente de maneira clara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Demonstra conhecimento técnico para orientar o paciente de forma convincente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Pede que o paciente explique em suas próprias palavras o que entendeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Total</b>				
<b>ESCORE GLOBAL:</b>		<b>S</b>	<b>I</b>		



## REFERÊNCIAS

- Colares, M., & Troncon, L. (2002). Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 26(3), 194–203.
- Green, M. L., Aagaard, E. M., Caverzagie, K. J., Chick, D. a, Holmboe, E., Kane, G., Smith, C. D., et al. (2009). Charting the road to competence: developmental milestones for internal medicine residency training. *Journal of graduate medical education*, 1(1), 5–20.
- Kao, A. (2006). Ethics, Law, and Preprofessionalism: What Physicians need to know. In D. T. Stern (Ed.), *Measuring Medical Professionalism* (pp. 39–52). New York: Oxford University Press.
- Merriennboer JG, Clark R, Croock MM. (2002) Blueprints for complex learning: The 4C/ID-model. *Educational Technology Research and Development*, 50(2), 39-61.
- Norcini, J. (2006). Faculty Observations of Students Professional Behavior in D. T. Stern (Ed.), *Measuring Medical Professionalism* (pp. 147–158). New York: Oxford University Press.
- Santos, W. S. (2010). Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 86–92.
- Turner, J. L., & Dankoski, M. E. (2008). Objective structured clinical exams: a critical review. *Family medicine*, 40(8), 574–8.
- Wilkinson, T. J., Wade, W. B., & Knock, L. D. (2009). A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(5), 551–8.

