



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA**



**Tradução e adaptação cultural da versão brasileira da Four
Habits Coding Scheme (4HCS) para ensino e avaliação das
habilidades de comunicação de profissionais de saúde**

RENATA RODRIGUES CATANI

**UBERLÂNDIA
2017**

RENATA RODRIGUES CATANI

**Tradução e adaptação cultural da versão brasileira da Four
Habits Coding Scheme (4HCS) para ensino e avaliação das
habilidades de comunicação de profissionais de saúde**

Fundamentação teórica e artigo submetido para publicação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Helena Borges Martins da Silva Paro

**UBERLÂNDIA
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

C357t Catani, Renata Rodrigues, 1985
2017 Tradução e adaptação cultural da versão brasileira da Four Habits
Coding Scheme (4HCS) para ensino e avaliação das habilidades de
comunicação de profissionais de saúde / Renata Rodrigues Catani. -
2017.
91 p. : il.

Orientadora: Helena Borges Martins da Silva Paro.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Educação médica - Teses. 3.
Medicina - Estudo e ensino - Teses. 4. Avaliação educacional - Teses. I.
Paro, Helena Borges Martins da Silva, 1977-. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 61

FOLHA DE APROVAÇÃO

Renata Rodrigues Catani

Tradução e adaptação cultural da versão brasileira da Four Habits Coding Scheme (4HCS) para ensino e avaliação das habilidades de comunicação de profissionais de saúde

Presidente da banca: Profa Dra Helena Borges Martins da Silva Paro

Fundamentação teórica e artigo submetido para publicação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Banca Examinadora

Titular: Profa Dra Renata Rocha Barreto Giaxa
Universidade de Fortaleza

Titular: Profa Dra Alessandra Carla de Almeida Ribeiro
Universidade Federal de Uberlândia

Agradecimentos

A Deus, que todos os dias de minha vida me deu forças para nunca desistir.

Aos meus pais e irmãos, que me deram suporte nessa jornada.

À minha orientadora e amiga, Helena Paro, por ter me dado o apoio necessário e ter compreendido as minhas diversas e difíceis fases de dedicação à pesquisa, e que soube de forma competente, respeitosa e especial me ensinar a ser uma pesquisadora melhor.

Às amigas Emiliana Valadares e Julianni Lancombi, que foram minhas companheiras de jornada e algumas vezes, meu apoio para seguir em frente.

Aos meus amigos, em especial Paula Machado, Sarah Araújo, Carlos Elias, Natália Kozan, Lilian Kato e Nubia Batista por me incentivarem a continuar, me auxiliarem com bons conselhos e entenderem a minha ausência em vários encontros.

Aos professores, Carlos Henrique Martins, Tânia Mendonça e Alfredo Demétrio pela consideração e às contribuições à pesquisa e a todos os professores do mestrado que de alguma forma contribuíram para minha formação.

Aos tradutores da empresa de tradução da UFU – Babel Junior, e em especial à tradutora e professora da Universidade, Laurieny Vilela, pelas contribuições nas diversas fases da pesquisa e pelas traduções e revisões do artigo, de forma ágil e profissional.

Ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e aos professores do Eixo de Atividades Sensoriais Reflexivas e Formativas da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, pelo apoio à minha participação no mestrado.

Aos estudantes de medicina, residentes e pacientes que aceitaram participar da pesquisa e contribuir com a concretização da pesquisa.

Às secretárias da pós-graduação, Gisele e Viviane, que me ajudaram e me deram o suporte acadêmico necessário para a realização deste trabalho.

“Cultivar estados mentais positivos como a generosidade e a compaixão decididamente conduz a melhor saúde mental e a felicidade.”

Dalai Lama

Resumo

Objetivo: Traduzir e adaptar culturalmente, para uso no contexto brasileiro, a escala *Four Habits Coding Scheme* (4HCS), desenvolvida para ensinar e avaliar habilidades de comunicação dos profissionais de saúde, no modelo da assistência centrada na pessoa. **Métodos:** O processo de tradução foi realizado em sete etapas: tradução inicial, reconciliação, retrotradução, revisão pelo autor, revisão independente e obtenção de consenso por meio da técnica Delphi, revisão gramatical e de linguagem e pré-teste. Durante o pré-teste, três observadores independentes avaliaram quatro consultas de estudantes e residentes gravadas em ambiente real. **Resultados:** Expressões que denotam o entendimento da integralidade da pessoa, como “*Engage in small talk*”, “*Expansion of concerns*”, “*Elicit full agenda*”, “*Use patient’s frame of reference*” e “*Explore plan acceptability*”, foram os itens de mais difícil consenso entre especialistas médicos e tradutores. Outra dificuldade na obtenção de consenso para a tradução foi a palavra “*clinician*”, traduzida inicialmente como “*médico*”. O comportamento tradicionalmente dominante do médico e a noção de que a comunicação deva ser feita por ele podem ter influenciado esse resultado. **Conclusões:** A tradução da Escala de Codificação de Quatro Hábitos (EC4H) produziu uma escala adaptada à cultura brasileira, que poderá ser introduzida como instrumento de ensino e avaliação de habilidades de comunicação nas escolas médicas do país.

Palavras-chave: educação médica; avaliação educacional; comunicação em saúde, comparação transcultural; assistência centrada no paciente.

Abstract

Objective: To translate and culturally adapt, into Brazilian Portuguese, the Four Habits Coding Scheme (4HCS), an instrument for teaching and assessing clinicians' communication skills in a person-centered care approach. **Methods:** The translation process was accomplished in seven stages: initial translation, reconciliation, back translation, review by the author, independent review, consensus version through Dephi technique, review by a language coordinator, and pre-test. During pre-test, three independent observers assessed four medical consultations performed by medical students and residents that had been recorded in a real health care scenario. **Results:** Reviewers had difficulty in reaching consensus on expressions referring to understanding the whole person, such as "Engage in small talk", "Expansion of concerns", "Elicit full agenda", "Use patient's frame of reference", and "Explore plan acceptability". They also had difficulty in reaching consensus on the translation of the word "clinician", which was first translated as "physician". Historical and cultural issues in the physician-patient relationship may have influenced this result. **Conclusions:** The Brazilian 4HCS is a culturally, conceptually, semantically and operationally sound instrument. It represents an important advance not only for strengthening the person-centered care model in Brazil, but also for international studies aimed at cross-cultural comparisons of health care models and systems.

Keywords: medical education; educational measurement; communication in health; cross-cultural comparison; patient-centered care.

Lista de figuras

Figura 1. Áreas cerebrais com relevância para a regulação da afecção	20
Figura 2. Princípios do MCP (Adaptada).....	27
Figure 1. Translation and cultural adaptation of the Four Habits Coding Scheme.....	57

Lista de tabelas

Table 1. Process to solve discrepant item translation through the Delphi technique.....	58
Table 2. Process to solve discrepant translation of words in the anchors through the Delphi technique.....	59
Table 3. Main adjustments due to inconsistencies and difficulties in the translation of the EC4H anchors	60
Table 4. Pre-final version, pre-test suggestions and final version of the 4HCS.....	61

Lista de abreviaturas

4HCS	<i>Four Habits Coding Scheme</i>
CCG	<i>Calgary Cambridge Guide</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC4H	Escala de Codificação de 4 Hábitos
EJE	Escala Jefferson de Empatia
EOMP	Escala de Orientação Médico-Paciente
GKCSAF	<i>Gap-Kalamazoo communication skills assessment form</i>
KEECC-A	<i>Kalamazoo Essential Elements Checklist- adapted</i>
MCP	Modelo Centrado na Pessoa
PBCI	<i>Patient-Centred Behaviour Coding Instrument</i>
REC	Reconciliação
RT	Retrotradução
T1	Tradução1
T2	Tradução 2

Sumário

Introdução	11
Fundamentação teórica	18
Breve histórico: Do modelo biomédico ao modelo centrado na pessoa .	23
Modelo centrado na pessoa (MCP)	26
O modelo centrado na pessoa e as habilidades de comunicação	27
Instrumentos que avaliam as habilidades de comunicação dos estudantes das áreas da saúde	29
<i>Four Habits Coding Scheme (4HCS)</i>	30
<i>SEGUE Framework Checklist</i>	31
<i>Calgary Cambridge Guide (CCG)</i>	32
<i>Patient-Centred Behaviour Coding Instrument (PBCI)</i>	33
<i>Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form (GKCSAF)</i>	35
Objetivos	38
Artigo versão em inglês	40
Artigo versão em português	58
Referências bibliográficas	80
Anexos	87

Introdução

As habilidades de comunicação dos estudantes de medicina são essenciais para a formação de profissionais capazes de resolver os problemas de saúde deste século (SIBILLE; GREENE; BUSH, 2010). Atualmente, exige-se que o médico tenha uma educação holística que vá além do conhecimento de termos clínicos, sintomas da doença, diagnósticos e tratamentos. Uma parte integrante do trabalho de um médico é a comunicação e a interação com os pacientes. Estudos apontam que uma relação médico-paciente coesa constitui a chave para o sucesso e eficácia das ações em saúde (EVANS et al., 1987; MOORE; GÓMEZ; KURTZ, 2012; STEWART et al., 2000; STEWART, 1984) e ainda contribui para maior satisfação de médicos e pacientes e para redução de custos para os sistemas de saúde (RIBEIRO; AMARAL, 2008; STEWART et al., 2000).

Tais evidências reforçam a necessidade do desenvolvimento das habilidades de comunicação durante a formação dos profissionais de saúde. As habilidades de comunicação estão entre as habilidades mais frequentemente requeridas para o desempenho das competências exigidas pelas principais diretrizes de formação médica (ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES, 2014; GENERAL MEDICAL COUNCIL, 2009; WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION, 2003; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 2005). A capacidade de comunicar-se de forma eficaz parece ser um pré-requisito de qualificação para a maioria dos profissionais da saúde (EPSTEIN; HUNDERT, 2002).

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em medicina, homologadas em 2001 pelo Ministério da Educação

(BRASIL, 2001) e reforçadas em 2014 (BRASIL, 2014), referendam a discussão internacional a respeito da formação médica. As DCN delineiam o perfil que o médico deve alcançar ao concluir o curso de graduação (generalista, humanista, crítico, reflexivo, capaz de trabalhar em equipe respeitando os princípios éticos) e recomendam que os cursos de medicina adaptem seus projetos político-pedagógicos com o objetivo de formar profissionais competentes e qualificados (em conhecimentos, habilidades e atitudes), direcionados às necessidades de saúde (promoção, preservação, recuperação e reabilitação da saúde) do cidadão, da família e da comunidade. Com isso, as diretrizes satisfazem, com base na realidade epidemiológica e profissional, a integralidade das ações dos futuros médicos por meio da compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos/bioéticos e legais do indivíduo e da coletividade, dentro do processo saúde-adoecimento-cuidado.

As recomendações das DCN visam melhorar a integração das ciências comportamentais e sociais no currículo médico, tendo como áreas principais a comunicação médico-paciente e a promoção da mudança de comportamento em saúde. As DCN recomendam, ainda, a necessidade de estratégias de ensino e critérios de acompanhamento e avaliação permanente do processo de ensino-aprendizagem e dos estudantes, com uso de instrumentos de avaliação baseados em conhecimentos, habilidades e atitudes (BRASIL, 2001). Nesse contexto, estratégias curriculares voltadas para as habilidades de comunicação dos estudantes de medicina devem ser incentivadas nas escolas médicas. Tais estratégias devem englobar avaliações dos estudantes com instrumentos de observação direta, bem como o desenvolvimento docente para o uso desses

instrumentos de avaliação e de estratégias de ensino inovadoras (MAKOUL; SCHOFIELD, 1999).

Apesar da importância dada à comunicação centrada na pessoa por diretrizes nacionais e internacionais de educação médica, o ensino e a avaliação dessas habilidades ainda constituem um grande desafio. Se, por um lado, observamos um crescente número de intervenções pedagógicas com o objetivo de desenvolver e avaliar as habilidades de comunicação centrada na pessoa na literatura internacional (EVANS et al., 1987; LEVINSON; Roter, 1993; MOORHEAD; WINEFIELD, 1991; Roter et al., 1995; SMITH et al., 1998; WHITEHOUSE, 1991), ainda observamos poucas iniciativas no contexto brasileiro. No Brasil, essas iniciativas ainda restringem-se a momentos isolados do curso médico, formalizadas em disciplinas como Semiologia e Psicologia Médica nas escolas de medicina com currículos tradicionais (GROSSEMAN; STOLL, 2008; ROSSI; BATISTA, 2006) ou raras experiências do ensino das habilidades de comunicação (NUNES, et al., 2013)

De fato, embora observemos um movimento das escolas de medicina brasileiras em direção à implementação de mudanças para adequação às DCN, há mais intencionalidade do que operacionalidade de algumas instituições a respeito das inovações e avanços (ABDALLA et al., 2009). Embora algumas escolas utilizem estratégias de ensino-aprendizagem inovadoras, muitas ainda não conseguiram descaracterizar o ensino tradicional, que continua fragmentado em disciplinas e com caráter hospitalocêntrico, centrado na doença e na visão reducionista das dimensões sociais, psicológicas, econômicas e comportamentais do processo saúde-doença-cuidado (ENGEL, 1977; NOGUEIRA, 2009; PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Os currículos das escolas de

medicina ainda priorizam os aspectos tecnológicos e biomédicos da prática profissional, em detrimento das habilidades interpessoais e de comunicação (HULSMAN et al., 1999).

A dificuldade enfrentada pelas escolas de medicina no Brasil para a implementação de estratégias pedagógicas voltadas para o desenvolvimento das habilidades de comunicação pode ser parcialmente explicada pela escassez de estratégias de ensino e instrumentos de avaliação validados para a cultura brasileira.

Essa escassez de instrumentos impõe um desafio para educadores e pesquisadores brasileiros para a avaliação das habilidades de comunicação. Atualmente no Brasil, dispomos de instrumentos que avaliam atitudes ou crenças do estudante acerca da relação médico-paciente, como a Escala Jefferson de Empatia (EJE) (KANE et al., 2007; PARO et al., 2012) e a Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP) (KRUPAT et al., 2006; PEREIRA et al., 2013). Essas escalas são instrumentos de autorrelato que avaliam a empatia e a atitude centrada no paciente dos estudantes de medicina, respectivamente. Embora o autorrelato da atitude empática ou centrada no paciente possa ser útil em pesquisas na área da educação médica, as intervenções pedagógicas carecem de instrumentos de observação direta do comportamento dos estudantes relacionado à comunicação médico-paciente.

Recentemente, foi validada para uso no Brasil o *Gap-Kalamazoo communication skills assessment form* (GKCSAF), uma escala desenvolvida para avaliar as diferenças de percepção sobre as habilidades de comunicação entre a autoavaliação, avaliação por pares ou professores e a avaliação por pacientes ou familiares padronizados (AMARAL et al., 2016). No entanto,

embora seja um instrumento que valorize diferentes fontes de avaliação, o GKCSAF não foi validado para cenários reais e requer o uso de pacientes ou familiares padronizados. Além disso, tem sido utilizado para avaliação das habilidades de comunicação em três situações específicas: obtenção do consentimento informado, comunicação de más notícias e revelação de erros (DUFFY et al., 2004; JOYCE; STEENBERGH; SCHER, 2010; MAKOUL, 2001a; PETERSON; CALHOUN; RIDER, 2014).

Em uma tentativa de obter um instrumento de observação direta da consulta médica em cenários reais de prática, Krupat et al. (2006) desenvolveram e validaram a Four Habits Coding Scheme (4HCS). A escala surge como um instrumento de fácil aplicação, que não requer uso de tecnologias para sistematizar o ensino das habilidades de comunicação no país, além de avaliar estudantes e profissionais de saúde nos cenários reais de assistência, em caráter formativo e somativo. Uma versão brasileira da escala permitirá o estudo das habilidades de comunicação em países não anglófilos e possíveis comparações entre diferentes culturas.

Para que possamos obter uma versão com equivalência à escala original, o seguimento rigoroso dos consensos internacionais para tradução de questionários faz-se necessário (BEATON et al., 2000; EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005). Critérios rigorosos para as etapas de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos são necessários para manter a qualidade e a fidedignidade do construto a ser medido. As etapas ganham especial importância no cenário da globalização, em que a troca de informações e instrumentos entre pesquisadores de saúde parece promissora (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011).

Estudos ressaltam a importância do seguimento das etapas de tradução e adaptação cultural para a obtenção de instrumentos linguisticamente validados (GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010; SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). Sem o rigor metodológico necessário nesse processo, não é possível validar o construto a ser medido pelo instrumento e, conseqüentemente, utilizá-lo na prática clínica e/ou pesquisa científica (PUGA; LOPES; COSTA, 2012). Falhas nos processos de tradução também podem levar ao risco de incorporação inadequada de conceitos em populações culturalmente diversas (GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010).

O seguimento das etapas de adaptação cultural permite a obtenção de equivalência **conceitual e de itens** (exploração do construto de interesse, testada por grupo de especialistas); **semântica** (transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão, propiciando um efeito nos respondentes semelhante nas duas culturas, testada em todas as fases da tradução e no pré-teste e tem melhor resultado com a participação de tradutores bilíngues com língua nativa para as duas línguas em questão); **operacional** (comparação entre os aspectos de utilização de um instrumento nas populações-alvo e fonte, testada desde o desenho do instrumento à forma de aplicação), **mensuração** (baseia-se na investigação das propriedades psicométricas do instrumento vertido, visando avaliar a validade e confiabilidade de construto) e **funcional** (dada pelas equivalências identificadas nas demais etapas de avaliação) (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Fundamentação teórica

Nos últimos anos, estudos e consensos internacionais reforçam a comunicação centrada na pessoa durante entrevista clínica como uma das principais causas de sucesso, satisfação e impactos positivos em saúde para profissionais e pacientes (STEWART et al., 2000; STEWART, 2013, 1984).

Esses estudos foram em parte desenvolvidos em resposta à proposta de mudança do modelo assistencial com enfoque na doença (BRASIL, 2004), aceito acriticamente desde o período hipocrático (PELLEGRINO, 2006), para um modelo com enfoque no paciente (STEWART, 2007), ou na pessoa (ROGERS, 1995).

A mudança pressupõe alterações nas noções hierárquicas da assistência, nas quais o médico deixa de estar tradicionalmente no comando da consulta (modelos de assistências denominados atividade-passividade e orientação-cooperação) para compartilhar o poder na relação, agindo de forma mais igualitária e integrativa (modelo de participação mútua), renunciando ao controle que lhe era atribuído (STEWART, 2007; SZASZ; HOLLENDER, 1956).

Além de gerar alterações de abordagem na assistência, a mudança de foco “da doença para o doente” tem repercussões de ordem biológica (FINSET; MJAALAND, 2009), psicológica (MJAALAND et al., 2011), filosófica, ética e moral (PELLEGRINO, 2006), sociológica (FISHER, 1984) e educacional (MOORE; GÓMEZ; KURTZ, 2012).

Estudiosos que avaliam as repercussões biológicas do Modelo Centrado na Pessoa (MCP) em abordagens teóricas argumentam que há uma associação entre o comportamento comunicativo e os desfechos e mecanismos cerebrais. Nos passos da consulta, diferentes áreas dos cérebro são ativadas e

modulam as emoções dos indivíduos, por exemplo: na expressão de empatia, o córtex pré-frontal ventromedial do médico é ativado; a área do córtex pré-frontal dorsomedial parece ser ativada durante a captação das emoções do paciente, (Figura 1) (FINSET; MJAALAND, 2009).

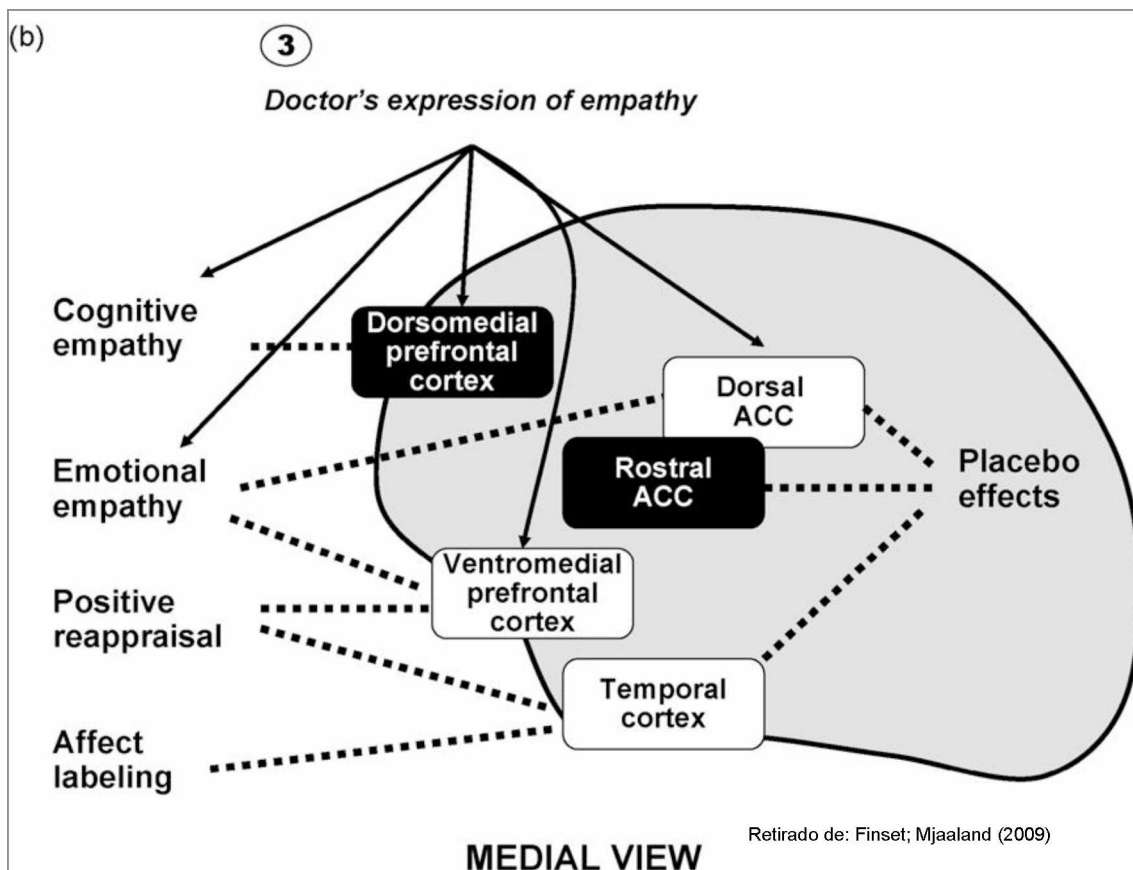


Figura 1 – Áreas cerebrais com relevância para a regulação da afecção

As repercussões das ações neuro-comportamentais provavelmente têm relação com as questões psicológicas. Segundo Rogers (1995), se os sentimentos vivenciados pelo paciente são compreendidos, e o mesmo sente-se assim, bem-vindo e aceito nos vários aspectos de sua experiência, ocorre uma maleabilidade gradual de seu jeito de ser e uma fluência mais livre de sentimentos e movimentos (ROGERS, 1995). Estudos qualitativos (BOGGIANO et al., 2017) e quantitativos (MJAALAND et al., 2011) referentes ao MCP,

mostram que pacientes que conseguem expressar preocupações e sentimentos negativos no encontro clínico ficam emocionalmente melhores. Em estudos com pacientes com câncer, evidenciou-se que a falta de expressão dos sentimentos negativos comprometeu o bem-estar emocional e afetou negativamente a sobrevivência desses pacientes (MJAALAND et al., 2011; PARLE; JONES; MAGUIRE, 1996).

Ao ampliarmos a abrangência do MCP para a sociedade, percebemos as inúmeras mudanças que ela traz nos campos filosófico (ética e moral) e sociológico. A figura do médico paternalista, benevolente e com conhecida autoridade sobre os pacientes perdurou por muitos séculos. A mudança de paradigma expressa nos princípios do MCP pode representar uma ameaça aos valores e a moralidade (o que é certo e o que é errado) de uma determinada sociedade (PELLEGRINO, 2006). Pellegrino (2006) ressalta a dificuldade de incorporação desses valores pelos médicos e a coexistência de diversos valores, tais quais aqueles referentes à medicina tradicional, a medicina centrada na pessoa e ainda a medicina mercantilista. Para esse autor, é necessário, para compreender as questões morais, determinar as responsabilidades do médico e os objetivos humanísticos da medicina. O valor da medicina curativa na sociedade atual e o foco biomédico geram uma desconstrução da pessoa, que é o agente principal no MCP. O aparente conflito de ideias entre os valores vigentes e os princípios do MCP pode nos levar incorretamente a pensar em violação dos princípios morais da sociedade durante um encontro centrado na pessoa (PELLEGRINO, 2006).

Essa mudança de valores também incorre em alterações de cunho ético. A autonomia do paciente na abordagem centrada na pessoa ganha

substancial importância, uma vez que a decisão compartilhada é um dos pontos-chaves do modelo (DUROCHER et al., 2015). Atualmente, sabemos que deve haver um equilíbrio entre o respeito da autonomia e da beneficência dos pacientes, com o objetivo de alcançar o melhor resultado possível dentro de um consenso entre os atores do encontro clínico. Dessa nova situação, em que há conflitos entre os dois modelos de cuidados, surge a necessidade da negociação entre médicos e pacientes para aplicação da decisão compartilhada a partir dos princípios éticos vigentes (KRAUS; MARCO, 2016; TAYLOR, 2009).

Na sociedade atual, questões relacionadas com o sistema patriarcal e capitalista em que há um dominante e um dominado são evidentes. O microambiente do encontro clínico tradicional reproduz esse sistema patriarcal. O MCP rompe com essa ideia ao aproximar médicos e pacientes, a partir de um modelo de equanimidade e simetria na relação (FISHER, 1984).

No campo educacional, o uso do MCP exige particular atenção ao desenvolvimento docente. Os professores, em sua maioria, formados no modelo flexneriano, em que a fragmentação dos conhecimentos dificulta o entendimento da pessoa como um todo, tendem a seguir o modelo biomédico e a repetir essa abordagem no ensino. O desenvolvimento docente é uma condição necessária e prioritária para a efetividade das ações voltadas para o ensino e avaliação das habilidades de comunicação (NOGUEIRA, 2009; PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Além do aprimoramento docente, a reestruturação curricular das escolas médicas é outra necessidade, uma vez que a influência flexneriana nos currículos ainda é uma realidade para muitas instituições de ensino. Diretrizes internacionais recomendam o ensino dessas habilidades de forma longitudinal desde os primeiros anos até o final do curso e consideram essa estratégia como

central para a formação de egressos que possuam competências interpessoais no encontro clínico (ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES, 2014; MOORE; GÓMEZ; KURTZ, 2012)

Os desdobramentos aqui apontados ressaltam o modelo “emergente”, centrado na pessoa, como uma alternativa ao modelo biomédico, centrado na doença, que parece ser insuficiente para a compreensão do processo de adoecimento em sua totalidade (BALLESTER et al., 2010) e para as necessidades de saúde da sociedade atual.

Breve histórico: Do modelo biomédico ao modelo centrado na pessoa

As teorias difundidas no período renascentista (séculos XVI e XVII) proporcionaram as bases do modelo biomédico. A medicina, que antes era considerada a arte de curar indivíduos doentes, passou a ser a disciplina das doenças (KOIFMAN, 2001). A anatomia, que passou a ser estudada por meio da observação em corpos mortos, constitui-se na base para a ciência médica. Esse fato ressaltou a possibilidade de aquisição do conhecimento médico dissociado do conhecimento do indivíduo doente, reforçado a partir da publicação de obra de Andreas Vesalius, em 1543, *De Humani Corporis Fabrica* (PORTER, 2001).

A descoberta dos agentes etiológicos e sua correlação com a anatomia (BARROS, 2002), exigiu novas concepções sobre a estrutura e o funcionamento do corpo, o que gerou a reorientação dos princípios e práticas da medicina. O corpo passou a ser avaliado como uma máquina com engrenagens que era capaz de ser reparado e a subjetividade do indivíduo doente passou a ser negligenciada (ENGEL, 1980).

A redução dos fenômenos complexos a seus componentes mais simples proposta por pensadores como Rene Descartes e Isaac Newton também contribuiu para a visão cartesiana do corpo de saúde do conceito de saúde como ausência de doença e de cura como eliminação dos sintomas (AUGUSTO, 1989) (BARROS, 2002). Houve, nesse período, um evidente crescimento técnico-científico que influenciou o pensar da medicina moderna.

A consolidação e a hegemonia do modelo biomédico até os dias atuais foi reforçada pelo relatório de Flexner (FLEXNER, 1910) e pela descoberta da sulfa e da penicilina. O relatório enfatiza a necessidade de aprofundar o conhecimento funcional do corpo humano e favorece esse processo por meio da organização do ensino médico em departamentos e disciplinas, com fragmentação e dissociação dos estudos. A descoberta da sulfa e da penicilina, e os vários estudos em bioquímica, farmacológica e microbiológica, geraram o entendimento de que os problemas de saúde poderiam ser tratados com remédios e a repercussão da subjetividade do paciente nesse tratamento foi subestimada (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

No modelo biomédico, a consulta médica é centrada no médico ou na doença, e a perspectiva do paciente é considerada pouco relevante. O papel do médico é exclusivamente eliminar a doença e para isso utiliza grande autoridade e poder, que se manifestam na relação estabelecida entre ele e o paciente (PENDLETON, 1984; Roter; Hall, 2006).

Após a Segunda Guerra Mundial, médicos americanos que trataram militares começaram a observar mais atentamente os aspectos psicológicos da saúde e da doença e passaram a aplicar técnicas da psiquiatria, psicologia e

sociologia nas entrevistas médicas com maior intensidade (MJAALAND et al., 2011).

O número de estudos publicados sobre a comunicação entre médicos e pacientes começou a crescer exponencialmente a partir de meados dos anos 1960 (MJAALAND et al., 2011). Vários estudiosos propuseram modelos teóricos que contribuíram para o entendimento da relação médico-paciente. Engel, em seu modelo biopsicossocial de saúde, defende que a entrevista médica deva ser marcada por um equilíbrio relativo entre a abordagem biomédica e a psicossocial na comunicação. Para o autor, o médico geralmente valoriza o aspecto biológico e o paciente enxerga a abordagem biomédica em equilíbrio com a abordagem psicossocial. Essa teoria levou médicos e educadores a observarem o paciente de forma mais integral e abrangente e propiciou uma mudança de paradigma na atenção à saúde (ENGEL, 1977).

As teorias de Carl Rogers (ROGERS, 2003) e Michael Balint (BALINT, 1970) sinalizaram a necessidade de entender a subjetividade do indivíduo e a influência dos aspectos psicossociais, educacionais e culturais, como costumes, crenças e religiões, nas queixas clínicas.

Carl Rogers foi um dos teóricos mais influentes da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Segundo ele (1995), a psicologia humanista determina que o tipo de relação estabelecida pelo o indivíduo na psicoterapia poderia dar a capacidade de utilizar essa relação para crescer e provocar um desenvolvimento pessoal. O processo psicoterapêutico deveria permitir às pessoas uma relação acolhedora, compreensiva e honesta para fosse efetivo. (ROGERS; 1995)

Balint, na década de 70, a partir dos seus estudos em psicanálise, também sinalizou a necessidade de escuta ativa para o diagnóstico global (perspectiva

da pessoa), o diagnóstico tradicional (a doença) e para o sucesso terapêutico (BALINT, 1970).

Desde então, a inclusão do paciente no processo diagnóstico e terapêutico passou a ser valorizada para a eficiência do encontro clínico (PENDLETON, 1984; STEWART, 2007; TAYLOR, 2009), principalmente devido a mudança das características do perfil epidemiológico, o aumento das doenças crônicas degenerativas, o aparecimento de novas demandas na consulta (maus-tratos, abuso de drogas e sexual, dificuldades escolares e conflitos familiares) (RIBEIRO; AMARAL, 2008; STEWART, 2007), à insatisfação dos pacientes e a pouca adesão aos tratamentos com abordagem biomédico.

Modelo centrado na pessoa (MCP)

O MCP consiste em um método clínico para realização da consulta médica, que tem como princípios o entendimento da pessoa em sua integralidade, por meio da exploração e interpretação, pelo médico, da doença e da experiência de adoecimento do paciente (o sentimento de estar doente, a ideia a respeito do que está errado, o impacto do problema na vida diária e as expectativas sobre o que deveria ser feito), assim como maior compreensão pelo médico da natureza dos problemas de saúde, da definição de prioridades e dos objetivos do tratamento em conjunto com o paciente, com a intensificação da relação médico-paciente e incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde (STEWART, 2007, 2010) (Figura 1).

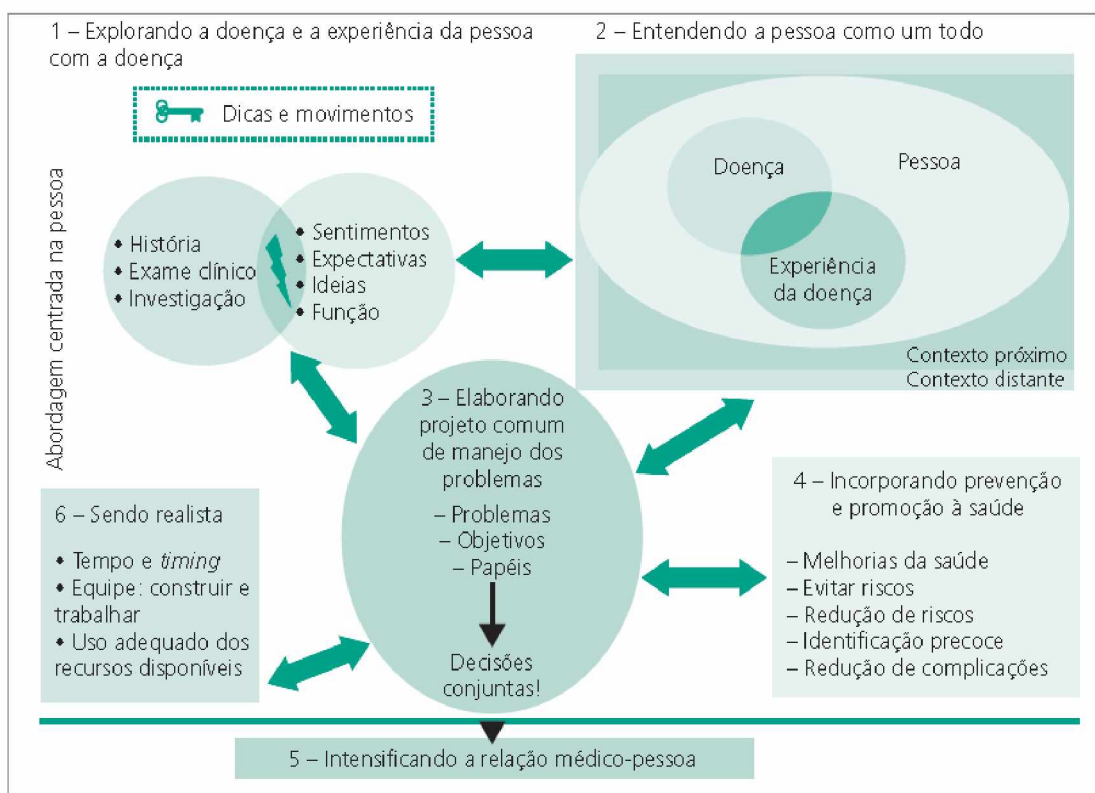


Figura 2. Princípios do MCP- Aptadada (Stewart, 2010)

Na consulta clínica centrada na pessoa, sete tarefas devem ser cumpridas: entender as razões do paciente para a consulta; conversar na perspectiva do paciente para atingir um entendimento conjunto do problema; capacitar o paciente para escolher uma ação apropriada para cada problema de saúde; capacitar o paciente para manejar o problema; considerar outros problemas; usar o tempo apropriadamente; estabelecer e manter a relação médico-paciente para atingir outras tarefas (PENDLETON, 1984).

O modelo centrado na pessoa e as habilidades de comunicação

O modo como se estabelece a relação entre o médico e o paciente é importante para incluir perspectiva do paciente na condução do encontro clínico.

Para isso, o processo de comunicação mantido entre eles pode facilitar ou dificultar o resultado desejado (PENDLETON, 1984).

A aplicação de algumas estratégias de comunicação durante encontro clínico pode facilitar a obtenção de dados objetivos e subjetivos da doença, como o impacto do adoecimento na rotina das famílias e do próprio paciente, assim como medos e preocupações que envolvem a queixa clínica (STEWART, 1995).

Várias estratégias são usadas para atingir os objetivos de comunicação (BALLESTER et al., 2010; PENDLETON, 1984; Roter; Hall, 2006; SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2008):

- Disponibilidade inicial para escutar atentamente a narrativa do paciente sem interrupção precoce;
- o uso de perguntas abertas para iniciar a anamnese, seguidas por perguntas fechadas para o entendimento da história;
- comunicação verbal com utilização de vocabulário, tom de voz, volume, ritmo, pausa adequados;
- sumarizar e o parafrasear regularmente os conteúdos referidos para aprimorar o entendimento da história;
- contato visual e de comportamento não verbal (como postura corporal e gestos) — que facilite o relato dos problemas de saúde;
- a escuta atenta (entender as queixas clínicas pela perspectiva do indivíduo, nas quais aparecem sentimentos e emoções associados);
- definir a “agenda do paciente” (queixas, preocupações, sentimentos e expectativas associados) e entender os motivos para o paciente procurar o profissional de saúde.

Essas estratégias podem e devem ser desenvolvidas durante a formação profissional (MAKOUL, 2001b). Para que os estudantes possam desenvolver a competência do cuidado centrado na pessoa, a capacitação em habilidades de comunicação, a partir do modelo centrado na pessoa, faz-se necessária para os cursos das áreas da saúde (PFEIFFER et al., 1998).

Diante das novas demandas em consultas, passou-se a exigir a habilidade de comunicação dos estudantes (PENDLETON, 1984), além do conhecimento e de outras habilidades técnicas como o exame físico. É notório observar que as habilidades de comunicação, juntamente com o profissionalismo, são competências requeridas para o desempenho de todas as atividades profissionais, sendo consideradas centrais e integradoras da prática médica (ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES, 2014). Surgem, então, instrumentos desenvolvidos para o ensino e a avaliação das habilidades de comunicação dos estudantes das áreas da saúde.

Instrumentos que avaliam as habilidades de comunicação dos estudantes das áreas da saúde

O ensino das habilidades de comunicação requer uma definição e delimitação sistemática das competências a serem desenvolvidas, a observação dos estudantes que executam essas habilidades, o provimento oportuno de feedback, a prática das habilidades e a avaliação sistemática (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2008).

Idealmente, a avaliação dos estudantes deve ser realizada com o uso de instrumentos capazes de medir as competências desenvolvidas durante as

atividades pedagógicas. Além disso, devem permitir a observação direta das habilidades de comunicação verbais e não verbais por observador externo (terceiro observador) e possuírem caráter formativo e somativo. A seguir, descreveremos os instrumentos com tais características, que foram originalmente desenvolvidos na língua inglesa e criteriosamente validados (ZILL et al., 2014).

Four Habits Coding Scheme (4HCS)

A 4HCS é uma escala norte americana desenvolvida para o ensino e avaliação das habilidades de comunicação de profissionais de saúde. Foi desenvolvida a partir do “Modelo de Quatro Hábitos” (FRANKEL; STEIN, 2001). Esse modelo passou a ser desenvolvido durante cursos de desenvolvimento profissional gerenciados pela *Kaiser Permanent*, uma das maiores organizações dos Estados Unidos com fins não lucrativos que lideram projetos de melhoria do cuidado em saúde.

Em 2006, com a difusão do Modelo de Quatro Hábitos na prática clínica, Krupat et al desenvolveram e validaram a Four Habits Coding Scheme (4HCS) (KRUPAT et al., 2006). A 4HCS é uma escala com 23 itens, divididos nos quatro hábitos do modelo:

- *Invest in the beginning* (Hábito 1: 6 itens que medem a criação de relacionamento de forma rápida e planejar a visita);
- *Elicit the patient's perspective* (Hábito 2: 3 itens que avaliam a compreensão do problema pelo paciente, entender os objetivos do

paciente estar na consulta, e que determinam o impacto do problema na vida do paciente);

- *Demonstrate empathy* (Hábito 3: 4 itens avalia a capacidade do médico de ser empático);
- *Invest in the end* (Hábito 4: 10 itens que medem a tomada de decisão eficaz e partilha de informações).

Cada item é pontuado em uma escala Likert ancorada em 5 pontos. As âncoras apresentam descrições do comportamento esperado de estudantes ou profissionais de saúde para os pontos 1, 3 e 5. As pontuações de cada hábito são determinadas pela soma dos escores de cada item e permitem o uso da escala para fins tanto formativos quanto somativos. Escores mais altos indicam habilidades de comunicação mais centradas na pessoa (KRUPAT et al., 2006).

A escala, validada também em alemão (SCHOLL et al., 2014), permite a avaliação em tempo real, nos cenários reais e simulados de assistência, e não requer uso de tecnologias para seu uso ideal.

SEGUE Framework Checklist

O SEGUE Framework Checklist foi desenvolvido em 1994, a partir do modelo Arizona Clinical Interview Rating Scale (“Educational instruments”, 1980) e modificado após testes com avaliação de médicos generalistas e residentes. Foi validado para uso na língua inglesa em 2001 (MAKOUL, 2001b) e não possui validações em outras línguas.

O checklist é de origem norte americana e se destina a avaliação de estudantes de medicina e médicos (MAKOUL, 2001b). Possui 25 itens, em sua forma curta e 32 itens em sua forma longa (os sete itens acrescentados são avaliados se houverem modificações no plano terapêutico do paciente). A avaliação pelo checklist segue uma sequência que condiz com os acontecimentos do encontro clínico, do início para o fim, e dos problemas para as soluções, sendo divididos nos estágios: *Set the stage*, *Elicit information*, *Give information*, *Understand the patient's perspective*, *End the encounter* (MAKOUL, 2001b).

A avaliação é feita a partir do julgamento do comportamento médico e é definida nominalmente em Yes/No, dependendo da ação ter sido realizada ou não (MAKOUL, 2001b). O *checklist* tem uso em cenários reais de prática (LUNDBERG, 2014).

Calgary Cambridge Guide (CCG)

O CCG é um *checklist* de origem canadense, publicado em 1996. É composto por mais de 78 itens que avaliam habilidades de comunicação e cuidado centrados na pessoa, competências centrais do estudante de medicina e do médico, população alvo do instrumento (KURTZ et al., 2003; 2008). Tem sido usado no Canadá, Estados Unidos e Europa (BURT et al., 2014) e já foi validado para a língua alemã (SCHEFFER et al., 2008). As propriedades psicométricas do CCG foram testadas em 2014 e foram consideradas adequadas (SIMMENROTH-NAYDA et al., 2014).

O *checklist* avalia cinco dimensões da comunicação: *Initiating the session* – início da interação, primeiro momento de comunicação; *Gathering information* – coleta de informações (inclui a compreensão da perspectiva do doente); *Building the relationship* – construção da relação; *Giving information (explaining and planning)* – esclarecimento e planejamento e *Closing the session* – fim da consulta (KURTZ; SILVERMAN, 1996). A avaliação por meio do CCG é feita por meio da codificação do comportamento apresentado e as categorias de respostas são nominais (Yes/No) (KURTZ; SILVERMAN, 1996).

O CCG permite a avaliação em cenários reais de prática, “seja na sala de aula ou à beira do leito” (KURTZ et al., 2003; SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2008).

Patient-Centred Behaviour Coding Instrument (PBCI)

O PBCI foi desenvolvido para determinar a ocorrência de comportamentos facilitadores (escuta ativa, incentivo por comportamento não verbal ou verbal, sumarização e parafraseamento, perguntas abertas e fechadas, entre outros) e inibidores (interrupções inapropriadas, sarcasmo, críticas ao paciente, comentários prematuros, mudança no foco da conversa) (ZANDBELT et al., 2005) apresentados pelo médico no encontro clínico.

O instrumento foi validado em 2005 e apresenta as melhores propriedades psicométricas descritas na literatura para instrumentos que se prestam a avaliação das habilidades de comunicação (ZILL et al., 2014).

Ainda que tenha bons resultados na equivalência de mensuração, o PBCI ainda não foi usado para avaliação de estudantes. É um instrumento que necessita de um software para a codificação da avaliação. Os encontros clínicos precisam ser obrigatoriamente filmados para posterior avaliação e codificação (ZANDBELT et al., 2005).

LIV- MAAS

A LIV-MAAS é uma escala de origem inglesa que originalmente possuía 68 itens e recebia o nome de GP-MAAS. Foi modificada com a inclusão de itens para incluir a perspectiva do paciente na avaliação. É composta de 95 itens, dividida em seis subescalas: *Exploring* (8 itens); *History taking* (23 itens); *Atitudes* (8 itens); *Presenting solutions* (17 itens); *Structuring interview* (19 itens); *Interpersonal skills* (12 itens); *Communicative skills* (8 itens) (ROBINSON et al., 2002).

A escala tem respostas dicotômicas, em que o avaliador pontua o comportamento do estudante ou médico em presente (1) ou ausente (0) (ENZER et al., 2003)

Apesar do potencial da escala para uso no ensino e na avaliação, a mesma foi validada, mas também ainda não foi aplicada em estudos de avaliação. O autor descreve a necessidade de novos estudos em tempo real, sugere redução do número de itens devido ao tempo prolongado necessário para o preenchimento (cerca de 30 minutos) e aplicação para estudantes de medicina, visto que o estudo de validação foi desenvolvido com médicos generalistas (ENZER et al., 2003).

Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form (GKCSAF)

O GKCSAF foi desenvolvido a partir de um consenso de pesquisadores presentes na Conferência Bayer-Fetzer, realizada em 1999, sobre comunicação em Educação Médica. Os pesquisadores desse consenso objetivaram determinar os componentes essenciais para o ensino das habilidades de comunicação a partir de modelos teóricos existentes (MAKOUL, 2001a).

O *Kalamazoo Consensus Statement* (Kalamazoo I) foi criado a partir desses componentes estabelecidos. Foram definidos como essenciais sete elementos da comunicação em encontros clínicos: *build the relationship, open the discussion, gather information, understand the patient's perspective, share information, reach agreement, and provide closure* (MAKOUL, 2001a). Posteriormente, questões relacionadas a avaliação foram discutidas no Kalamazoo II e criado o *Kalamazoo Essential Elements Checklist*, com 23 itens (DUFFY et al., 2004).

O *Kalamazoo Essential Elements Checklist* foi adaptado para a versão *Kalamazoo Essential Elements Checklist – adapted* (KEECC-A) com a inserção de respostas em uma escala Likert de sete pontos que variam de “poor” a “excellent” para a avaliação formativa dos estudantes (DUFFY et al., 2004). A incorporação de duas dimensões “demonstrates empathy” e “communicates information accurately” à KEECC-A originou a versão mais atual do instrumento – o *Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form* (GKCSAF) (PETERSON; CALHOUN; RIDER, 2014).

O instrumento avalia as diferenças de percepção sobre as habilidades de comunicação entre a autoavaliação, avaliação por pares ou professores e a avaliação por pacientes ou familiares padronizados (AMARAL et al., 2016). O GKCSAF não foi validado para cenários reais e requer o uso de pacientes ou familiares padronizados. Além disso, tem sido utilizado para avaliação das habilidades de comunicação em três situações específicas: obtenção do consentimento informado, comunicação de más notícias e revelação de erros (DUFFY et al., 2004; JOYCE; STEENBERGH; SCHER, 2010; MAKOUL, 2001a; PETERSON; CALHOUN; RIDER, 2014). Recentemente, o GKCSAF foi validado para uso no Brasil (AMARAL et al., 2016).

Escala validadas para o ensino/avaliação por observador externo da comunicação no encontro clínico formuladas para a educação médica					
Escala	Dominios ou dimensões	Numero de itens	População alvo	Sugestão para codificação	tempo real
4 HCS	4 áreas	23	Profissional de saúde	Escala Likert	Sim
SEGUE Framework	5 domínios	25(curta)/ 31(longa)	Médicos ou estudantes	Escala nominal	Sim
Calgary- Cambriege	6 áreas	28	Estudantes médicos	Escala nominal	Sim
PBCI	2 dimensões	19	Médicos	Escala Likert	Não
LIV- MAAS	6-7 subescalas	95	Médicos	Escala nominal/ 3 pontos	Não
Kalamazoo*	7 dimensões/ 24 subcompetências	—	Profissional de saúde	Escala Likert	Não**

Objetivos

Objetivo geral

Traduzir e adaptar linguisticamente a escala de avaliação da habilidade de comunicação médica – a Four Habits Coding Scheme (4HCS) para a cultura brasileira.

Artigo versão em inglês

- Submetido para publicação (Revista Medical Teacher em 15/02/2017)

**Translation and cultural adaptation of the Four Habits Coding Scheme into
Brazilian Portuguese for teaching and assessing clinicians' communication skills**

Short title: The Brazilian version of the 4HCS

*Renata R Catani ¹, Emiliana S Valadares¹, Julianni B Lacombe ¹, Tânia M S Mendonça
², Carlos Henrique M Silva ², Helena B M S Paro²*

1Master's Degree in Health Sciences, Federal University of Uberlandia, Uberlandia, State of Minas Gerais, Brazil.

2 Professor, School of Medicine, Federal University of Uberlandia, Uberlandia, State of Minas Gerais, Brazil.

Corresponding author: Renata R. Catani, Faculdade de Medicina, Avenida Pará,1720;
Bairro Umuarama, Campus Umuarama- Bloco 2U- Sala 23, Uberlândia- MG, Brasil CEP
38400-902. Telephone: +55 34 3225-8604; e-mail: renatacatani@ufu.br

Translation and cultural adaptation of the Four Habits Coding Scheme (4HCS) into Brazilian Portuguese for teaching and assessing clinicians' communication skills

Abstract

Objective: To translate and culturally adapt, into Brazilian Portuguese, the Four Habits Coding Scheme (4HCS), an instrument for teaching and assessing clinicians' communication skills in a person-centered care approach. **Methods:** The translation process was accomplished in seven stages: initial translation, reconciliation, back translation, review by the author, independent review, consensus version through Delphi technique, review by a language coordinator, and pre-test. During pre-test, three independent observers assessed four medical consultations performed by medical students and residents that had been recorded in a real health care scenario. **Results:** Reviewers had difficulty in reaching consensus on expressions referring to understanding the whole person, such as "Engage in small talk", "Expansion of concerns", "Elicit full agenda", "Use patient's frame of reference", and "Explore plan acceptability". They also had difficulty in reaching consensus on the translation of the word "clinician", which was first translated as "physician". Historical and cultural issues in the physician-patient relationship may have influenced this result. **Conclusions:** The Brazilian 4HCS is a culturally, conceptually, semantically and operationally sound instrument. It represents an important advance not only for strengthening the person-centered care model in Brazil, but also for international studies aimed at cross-cultural comparisons of health care models and systems.

Keywords: medical education; educational measurement; communication in health; cross-cultural comparison; patient-centered care.

Introduction

In recent years, studies have reinforced patient-centered communication as one of the main reasons for reaching success, satisfaction and positive impacts in health care (Pendleton, 1984; Stewart et al., 2000; Stewart, 1984; 2014). In response to these results, many medical education guidelines (Association of American Medical Colleges, 2014; General Medical Council (Great Britain), 2009; Royal College of Physicians of London, 2005; World Federation for Medical Education, 2003) point to the need of formalizing the teaching and the assessment of patient-centered care (PCC) communication skills (Silverman, Kurtz, & Draper, 2008). In Brazil, PCC education is still incipient, probably due to the absence of valid tools for this purpose.

However, several PCC-based tools have been developed to teach and assess communication skills in clinical practice (Makoul, 2001; Zill et al., 2014). One of such tools is the Four Habits Coding Scheme (4HCS), an English validated instrument of direct observation (Krupat, Frankel, Stein, & Irish, 2006) developed to assess communication skills in clinical encounters. The 4HCS has also been validated in German (Scholl et al., 2014).

The 4HCS is a user-friendly instrument that does not require the use of technology. It organizes the teaching of communication skills and assesses both medical students and health professionals in real life situations on a formative and summative basis. A Brazilian version equivalent to the original instrument may allow the study of communication skills in non-Anglophile countries and yield comparisons across different cultures. To this end, this study aims to translate and culturally adapt the 4HCS into Brazilian Portuguese.

Methods

This is a translation study approved by the local research ethics committee, held after permission by E. Krupat, the author of the instrument. Students, residents and patients provided informed consent for recordings in the pre-test stage.

The Four Habits Coding Scheme (4HCS)

The 4HCS consists of 23 items rated on a 5-point Likert scale, with defined anchors for scores 1, 3 and 5. Higher scores indicate greater patient-centered communication skills (Krupat et al., 2006). The items are divided into four domains that describe and measure medical behaviors based on previous experiences with the Four Habits Model (Frankel & Stein, 2001). The Four Habits Model presents an organized way of thinking and acting in a clinical encounter in a PCC-based approach: 1. Invest in the beginning (6 items); 2. Elicit the patient's perspective (3 items); 3. Demonstrate empathy (4 items); 4. Invest in the end (10 items). In this study, codes were used to represent the habit, the item and the anchor, respectively (e.g.: H1B3, habit 1 – Invest in the beginning; item B – greet warmly; anchor 3).

Procedure

Translation and cross-cultural adaptation were performed according to international guidelines (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Eremenco, Cella, & Arnold, 2005) (Figure 1). In the first stage – forward translation – two bilingual translators native of Brazilian Portuguese produced two independent translations of the instrument from English into Brazilian Portuguese. In the second stage, a bilingual healthcare professional native of Brazilian Portuguese performed the reconciliation of the previous translations. In the third stage – back translation – an American translator fluent

in Portuguese translated the reconciled version back into the original language. In the fourth stage, the author of the instrument made comments on the back translated version.

In the fifth stage, items, anchors, expressions, sentences or words identified to lack semantic, idiomatic, experimental or conceptual equivalences in any stage of the translation process were sent to review. Five bilingual reviewers native of Brazilian Portuguese (two professional translators and three physicians experienced in the process of translation of outcome measures) assessed all previous stages to choose the best translation option for the instrument. The modified Delphi technique (Hasson, Keeney, & McKenna, 2000; Hsu & Sandford, 2007) was used to reach consensus among reviewers in iterative electronic rounds organized by two research coordinators in semi-structured questionnaires on the Delphi Decision Aid website (Armstrong, 2003).

After each round, independent reviewers received feedback on the statistical analysis of responses. They also received suggestions made by other reviewers in each round. Questionnaires answered by the independent reviewers comprised the entire process of translation and were available to the reviewers during the whole process, which totaled four rounds. The process was completed after meeting at least 80% of consensus among participants (Hasson et al., 2000; Hsu & Sandford, 2007)).

After adjustments made by the language coordinator (stage six), the instrument was sent to its author to produce the pre-final version. Three professors experienced in teaching communication skills pretested the pre-final version (stage seven). They assessed four videos of real consultations provided by medical students and residents. After observing the videos, professors answered to a cognitive and retrospective interview aimed at assessing comprehension, applicability and relevance of items and anchors (Willis, 2005). They also provided suggestions for improvement of the instrument

(Ruperto et al., 2001). The final Brazilian version of the 4HCS was produced after the pre-test.

Results

We did not find any discrepancies between the original version, the forward and back translations regarding the headings of instrument. However, we had to change the verb tense of the habits headings from the infinitive to the present tense form in third-person singular. This adjustment was made in order to meet the assessment purposes of the instrument and the author's recommendations after back translation (for instance, Original item: Show familiarity; Back translation: To demonstrate familiarity; Author's recommendation: Demonstrates familiarity; Final version: *Demonstrates familiarity*). This change was performed in every item of Habits 1 (except for items D and E), 3 and 4. Items D and E of Habit 1 and all items of Habit 2 did not require adjustments because they did not present action verbs. Thus, this change was performed in 18 (78%) out of the 23 items of the instrument.

The items that assess healthcare professionals' behaviors during the clinical encounter required many rounds to achieve consensus in the Delphi technique. Only one item achieved consensus in the first round. To achieve the pre-final version, 62.5% of the items required at least three rounds. The items that posed most difficulty were "Engage in small talk", "Expansion of concerns", "Elicit full agenda", "Use patient's frame of reference", and "Explore plan acceptability" (Table 1).

Some words in the anchors were discrepant in the versions of the first three translation stages. Such discrepancies were solved either by applying the Delphi technique (Table 2) or by following the language coordinator's guidance (pre-final version) (Table 3). Consensus was reached in the first round in 80% of the words for

which Delphi technique was necessary. The word “clinician”, found in 91.3% of the anchors, was translated and back translated as “physician”. In the second round, the independent reviewers’ consensus was that its translation should remain as “physician”. The language coordinator adjusted this word to “clinician” [healthcare professional], with the agreement of the author of the instrument.

The language coordinator adjusted other 41 (61%) anchors, as shown in Table 3. Adjustments fell into any of the following categories: standardization, comprehension, adverb position, collocation, literal translation, and inconsistent translation. Twelve anchors needed adjustments due to collocation inadequacies, such as anchor H3D5, in which “express great interest” was replaced by “shows great interest”.

All participants in the pre-test stage considered all items and anchors relevant and easy to understand. The three observers considered the instrument easy to use, although two of them pointed out that it takes long to complete the assessment. To solve this time issue, one of the observers suggested the habits should be assessed separately. Another observer suggested item B “Greets warmly” should be placed before item A “Show familiarity” in Habit 1. This suggestion aimed to facilitate the assessment by respecting the logical sequence of events in a clinical encounter.

Fourteen items required adjustments after pre-test to ensure better understanding among respondents and equivalence with the original version (Table 4). Among such changes is the inclusion of the meaning of the concept “staccato style” in item D1 of Habit 1.

Discussion

To the best of our knowledge, this is the first study carried out in Brazil that aims to translate and culturally adapt an instrument for teaching and assessing clinician’s

communication in real scenarios as a strategy to improve patient care. Although the national curriculum guidelines (Brasil, 2014) place good communication as one of medical students' core competences, no valid instrument is available to systematize the teaching of healthcare communication skills in Brazil. It is interesting to notice that Brazilian public health policies have been reinforcing the importance of communication in building one's autonomy and empowerment for over ten years (Brasil, 2004, 2010).

The time gap between the national curricular guidelines and the emergence of one of first translated and adapted instruments into Brazilian Portuguese reflects a complex reality in our country. Medical training often neglects the public health policies debate in Brazil (Brasil, 2004). The divergence from public education and health policies derives from a disease-based model and a "complaint-action" orientation widespread in our society (Brasil, 2004). In this model, the physician usually has the knowledge and the power to decide upon both patient and staff; thus, the physician-patient relationship is often considered an "activity-passivity" or "guidance-cooperation" one (Szasz & Hollender, 1956). This type of relationship is usually asymmetrical and paternalist (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

This asymmetry in the physician-patient interaction is not exclusive to Brazil. Countries that have undergone curricular reforms in medical education over forty years ago and have included scientific evidence-based strategies in communication skills training (Dwamena et al., 2012; Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein, & Dick, 2001) have also faced difficulties in establishing less asymmetric relationships in healthcare (Pilnick & Dingwall, 2011). The persistence of this phenomenon lays on dominance and power issues inherent to the social function of medical practice. Patients' deference to physician authority seems to be common in the asymmetric physician-patient relationship (Pilnick & Dingwall, 2011). In a PCC approach, the necessary changes in health care and in

physicians' attitudes and behavior engender psychological, political and sociological conflicts that certainly pose difficulties in such a paradigm shift. In addition to the difficulties in establishing a patient-centered communication, there seems to be remnants of a social structure and a relationship historically controlled by the physician and influenced by patriarchy and capitalism (Boden & Zimmerman, 2003).

This complex framework may have influenced the results of the translation stages of the 4HCS. The reality experienced by health professionals and translators seems to hamper consensus regarding expressions and words that refer to an active engagement of the patient and even to the physician-patient partnership in a holistic approach to the person. In our study, medical specialists and translators had difficulty in reaching consensus on expressions that refer to the understanding the whole person, which one of the PCC core principles (Stewart, 2014).

The translation of the word “clinician” is the most typical example of the difficulty in incorporating PCC principles into Brazilian medical practice. In the independent review stage, the word was translated as “doctor/physician”, with consensus reached in the second round. However, the language coordinator pointed to an inconsistency between the concept of clinician and its pre-final translation, as it means: 1. “a health professional whose practice is based on direct observation and treatment of a patient, as distinguished from other types of health workers, such as laboratory technicians and those employed in research.” (O’Toole, 2017); or 2. “A health professional, such as a physician, psychologist, or nurse, who is directly involved in patient care, as distinguished from one who does only research or administrative work” (*The American Heritage medical dictionary*, 2007) (emphasis added). This inconsistency was reported to reviewers to facilitate consensus, which was reached after three rounds. The author of the instrument

was also contacted to elucidate its target population before achieving the final translation of the word (“healthcare professionals”).

The difficulty in translating the word “clinician” and reaching consensus through the Delphi technique was probably related to historical and political issues surrounding the medical profession. Even provided with the definition of “clinician”, both physicians and translators could not come to terms with it appropriately. The historically dominant physician behavior and the idea that the physician is the one responsible for establishing communication (Pilnick & Dingwall, 2011) may have influenced this result, eventually requiring the author’s intervention.

Linguistics barriers in translation were also found. Upon author’s approval, the language coordinator also modified the pre-final version of the instrument to meet grammatical and stylistic conventions in Brazilian Portuguese and to provide for comprehension and terminological standardization. Such adjustments were necessary to overcome collocation inadequacies and literal translation, found in the pre-final version.

Studies have reported the importance of cultural adaptation in the expressions used in the instruments. They have also suggested that culture inadequacies and imperfections in this stage of the translation process may lead to failures in the instruments’ validation process (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010; Reichenheim & Moraes, 2007).

To ensure equivalent concepts in the original and the translated version (Gjersing et al., 2010), some language issues such as unknown lexemes, conventional syntax, idiomatic expressions, collocations with different meanings, and adequacy of fixed expressions to certain situations in different cultures, usually require adaptations (Taghin, 2013). Therefore, some sentences were changed to meet grammatical and stylistic conventions, and collocations in Brazilian Portuguese. The notion of conventionality

guided such adjustments. Something is conventional when it “is conforming to established practice or standards” or “accepted, orthodox, received, recognized, sanctioned.” (American Heritage Dictionaries, 2015). For instance, adverb position and collocations were changed based on language conventionality. The combinability of linguistic elements at the syntactic level, which is the faculty that the linguistic elements have to combine, was used in both adjustment categories. Some words seem to combine in a natural way, with no explanation for that (Tagnin, 2013). Only one adverb position was changed, while some verbs were replaced according to conventional usage, such as “show great interest” in the place of “express great interest”.

A pre-test with retrospective and cognitive interviews targeted the respondents’ comprehension of the translated items (Eremenco et al., 2005) and ensured the translated instrument is both equivalent to the original and culturally adapted to Brazil. One example of adaptation is the introduction of an explanation for the term “staccato style”, which had already been pointed out by the author of the instrument, as it may be an unknown expression among health care providers. Moreover, future validation studies must be carried out to assess the suggestion of assessing the habits separately to eventually reduce time demands.

The use of translation and adaptation techniques with the participation of a panel of qualified experts and language coordinators has resulted in sound Brazilian version of the 4HCS. It is an instrument that is culturally, conceptually, semantically and operationally equivalent to the original instrument (Reichenheim & Moraes, 2007).

Conclusion

The translation of the Four Habits Coding Scheme (4HCS) resulted in an instrument adapted to the Brazilian culture, which can be used as an instrument for teaching and assessing communication skills in Brazilian medical schools. Future

instrument validation studies should assess the psychometric properties of the items, especially of those that posed difficulty in the translation process. The Brazilian version of the 4HCS is an important advance for strengthening of the person-centered care model in Brazil. It is also of paramount relevance for international studies as it may allow cross-cultural comparisons of health care models and systems.

Practice points

- The 4HCS is a psychometrically sound instrument used to organize the teaching of communication skills and assesses both medical students and health professionals in real life situations on a formative and summative basis.
- The use of rigorous techniques of translation and cross-cultural adaption of outcome measures recommended by international guidelines is fundamental to reach linguistic and cultural equivalence across instruments.
- The main difficulties in the translation process of 4HCS relates to implementing a person-centered care model, which has also been reported for similar practices in other countries.
- Culturally sound versions of 4HCS will allow systematic assessments of educational strategies to strengthen person-centered care models and cross-cultural comparisons of such models.

Acknowledgments

The authors thank Lauryene Vilela for coordinating the linguistic review of the translation and cultural adaptation of the 4HCS. A special thanks to Alfredo Demétrio Jorge Neto for the important contributions on the pre-test stage.

Declaration of interest: The authors report no declarations of interest.

Notes on contributors

RENATA R CATANI, MD, is a Post-Graduation research fellow and an Assistant Professor of Medical Humanities and Bioethics, Federal University of Uberlândia.

EMILIANA S VALADARES, MD, is a research fellow at the Post-Graduation Health Sciences Program, Federal University of Uberlândia.

JULIANNI B LACOMBE, MD, is a Post-Graduation research fellow and an Assistant Professor of Public Health, Federal University of Uberlândia.

TÂNIA M S MENDONÇA, PhD, is an Associate Professor of Medical Humanities and Bioethics, Federal University of Uberlândia.

CARLOS HENRIQUE M SILVA, PhD, is a Full Professor of Medical Humanities and Bioethics, Federal University of Uberlândia.

HELENA B M S PARO, PhD, is an Associate Professor of Medical Humanities and Bioethics, Federal University of Uberlândia.

References

American Heritage Dictionaries. (2015). *American heritage dictionary of the English language*. Place of publication not identified: Houghton Mifflin Harcourt.

Armstrong, J. (2003). Delphi Decision Aid. *The Wharton School, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA [Online]*. Recuperado de <http://armstrong.wharton.upenn.edu/delphi2/>

Association of American Medical Colleges. (2014). Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency- Curriculum Developers' Guide. *Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency- Curriculum Developers' Guide*.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191.

Boden, D., & Zimmerman, D. H. (Orgs.). (2003). *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis* (Transferred to digital print). Cambridge, UK: Polity Press.

Brasil (2004). *HUMANIZASUS- Política Nacional de Humanização- A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*.

Brasília, DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

Brasil (2010). *Cadernos HumanizaSUS- Formação e Intervenções* (1a edição). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, Pub. L. No. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 116, 2014 (2014).

Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Olomu, A. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD003267. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>

Eremenco, S. L., Cella, D., & Arnold, B. J. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*, 28(2), 212–232. <https://doi.org/10.1177/0163278705275342>

Frankel, R. M., & Stein, T. (2001). Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *The Journal of Medical Practice Management: MPM*, 16(4), 184–191.

General Medical Council (Great Britain). (2009). *Tomorrow's doctors*. London: GMC.

Gjersing, L., Caplehorn, J. R. M., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>

Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015.

Hsu, C.-C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12(10), 1–8.

Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery (London, England)*, 5(1), 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.01.005>

- Krupat, E., Frankel, R., Stein, T., & Irish, J. (2006). The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.015>
- Lewin, S. A., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003267. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267>
- Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, 45(1), 23–34.
- O'Toole, M. T. (Org.). (2017). *Mosby's medical dictionary* (Tenth edition). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Pendleton, D. (1984). *The Consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford [Oxfordshire] ; New York: Oxford University Press.
- Pilnick, A., & Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review. *Social Science & Medicine* (1982), 72(8), 1374–1382. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.033>
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). [Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments]. *Revista De Saude Publica*, 41(4), 665–673.
- Royal College of Physicians of London (2005). *Doctors in society: medical professionalism in a changing world ; report of a working party December 2005*. London: Royal College of Physicians.
- Ruperto, N., Ravelli, A., Pistorio, A., Malattia, C., Cavuto, S., Gado-West, L., ... Paediatric Rheumatology International Trials Organisation. (2001). Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries. Review of the general methodology. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 19(4 Suppl 23), S1-9.

Scholl, I., Nicolai, J., Pahlke, S., Kriston, L., Krupat, E., & Härter, M. (2014). The German version of the Four Habits Coding Scheme - association between physicians' communication and shared decision making skills in the medical encounter. *Patient Education and Counseling*, 94(2), 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.006>

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2008). *Skills for communicating with patients* (2. ed., reprint). Oxford: Radcliffe.

Stewart, M. (2014). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method* (Third edition). London: Radcliffe Publishing.

Stewart, M. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science & Medicine* (1982), 19(2), 167–175.

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796–804.

Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585–592.

Tagnin, S. E. O. (2013). *O jeito que a gente diz [livro eletrônico]: combinações consagradas em inglês e português*. Barueri, São Paulo: DISAL.

The American Heritage medical dictionary. (2007) (New updated ed). Boston: Houghton Mifflin Co.

Willis, G. B. (2005). *Cognitive interviewing: a tool for improving questionnaire design*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

World Federation for Medical Education. (2003). *WFME global standards for quality improvement*. Copenhagen: WFME Office, University of Copenhagen.

Zill, J. M., Christalle, E., Müller, E., Härter, M., Dirmaier, J., & Scholl, I. (2014). Measurement of physician-patient communication--a systematic review. *PloS One*, 9(12), e112637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112637>

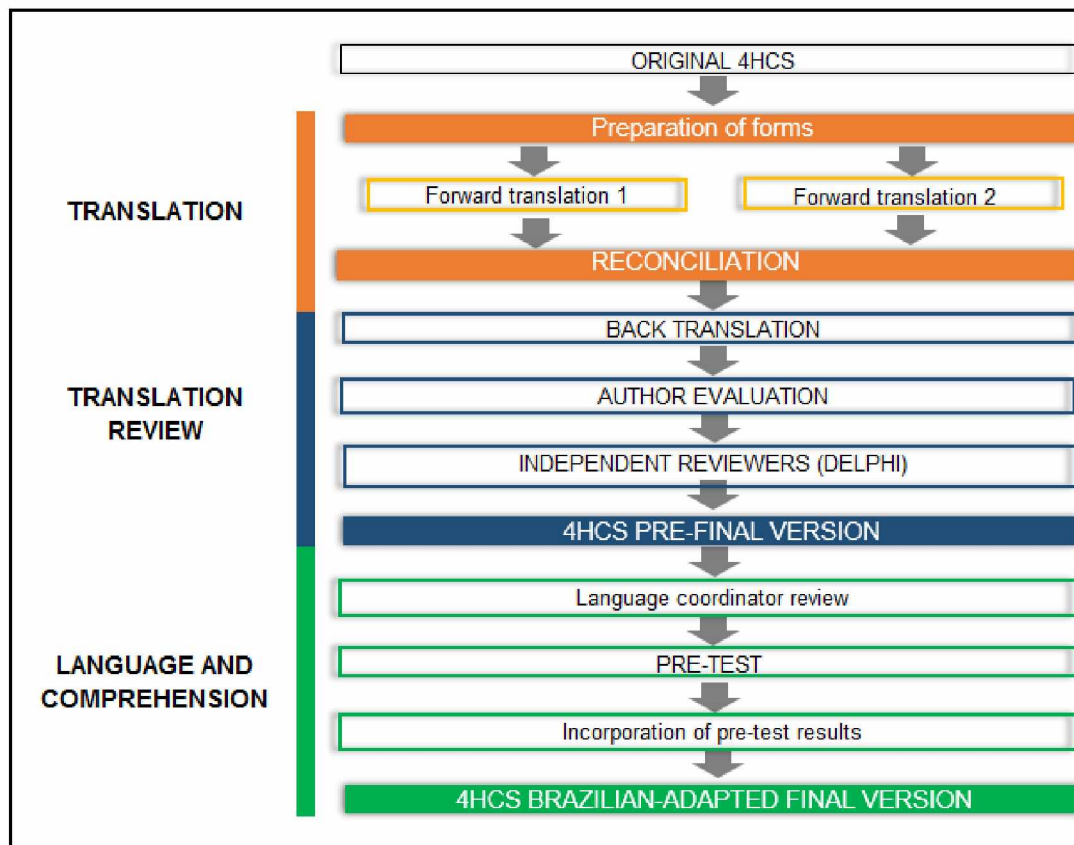


Figure 1 – Translation and cultural adaptation of the Four Habits Coding Scheme

Table 1. Process to solve discrepant item translations through the Delphi technique

Original item		Translations	Number of rounds to reach consensus	Percentage of consensus
Habit 1A	T1	Mostrar familiaridade	2	100%
<i>Show familiarity</i>	T2	Demonstrar familiaridade		
	REC	Demonstrar familiaridade		
	BT	To demonstrate familiarity		
	Final	Demonstra familiaridade		
Habit 1B	T1	Cumprimentar calorosamente	2	100%
<i>Greet warmly</i>	T2	Cumprimentar afetosamente		
	REC	Cumprimentar calorosamente		
	BT	A warm greeting		
	Final	Cumprimenta cordialmente		
Habit 1C	T1	Estabelecer diálogo	3	80%
<i>Engage in small talk</i>	T2	Estabelecer-se em uma conversa		
	REC	Envolver-se no diálogo		
	BT	Involvement in a dialog		
	Final	Envolve-se em conversas sobre assuntos gerais		
Habit 1E	T1	Expansão das preocupações	4	80%
<i>Expansion of concerns</i>	T2	Aumento das preocupações		
	REC	Obtendo as queixas		
	BT	Receiving complaints		
	Final	Aborda outras queixas (além da principal)		
Habit 1F	T1	Obter cronograma completo	3	80%
<i>Elicit full agenda</i>	T2	Obter agenda cheia		
	REC	Obter cronograma completo		
	BT	Obtaining the complete chronogram		
	Final	Obtém a agenda completa (queixas, preocupações, sentimentos e expectativas)		
Habit 4A	T1	Usar o quadro de referência do paciente	3	80%
<i>A use patient's frame of reference</i>	T2	Quadro de referência de uso do paciente		
	REC	Utilizar o quadro do paciente como referência		
	BT	Use of the patient's file reference		
	Final	Utiliza as vivências e percepções do paciente como referência para o compartilhamento de informações		
Habit 4D	T1	Oferecer lógica para os exames	1	80%
<i>Offer rationale for tests</i>	T2	Oferecer uma explicação para os testes		
	REC	Oferecer uma explicação para os exames		
	BT	Explanation of test results		
	Final	Oferece uma explicação para os exames		
Hábito 4G	T1	Explorar a aceitabilidade do plano	3	100%
<i>Explore plan acceptability</i>	T2	Explorar a aceitabilidade do método		
	REC	Oferecer uma explicação para os exames		
	BT	Acceptance of treatment		
	Final	Explora a aceitabilidade do plano terapêutico		

T1: Forward Translation1; T2: Forward Translation 2; REC: Reconciliation; BT: Backtranslation.

Table 2. Process to solve discrepant translations of words in the anchors through the Delphi technique

Words		Translations	Number of rounds to reach consensus	Percentage of consensus
<i>Clinician</i>	T1	Médico	2	100%**
Present in every anchor (except for the Habit B and the Habit 4C)	T2	Clínico		
	REC	Médico		
	BT	Physician		
	Final	Profissional de saúde		
<i>Chart</i>	T1	Prontuário	1	80%
Present in the anchors of Habit A5 and 3	T2	Ficha		
	REC	Prontuário		
	BT	File		
	Final	Prontuário		
<i>Visits</i>	T1	Visita	1	100%
Present in the anchors of Habit A3 and Habit 4J 5	T2	Consulta		
	REC	Visita		
	BT	Visits		
	Final	Consulta		
<i>Labeling</i>	T1	Nomeação	1	80%
Present in the anchors of Habit 3 C 5 and 3	T2	Classificação		
	REC	Nomeação		
	BT	Speak of		
	Final	Nomeando		
<i>Cursory</i>	T1	Superficial	1	80%
Present in the anchors of Habit 1B1, Habit 1C3 and Habit 4A3	T2	Apressada		
	REC	Apressada		
	BT	Quickly		
	Final	Rápida/ superficial		

T1: Forward Translation1; T2: Forward Translation 2; REC: Reconciliation; BT: Backtranslation.

** The translation of the word clinician was replaced by “profissional da saúde” [health professional] as presented in the Discussion Section.

Table 3. Main adjustments due to inconsistencies and difficulties in the translation of the 4HCS anchors

Adjustment category	Items	Examples	
		Reconciliation	Final version
Standardization	H1D5, H3D1;	H1D5. O médico tenta identificar o(s) problema(s) utilizando principalmente perguntas abertas (faz perguntas de forma que permita ao paciente contar sua história com o mínimo de interrupções ou questões fechadas).	H1D5. O(a) profissional de saúde tenta identificar o(s) problema(s) utilizando principalmente perguntas abertas (faz perguntas de forma que permita ao paciente contar sua história com o mínimo de interrupções ou perguntas fechadas).
Comprehension	H1E1, H2A1, H3A5, H3A1, H4H5, H4H3, H4H1, H4J5, H4J3, H4J1;	H3H1. O médico não demonstra interesse no estado emocional do paciente e/ou desencoraja ou interrompe a expressão de emoção do paciente (emite sinais verbais ou não verbais que não está certo expressar sentimentos).	H3H1. O(a) profissional de saúde não demonstra interesse no estado emocional do (a) paciente e/ou desencoraja ou interrompe a expressão de emoção do(a) paciente (sinaliza, de forma verbal ou não verbal que não está certo expressar sentimentos).
Adverb position	H3A3, H3D3, H4F1, H4I5, H4F1;	H4F1. O médico não demonstra interesse em ter o envolvimento do paciente ou ativamente desencoraja/ignora as tentativas do paciente de fazer parte do processo de tomada de decisão.	H4F1. O(a) profissional de saúde não demonstra interesse em ter o envolvimento do paciente ou desencoraja/ignora ativamente as tentativas do(a) paciente de fazer parte do processo de tomada de decisão.
Collocation	H1A5, H1A3, H1E5, H1E3, H1F3, H1F1, H2B3, H3B5, H3B3, H3D5, H3D1, H4I3;	H3D5. O médico exibe comportamentos não-verbais que expressam grande interesse, preocupação e conexão (por exemplo, contato visual, tom de voz e posicionamento corporal) durante a consulta.	H3D5. O(a) profissional de saúde tem comportamentos não verbais que demonstram grande interesse, preocupação e conexão (por exemplo, contato visual, tom de voz e posicionamento corporal) durante a consulta.
Literal Translation	H1F5, H2C5, H2C3, H2C1, H4D1, H4E5, H4E3, H4E1, H4G1;	H2C5. O médico tenta determinar detalhadamente/ demonstra grande interesse em como o problema está afetando o estilo de vida do paciente (trabalho, família, atividades diárias).	H2C5. O(a) profissional de saúde tenta descobrir detalhadamente/ demonstra grande interesse em como o problema está afetando o estilo de vida do(a) paciente (trabalho, família, atividades diárias).
Inconsistent translation	H1C3, H2E5, H4G5;	H4G5. O médico explora a aceitabilidade do plano de tratamento, expressando vontade de negociar , se necessário.	H4G5. O(a) profissional de saúde explora a aceitabilidade do plano terapêutico, demonstrando disponibilidade para negociar , se necessário.

4HCS: Four Habits Coding Scheme

Table 4. Pre-final version, pre-test suggestions and final version of the 4HCS

Pre-final version	Pre-test suggestions	Final item
H1C3; H2C3; H3B3 e C3: H4B3, E3, G3 e H3 Brevemente; breve	Rapidamente; rápido	Rapidamente; rápido
H1D1(...) (estilo staccato).	(...) (estilo staccato - de forma rápida e com interrupções bruscas).	H1D1(...) (estilo staccato - de forma rápida e com interrupções bruscas).
H3A5 (...) (emite sinais verbais e não verbais de que está tudo bem ...)	(...) (emite sinais verbais e não verbais (contato visual, tom de voz,...) de que está tudo bem ...)	H3A5 (...) (emite sinais verbais e não verbais de que está tudo bem ...)
H4D1 (...) dando a ele/ela pouca ou nenhuma explicação sobre eles.	(...) dando a ele/ela pouca ou nenhuma explicação	H4D1 (...) dando a ele/ela pouca ou nenhuma explicação sobre eles.
H4E3 (...) avalia brevemente ou de forma ineficaz	(...) avalia rapidamente, de forma ineficaz	H4E3 (...) avalia rapidamente ou de forma ineficaz
H4F5 (...) claramente incentiva e convida o (a) paciente	(...) incentiva claramente e convida o (a) paciente	H4F5 (...) incentiva claramente e convida o (a) paciente
H4G Explora a aceitabilidade do plano terapêutico	Explora a concordância com o plano terapêutico	H4G Explora a aceitabilidade do plano terapêutico
H4H5, H3 e H1 (...) implementação do plano terapêutico.	(...) adesão ao plano terapêutico.	H4H5, H3 e H1 (...) adesão ao plano terapêutico.
H4J5 (...) faz planos facilmente compreensíveis e específicos	(...) faz planos compreensíveis e específicos	H4J (...) faz planos compreensíveis e específicos

Artigo versão em português

Tradução e adaptação cultural da versão brasileira da *Four Habits Coding Scheme* (4HCS) para ensino e avaliação das habilidades de comunicação de profissionais de saúde

Short title: Versão brasileira da 4HCS

Renata R Catani ¹, Emilianas Valadares¹, Julianni B Lacombe ¹, Tânia M S Mendonça ², Carlos Henrique M Silva ², Helena B M S Paro²

¹ Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia,

² Docente da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-Brasil

Autor para correspondência: Renata R. Catani, Faculdade de Medicina, Avenida Pará, 1720; Bairro Umuarama, Campus Umuarama- Bloco 2U- Sala 23, Uberlândia- MG, Brasil CEP 38400-902. Tel: +55 (34) 3225-8604; email: renatacatani@ufu.br

Tradução e adaptação cultural da versão brasileira da *Four Habits Coding Scheme* (4HCS) para ensino e avaliação das habilidades de comunicação de profissionais de saúde

Resumo

Objetivo: Traduzir e adaptar culturalmente, para uso no contexto brasileiro, a escala *Four Habits Coding Scheme* (4HCS), desenvolvida para ensinar e avaliar habilidades de comunicação dos profissionais de saúde, no modelo da assistência centrada na pessoa.

Métodos: O processo de tradução foi realizado em sete etapas: tradução inicial, reconciliação, retrotradução, revisão pelo autor, revisão independente e obtenção de consenso por meio da técnica Delphi, revisão gramatical e de linguagem e pré-teste.

Durante o pré-teste, três observadores independentes avaliaram quatro consultas de estudantes e residentes gravadas em ambiente real. **Resultados:** Expressões que denotam o entendimento da integralidade da pessoa, como “*Engage in small talk*”, “*Expansion of concerns*”, “*Elicit full agenda*”, “*Use patient’s frame of reference*” e “*Explore plan acceptability*”, foram os itens de mais difícil consenso entre especialistas médicos e tradutores. Outra dificuldade na obtenção de consenso para a tradução foi a palavra “*clinician*”, traduzida inicialmente como “*médico*”. O comportamento tradicionalmente dominante do médico e a noção de que a comunicação deva ser feita por ele podem ter influenciado esse resultado. **Conclusões:** A tradução da Escala de Codificação de Quatro Hábitos (EC4H) produziu uma escala adaptada à cultura brasileira, que poderá ser introduzida como instrumento de ensino e avaliação de habilidades de comunicação nas escolas médicas do país.

Palavras-chave: educação médica; avaliação educacional; comunicação em saúde, comparação transcultural; assistência centrada no paciente.

Introdução

Nos últimos anos, estudos vêm reforçando a comunicação centrada na pessoa durante entrevista clínica como uma das principais causas de sucesso, satisfação e impactos positivos em saúde para médicos e pacientes (Pendleton, 1984; Stewart et al., 2000; Stewart, 1984,2013). Em resposta a esses resultados, diversas diretrizes de formação médica (Association of American Medical Colleges, 2014; General Medical Council, 2009; Royal College of Physicians of London, 2005; World Federation for Medical Education, 2003) sinalizam a necessidade de formalizar o ensino e a avaliação das habilidades de comunicação a partir do modelo de assistência centrada na pessoa (ACP) (Silverman, Kurtz, & Draper, 2008). No Brasil, o ensino da ACP ainda é incipiente, provavelmente devido à ausência de ferramentas válidas para esse fim.

Nesse contexto, vários instrumentos que visam ensinar e avaliar as habilidades de comunicação de estudantes e profissionais na prática clínica a partir dos princípios da ACP têm sido desenvolvidos (Makoul, 2001; Zill et al., 2014). Dentre esses instrumentos, destacamos a *Four Habits Coding Scheme* (4HCS), uma escala validada em inglês (Krupat, Frankel, Stein, & Irish, 2006) e alemão (Scholl et al., 2014), desenvolvida para observação direta das habilidades de comunicação no encontro clínico de profissionais de saúde.

A 4HCS surge como um instrumento de fácil aplicação, que não requer uso de tecnologias para sistematizar o ensino das habilidades de comunicação no país, além de avaliar estudantes e profissionais de saúde nos cenários reais de assistência, em caráter formativo e somativo. Uma versão brasileira com equivalência à escala original permitirá o estudo das habilidades de comunicação em países não anglófilos e possíveis comparações entre diferentes culturas. Este estudo objetiva traduzir e adaptar culturalmente a 4HCS para uso no Brasil.

Método

Estudo de tradução, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da nossa instituição, realizado com permissão de o autor da escala 4HCS (E. Krupat), com o consentimento livre e esclarecido assinado por estudantes, residentes e pacientes envolvidos nas gravações realizadas para o pré-teste.

Four Habits Coding Scheme (4HCS)

A 4HCS é uma escala com 23 itens, avaliados com respostas em uma escala *Likert* de cinco pontos, com âncoras definidas para as pontuações 1, 3 e 5 em que os maiores escores denotam habilidades de comunicação mais centradas na pessoa (Krupat et al., 2006). Os itens são agrupados em quatro domínios que descrevem e avaliam o comportamento clínico a partir de experiências prévias do “modelo dos Quatro Hábitos” (Frankel & Stein, 2001). Os quatro hábitos denotam uma forma organizada de pensar e agir durante o encontro clínico e são norteados pelo modelo da ACP: 1. Invest in the beginning (6 itens); 2. Elicit the patient’s perspective (3 itens); 3. Demonstrate empathy (4 itens); 4. Invest in the end (10 itens). Neste estudo, padronizamos a apresentação dos itens e âncoras em códigos que representam o hábito, o item e a âncora, respectivamente (ex: H1A3, hábito 1 – Invest in the beginning; item A – cumprimenta cordialmente; âncora 3).

Procedimentos

O método de tradução foi realizado de acordo com diretrizes internacionais de tradução de questionários (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Eremenco, Cella, & Arnold, 2005) (Figura 1). A primeira etapa foi a tradução direta do inglês para o

português do Brasil por dois tradutores bilíngues, nativos em português. A segunda etapa consistiu na reconciliação dessas duas traduções por um profissional de saúde, nativo em português, com fluência em inglês. A versão reconciliada foi retrotraduzida por um tradutor bilíngue, nativo na língua inglesa, com fluência em português (terceira etapa). A versão retrotraduzida foi então enviada para o autor da escala para revisão e comentários (quarta etapa).

Os itens, âncoras, expressões, frases ou palavras com prejuízos na equivalência semântica, idiomática, experimental ou conceitual identificados em qualquer fase do processo de tradução foram selecionados para a etapa de revisão da escala (quinta etapa). Nessa etapa, cinco revisores bilíngues (dois tradutores profissionais e três médicos com experiência em tradução de instrumentos), nativos no português, avaliaram todas as etapas anteriores do processo de tradução, com o objetivo de escolher a melhor opção de tradução para a escala. Essa etapa teve o objetivo de obter consenso no processo de tradução pela técnica Delphi modificada (Hasson, Keeney, & McKenna, 2000; Hsu & Sandford, 2007). A técnica Delphi modificada foi usada para facilitar o consenso entre os revisores através de rodadas eletrônicas, que foram organizadas por dois coordenadores, na forma de questionários estruturados no site Delphi Decision Aid (Armstrong, 2003).

Após o fechamento de cada rodada, os revisores independentes receberam um feedback com as estatísticas de respostas e as sugestões dos demais respondentes a respeito de cada questão. Esses questionários continham todo o processo da tradução e estavam acessíveis aos revisores durante todo o processo, que ocorreu em 4 rodadas. O consenso, por critérios pré-definidos, foi considerado com 80% ou mais de concordância (Hasson et al., 2000; Hsu & Sandford, 2007).

Após a avaliação e ajustes de todo o processo pela coordenadora de linguagem (sexta etapa), a escala foi reencaminhada para o autor da escala para obtermos a versão

pré-final. Essa versão foi pré-testada (sétima etapa) por três professores da nossa instituição, com experiência no ensino de habilidades de comunicação, que avaliaram quatro vídeos de consultas reais realizadas por estudantes e residentes do curso de medicina. Após a observação dos vídeos, os observadores responderam a uma entrevista cognitiva e retrospectiva, com o objetivo de avaliarmos a compreensão, aplicabilidade e importância dos itens e âncoras. Foi aplicada uma escala Likert de dois pontos (adequada e não adequada) em relação a linguagem da escala, o manuseio e uso para avaliação (Willis, 2005). Essa etapa também objetivou solicitar sugestões para possíveis necessidades de mudança da escala (Ruperto et al., 2001). Ao fim da etapa do pré-teste, chegamos a versão final em português da 4HCS.

Resultados

Os títulos geral e dos hábitos da escala não apresentaram discrepâncias entre o item original, traduções e retro-traduções. No entanto, para seguir a intencionalidade avaliativa da escala e as recomendações do autor obtidas após o estágio de retro-tradução, todos os verbos foram readequados com a mudança do tempo verbal do infinitivo para o tempo presente na terceira pessoa do singular (**Exemplo:** Item original: *Show familiarity*; Retrotradução: *To demonstrate familiarity*; Recomendações do Autor: *Demonstrates familiarity*; Versão final: *Demonstra familiaridade*). Essa alteração foi necessária para os itens dos Hábitos 3 e 4, e do Hábito 1 (com exceção dos itens D e E). Os itens D e E do hábito 1 e todos os itens do Hábito 2 não necessitaram ajustes por não apresentarem verbos de ação. Portanto, dos 23 itens da escala, 18 (78%) foram readequados para o tempo verbal na terceira pessoa do singular.

Durante o processo de obtenção de consenso, observamos que os itens que determinam a ação a ser executada pelo profissional de saúde, necessitaram de várias

rodadas na técnica Delphi. Somente um item atingiu consenso na primeira rodada. Em 62,5% dos itens, foram necessários no mínimo três rodadas para obtermos a versão pré-final. Os itens de maior dificuldade de consenso foram “*Engage in small talk*”, “*Expansion of concerns*”, “*Elicit full agenda*”, “*Use patient’s frame of reference*” e “*Explore plan acceptability*” (Tabela 1).

Em relação às âncoras, algumas palavras foram discrepantes entre as versões das três primeiras etapas da tradução. Essas discrepâncias foram resolvidas por consenso com a técnica de Delphi (Tabela 2) ou por orientações da coordenadora de linguagem (versão pré-final) (Tabela 3). Dentre as palavras que foram para as rodadas do Delphi, 80% foram resolvidas na primeira rodada. A palavra “*clinician*”, presente em 91,3% das âncoras, traduzida e retrotraduzida como “médico”/ “clínico”/“*physician*”, atingiu 100% de concordância entre os revisores independentes na segunda rodada do Delphi, com a palavra “médico”. Essa palavra foi ajustada, pela coordenadora de linguagem, com a concordância do autor da escala, para o termo “profissional de saúde”.

A coordenadora de linguagem realizou ajustes em outras 41 (60%) âncoras, conforme demonstrado na tabela 3. Os ajustes foram agrupados nas seguintes categorias: padronização, compreensão, posição do advérbio, colocação, tradução literal e inconsistências da tradução. Doze âncoras necessitaram de ajustes devido a problemas de colocação, como na âncora H3D5, em que “expressa grande interesse” foi ajustado para “demonstra grande interesse”.

Os participantes do pré-teste consideraram todos os itens e âncoras relevantes e de fácil entendimento. Os três observadores consideraram a escala de simples manuseio, porém dois deles sinalizaram que o instrumento demanda tempo extenso para uma avaliação completa. Como sugestão para minimizar a demanda de tempo, um dos observadores propôs que a escala seja utilizada para avaliação dos hábitos separadamente.

Outra sugestão proposta foi a modificação da posição do item B “Cumprimenta cordialmente” do Hábito 1 com o item A “Demonstra familiaridade” do mesmo hábito. Essa proposta visou facilitar a avaliação feita pelo observador, de maneira a respeitar a sequência lógica de acontecimentos no encontro clínico.

Catorze itens necessitaram de ajustes após a realização do pré-teste para serem melhor compreendidos pelos respondentes da escala e terem assegurada a equivalência com a versão original do instrumento (Tabela 4). Dentre essas modificações, destacamos a incorporação do conceito de “estilo staccato” no hábito 1 D1.

Discussão

Ao que sabemos, este é o primeiro estudo realizado no Brasil para traduzir e adaptar culturalmente um instrumento que ensina/avalia profissionais de saúde a utilizarem a comunicação como estratégia para melhoria do cuidado com o paciente. Até o momento, inexistiam instrumentos válidos capazes de sistematizar o ensino das habilidades de comunicação na área da saúde no nosso país, apesar de constataremos recomendações nacionais que colocam a boa comunicação como uma das competências necessárias ao perfil do egresso, desde a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), em 2001 (Brasil, 2001, 2014). A importância da comunicação na construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos também é reforçada nas políticas públicas de saúde do país há mais de dez anos (Brasil, 2004, 2010).

A lacuna de tempo entre as primeiras orientações das DCNs e a primeira escala traduzida e adaptada em língua portuguesa para o Brasil reflete a realidade complexa que vivemos, em que verificamos um modelo de formação de profissionais de saúde distante do debate e da formulação das políticas de saúde do país (Brasil, 2004). Essa dissonância entre as recomendações das políticas públicas educacionais e assistenciais decorre, em

parte, do modelo de assistência oferecida aos pacientes com um enfoque na doença e na relação “queixa-conduta” (Brasil, 2004). Nesse modelo, em que o médico detém o conhecimento e o poder de decisão sobre o paciente e a equipe, a interação médico-paciente, denominada “atividade-passividade” ou “orientação-cooperação” (Szasz & Hollender, 1956) dá-se de forma assimétrica e paternalista (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

A assimetria na interação médico-paciente não é uma questão peculiar do contexto brasileiro. Países que vivenciaram reformas curriculares no ensino médico há mais de 40 anos, com inserção de cursos para treinamento das habilidades de comunicação pautados em evidências (Dwamena et al., 2012; Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein, & Dick, 2001), também enfrentam dificuldades para o estabelecimento de relações menos assimétricas no cuidado em saúde (Pilnick & Dingwall, 2011). A persistência desse fenômeno está relacionada a questões de dominância e poder inerentes da função social da prática médica. Na relação médico-paciente assimétrica, parece haver uma deferência do paciente à autoridade médica (Pilnick & Dingwall, 2011). Mudanças na forma da assistência e da postura e atitude médicas geram conflitos de ordem psicológica, política e sociológica. Além das dificuldades enfrentadas para centrar a comunicação no paciente, parecem existir resquícios da “estrutura social” e de um comportamento tradicionalmente dominado pelo médico e influenciado pelo patriarcalismo e pelo capitalismo (Boden & Zimmerman, 2003).

Reflexos dessa complexidade parecem ter influenciado os resultados do processo de tradução da 4HCS, no qual a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde e pelos próprios tradutores pareceram dificultar o consenso no que tange as expressões ou palavras que fazem menção à participação ativa do paciente ou mesmo da parceria médico-paciente na busca do entendimento da integralidade da pessoa. No nosso estudo,

expressões que denotam o entendimento da integralidade da pessoa, princípio fundamental da Medicina Centrada na Pessoa, foram os itens de mais difícil consenso entre especialistas médicos e tradutores.

O exemplo mais emblemático referente à dificuldade de incorporação dos princípios da medicina centrada na pessoa na prática médica brasileira é a tradução da palavra “clinician”. Durante a etapa de revisores independentes, a palavra foi traduzida para o termo “médico”, com consenso obtido na segunda rodada. No entanto, uma incoerência entre o termo na tradução pré-final e o conceito da palavra foi sinalizada pela coordenadora de linguagem, já que temos como definição de “*Clinician*”: 1. “*a health professional whose practice is based on direct observation and treatment of a patient, as distinguished from other types of health workers, such as laboratory technicians and those employed in research.*” (O’Toole, 2017); ou 2. “*A health professional, such as a physician, psychologist, or nurse, who is directly involved in patient care, as distinguished from one who does only research or administrative work*” (*The American Heritage medical dictionary*, 2007) (grifos nossos). Essa incoerência foi informada aos revisores com o objetivo de facilitar o consenso, que não foi alcançado em três rodadas. Foi necessário esclarecermos com o autor da escala acerca da população a que se destina a escala para chegarmos à tradução final “profissional de saúde”.

Acreditamos que essa dificuldade para traduzir a palavra “clinician” e a dificuldade de consenso pela técnica Delphi sejam também resultado da questão histórico-política que permeia a profissão médica. O comportamento tradicionalmente dominante do médico e a noção de que a comunicação deva ser feita por ele (Pilnick & Dingwall, 2011), não permitiu, mesmo com a definição clara da palavra “clinician”, que médicos e tradutores optassem pela tradução mais apropriada, sendo necessária a intervenção do autor.

Diferentemente dos resultados discutidos até o momento, também encontramos barreiras relacionadas às questões linguísticas na tradução. Vários ajustes foram realizados na versão pré-final da escala por orientação da coordenadora de linguagem, com a aprovação do autor, de maneira a respeitar as particularidades da língua portuguesa do Brasil e facilitar a compreensão e a padronização dos termos. Tais ajustes foram necessários devido a questões de colocação e tradução literal das palavras, evidenciadas na versão pré-final da escala.

Pesquisas reportam a importância dessa fase de adaptação cultural e da necessidade da manutenção das características originais das expressões linguísticas da escala, sugerindo que imperfeições e desajustes culturais oriundos dessa etapa da tradução possam levar a falhas na validação dos instrumentos (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010; Reichenheim & Moraes, 2007).

Assegurar que os conceitos dentro de um instrumento sejam iguais entre a língua original e a linguagem alvo (Gjersing et al., 2010), normalmente exige ajustes por desconhecimento de lexemas, convenções das estruturas textuais, expressões idiomáticas de uma língua, combinações lexicais com diferentes significados, e, entre outros fatores, pela dificuldade para julgar a adequação de expressões fixas a determinados tipos de situações em outras culturas (Tagnin, 2013). Assim, alteramos algumas frases levando em consideração as peculiaridades da língua portuguesa em relação à inglesa. Orientamos-nos pela convencionalidade, entendendo como convencional aquilo “que é baseado ou de acordo com consenso geral; consolidado pelo uso ou pela prática” ou “que obedece a padrões aceitos” (American Heritage Dictionaries, 2015). Podemos exemplificar o uso da convencionalidade na mudança de posição do advérbio e nas colocações. Nas duas categorias de ajuste, usamos a convencionalidade no nível sintático usando a combinabilidade, que nada mais é do que a faculdade que os elementos

linguísticos têm de se combinar. Certas palavras parecem combinar-se de forma natural, não havendo, via de regra, explicação para o fato (Tagnin, 2013). Na primeira categoria, há somente uma mudança na posição do advérbio, na segunda, na maioria da vezes classificadas em colocações verbais, os verbos foram alterados para manter a convencionalidade na estrutura lexical da língua portuguesa, como, por exemplo, a sentença “expressa grande interesse”, ajustada para “demonstra grande interesse”.

O pré-teste, realizado por meio das entrevistas retrospectivas de esclarecimento e cognitiva, foi utilizado para verificar a compreensão do respondente acerca do item traduzido (Eremenco et al., 2005) e permitiu que a escala mantivesse equivalência com a escala original e estivesse culturalmente adaptada para o Brasil. Um exemplo disso ocorreu com a inclusão de um parêntese explicativo do termo “*estilo staccato*”, já sinalizada pelo autor da escala na fase de retrotradução, por ser um termo pouco conhecido das práticas em saúde. A sugestão do uso da escala a partir de avaliações separadas por hábitos como uma estratégia de minimizar a demanda de tempo dos observadores deverá ser avaliada em estudos posteriores de validação.

O processo de tradução e adaptação da 4HCS em várias etapas, com a participação de um grupo de especialistas e coordenadores de linguagem qualificados, permitiu a produção de uma versão brasileira com equivalência cultural, sendo asseguradas as equivalências de itens, conceituais, semânticas e operacionais (Reichenheim & Moraes, 2007) da escala original.

Conclusão

A tradução da Escala de Codificação de Quatro Hábitos (EC4H) produziu uma escala adaptada à cultura brasileira, que poderá ser introduzida como instrumento de ensino e avaliação de habilidades de comunicação nas escolas médicas do país. Estudos posteriores de validação da escala devem elucidar os parâmetros psicométricos dos itens,

em especial, aqueles com maior dificuldade de tradução. A EC4H representa um importante avanço na implementação do modelo centrado na pessoa na assistência médica no Brasil, já que permitirá a avaliação sistemática das estratégias pedagógicas delineadas para esse fim e a comparação transcultural dos modelos de assistência.

Ressaltamos a importância da escala, além de ser uma ferramenta técnico-metodológica de ensino e avaliação das habilidades de comunicação, como fonte mobilizadora de futuros debates na formação de profissionais de saúde.

Practice points

- O seguimento rigoroso das etapas recomendadas por diretrizes internacionais de tradução de questionários é importante para a obtenção de um instrumento com equivalência linguística e cultural.
- As principais dificuldades do processo de tradução da 4HCS estão relacionadas com dificuldades de implementação do modelo da assistência centrada na pessoa, também evidenciadas em outros países.
- A 4HCS permitirá o ensino e a avaliação sistemática das estratégias delineadas para a promoção do modelo centrado na pessoa e a comparação transcultural dos modelos de assistência.

Referências

American Heritage Dictionaries. (2015). *American heritage dictionary of the english language*. Place of publication not identified: Houghton Mifflin Harcourt.

Armstrong, J. (2003). Delphi Decision Aid. *The Wharton School, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA [Online]*. Recuperado de <http://armstrong.wharton.upenn.edu/delphi2/>

Association of American Medical Colleges. (2014). Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency- Curriculum Developers' Guide. *Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency- Curriculum Developers' Guide*.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191.

Boden, D., & Zimmerman, D. H. (Orgs.). (2003). *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis* (Transferred to digital print). Cambridge, UK: Polity Press.

Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, Pub. L. No. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, 2001, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (2001).

Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, Pub. L. No. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 116, 2014 (2014).

Brasil.2004. *HUMANIZASUS- Política Nacional de Humanização- A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Brasília, DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

Brasil.2010. *Cadernos HumanizaSUS- Formação e Intervenções* (1a edição). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Olomu, A. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD003267. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>

Eremenco, S. L., Cella, D., & Arnold, B. J. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*, 28(2), 212–232. <https://doi.org/10.1177/0163278705275342>

Frankel, R. M., & Stein, T. (2001). Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *The Journal of Medical Practice Management: MPM*, 16(4), 184–191.

General Medical Council -Great Britain. (2009). *Tomorrow's doctors*. London: GMC.

- Gjersing, L., Caplehorn, J. R. M., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015.
- Hsu, C.-C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12(10), 1–8.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery (London, England)*, 5(1), 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2006.01.005>
- Krupat, E., Frankel, R., Stein, T., & Irish, J. (2006). The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.015>
- Lewin, S. A., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003267. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267>
- Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, 45(1), 23–34.
- O'Toole, M. T. (Org.). (2017). *Mosby's medical dictionary* (Tenth edition). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Pendleton, D. (Org.). (1984). *The Consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford [Oxfordshire] ; New York: Oxford University Press.
- Pilnick, A., & Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review. *Social Science & Medicine (1982)*, 72(8), 1374–1382. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.033>

Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). [Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments]. *Revista De Saude Publica*, 41(4), 665–673.

Royal College of Physicians of London (Org.). (2005). *Doctors in society: medical professionalism in a changing world ; report of a working party December 2005*. London: Royal College of Physicians.

Ruperto, N., Ravelli, A., Pistorio, A., Malattia, C., Cavuto, S., Gado-West, L., ... Paediatric Rheumatology International Trials Organisation. (2001). Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries. Review of the general methodology. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 19(4 Suppl 23), S1-9.

Scholl, I., Nicolai, J., Pahlke, S., Kriston, L., Krupat, E., & Härter, M. (2014). The German version of the Four Habits Coding Scheme - association between physicians' communication and shared decision making skills in the medical encounter. *Patient Education and Counseling*, 94(2), 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.006>

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2008). *Skills for communicating with patients* (2. ed., reprint). Oxford: Radcliffe.

Stewart, M. (2013). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method* (3. ed.,). Abingdon: Radcliffe Med. Press.

Stewart, M. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science & Medicine* (1982), 19(2), 167–175.

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796–804.

Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585–592.

Tagnin, S. E. O. (2013). *O jeito que a gente diz [livro eletrônico]: combinações consagradas em inglês e português*. Barueri, São Paulo: DISAL.

The American Heritage medical dictionary. (2007) (New updated ed). Boston: Houghton Mifflin Co.

Willis, G. B. (2005). *Cognitive interviewing: a tool for improving questionnaire design*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

World Federation for Medical Education. (2003). *WFME global standards for quality improvement. [Bind 1] [Bind 1*. Copenhagen: WFME Office, University of Copenhagen.

Zill, J. M., Christalle, E., Müller, E., Härter, M., Dirmaier, J., & Scholl, I. (2014). Measurement of physician-patient communication--a systematic review. *PloS One*, 9(12), e112637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112637>

Referências bibliográficas

ABDALLA, I. G. et al. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 44–52, 2009.

AMARAL, A. B. C. N. et al. Development of a Brazilian Portuguese adapted version of the Gap-Kalamazoo communication skills assessment form. **International Journal of Medical Education**, v. 7, p. 400–405, 11 dez. 2016.

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency- Curriculum Developers' Guide. **Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency- Curriculum Developers' Guide**, 2014.

AUGUSTO, M. H. O. Natural, Racional, Social: Discussão de uma sociabilidade. **Tempo Social**, v. 1, n. 1, p. 247–257, jun. 1989.

BALINT, E. The possibilities of patient-centered medicine. **The Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 17, n. 82, p. 269–276, maio 1969.

BALINT, M. et al., **Treatment or diagnosis: a study repeat prescriptions in general practice**. Abingdon : Tavistock Publication Limited; 1970.

BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 598–606, dez. 2010.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67–84, jul. 2002.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 15 dez. 2000.

BOGGIANO, V. L. et al. Patient-Centered Care Challenges and Surprises: Through the Clerkship Students' Eyes. **Family Medicine**, v. 49, n. 1, p. 57–61, jan. 2017.

BRASIL. **HUMANIZASUS- Política Nacional de Humanização- A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília, DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

BRASIL. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, 2001.

BRASIL. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 116, 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2014.

BURT, J. et al. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. **BMJ open**, v. 4, n. 3, p. e004339, 6 mar. 2014.

DUFFY, F. D. et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 79, n. 6, p. 495–507, jun. 2004.

DUROCHER, E. et al. Contradictions in client-centred discharge planning: through the lens of relational autonomy. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 22, n. 4, p. 293–301, jul. 2015.

Educational instruments : Arizona clinical interview medical rating scale. **Medical Teacher**, v. 2, n. 5, p. 248–251, 1980.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science (New York, N.Y.)**, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 8 abr. 1977.

ENGEL, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. **The American Journal of Psychiatry**, v. 137, n. 5, p. 535–544, maio 1980.

ENZER, I. et al. A reliability study of an instrument for measuring general practitioner consultation skills: the LIV-MAAS scale. **International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care**, v. 15, n. 5, p. 407–412, out. 2003.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, v. 287, n. 2, p. 226–235, 9 jan. 2002.

EREMENCO, S. L.; CELLA, D.; ARNOLD, B. J. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Evaluation & the Health Professions**, v. 28, n. 2, p. 212–232, jun. 2005.

EVANS, B. J. et al. A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. **The British Journal of Medical Psychology**, v. 60 (Pt 4), p. 373–378, dez. 1987.

FINSET, A.; MJAALAND, T. A. The medical consultation viewed as a value chain: a neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor-patient interaction. **Patient Education and Counseling**, v. 74, n. 3, p. 323–330, mar. 2009.

FISHER, S. Doctor-patient communication: a social and micro-political performance. **Sociology of Health & Illness**, v. 6, n. 1, p. 1–29, mar. 1984.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Report number Four. Nova Iorque, 1910

FRANKEL, R. M.; STEIN, T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. **The Journal of medical practice management: MPM**, v. 16, n. 4, p. 184–191, fev. 2001.

GENERAL MEDICAL COUNCIL- GREAT BRITAIN. **Tomorrow's doctors**. London: GMC, 2009.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R. M.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC medical research methodology**, v. 10, p. 13, 10 fev. 2010.

GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com esudantes do último semestre do curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 301–308, set. 2008.

HULSMAN, R. L. et al. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. **Medical Education**, v. 33, n. 9, p. 655–668, set. 1999.

JOYCE, B. L.; STEENBERGH, T.; SCHER, E. Use of the kalamazoo essential elements communication checklist (adapted) in an institutional interpersonal and communication skills curriculum. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 2, n. 2, p. 165–169, jun. 2010.

KANE, G. C. et al. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. **Croatian Medical Journal**, v. 48, n. 1, p. 81–86, fev. 2007.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 8, n. 1, jun. 2001.

KRAUS, C. K.; MARCO, C. A. Shared decision making in the ED: ethical considerations. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 34, n. 8, p. 1668–1672, ago. 2016.

KRUPAT, E. et al. The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. **Patient Education and Counseling**, v. 62, n. 1, p. 38–45, jul. 2006.

KURTZ, S. et al. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 78, n. 8, p. 802–809, ago. 2003.

KURTZ, S. M.; SILVERMAN, J. D. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. **Medical Education**, v. 30, n. 2, p. 83–89, mar. 1996.

LEVINSON, W.; ROTER, D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. **Journal of General Internal Medicine**, v. 8, n. 6, p. 318–324, jun. 1993.

LUNDBERG, K. L. What are internal medicine residents missing? A communication needs assessment of outpatient clinical encounters. **Patient Education and Counseling**, v. 96, n. 3, p. 376–380, set. 2014.

MAKOUL, G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 76, n. 4, p. 390–393, abr. 2001a.

MAKOUL, G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. **Patient Education and Counseling**, v. 45, n. 1, p. 23–34, out. 2001b.

MAKOUL, G.; SCHOFIELD, T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. **Patient Education and Counseling**, v. 37, n. 2, p. 191–195, jun. 1999.

MJAALAND, T. A. et al. Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations: a video-based observational study. **Patient Education and Counseling**, v. 84, n. 3, p. 332–337, set. 2011.

MOORE, P.; GÓMEZ, G.; KURTZ, S. Doctor-patient communication: one of the basic competencies, but different. **Atencion Primaria**, v. 44, n. 6, p. 358–365, jun. 2012.

MOORHEAD, R.; WINEFIELD, H. Teaching counselling skills to fourth-year medical students: a dilemma concerning goals. **Family Practice**, v. 8, n. 4, p. 343–346, dez. 1991.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 262–270, jun. 2009.

NUNES, Sandra Odebrecht Vargas et al. O ensino de habilidades e atitudes: um relato de experiências. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 126–131, mar. 2013

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, dez. 2008.

PARLE, M.; JONES, B.; MAGUIRE, P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. **Psychological Medicine**, v. 26, n. 4, p. 735–744, jul. 1996.

PARO, H. B. M. S. et al. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC medical education**, v. 12, p. 73, 9 ago. 2012.

PELLEGRINO, E. D. Toward a reconstruction of medical morality. **The American journal of bioethics: AJOB**, v. 6, n. 2, p. 65–71, abr. 2006.

PENDLETON, D. (ED.). **The Consultation: an approach to learning and teaching**. Oxford [Oxfordshire] ; New York: Oxford University Press, 1984.

PEREIRA, C. M. A. S. et al. Cross-cultural validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). **Patient Education and Counseling**, v. 91, n. 1, p. 37–43, abr. 2013.

PETERSON, E. B.; CALHOUN, A. W.; RIDER, E. A. The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. **Patient Education and Counseling**, v. 96, n. 3, p. 411–418, set. 2014.

PFEIFFER, C. et al. The rise and fall of students' skill in obtaining a medical history. **Medical Education**, v. 32, n. 3, p. 283–288, maio 1998.

PORTER, R. (ED.). **The Cambridge illustrated history of medicine**. 1st pbk. ed ed. Cambridge ; New York: Cambridge University Press, 2001.

PUGA, V. O. O.; LOPES, A. D.; COSTA, L. O. P. Avaliação das adaptações transculturais e propriedades de medida de questionários relacionados às disfunções do ombro em língua portuguesa: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, n. 2, p. 85–93, abr. 2012.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. [Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments]. **Revista De Saude Publica**, v. 41, n. 4, p. 665–673, ago. 2007.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 90–97, mar. 2008.

ROBINSON, J. et al. Measuring consultation skills in primary care in England: evaluation and development of content of the MAAS scale. **The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 52, n. 484, p. 889–893, nov. 2002.

ROGERS, C. R. **On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy**. Boston: Houghton Mifflin, 1995.

ROGERS, C. R. **Client-centered therapy: its current practice, implications and theory**. London: Constable, 2003.

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 93–102, jun. 2006.

ROTER, D.; HALL, J. A. **Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits**. 2nd ed ed. Westport, Conn: Praeger, 2006.

ROTER, D. L. et al. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. **Archives of Internal Medicine**, v. 155, n. 17, p. 1877–1884, 25 set. 1995.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON (ED.). **Doctors in society: medical professionalism in a changing world ; report of a working party December 2005**. London: Royal College of Physicians, 2005.

SCHEFFER, S. et al. Assessing students' communication skills: validation of a global rating. **Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice**, v. 13, n. 5, p. 583–592, dez. 2008.

SCHOLL, I. et al. The German version of the Four Habits Coding Scheme - association between physicians' communication and shared decision making skills in the medical encounter. **Patient Education and Counseling**, v. 94, n. 2, p. 224–229, fev. 2014.

SIBILLE, K.; GREENE, A.; BUSH, J. P. Preparing Physicians for the 21 Century: Targeting Communication Skills and the Promotion of Health Behavior Change. **Annals of Behavioral Science and Medical Education: Journal of the Association for the Behavioral Sciences and Medical Education**, v. 16, n. 1, p. 7–13, 2010.

SILVERMAN, J.; KURTZ, S.; DRAPER, J. **Skills for communicating with patients**. 2. ed., reprint ed. Oxford: Radcliffe, 2008.

SIMMENROTH-NAYDA, A. et al. Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. **International Journal of Medical Education**, v. 5, p. 212–218, 6 dez. 2014.

SMITH, R. C. et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. **Annals of Internal Medicine**, v. 128, n. 2, p. 118–126, 15 jan. 1998.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline: Validation of instruments or scales. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 2, p. 268–274, abr. 2011.

STEWART, M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. **The Journal of Family Practice**, v. 49, n. 9, p. 796–804, set. 2000.

STEWART, M. (ED.). **Patient-centered medicine: transforming the clinical method**. 3. ed., reprinted ed. Abingdon: Radcliffe Med. Press, 2013.

STEWART, M. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre (RS): ARTMED, 2010.

STEWART, M. A. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 19, n. 2, p. 167–175, 1984.

STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne**, v. 152, n. 9, p. 1423–1433, 1 maio 1995.

SZASZ, T. S.; HOLLENDER, M. H. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. **A.M.A. Archives of Internal Medicine**, v. 97, n. 5, p. 585–592, maio 1956.

TAYLOR, K. Paternalism, participation and partnership - the evolution of patient centeredness in the consultation. **Patient Education and Counseling**, v. 74, n. 2, p. 150–155, fev. 2009.

WHITEHOUSE, C. R. The teaching of communication skills in United Kingdom medical schools. **Medical Education**, v. 25, n. 4, p. 311–318, jul. 1991.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. **WFME global standards for quality improvement**. Copenhagen: WFME Office, University of Copenhagen, 2003.

ZANDBELT, L. C. et al. Coding patient-centred behaviour in the medical encounter. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 61, n. 3, p. 661–671, ago. 2005.

ZILL, J. M. et al. Measurement of physician-patient communication--a systematic review. **PloS One**, v. 9, n. 12, p. e112637, 2014.

Anexos

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Ensino e avaliação das habilidades de comunicação e atitudes dos estudantes de medicina na relação médico-paciente: uso da Four Habits Habits Coding Scheme (4HCS)

Pesquisador: Helena Borges Martins da Silva Paro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29036814.7.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: dezembro de 2015

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ESTUDANTE DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação do estudo: “Ensino e avaliação das habilidades de comunicação e atitudes dos estudantes de medicina na relação médico-paciente: uso da *Four Habits Coding Scheme* (4HCS)”

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa de tradução, adaptação e validação linguística da *Four Habits Coding Scheme* (4 HCS) para a cultura brasileira. A escala tem a finalidade de avaliar a habilidade de comunicação do estudante de medicina e residente durante a entrevista médica.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para responder a um questionário referente aos seus dados sócio-demográficos (Questionário sócio-demográfico) e a dois questionários sobre sua opinião acerca da relação médico-paciente (Escala Jefferson de Empatia e Escala de Orientação Médico-Paciente). Gostaríamos, ainda, de solicitar sua permissão para gravarmos sua entrevista médica para posterior avaliação. A consulta será gravada em dois momentos distintos: no momento da anamnese (coleta da história) e no momento do fechamento da consulta. O exame físico não será gravado. A câmera utilizada para o registro das consultas será posicionada por meio de tripé (sem a presença de outra pessoa) de maneira a não evidenciar o rosto dos pacientes. Após a análise das consultas por dois observadores independentes, as imagens serão desgravadas.

Gostaríamos de esclarecer que, apesar do uso de câmeras filmadoras poder trazer algum tipo de desconforto, não haverá qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro. A participação nesta pesquisa é independente de suas atividades curriculares na instituição, que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações e imagens prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a comunicação do estudante de medicina e do residente na relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a efetividade da relação médico-paciente, com melhores taxas de sucesso de tratamentos, menores custos para o sistema de saúde e maior satisfação para o paciente.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la. Você poderá desistir de participar do projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

A pesquisadora responsável por este projeto é a Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, Professora Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Renata Rodrigues Catani ou Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, na secretaria do Programa de Pós-graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320, fone: (34) 3218-2389. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131.

Uberlândia, de..... de 20....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O MÉDICO RESIDENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação do estudo: “Ensino e avaliação das habilidades de comunicação e atitudes dos estudantes de medicina na relação médico-paciente: uso da *Four Habits Coding Scheme* (4HCS)”

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa de tradução, adaptação e validação linguística da *Four Habits Coding Scheme* (4 HCS) para a cultura brasileira. A escala tem a finalidade de avaliar a habilidade de comunicação do estudante de medicina e residente durante a entrevista médica.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para responder a um questionário referente aos seus dados sócio-demográficos (Questionário sócio-demográfico) e a dois questionários sobre sua opinião acerca da relação médico-paciente (Escala Jefferson de Empatia e Escala de Orientação Médico-Paciente). Gostaríamos, ainda, de solicitar sua permissão para gravarmos sua entrevista médica para posterior avaliação. A consulta será gravada em dois momentos distintos: no momento da anamnese (coleta da história) e no momento do fechamento da consulta. O exame físico não será gravado. A câmera utilizada para o registro das consultas será posicionada por meio de tripé (sem a presença de outra pessoa) de maneira a não evidenciar o rosto dos pacientes. Após a análise das consultas por dois observadores independentes, as imagens serão desgravadas.

Gostaríamos de esclarecer que, apesar do uso de câmeras filmadoras poder trazer algum tipo de desconforto, não haverá qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro. A participação nesta pesquisa é independente de suas atividades curriculares na instituição, que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações e imagens prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a comunicação do estudante de medicina e do residente na relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a efetividade da relação médico-paciente, com melhores taxas de sucesso de tratamentos, menores custos para o sistema de saúde e maior satisfação para o paciente.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la. Você poderá desistir de participar do projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

A pesquisadora responsável por este projeto é a Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, Professora Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Renata Rodrigues Catani ou Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, na secretaria do Programa de Pós-graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320, fone: (34) 3218-2389. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131.

Uberlândia, de..... de 20....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PACIENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação do estudo: “Ensino e avaliação das habilidades de comunicação e atitudes dos estudantes de medicina na relação médico-paciente: uso da *Four Habits Coding Scheme* (4HCS)”

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa de tradução, adaptação e validação linguística da *Four Habits Coding Scheme* (4 HCS) para a cultura brasileira. A escala tem a finalidade de avaliar a habilidade de comunicação do estudante de medicina e residente durante a entrevista médica.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para permitir a gravação da sua entrevista médica para posterior avaliação. A consulta será gravada em dois momentos diferentes: no momento da anamnese (coleta da história) e no momento do fechamento da consulta. O exame físico não será gravado. A câmera utilizada para o registro das consultas será posicionada por meio de tripé (sem a presença de outra pessoa) de maneira a não evidenciar o seu rosto. Após a análise das consultas, as imagens serão desgravadas.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é voluntária, sem qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro. Apesar do uso de câmeras filmadoras poder trazer algum tipo de desconforto, asseguramos que todas as informações e imagens prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a comunicação do médico na relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a satisfação do paciente e melhore a comunicação entre o paciente e o médico.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la. Você poderá desistir de participar do projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

A pesquisadora responsável por este projeto é a Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, Professora Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Renata Rodrigues Catani ou Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, na secretaria do Programa de Pós-graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320, fone: (34) 3218-2389. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131.

Uberlândia, de..... de 20....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa