



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA *FOUR HABITS CODING SCHEME*:
UMA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DE
ESTUDANTES NO ENCONTRO CLÍNICO**

RENATA RODRIGUES CATANI

UBERLÂNDIA

2021

RENATA RODRIGUES CATANI

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA FOUR HABITS CODING SCHEME:
UMA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DE
ESTUDANTES NO ENCONTRO CLÍNICO**

Tese de Doutorado apresentada 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 Doutor em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Helena Borges Martins da Silva
Paro

UBERLÂNDIA

2021

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

C357v Catani, Renata Rodrigues, 1985-
2021 Validação da versão brasileira da *four habits coding scheme* [recurso eletrônico] : uma escala para avaliação das habilidades de comunicação de estudantes no encontro clínico / Renata Rodrigues Catani. - 2021.

Orientadora: Helena Borges Martins da Silva Paro.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.te.2021.5517>

Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas. I. Paro, Helena Borges Martins da Silva, 1977-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU:61



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
 Av. Pará, 1720, Bloco 2H, Sala 11 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: (34) 3225-8628 - www.ppcsafamed.ufu.br - ppcsafamed@ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Ciências da Saúde				
Defesa de:	Tese de Doutorado Nº 006/PPCSA				
Data:	24.05.21	Hora de início:	14:00h	Hora de encerramento:	17:00h
Matrícula do Discente:	11813CSD026				
Nome do Discente:	Renata Rodrigues Catani				
Título do Trabalho:	Validação da Four Habits Coding Scheme: um instrumento para avaliação da competência comunicativa de estudantes na relação médico-paciente.				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	1: Epidemiologia da Ocorrência de Doenças e Agravos à Saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Educação e qualidade de vida relacionada a saúde				

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Zoom, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Suely Grosseman (UFSC), Aline Veras Moraes Brilhante (UNIFOR), Ana Elisa Madalena Rinaldi (UFU), Marília Martins Prado Bonini (UFU) e Helena Borges Martins da Silva Paro (UFU) orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **Helena Borges Martins da Silva Paro, Professor(a) do**



Magistério Superior, em 24/05/2021, às 17:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Suely Grosseman, Usuário Externo**, em 24/05/2021, às 17:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marília Martins Prado Bonini, Professor(a) do Magistério Superior**, em 24/05/2021, às 17:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Elisa Madalena Rinaldi, Professor(a) do Magistério Superior**, em 24/05/2021, às 17:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE, Usuário Externo**, em 26/05/2021, às 08:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2792158** e o código CRC **04D34EBD**.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Renata Rodrigues Catani

Validação da versão brasileira da *Four Habits Coding Scheme*: uma escala para avaliação das habilidades de comunicação de estudantes no encontro clínico

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

Tese de Doutorado apresentada 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 Doutor em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Banca Examinadora

Titular: Profa Dra Aline Veras Moraes Brilhante

Instituição: Universidade de Fortaleza

Titular: Profa Dra Ana Elisa Madalena Rinaldi

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Titular: Profa Dra Marília Martins Prado Bonini

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Titular: Profa Dra Suely Grosseman

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido que eu concluísse esta tese.

À minha mãe e ao meu pai, pelo amor incondicional, pela força e pelo incentivo em momentos difíceis, pelas oportunidades educacionais e por serem exemplo de garra, atitude, proatividade e perseverança.

Aos meus irmãos e cunhados, por estarem sempre comigo e me incentivarem a continuar.

À minha querida amiga e orientadora, Helena Paro, minha inspiração, um exemplo de ser humano e de dedicação profissional, por ter me dado a oportunidade de ser sua orientanda, assim como o apoio necessário nas diversas fases da pesquisa, e por ter tido a paciência de aguentar meus períodos de estresse e não rendimento, além de me incentivar a concluir o trabalho.

Aos meus amigos, Paulinha e família, Marisa, Caca e Nubia, por me apoiarem emocionalmente e me estimularem a finalizar a escrita.

Aos professores Carlos Henrique Martins, Tânia Mendonça e Alfredo Demétrio, pelas considerações e contribuições à pesquisa.

À amiga e professora Renata Giaxa, que contribuiu com as avaliações necessárias para a validação, assim como a amiga e dupla da pós, Emiliana.

A todos os professores do doutorado que de alguma forma contribuíram para minha formação.

A todos os professores do Departamento de Humanidades Médicas que permitiram e me ajudaram durante o meu tempo de afastamento das atividades docentes.

Ao professor Edward Krupat, por sua simpatia e por nos permitir a utilização de sua escala.

Aos tradutores da empresa Una Assessoria Linguística e, em especial, à tradutora e ex-professora da Universidade, Laurieny Vilela, pelas contribuições nas diversas fases da pesquisa e pelas traduções e revisões do artigo, de forma ágil e profissional.

Aos estudantes de Medicina, residentes e pacientes que aceitaram participar 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.

A todos os pacientes que confiam a mim suas vidas e que me estimulam a ser uma profissional cada dia mais esforçada, atualizada e humana.

RESUMO

Introdução: A *Four Habits Coding Scheme* (4HCS), em português Escala de Codificação de Quatro Hábitos (EC4H), é uma escala desenvolvida para avaliar as habilidades de comunicação em saúde de estudantes e profissionais de saúde na prática clínica. A escala tem tradução e adaptação para a língua portuguesa do Brasil, porém ainda não foi validada. **Objetivos:** Validar a EC4H a partir da avaliação das propriedades psicométricas da escala, de acordo com as recomendações do *Consensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments* (COSMIN). **Método:** Doze estudantes do internato e doze residentes do curso de Medicina foram avaliados, em ambientes reais de ensino, por três observadores externos. Calculou-se a confiabilidade com Índice de Correlação Intraclasse (ICC), alfa Cronbach, coeficiente de Kappa Fleiss e Kendall. A validade de construto estrutural foi calculada por correlação de Spearman com a Escala Jefferson de Empatia (EJE) e a Escala Orientação Médico Profissional (EOMP) e pelo teste de hipótese com comparação dos escores da EC4H entre estudantes e residentes com cálculo de Mann Withney. **Resultados:** A escala possui uma boa consistência interna (alfa Cronbach 0,94). Possui alta concordância intraobservador (CCI 0,76) e baixa interobservador (Kappa Fleiss 0,25; Kendall 0,036). As correlações entre os escores da EJE, EOMP e da EC4H foram fracas e não significativas ($p=0,15$). A escala discrimina bem os internos dos residentes em todos os hábitos ($p \leq 0,01$). **Conclusão:** A EC4H é uma escala válida e confiável, segundo as recomendações do COSMIN, e pode ser utilizada no Brasil para o ensino e avaliação das habilidades de comunicação em saúde. A EC4H representa um importante avanço para a avaliação da comunicação no Brasil e poderá ser utilizada para comparações com estudos internacionais.

Palavras-chaves: Educação médica. Comunicação em saúde. Avaliação educacional. Competência clínica. Estudo de validação.

ABSTRACT

Introduction: The Four Habits Coding Scheme (4HCS) is an instrument used to assess the communication skills of students and health professionals in clinical practice. The Portuguese translation of this scale has not been validated in Brazil. **Objectives:** To validate the 23 items of the 4HCS through the assessment of its psychometric properties, according to the recommendations of the Consensus-based Standards for the selection of health status Measurement INstruments (COSMIN). **Methods:** Three external observers assessed twelve medical students and twelve medicine residents in real teaching environments. We calculated reliability with ICC, Cronbach's alpha, Fleiss' Kappa's, and Kendall's coefficients. The structural construct validity was calculated using the Spearman correlation with the Jefferson Scale of Empathy (JSE) and the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). We performed the hypothesis test validation by comparing the 4HCS scores of students and residents with the Mann-Whitney test. **Results:** The scale presented good internal consistency (Cronbach's alpha = 0.94), high intraobserver agreement ($ICC = 0.76$), and low interobserver agreement ($Fleiss' Kappa = 0.25$; $Kendall = 0.036$). The correlations between the scores of JSE, PPOS, and 4HCS were weak and not significant ($p=0.15$). The scale had good discrimination performance between medical students and residents in all habits ($p \leq 0.01$). **Conclusion:** The 4HCS is a valid and reliable instrument and can be used in Brazil to teach and assess the communication skills in health. The 4HCS is an important advance for the teaching and assessment of health communication in Brazil and may be used for comparisons with international studies.

Keywords: Medical education. Health communication. Educational assessment. Clinical competence. Validation studies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação de Kappa Cohen segundo o valor do coeficiente	38
Tabela 2 – Caracterização dos estudantes e residentes participantes	67
Tabela 3 – Qualidade dos dados (efeito piso e teto) da EC4H.....	68
Tabela 4 – Coeficientes de correlação entre os hábitos da EC4H e os domínios da EOMP	68
Tabela 5 – Comparação entre os escores obtido por estudantes e residentes.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

4HCS	<i>Four Habits Coding Scheme</i>
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
C-CG	<i>Calgary Cambridge Guide</i>
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CFA	Confirmatory Factor Analysis
COSMIN	<i>Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC4H	Escala de Codificação de 4 Hábitos
EFA	<i>Exploratory Factor Analysis</i>
EJE	Escala Jefferson de Empatia
EOMP	Escala de Orientação Médico-Paciente
FMBSC	<i>Family Meeting Behavioral Skills Checklist</i>
GCRS	<i>Global Consultation Rating Scale</i>
GKCSAF	<i>Gap-Kalamazoo communication skills assessment form</i>
GOSC	<i>Group Objective Structured Clinical Examination</i>
ICC	Índice de Correlação Intraclasse
IRI	<i>Interpersonal Reactivity Index</i>
KEECC-A	<i>Kalamazoo Essential Elements Checklist- adapted</i>
LIV- MASS	<i>Liverpool Communication Skills Assessment Scale</i>
LOA	<i>Limits of Agreement</i>
MCP	Modelo Centrado na Pessoa
OPPC	<i>Online textual pediatrician-parent communication</i>
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i>

OSLER	<i>Objective Structured Long Examination Record</i>
OSPE	<i>Objective Structured Practical Examination</i>
PBCI	<i>Patient-Centred Behaviour Coding Instrument</i>
RIAS	<i>Roter Interaction Analysis Scheme</i>
SDC	<i>Smallest Detectable Change</i>
SEM	<i>Structural Equation Modeling</i>
TRI	Teoria de Resposta ao Item

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Educação médica baseada em competências	14
1.1.1	Competências profissionais: conceitos e definições	15
1.1.1.1	<i>Avaliação das competências</i>	18
1.1.2	Habilidades interpessoais e de comunicação	19
1.1.3	Ensino e avaliação da competência em habilidades interpessoais e de comunicação	21
1.2	Breve histórico do ensino da comunicação nas escolas médicas: do modelo biomédico ao modelo centrado na pessoa	21
1.3	Modelo centrado na pessoa (MCP) para o ensino de habilidades de comunicação	23
1.3.1	O MCP e as habilidades de comunicação	25
1.3.2	Evidências científicas sobre a comunicação centrada na pessoa	26
1.3.3	Problemas a serem resolvidos em relação ao ensino da competência de comunicação	29
1.4	Como avaliar a competência relacional e as habilidades de comunicação no Brasil?	29
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	32
2.1	Consensus-Based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN)	33
2.1.1	Confiabilidade	34
2.1.1.1	<i>Consistência interna</i>	35
2.1.1.2	<i>Confiabilidade</i>	36
2.1.1.2.1	Teste-reteste	36
2.1.1.2.2	Confiabilidade interobservador	37
2.1.1.2.3	Confiabilidade intraobservador	38
2.1.1.3	<i>Erro de medida</i>	39
2.1.2	Validade	39
2.1.2.1	<i>Validade de conteúdo</i>	40
2.1.2.2	<i>Validade de construto</i>	41
2.1.2.2.1	Validade estrutural	41
2.1.2.2.2	Teste de hipóteses	42
2.1.2.2.3	Validade transcultural	44
2.1.2.3	<i>Validade de critério</i>	45

2.1.3	<i>Responsividade</i>	45
2.1.4	<i>Interpretabilidade</i>	46
2.1.4.1	<i>Aplicação do checklist COSMIN</i>	46
2.2	Questionários validados para a avaliação da competência de comunicação em saúde dos estudantes das áreas da saúde.....	47
2.2.1	Calgary Cambridge Guide (C-CG)	48
2.2.2	Four Habits Coding Scheme (4HCS) – <i>Escala de Codificação de Quatro Hábitos (EC4H)</i>	49
2.2.3	Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form (GKCSAF)..	50
2.2.4	Global Consultation Rating Scale (GCRS).....	52
2.2.5	Liverpool Communication Skills Assessment Scale (LIV- MASS)	52
2.2.6	Patient-Centred Behaviour Coding Instrument (PBCI).....	53
2.2.7	SEGUE Framework Checklist	54
3	OBJETIVO	61
4	MÉTODO	62
4.1	Desenho do estudo e caracterização dos participantes	62
4.2	Instrumentos	63
4.2.1	<i>Escala de Codificação de 4 Hábitos (EC4H)</i>	63
4.2.2	<i>Escala Jefferson de empatia (EJE)</i>	63
4.2.3	<i>Escala de Orientação Médico-profissional (EOMP)</i>	64
4.3	Propriedades psicométricas.....	65
4.3.1	<i>Confiabilidade</i>	65
4.3.2	<i>Validade</i>	66
5	RESULTADOS.....	67
6	DISCUSSÃO	70
7	CONCLUSÃO	74
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ESTUDANTE DE MEDICINA.....	93
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O MÉDICO RESIDENTE.....	95
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PACIENTE	97
	APÊNDICE D – ESCALA DE CODIFICAÇÃO DE QUATRO HÁBITOS (EC4H) ...	99
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	102

ANEXO B– Escala Jefferson de Empatia (EJE)	103
ANEXO C – Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP).....	104

1 INTRODUÇÃO

1.1 Educação médica baseada em competências

A educação médica baseada em competências (*Competence-based medical education* – CBME) é um novo paradigma educacional para profissionais da saúde (FRANK *et al.*, 2010). As primeiras propostas de modelos curriculares baseados em competências datam do início dos anos 1970 (MCGAGHIE, 1978); no entanto, somente nos últimos 15 anos a CBME está sendo mais profundamente explorada, dominada pelos estudiosos da educação médica (TEN CATE *et al.*, 2016) e recomendada por diretrizes educacionais para reformulação dos currículos dos cursos de saúde (ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2020; BRASIL, 2014; FRANK, 2005; FRANK; DANOFF, 2007; SIMPSON *et al.*, 2002).

Esse paradigma educacional surge como uma alternativa para a adequação do ensino e do perfil dos egressos dos cursos de saúde à capacidade de cuidado da população com um novo perfil de doenças emergentes (CARRACCIO *et al.*, 2016). A CBME é coerente com os pressupostos da educação médica contemporânea (FRANK *et al.*, 2010) e visa formar médicos mais eficazes e que atendam às necessidades dos pacientes e da população (CAVERZAGIE *et al.*, 2017). Dessa forma, o modelo realinha a educação médica com as expectativas atuais da sociedade em relação aos serviços de saúde (CAVERZAGIE *et al.*, 2017).

A mudança do modelo educacional faz-se necessária há muitos anos. O modelo de ensino baseado em processos/estrutura não mais responde às demandas de saúde da população (JOYNER, 2004). Essa mudança é um desafio para as escolas médicas e exige discussões sobre novas abordagens de ensino e avaliação, assim como o desenvolvimento de novos desenhos curriculares (HARRIS *et al.*, 2010).

Sabemos que as escolas médicas do mundo estão se adequando a novos desenhos curriculares (CARRACCIO *et al.*, 2016; FRANK *et al.*, 2010). Três princípios fundamentais são considerados para incorporação dos princípios da CBME nos currículos: (1) a educação deve ser baseada nas necessidades de saúde das populações atendidas; (2) o foco principal da educação e do treinamento devem ser os resultados desejados para os estudantes (e não a estrutura e o processo do sistema educacional); e (3) a formação de um médico deve ser contínua em todo o processo de educação, treinamento e prática (CARRACCIO *et al.*, 2016).

Nesse paradigma, o educador médico “começa com o fim em mente”, e a valorização dos resultados desejados para o processo educacional direciona o foco para as competências educacionais pretendidas e para o perfil do egresso do curso. A estrutura curricular torna-se secundária e é organizada de forma a obtermos o perfil profissional delineado com as competências que são claras e previamente definidas (FRANK; DANOFF, 2007; HARDEN, 2002).

Assim como a estrutura curricular, as estratégias ou os formatos de aprendizagem são secundários e não são especificados ou pré-estabelecidos. O que existe é uma descrição clara dos resultados pretendidos. A avaliação é, dessa forma, um dos pontos-chave para o sucesso ou não do modelo educacional baseado em competências (HARRIS *et al.*, 2010).

A CBME envolve uma abordagem educacional em que as decisões sobre o currículo e a avaliação são orientadas pelos resultados de aprendizagem que os estudantes devem alcançar (HARDEN *et al.*, 1999). Nessa abordagem, o produto (resultados de aprendizagem do estudante) define o processo (métodos de ensino e oportunidades de aprendizagem).

Acredita-se que a falta de estratégias de avaliação seja uma das limitações que contribuem com as décadas de defasagem entre o início do movimento para a mudança do modelo educacional, nos anos 1970, e sua ampla adoção iniciada após os anos 2000 (CARRACCIO *et al.*, 2002). Soma-se, a essa falta de estratégias de avaliação, a dificuldade e necessidade do envolvimento do corpo docente e discente na preparação do planejamento estratégico para definir claramente as competências profissionais e seus limites.

Ressaltamos aqui a importância de delinear as competências necessárias para os egressos dos cursos de saúde e educadores, como responsáveis desse delineamento, e desenvolvermos ferramentas de avaliação adequadas, que meçam as competências almejadas como desafios para instituímos a CBME nos desenhos curriculares. A readequação dos currículos é necessária para que se tenha egressos dos cursos de saúde mais competentes e eficazes para o cuidado em saúde (CARRACCIO *et al.*, 2002).

1.1.1 Competências profissionais: conceitos e definições

A competência é compreendida como o uso habitual e judicioso de conhecimento, comunicação, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade em que se presta o serviço. Ela se baseia em habilidades clínicas, conhecimento científico e desenvolvimento moral (EPSTEIN, 2002).

Para a aquisição de uma competência, precisamos incluir uma função cognitiva (adquirir e usar conhecimento para resolver problemas da vida real); uma função integrativa (usar dados biomédicos e psicossociais no raciocínio clínico); uma função relacional (comunicar-se eficazmente com pacientes e colegas); e uma função afetiva/moral (ter disposição, paciência e consciência emocional para usar essas habilidades de forma judiciosa). A competência depende dos hábitos mentais, incluindo atenção, curiosidade crítica, autoconsciência e presença (EPSTEIN, 2002).

A definição e a qualificação de uma competência dependem das habilidades, do contexto e do estágio de treinamento. A competência é multidimensional e dinâmica. Ela muda com o tempo, o ambiente e a experiência (ENGLANDER *et al.*, 2013; FRANK *et al.*, 2010).

Várias diretrizes educacionais foram escritas a fim de delinear as competências a serem desenvolvidas nos cursos de saúde (ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2020; BRASIL, 2014; FRANK, 2005; FRANK; DANOFF, 2007; SIMPSON *et al.*, 2002). Essas diretrizes sugerem as principais competências a serem treinadas e avaliadas entre estudantes dos cursos de saúde.

O *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), órgão de acreditação de escolas médicas americanas, desde 1999, delinea seis principais domínios das competências para profissionais de saúde — *Patient Care, Medical Knowledge, Professionalism, Interpersonal and Communication Skills, Practice-based Learning and Improvement* e *Systems-based Practice* (ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2020; JOYNER, 2004). O trabalho colaborativo e o desenvolvimento profissional também podem ser inseridos como competências dos residentes no contexto norte-americano (ENGLANDER *et al.*, 2013; SKILLINGS; PORCERELLI; MARKOVA, 2010).

No Canadá, membros do *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, por meio da iniciativa *CanMEDS*, desenvolvida em 2005, também definiram a estrutura de sete competências para o médico — *Medical Expert, Communicator, Collaborator, Manager, Health Advocate, Scholar, e Professionals*. Todas elas focam

nas habilidades necessárias aos médicos para atender às necessidades de saúde das pessoas e das comunidades. As competências foram definidas para a formação médica, mas são extensíveis a outras profissões de saúde (enfermagem, fisioterapia, farmácia e veterinária) (FRANK, 2005; FRANK; DANOFF, 2007).

Outra proposta de competências para a formação médica é estabelecida por escolas escocesas. Para o *Scottish Deans' Medical Curriculum Group*, a definição clara das habilidades dos médicos competentes e reflexivos é oriunda de três elementos essenciais: o que o médico é capaz de fazer, sua abordagem e sua inteligência pessoal para agir profissionalmente (HARDEN *et al.*, 1999). A partir desses elementos, doze domínios de competências foram estabelecidos (SIMPSON *et al.*, 2002): o médico deve ser capaz de ter habilidades clínicas; fazer procedimentos práticos; fazer a investigação do paciente e manejo dele; fazer promoção da saúde e prevenção de doenças; comunicar-se; e dominar a informática médica. O médico deve abordar sua prática de forma básica, compreender elementos das ciências sociais e clínicas e princípios subjacentes; ter atitudes, compreensão ética e responsabilidades legais; e ter habilidades de tomada de decisão, raciocínio clínico e julgamento. O médico, como profissional, deve entender o seu papel no serviço de saúde e desenvolver-se pessoalmente. Não existe hierarquia entre as competências; elas possuem a mesma importância para o profissional (SIMPSON *et al.*, 2002).

Internacionalmente, membros do *Institute for International Medical Education* (IIME) propuseram um modelo de competências para padronização da qualidade do atendimento dos médicos de forma universal. O IIME, com a colaboração de uma série de comitês e grupos de trabalho que representam organizações de educação médica e especialistas em políticas de educação e saúde em diferentes regiões do mundo, sugere sete domínios de competências: valores profissionais, atitudes, comportamento e ética; fundamentos científicos da medicina; habilidades clínicas; habilidades de comunicação; saúde da população e sistemas de saúde; gestão da informação; e pensamento crítico e pesquisa (INSTITUTE FOR INTERNATIONAL MEDICAL EDUCATION, 2002).

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de saúde (BRASIL, 2014) propõem três competências: atenção em saúde, gestão em saúde e educação em saúde. Essas diretrizes enfatizam a preocupação em formar médicos generalistas efetivos na abordagem da pessoa na atenção básica e na urgência/emergência e visam ser resolutivas na promoção e redução dos riscos em

saúde. O documento prevê a formação de um profissional com habilidades gerais, crítico, reflexivo e ético, que seja capaz de comunicar-se, que esteja pronto para atuar em todos os níveis de atenção em saúde e que seja capaz de praticar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, respeitando sempre o direito do paciente à cidadania e à dignidade. O médico deve ser formado para atuação prioritária no Sistema Único de Saúde (SUS) do país (BRASIL, 2014).

1.1.1.1 Avaliação das competências

Em educação médica, a Pirâmide de Miller é usada como uma ferramenta para o desenvolvimento de métodos de construção de conhecimento e de avaliação. A pirâmide é composta por quatro níveis, da base para o ápice: *sabe*, *sabe como*, *mostra como*, *faz*. Os dois primeiros níveis estão no âmbito do conhecimento cognitivo, teórico. Os dois superiores estão no nível do comportamento, das técnicas e habilidades e da prática (MILLER, 1990).

A implementação do modelo da CBME exige uma mudança do processo avaliativo e uma ênfase nos níveis da pirâmide (WILLIAMS *et al.*, 2016). As avaliações dos estudantes passam a ser baseadas na análise das competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos) para determinar sua aptidão para a prática (BRASIL, 2014).

As avaliações devem, de forma válida e confiável, apoiar o currículo e permitir que os estudantes provem que alcançaram os resultados curriculares. Isso significa que a avaliação deve permitir que os estudantes demonstrem a amplitude e profundidade de seus conhecimentos, atitudes e comportamentos profissionais e mostrem o que podem fazer (GENERAL MEDICAL COUNCIL, 2009). Para além dos níveis mais baixos da Pirâmide de Miller, as avaliações devem exigir também os níveis mais altos, como a demonstração de desempenho em um ambiente estruturado (“mostra como”) e os conhecimentos e habilidades observados em cenários reais da prática (“faz”) (SHUMWAY; HARDEN, 2003; WILLIAMS *et al.*, 2016).

As avaliações dos domínios “mostra como” e “faz” da Pirâmide de Miller podem ser alcançadas por meio de várias estratégias: avaliação com observação direta (uso de escalas, *checklists*, avaliação pelo paciente e por *feedback* do professor), avaliação de habilidades e práticas (casos longos, *Objective Structured Clinical Examination* [OSCE]; *Objective Structured Practical Examination* [OSPE]; *Objective Structured*

Long Examination Record [OSLER]; *Group Objective Structured Clinical Examination* [GOSC]), avaliação por pares e autoavaliação (portfólios, *logbooks*) (SHUMWAY; HARDEN, 2003). A avaliação das competências geralmente exige mais de uma estratégia, que deve ser minuciosa, pois a avaliação é um componente intrínseco e “ponto-chave” do modelo baseado em competência (SHUMWAY; HARDEN, 2003).

Assim, a implementação dos processos de avaliação é essencial e também configura uma das dificuldades da inserção dos currículos baseados em competências. A dificuldade em se avaliar no modelo da CBEM está relacionada a mudanças na valorização dos cenários reais de prática, à flexibilização das normas e do tempo para avaliação, à valorização do estudante e do professor no processo avaliativo e a uma preocupação central em reconhecer, de modo formativo, a aquisição de uma habilidade a partir da observação direta e com critérios pré-estabelecidos (CARRACCIO *et al.*, 2002).

Em um currículo baseado em processos, e não em competências, o foco da avaliação é constatar a aquisição de um conhecimento, sem uma preocupação maior em saber se o conhecimento poderá ser aplicado. Nesse modelo, as avaliações utilizam estratégias da base da pirâmide de Miller que mostram se o estudante “sabe” ou “sabe como” (SHUMWAY; HARDEN, 2003). As avaliações são majoritariamente somativas, sem a valorização do estudante e dos cenários de prática, e normalmente são únicas e aplicadas com programação fixa (CARRACCIO *et al.*, 2002).

As diferenças entre os modelos levam a mudanças na forma de avaliação pelo corpo docente e discente. Crawford *et al.* (2020) observaram que os membros do corpo docente precisariam desenvolver habilidades para fornecer *feedback* oportuno e significativo aos estudantes e para se familiarizar com novas formas de avaliação, e os estudantes precisariam assumir a responsabilidade pelo seu aprendizado e pela familiaridade com a CBME (ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2020; CRAWFORD *et al.*, 2020).

1.1.2 Habilidades interpessoais e de comunicação

Nos últimos 70 anos, observamos uma redução importante do ensino de disciplinas que abordam questões mais humanísticas na formação de estudantes das áreas da saúde. Em número de horas, por exemplo, nos anos 1970, em uma universidade britânica, disciplinas como psicologia médica possuíam metade da carga

horária disponível quando comparadas com a mesma disciplina nos anos 1950, e havia tido um aumento da carga horária destinada a disciplinas como patologia e fisiologia (MCGAGHIE, 1978). Nesse sentido, a partir do ensino tradicional baseado no conhecimento de disciplinas independentes, a capacidade dos estudantes de reconhecer os problemas mais comuns e de cuidar diretamente das pessoas ficou defasada. Assim, as habilidades interpessoais e de comunicação ficaram extremamente comprometidas (MCGAGHIE, 1978).

Diante dessas lacunas, no ensino baseado em competências, a competência relacional volta a ser colocada em todas as diretrizes que delineiam o perfil dos egressos dos cursos de saúde (ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2020; BRASIL, 2014; FRANK, 2005; FRANK; DANOFF, 2007; SIMPSON *et al.*, 2002). Por exemplo, no documento do *CanMEDS*, o perfil do médico comunicador é uma exigência (FRANK, 2005; FRANK; DANOFF, 2007).

Para demonstrar habilidades de comunicação, os médicos, durante o encontro clínico, devem ser capazes de (ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2020; BRASIL, 2014; FRANK, 2005; SIMPSON *et al.*, 2002):

- a) desenvolver relacionamento, confiança e relações terapêuticas éticas com pacientes e familiares;
- b) extrair e sintetizar com precisão informações relevantes e perspectivas de pacientes e familiares, colegas e outros profissionais;
- c) transmitir com precisão informações e explicações relevantes aos pacientes e familiares, colegas e outros profissionais;
- d) desenvolver um entendimento comum sobre questões, problemas e planos com pacientes e familiares, colegas e outros profissionais para desenvolver um plano compartilhado de cuidados;
- e) transmitir informações orais e escritas eficazes sobre um encontro médico;
- f) compreender, a partir da comunicação, as questões socioeconômicas e culturais dos pacientes e familiares;
- g) comunicar-se de forma eficaz com colegas de profissão ou especialidade, outros profissionais de saúde e agências relacionadas à saúde;
- h) trabalhar de forma eficaz como membro ou líder de uma equipe de saúde ou outro grupo profissional;
- i) atuar como consultor de outros profissionais de saúde;
- j) manter registros médicos abrangentes, oportunos e legíveis;

- k) demonstrer sensibilidade, honestidade e compaixão em conversas difíceis, incluindo aquelas sobre morte, fim da vida, eventos adversos, notícias difíceis, divulgação de erros e outros tópicos sensíveis; e
- l) demonstrer visão e compreensão sobre as emoções e as respostas humanas às emoções que permitem desenvolver e gerenciar a interação interpessoal.

O longo período de desvalorização da competência em habilidades interpessoais e de comunicação criou uma lacuna para o ensino e a avaliação dessa competência (SKILLINGS; PORCERELLI; MARKOVA, 2010). Com a mudança no perfil de egressos dos cursos de saúde, evidenciado nas diretrizes destacadas acima, a importância da competência em habilidades de comunicação (CS) tem sido amplamente reconhecida (DEVEUGELE, 2015; SCHEFFER *et al.*, 2008).

1.1.3 Ensino e avaliação da competência em habilidades interpessoais e de comunicação

A comunicação é parte central de cada encontro interpessoal nos cuidados em saúde (DEVEUGELE, 2015). Desse modo, as habilidades de comunicação dos estudantes de medicina são essenciais para a formação de profissionais de saúde (DEVEUGELE, 2015; SIBILLE; GREENE; BUSH, 2010). Há fortes evidências de que, com um ensino apropriado, essas habilidades podem ser adquiridas e reproduzidas ao longo da carreira do profissional de saúde (KURTZ *et al.*, 2003).

1.2 Breve histórico do ensino da comunicação nas escolas médicas: 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, constituiu-se a 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 da 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 poderia ser reparada, e a subjetividade do indivíduo doente passou a ser negligenciada (ENGEL, 1977, 1980).

A redução de fenômenos complexos a seus componentes mais simples, proposta por pensadores como René Descartes e Isaac Newton, também contribuiu para a visão cartesiana 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 Flexner (2002) e pela descoberta da sulfa e da penicilina. O relatório enfatizava a necessidade de aprofundar o conhecimento funcional do corpo humano e favorecia 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, farmacologia e microbiologia, 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, ele utiliza grande autoridade e poder, que se manifestam na relação estabelecida entre médico e paciente (PENDLETON, 1984; ROTER; HALL, 1993).

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 contribuiriam para o entendimento da relação médico-paciente. Engel (1977), em seu modelo

biopsicossocial de saúde, defendia que a entrevista médica deveria 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, enquanto 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.

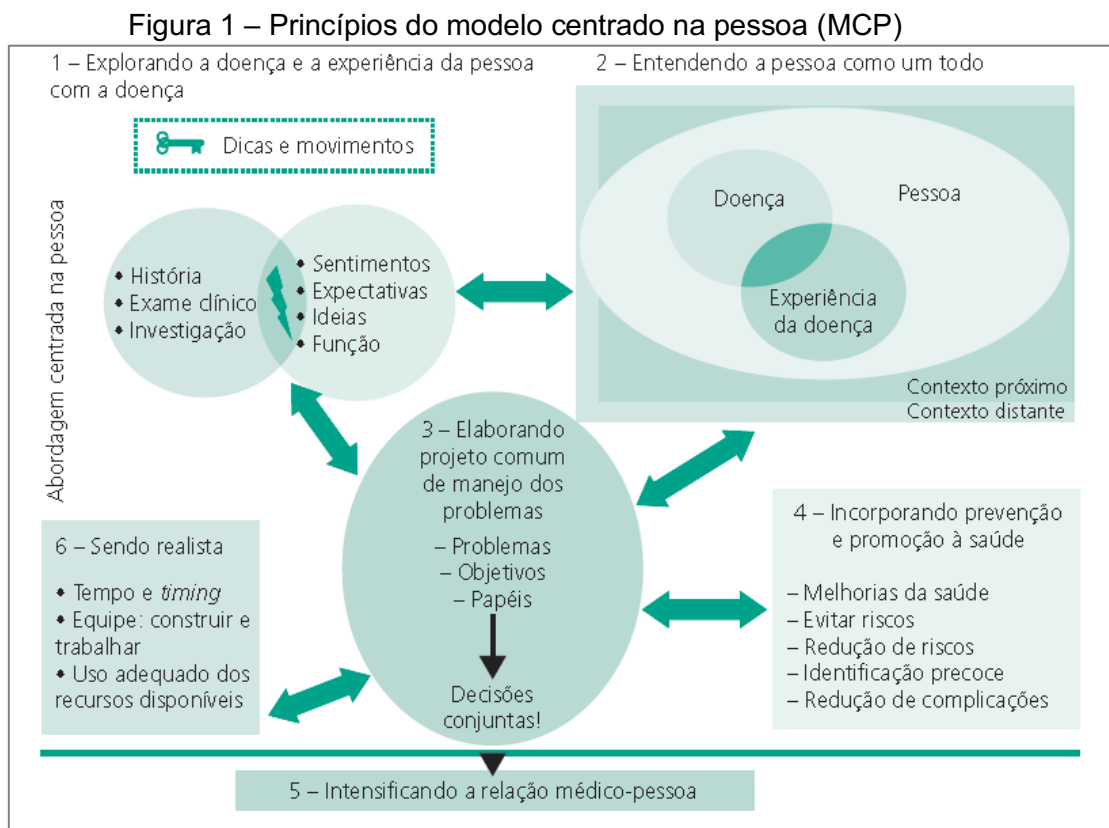
Paralelamente, as teorias de Carl Rogers (2003) e Michael Balint (BALINT; HUNT, 1971) também sinalizaram a necessidade de entender a subjetividade do indivíduo e a influência dos aspectos psicossociais, educacionais e culturais, como costumes, crenças e religiões, nas queixas clínicas. Carl Rogers foi um dos teóricos mais influentes da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Segundo Rogers (2003), a psicologia humanista determina que o tipo de relação estabelecida pelo 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 que fosse efetivo (ROGERS, 2012). Já Balint (1969), na década de 1970, 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.

Desde então, a inclusão do paciente no processo diagnóstico e terapêutico passou a ser valorizada para a eficiência do encontro clínico (PENDLETON, 1984; STEWART, 2014, 1984; TAYLOR, 2009). Isso se deu, principalmente, devido à mudança das características do perfil epidemiológico, ao aumento das doenças crônicas degenerativas, ao aparecimento de novas demandas na consulta (maus-tratos, abuso de drogas e sexual, dificuldades escolares e conflitos familiares) (RIBEIRO; AMARAL, 2008; STEWART, 2014), à insatisfação dos pacientes e à pouca adesão aos tratamentos com abordagem biomédica.

1.3 Modelo centrado na pessoa (MCP) para o ensino de habilidades de comunicação

O modelo centrado na pessoa (MCP) consiste em um método clínico para realização da consulta clínica, que tem os seguintes 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); a maior compreensão, pelo médico, da natureza dos problemas de saúde; a definição de prioridades e objetivos do tratamento em conjunto com o paciente; a intensificação da relação médico-paciente e a incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde (STEWART, 2014; STEWART *et al.*, 2000), conforme apresentado na Figura 1.



Fonte: Adaptado de Stewart (2010, p. 24).

Na consulta clínica centrada na pessoa, sete tarefas devem ser cumpridas: 1) entender as razões do paciente para a consulta; 2) conversar sob perspectiva do paciente para atingir um entendimento conjunto do problema; 3) capacitar o paciente para escolher uma ação apropriada para cada problema de saúde; 4) capacitar o paciente para manejar o problema; 5) considerar outros problemas; 6) usar o tempo apropriadamente; e 7) estabelecer e manter a relação médico-paciente para cumprir outras tarefas (STEWART, 1984).

1.3.1 O MCP e as habilidades de comunicação

O modo como se estabelece a relação entre o médico e o paciente é importante para incluir a 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 o 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 envolvam a queixa clínica (STEWART, 1995).

Várias estratégias são utilizadas para atingir os objetivos de comunicação (BALLESTER *et al.*, 2010; PENDLETON, 1984; ROTER; HALL, 1993; SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013), sendo elas:

- a) disponibilidade inicial para escutar atentamente a narrativa do paciente sem interrupção precoce;
- b) uso de perguntas abertas para iniciar a anamnese, seguidas de perguntas fechadas para o entendimento da história;
- c) comunicação verbal com utilização de vocabulário, tom de voz, volume, ritmo, pausa adequados;
- d) sumarização e parafraseamento regular dos conteúdos referidos para aprimorar o entendimento da história;
- e) contato visual e de comportamento não verbal (como postura corporal e gestos) que facilitem o relato dos problemas de saúde;
- f) escuta atenta (entender as queixas clínicas sob a perspectiva do indivíduo, nas quais sentimentos e emoções aparecem associados); e
- g) definição da “agenda do paciente” (queixas, preocupações, sentimentos e expectativas associados) e entendimento dos motivos pelos quais o paciente procura 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 MCP, 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 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.

1.3.2 Evidências científicas sobre a comunicação centrada na pessoa

Nas últimas décadas, estudos e consensos internacionais reforçam a comunicação centrada na pessoa durante a entrevista clínica como um dos principais fatores de sucesso, satisfação e impactos positivos em saúde para profissionais e pacientes (STEWART, 2014, 1984; STEWART *et al.*, 2000). Estudos teóricos deixam clara a importância do MCP (BRICKLEY *et al.*, 2019; JAENSCH; BAKER; GORDON, 2019; STEWART, 2014, 1984; STEWART *et al.*, 2000). As evidências científicas também sugerem que o MCP traz benefícios às pessoas envolvidas, mas, em decorrência de estudos heterogêneos e de iniciativas científicas de impacto e amostragem variáveis, muitas vezes não é possível extrapolar os resultados para consensos em educação (DE NUNZIO *et al.*, 2018; WONG; MAVONDO; FISHER, 2020; AL JABRI *et al.*, 2021).

Várias revisões sistemáticas sugerem estratégias do MCP como promissoras em aumentar a adesão e satisfação do paciente. Rolfe *et al.* (2014) mostram, a partir de revisão sistemática com dez estudos e 11.063 pacientes, que a confiança da pessoa no profissional melhora com o uso de técnicas da comunicação centrada na pessoa. No mesmo sentido, Huang *et al.* (2020) e John *et al.* (2018) propõem que o processo de decisão compartilhada seja também responsável pelos efeitos positivos do MCP na saúde dos pacientes da saúde mental e de outras doenças crônicas, respectivamente.

Os estudos atuais foram desenvolvidos em resposta à proposta de mudança do modelo assistencial com enfoque na doença (BRASIL, 2004), para o qual existiam poucos estudos aceitos acriticamente desde o período hipocrático (PELLEGRINO, 2006), para um modelo com enfoque no paciente (STEWART, 2014) ou na pessoa

(ROGERS, 2012). Essa mudança pressupõe alterações de abordagem na assistência, tendo repercussões de ordem biológica (FINSET; MJAALAND, 2009), psicológica (MJAALAND *et al.*, 2011), filosófica, ética, moral (PELLEGRINO, 2006), sociológica (FISHER, 1984) e educacional (MOORE; GÓMEZ; KURTZ, 2012).

Estudiosos argumentam que, no MCP, em abordagens teóricas, existe 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; já a área do córtex pré-frontal dorsomedial parece ser ativada durante a captação das emoções do paciente (FINSET; MJAALAND, 2009).

As repercussões das ações neurocomportamentais provavelmente têm relação com as questões psicológicas. Segundo Rogers (2003), se os sentimentos vivenciados pelo paciente são compreendidos e ele se sente 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, 2012). Estudos qualitativo (BOGGIANO *et al.*, 2017) e quantitativo (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).

Em uma revisão sistemática que envolveu 36 estudos (ensaios randomizados controlados e não controlados, cortes, meta-análise, estudos transversais, caso-controle, estudo qualitativo e entrevistas), concluiu-se que a inclusão da dimensão psicossocial e dos cuidados centrados no paciente na consulta resultam em prevenção e auxílio do tratamento de doenças físicas e psiquiátricas, em melhoria do funcionamento social e satisfação do paciente, em redução das disparidades de assistência à saúde e em redução das despesas anuais com assistência médica (MAKIVIĆ; KERSNIK; KLEMENC-KETIŠ, 2016). Relações terapêuticas aprimoradas, que atendem às expectativas de tratamento e apoiam as necessidades psicossociais propostas pelo MCP, também melhoraram a satisfação e os resultados em

tratamentos de pacientes com psoríase e artrite psorásica, demonstrada em revisão sistemática que abarcou 56 estudos e 1.484 pacientes (SUMPTON *et al.*, 2020).

Inversamente, fatores psicossociais, como o não apoio da família e amigos e a atitude paternalista dos médicos, bem como a não abordagem das crenças dos pacientes, incorrem em impactos negativos no tratamento de pacientes latino-americanos e caribenhos com diabetes (BLASCO-BLASCO *et al.*, 2020).

Os inúmeros problemas de abordagem nos atendimentos também foram apontados por uma revisão sistemática de 24 estudos que mostraram um baixo nível de concordância entre as prioridades dos médicos e dos pacientes com múltiplas morbidades. Pacientes priorizam falar sobre suas experiências de adoecimento, enquanto os médicos se preocupam em discutir as questões relacionadas ao risco e à evolução da doença (SATHANAPALLY *et al.*, 2020). Equilibrar as agendas do paciente e do médico deve ser uma das metas do ensino da competência de comunicação em saúde.

No campo educacional, o uso do MCP exige atenção especial do 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 a 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).

Apesar dos vários estudos relacionados à comunicação centrada na pessoa, ainda são necessários estudos mais homogêneos e com mais alta qualidade para que as escolas médicas passem a valorizar mais o ensino e a avaliação da competência de comunicação em saúde (DEVEUGELE, 2015).

1.3.3 Problemas a serem resolvidos em relação ao ensino da competência de comunicação

Em várias escolas médicas, o ensino da comunicação é muitas vezes realizado em tempo limitado, não é integrado ao currículo e é mal contextualizado, sem treinamento formal ou estratégias de ensino definidas. As técnicas didáticas são, muitas vezes, inadequadas, com aulas expositivas sobre a comunicação e sem avaliação do comportamento comunicativo do estudante (DEVEUGELE, 2015).

As habilidades de comunicação dos estudantes raramente são reforçadas nos estágios mais avançados do curso. O cuidado hospitalar é, muitas vezes, orientado pelo diagnóstico, centrado no médico, e frequentemente relacionado a intervenções. Os estudantes raramente são estimulados a obter a agenda do paciente à beira do leito (DEVEUGELE, 2015).

Alguns autores consideram urgente o desenvolvimento de pesquisas e referenciais teóricos para resoluções de problemas relacionados às dificuldades do MCP. Princípios mal definidos, avaliação raramente relatada e conteúdo nem sempre transparente são causas da dificuldade de efetivação do ensino de comunicação em saúde nas escolas médicas (CEGALA; LENZMEIER BROZ, 2002; DEVEUGELE, 2015).

1.4 Como avaliar a competência relacional e as habilidades de comunicação no Brasil?

A capacidade de comunicar-se de forma eficaz parece ser um pré-requisito de qualificação para a maioria dos profissionais da saúde (EPSTEIN, 2002), e avaliar essa capacidade é essencial. As DCN recomendam a necessidade de estratégias de ensino e critérios de acompanhamento e avaliação permanente do processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, com uso de instrumentos de avaliação baseados em conhecimentos, habilidades e atitudes (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, estratégias curriculares voltadas para as habilidades de comunicação dos estudantes de medicina devem ser incentivadas nas escolas médicas. Tais estratégias devem englobar a avaliação 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, na literatura internacional, um crescente número de intervenções pedagógicas com o objetivo de desenvolver e avaliar as habilidades de comunicação centrada na pessoa (EVANS *et al.*, 1987; LEVINSON; ROTER, 1993; MOORHEAD; WINEFIELD, 1991; ROTER *et al.*, 1995; SMITH, 1998; WHITEHOUSE, 1991), por outro lado, ainda observamos poucas iniciativas no contexto brasileiro. No Brasil, essas iniciativas ainda estão restritas 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 são experiências isoladas do ensino das habilidades de comunicação dentro dos currículos (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 no que tange a 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, respectivamente, a empatia e a atitude centrada no paciente dos estudantes de medicina. 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 validado, 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, a 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, o instrumento tem sido utilizado para avaliação das habilidades de comunicação em três situações específicas: obtenção do consentimento informado, comunicação de notícias difíceis 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), em português, Escala de Codificação de Quatro Hábitos (EC4H). A escala surge como um instrumento de fácil aplicação, que avalia estudantes e profissionais de saúde nos cenários reais de assistência, em caráter formativo e somativo, e não requer uso de tecnologias para sistematizar o ensino das habilidades de comunicação no país. A validação da versão brasileira da escala permitirá o ensino e a avaliação sistemáticos das habilidades de comunicação no Brasil, além de permitir o estudo das habilidades de comunicação em países não anglófonos e possíveis comparações entre diferentes culturas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O número de questionários disponíveis para pesquisas em saúde aumentou muito nos últimos anos (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; TERWEE *et al.*, 2007). A grande oferta de tais questionários exige, dos pesquisadores, atenção para a escolha de instrumentos que reflitam com mais precisão e forneçam informações mais adequadas sobre o fenômeno ou a construção de interesse (SALMOND, 2008).

A escolha do questionário e a medição dos resultados em saúde são essenciais na pesquisa científica e na prática clínica. A partir dos resultados obtidos pelos instrumentos de medida, são tomadas decisões sobre a aplicação de testes de diagnósticos e tratamentos subsequentes (MOKKINK *et al.*, 2010a).

Questionários aplicados sem a devida avaliação da qualidade dos dados podem gerar conclusões errôneas. Em um estudo de revisão realizado a partir de ensaios clínicos com um paciente com esquizofrenia, o uso de instrumentos não publicados e não avaliados gerou resultados divergentes em comparação com estudos nos quais foram utilizados instrumentos validados. Nesse estudo, os instrumentos não validados mostraram uma eficácia maior do que a esperada tanto do tratamento farmacológico quanto do grupo de controle em relação ao instrumento padrão ouro (MARSHALL *et al.*, 2000). Nesse sentido, critérios rigorosos de seleção tornam-se necessários para garantir a qualidade das informações fornecidas pelos instrumentos (CHEN *et al.*, 2010; MOKKINK *et al.*, 2009).

Para a escolha de um instrumento, as propriedades psicométricas são os principais indicadores de boa qualidade (MOKKINK *et al.*, 2009). Dentre as propriedades psicométricas, os indicadores principais e unânimes de qualidade são a confiabilidade e a validade (CHEN *et al.*, 2010; KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008). Critérios, tais como responsividade, interpretabilidade, entre outros, são citados, porém não existe consenso para considerá-los necessários para avaliar as propriedades de boa qualidade na medição de um questionário (TERWEE *et al.*, 2007).

Várias revisões sistemáticas foram conduzidas com o objetivo de estabelecer a qualidade metodológica dos questionários e desenvolver critérios de avaliação de suas propriedades de medição (MOKKINK *et al.*, 2009; TERWEE *et al.*, 2007). Nessas revisões, esses critérios não são consensuais (LOHR, 2002; MCDOWELL;

JENKINSON, 1996; MOKKINK *et al.*, 2010b), e, por vezes, as definições das propriedades dos instrumentos não ficam explícitas (MOKKINK *et al.*, 2009; TERWEE *et al.*, 2007).

A falta de consenso sobre taxonomia, terminologia e definições gera confusão sobre a relevância de quais propriedades de medição e quais conceitos dessas propriedades devem ser considerados. A fim de esclarecer e padronizar a terminologia e as definições para instrumentos de saúde, um grupo multidisciplinar de especialistas (psicólogos, médicos clínicos, estatísticos e epidemiologistas) desenvolveram, a partir de consenso internacional, o *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) (MOKKINK *et al.*, 2010b).

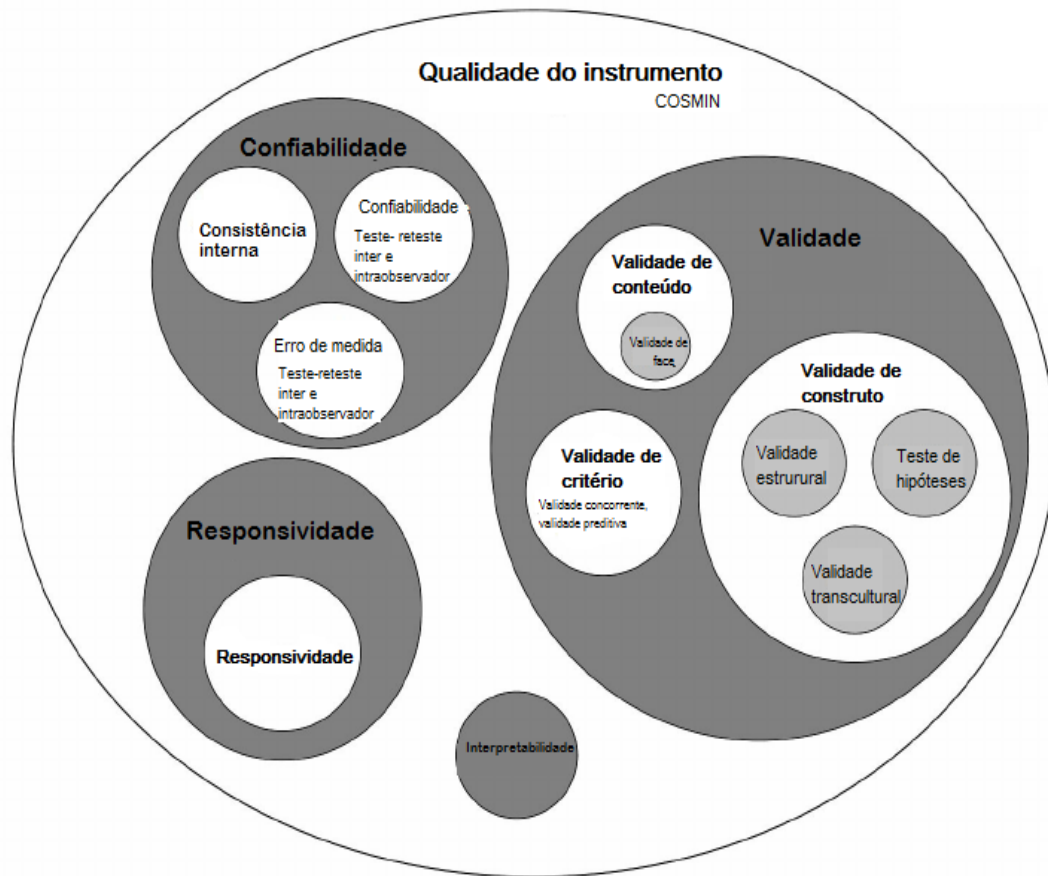
O COSMIN estabelece, por meio de um *checklist*, as propriedades de medição a serem consideradas para avaliação dos instrumentos em saúde (MOKKINK *et al.*, 2010a). O desenvolvimento da taxonomia, da terminologia e da definição, bem como do método estatístico preferido para o cálculo da propriedade de medição, foi explicitado para evitar dúvidas dos pesquisadores (MOKKINK *et al.*, 2010b). Neste estudo, utilizaremos as definições estabelecidas por esse consenso.

2.1 Consensus-Based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN)

Para a avaliação da qualidade de um instrumento, definem-se três domínios: confiabilidade, validade e responsividade. A interpretabilidade também é importante para a qualidade de um instrumento. Cada domínio contém uma ou mais subcategorias (MOKKINK *et al.*, 2006, 2009, 2010b).

O domínio “confiabilidade” contém três propriedades de medição: consistência interna, confiabilidade e erro de medida. O domínio “validade” também apresenta três propriedades de medição: validade de conteúdo (inclui a validade de face), validade de construto e validade de critério. Por fim, o domínio “responsividade” contempla apenas a avaliação da responsividade (MOKKINK *et al.*, 2010a, 2010b). A taxonomia das propriedades de medição é apresentada na Figura 2.

Figura 2 – COSMIN: taxonomia das relações das propriedades psicométricas



Fonte: Adaptado de Mokkink *et al.* (2010a).

2.1.1 Confiabilidade

A confiabilidade, assim como a validade, é uma propriedade unânime para a definição de um bom instrumento (COOK; BECKMAN, 2006; MOKKINK *et al.*, 2010b; PITTMAN; BAKAS, 2010; SALMOND, 2008). Ela é a capacidade de reproduzir um resultado de forma consistente (fidedigna) no tempo e no espaço, a partir de um mesmo observador ou de observadores diferentes, e indica aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade (TERWEE *et al.*, 2007). A confiabilidade representa o grau em que um instrumento está livre de erros aleatórios (AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, 2011; LOHR, 2002).

Medidas confiáveis são replicáveis e consistentes, isto é, geram os mesmos resultados (TERWEE *et al.*, 2007). A confiabilidade não é uma medida fixa e pode ser afetada por diversos aspectos do ambiente de avaliação (avaliadores, características

da amostra, tipo de instrumento, método de administração) e pelo método estatístico utilizado (KOTTNER *et al.*, 2011; ROACH, 2006).

O domínio “confiabilidade” se divide em três subcategorias, de acordo com o COSMIN: consistência interna, confiabilidade e erro de medida (MOKKINK *et al.*, 2010b).

2.1.1.1 *Consistência interna*

A consistência interna é a inter-relação entre os itens (CORTINA, 1993). Ela indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica (STREINER, 2003). As formas de análise mais utilizadas para calcular a consistência interna são o coeficiente alfa de Cronbach e o teste de Kuder-Richardson (versão alfa de Cronbach para variáveis dicotômicas) (MOKKINK *et al.*, 2010a; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A maioria das pesquisas avalia a consistência interna de instrumentos por meio do coeficiente alfa de Cronbach há mais de 60 anos (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

O alfa de Cronbach é um coeficiente baseado na aplicação única de um teste e, portanto, de fácil obtenção. Ele mede a correlação média entre todos os itens do instrumento. São calculadas todas as correlações entre o escore de cada item e o escore total dos demais itens. O valor de alfa é a média de todos os coeficientes de correlação. As correlações item-total e o valor do alfa de Cronbach são reveladoras porque fornecem informações sobre cada item individualmente. Itens que não estão correlacionados com os demais podem ser eliminados da medida para aumentar a confiabilidade (STREINER, 2003).

Espera-se que os escores dos itens da mesma dimensão tenham uma boa correlação. Se a correlação é baixa, é possível que os itens meçam construtos diferentes (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Correlações em que os valores para o coeficiente alfa de Cronbach sejam maiores que 0,7 são considerados satisfatórios (FAYERS; MACHIN, 2013; TERWEE *et al.*, 2007). Alguns trabalhos consideram aceitáveis valores maiores que 0,60 (STREINER, 2003).

O coeficiente alfa de Cronbach é influenciado pelo número de itens do instrumento de medida (CORTINA, 1993). Um número pequeno de itens por domínio de um instrumento pode diminuir os valores de alfa e afetar a sua consistência interna (SIJTSMÁ, 2009).

2.1.1.2 Confiabilidade

Existem vários procedimentos para calcular a confiabilidade de um instrumento de medição. Todos eles usam procedimentos e fórmulas que produzem coeficientes de confiabilidade. A maioria deles pode variar entre zero e um, em que um coeficiente zero significa baixa confiabilidade e um representa o máximo de confiabilidade (confiabilidade perfeita). Quanto mais próximo o coeficiente estiver de zero (0), maior será o erro na medição (HERNÁNDEZ SAMPIERI; FERNÁNDEZ COLLADO; BAPTISTA LUCIO, 2010).

A avaliação da confiabilidade pode ser calculada pelo coeficiente do teste-reteste e pela confiabilidade inter e intraobservador (MOKKINK *et al.*, 2010a; ROUSSON; GASSER; SEIFERT, 2002).

2.1.1.2.1 Teste-reteste

Para a avaliação por meio de teste-reteste, o instrumento de medida é aplicado duas vezes a um mesmo grupo de pessoas, com um intervalo de tempo entre as aplicações. Se a correlação entre os resultados das duas aplicações é fortemente positiva, o instrumento pode ser considerado confiável. A estimativa da consistência da repetição de medidas e a similaridade do teste em dois momentos distintos representa a estabilidade dos dados (HERNÁNDEZ SAMPIERI; FERNÁNDEZ COLLADO; BAPTISTA LUCIO, 2010).

O período de tempo entre esses momentos distintos das medições é um dado importante para essa técnica. Períodos longos são suscetíveis a mudanças que podem comprometer a interpretação do coeficiente de confiabilidade obtido e favorecem a aquisição de novas aprendizagens. Se o período é curto, os resultados podem ser contaminados pelo efeito memória (FAYERS; MACHIN, 2013).

Vários estudos foram realizados com intervalos de tempo de um dia a quatro meses para fazer o reteste. Esses períodos foram considerados inadequados por superestimarem e subestimarem a confiabilidade, respectivamente (TERWEE *et al.*, 2011). Considera-se adequado um intervalo de 10 a 14 dias entre o teste e o reteste (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

O teste-reteste pode ser realizado a partir do cálculo do coeficiente de correlação intraclassa (CCI) (FAYERS; MACHIN, 2013; SOUZA; ALEXANDRE; GUIARDELLO, 2017). Esse método leva em consideração os erros de medida (DE VET *et al.*, 2006). Os coeficientes de correlação linear de Pearson e Spearman também podem ser usados para o teste-reteste, porém não levam em consideração os erros de medida e, portanto, não são os mais adequados (TERWEE *et al.*, 2011).

A confiabilidade do reteste é frequentemente avaliada em amostras pequenas de até 50 pessoas (TERWEE *et al.*, 2011). Geralmente, considera-se satisfatório o CCI acima de 0,70 (TERWEE *et al.*, 2007).

2.1.1.2.2 Confiabilidade interobservador

A confiabilidade interobservador refere-se ao grau de concordância entre dois ou mais observadores quanto aos escores de um instrumento. Esse método tem uma grande aplicabilidade em pesquisas de questionários administrados por entrevistadores e naquelas em que existem vários observadores. É um coeficiente menos utilizado do que o teste-reteste em pesquisas com questionários autoadministrados (FAYERS; MACHIN, 2013).

A confiabilidade interobservador normalmente é feita após treinamento adequado dos avaliadores e padronização da aplicação do teste (AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, 2011). Quando existe elevada concordância entre os avaliadores, infere-se que os erros de medição foram minimizados (ROUSSON; GASSER; SEIFERT, 2002).

Vários coeficientes podem ser utilizados para o cálculo da confiabilidade interobservador, como o coeficiente Kappa, aplicado a variáveis categóricas (SALMOND, 2008). O Kappa de Cohen (K) é utilizado, originalmente, para cálculo da confiabilidade entre dois observadores (LILFORD *et al.*, 2007; MCHUGH, 2012). Na presença de mais de dois observadores, é calculado o Kappa de Cohen médio ou ponderado (PASQUALI, 2009) ou o Kappa Fleiss (MCHUGH, 2012). Na presença de três ou mais observadores, o coeficiente de Kendall (W) é uma alternativa (GISEV; BELL; CHEN, 2013).

O cálculo do coeficiente de confiabilidade interobservador pode ser realizado com múltiplos observadores. Ainda que seja possível avaliar mais de três observadores, a maioria dos estudos que se propõem a discutir essa quantidade

estabelece o número de dois a três para o cálculo dos coeficientes de confiabilidade (LILFORD *et al.*, 2007; MOUSSA, 1985).

Os coeficientes de confiabilidade variam entre valores iguais ou próximos de zero e podem assumir valores máximos iguais a um. Quanto maiores os valores, maior a concordância entre os observadores, e quanto mais próximos de zero, menor a concordância entre eles (SALMOND, 2008). Para os coeficientes de Kappa Cohen e Kappa médio, diferentes níveis de concordância são classificados de forma mais pormenorizada, conforme tabela abaixo.

Tabela 1 – Classificação de Kappa Cohen segundo o valor do coeficiente

Valor de Kappa	Interpretação
Menor que zero	insignificante
Entre 0 e 0,2	Fraca
Entre 0,21 e 0,4	razoável
Entre 0,41 e 0,6	moderada
Entre 0,61 e 0,8	forte
Entre 0,81 e 1	quase perfeita

Fonte: Adaptado de Landis e Koch (1977).

2.1.1.2.3 Confiabilidade intraobservador

A confiabilidade intraobservador representa a confiabilidade das medidas ao apresentar, repetidamente, as mesmas observações para um mesmo avaliador (ROUSSON; GASSER; SEIFERT, 2002). Ela define o nível de consistência entre as repetições de um único avaliador na pontuação das respostas dos participantes (AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, 2011). É considerada uma medida de confiabilidade de variáveis contínuas (ROUSSON; GASSER; SEIFERT, 2002), nominais e categóricas (KOTTNER *et al.*, 2011).

As correlações entre escores dados pelo mesmo observador demonstram as influências internas do avaliador no processo de pontuação. Por esse coeficiente, as diferenças reais no desempenho dos participantes do teste não são avaliadas (AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, 2011).

2.1.1.3 Erro de medida

O erro de medida ocorre quando há mudança no escore de um instrumento aplicado em dois momentos diferentes. Em situações ideais, a aplicação do mesmo teste em momentos distintos exige que os resultados sejam similares, ou seja, com erro mínimo (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Se uma medida flutua entre uma e outra medição do mesmo objeto ou sujeito, é porque há erro na mensuração. Entretanto, parte da flutuação deve ser entendida como resultante de diferenças reais entre as medidas, e parte representa erros de mensuração. O problema básico na avaliação dos resultados de qualquer mensuração é definir o que deve ser considerado como diferenças reais na característica medida (variação biológica do participante), e o que deve ser considerado como variações devidas a erros de mensuração (do próprio instrumento) (DE VET *et al.*, 2006; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

O cálculo do erro pode ser feito a partir de três medidas: *Standard Error of Measurement* (SEM), *Smallest Detectable Change* (SDC) e *Limits of Agreement* (LOA) (MOKKINK *et al.*, 2010a). O SEM é o erro médio de medição estimado para uma população e é referido como o erro padrão. Ele é um indicador da consistência nas pontuações geradas pelos testes. Um SEM alto indica baixa confiabilidade/precisão (AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, 2011). O SDC é diretamente relacionado ao valor de SEM, em que o cálculo é feito a partir da transformação $1.96 \times \sqrt{2} \times \text{SEM}$. O LOA é um parâmetro que indica o quanto duas medidas diferem (BLAND; ALTMAN, 1986). Quando essas duas medidas são repetidas em participantes estáveis, podem ser utilizadas como método de avaliação do erro de medida. O LOA está diretamente relacionado ao SEM (DE VET *et al.*, 2006; MOKKINK *et al.*, 2010a). Para o cálculo do erro de medida, é importante checar o tamanho da amostra e se o intervalo para o cálculo foi adequado (MOKKINK *et al.*, 2010a).

2.1.2 Validade

Validade é a propriedade mais fundamental a ser avaliada em um questionário (AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, 2011). Refere-se ao grau

em que um instrumento realmente mede a variável que pretende medir (LOHR, 2002; MOKKINK *et al.*, 2010b). Ela depende de evidências e suporte teórico para ser avaliada (AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, 2011). Medidas válidas são representações precisas da característica que se pretende avaliar (LOHR, 2002).

Para a avaliação da validade, distinguimos três subcategorias: validade de conteúdo, validade de construto e validade de critério (LOHR, 2002; MOKKINK *et al.*, 2010b).

2.1.2.1 *Validade de conteúdo*

A validade de conteúdo evidencia que o instrumento avalia apropriadamente o que se pretende (LOHR, 2002; MOKKINK *et al.*, 2010b) e sugere que a amostra de itens é representativa do conteúdo que se pretende avaliar (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Ela é considerada o principal domínio da validade (MOKKINK *et al.*, 2010b).

Não existe um teste estatístico específico para avaliação da validade de conteúdo. Ela é obtida de forma qualitativa, a partir do julgamento de leigos e de um painel de especialistas (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; LOHR, 2002). São avaliadas a clareza, a abrangência e a redundância dos itens e do instrumento como um todo. Nos instrumentos de autorrelato, por exemplo, a validade de conteúdo pode ser melhor obtida pela população geral ou por quem está passando pela condição de saúde ou problema a ser avaliado (LOHR, 2002).

O instrumento de medição deve explicitar todo o conteúdo da avaliação, como itens, tarefas, observações ou parâmetros. A partir dessa clareza, será possível concluir sobre a relevância, abrangência e compreensão no que diz respeito ao construto de interesse e à população-alvo (MOKKINK *et al.*, 2010b).

Duas perguntas devem ser fundamentalmente respondidas para a validade de conteúdo: (1) todos os itens do questionário são relevantes ao construto e à população-alvo para alcançar o objetivo do estudo (discriminação ou avaliação)?; (2) o questionário é abrangente, ou seja, todos os aspectos importantes do construto são medidos por ele? (COOK; BECKMAN, 2006; TERWEE *et al.*, 2011).

A validade de conteúdo inclui a validade de face, que representa o grau em que os itens de um instrumento parecem ser um reflexo adequado do construto a ser

medido (MOKKINK *et al.*, 2010a). A validade de face também pode ser obtida de forma qualitativa, a partir do julgamento de um painel de especialistas (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; LOHR, 2002).

2.1.2.2 Validade de construto

A validade de construto é obtida a partir da interpretação proposta dos escores de avaliação da escala com base em implicações teóricas associadas aos construtos medidos (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; LOHR, 2002; MOKKINK *et al.*, 2006, 2018; STRAUSS; SMITH, 2009). As validades de conteúdo e critério contribuem para a validade de construto (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008).

A validade de construto é alcançada por meio de previsões baseadas em hipóteses (HAIR; SANT'ANNA; GOUVÊA, 2009; MOKKINK *et al.*, 2018). Por exemplo, se temos a hipótese de que a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas seja pior do que a qualidade de vida da população sem doença, o instrumento deve ser capaz de detectar essa diferença (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008).

Essa validade pode ser realizada a partir da comprovação da hipótese gerada com a comparação de avaliações de grupos conhecidos e também a partir da comparação de resultados obtidos por testes/instrumentos que avaliem o construto testado já utilizado (LOHR, 2002). Para o processo de validação de construto, é essencial que exista uma hipótese e alguns conceitos vinculados ao construto avaliado (STRAUSS; SMITH, 2009). Dessa forma, quanto mais evidências de confirmação das hipóteses formuladas, mais válida é a interpretação dos resultados (FAYERS; MACHIN, 2013; KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A validade de construto pode ser avaliada a partir da validade estrutural, do teste de hipóteses (convergente, discriminante e validade de grupos conhecidos) e da validade transcultural (MOKKINK *et al.*, 2010b).

2.1.2.2.1 Validade estrutural

A validade estrutural é um aspecto da validade de construto (POLIT, 2015). Ela mede o grau em que os escores de um instrumento refletem, de forma adequada, a dimensionalidade do construto a ser medido (MOKKINK *et al.*, 2006, 2018). Essa

validade representa a relação conceitual entre os construtos avaliados. Para validar o modelo estrutural, deve-se se concentrar no ajuste geral do modelo e nas relações entre os construtos (RINGLE; SILVA; BIDO, 2014). A validade estrutural é complementada pelo teste de hipótese (POLIT, 2015).

O método estatístico apropriado para o cálculo da validade de construto é a Análise Fatorial Confirmatória (em inglês, *Confirmatory Factor Analysis* [CFA]) ou a Modelagem de Equação Estrutural (*Structural Equation Modeling* [SEM]). Esses métodos são utilizados para definir várias escalas ou subescalas e identificar construtos semelhantes ou diferentes dentro das subescalas (MOKKINK *et al.*, 2018).

A CFA deve ser a mais usada e preferida em relação à análise fatorial exploratória (*Exploratory Factor Analysis* [EFA]) (MOKKINK *et al.*, 2010b; POLIT, 2015). A CFA confirma quão bem as variáveis analisadas representam um número menor de construtos e é utilizada para comprovar o modelo estrutural de um instrumento. Já a EFA proporciona ao pesquisador a quantidade de fatores necessários para representar os dados, ou seja, é uma ferramenta para explorar a dimensionalidade de um conjunto de itens (MOKKINK *et al.*, 2010b).

A SEM é outro método utilizado para validade estrutural, que busca explicar as relações entre múltiplas variáveis (HAIR; SANT'ANNA; GOUVÊA, 2009). Um modelo convencional em SEM consiste, na realidade, de dois modelos: o modelo de mensuração, que representa como as variáveis medidas se unem para representar os construtos, e o modelo estrutural, que demonstra como os construtos estão associados (CHIN; NEWSTED, 1999).

Para escalas ou subescalas unidimensionais, ou seja, cujos itens medem um único construto, é possível fazer cálculos das análises da Teoria de Resposta ao Item (TRI) dos resultados. No entanto, ainda é necessária a realização da análise fatorial para a validação estrutural da escala (MOKKINK *et al.*, 2018).

2.1.2.2.2 Teste de hipóteses

O teste de hipóteses para validade de construto refere-se ao grau em que os escores de um instrumento são consistentes com as hipóteses (por exemplo, no que diz respeito a relações internas, relações com escores de outros instrumentos ou diferenças entre grupos conhecidos). O instrumento é válido quando as suposições são confirmadas (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; LOHR, 2002; MOKKINK *et al.*,

2006, 2018). O teste de hipóteses é um processo contínuo e iterativo (STRAUSS; SMITH, 2009): quanto mais específicas as hipóteses forem e quanto mais hipóteses forem testadas, mais evidências são reunidas para a validade do construto (MOKKINK *et al.*, 2018).

A validade calculada pelo teste de hipótese pode ser estabelecida de forma adequada por métodos estatísticos, como as correlações entre o instrumento testado e o instrumento para comparação. A principal questão dessa validade é se a direção e a magnitude da correlação são semelhantes ao que poderia ser esperado com base no construto que está sendo medido. Dessa forma, por exemplo, se as correlações de Pearson foram calculadas, mas a distribuição das pontuações ou pontuações médias e desvios-padrões (standard deviation [SD]) não foi apresentada, pode-se considerar "presumível" que os métodos estatísticos estabelecidos foram apropriados (MOKKINK *et al.*, 2018).

Existem diversas estratégias para confirmação da validade de construto pelo teste de hipótese. Validade convergente, validade discriminante ou divergente (MOKKINK *et al.*, 2018; POLIT, 2015) e grupos conhecidos são algumas delas (MOKKINK *et al.*, 2018; ROACH, 2006).

Na estratégia "validade convergente", deve haver a correlação entre os escores da medida de um instrumento com convergência conceitual e os escores medidos do construto analisado. Essa validade é calculada na ausência de uma medida critério (padrão-ouro) (POLIT, 2015). A validade convergente verifica se o instrumento avaliado está fortemente correlacionado a outras medidas já existentes e válidas (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008). Assim, espera-se que dois instrumentos que meçam o mesmo construto tenham alta correlação.

Já a validade discriminante ou divergente testa a hipótese de que a medida em questão não está relacionada indevidamente com construtos diferentes, ou seja, com variáveis das quais deveria divergir (POLIT, 2015).

Na validade de grupos conhecidos, diferentes grupos de indivíduos preenchem o instrumento de pesquisa, e os resultados dos grupos são comparados (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008). Por exemplo, um instrumento que avalia a qualidade de vida pode ser aplicado a um grupo de pacientes com doença crônica e a um grupo de jovens saudáveis. Espera-se que tais resultados sejam divergentes e que o instrumento se mostre sensível a ponto de detectar essas diferenças (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Nessa validade, é importante a caracterização dos subgrupos comparados. Deve estar claro em que os grupos diferem, por exemplo, idade, sexo, características da doença, na dependência das características do estudo (MOKKINK *et al.*, 2018).

2.1.2.2.3 Validade transcultural

A validade transcultural representa o grau em que os itens de um instrumento traduzido ou adaptado culturalmente refletem adequadamente os itens da versão original (MOKKINK *et al.*, 2006, 2010a, 2018). 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 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 o alcance da equivalência conceitual e de itens (exploração do construto de interesse, testada por um grupo de especialistas) e da equivalência semântica (transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão, propiciando um efeito semelhante nos respondentes nas duas culturas; é testada em todas as fases da tradução e no pré-teste e tem melhor resultado com a participação de tradutores bilíngues nativos nas duas línguas em questão) (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

2.1.2.3 Validade de critério

A validade de critério consiste na relação entre pontuações de um determinado instrumento e uma medida de critério (LOHR, 2002; MOKKINK *et al.*, 2010b; TERWEE *et al.*, 2007). Ela é estabelecida na presença de um instrumento considerado padrão ouro (medida de critério) (TERWEE *et al.*, 2007); na ausência desse padrão, a validade de critério não pode ser realizada (MOKKINK *et al.*, 2018).

As medidas de critério são medidas do construto alvo que são amplamente aceitas como válidas para o construto. Essa validade raramente é utilizada para escalas de autoavaliação do estado de saúde (exceto para validar escalas curtas desenvolvidas a partir de escalas longas) (MOKKINK *et al.*, 2018) e tem grande aplicabilidade na comparação de novos testes (LOHR, 2002).

O construto é considerado válido quando seus escores correspondem aos escores do critério. A validade de critério é constatada a partir de coeficientes de correlação que variam de zero a um. A correlação entre o escore do instrumento avaliado e o padrão ouro maior que 0,70 atesta a validade desse instrumento (MOKKINK *et al.*, 2018).

2.1.3 Responsividade

A responsividade é a capacidade de um instrumento de detectar mudanças ao longo do tempo no construto a ser medido (LOHR, 2002; MOKKINK *et al.*, 2010b). Essa propriedade demonstra se o instrumento consegue detectar diferenças dos resultados na pesquisa a longo prazo, além de representar a relação entre a mudança real do escore e a variabilidade dele que não está associada à mudança verdadeira no *status* do avaliado. Alterações mínimas são esperadas para as respostas em questionários (LOHR, 2002).

O cálculo da responsividade pode ser feito pela correlação entre as mudanças dos escores ao longo do tempo e pelo cálculo da área sob a curva ROC (MOKKINK *et al.*, 2010a). É importante que seja avaliado o tamanho do efeito para a amostra (LOHR, 2002).

A responsividade deve ser avaliada de forma correlacionada com a interpretabilidade. A primeira enfoca as características de desempenho do instrumento em questão, e a segunda realça as visões dos respondentes sobre os domínios em estudo (LOHR, 2002).

2.1.4 Interpretabilidade

A interpretabilidade representa o grau de facilidade para compreender o significado dos escores quantitativos de um instrumento (significado qualitativo) (LOHR, 2002; MOKKINK *et al.*, 2010b). É a tradução do escore quantitativo que dá um significado mais familiar para o resultado obtido (LOHR, 2002).

Para a avaliação da interpretabilidade, podemos utilizar vários tipos de informações, tais como os dados comparativos sobre as distribuições das pontuações de grupos avaliados, a relação entre as pontuações obtidas com as condições ou resultados já reconhecidos, ou alterações já esperadas pelas mudanças objetivas ou subjetivas impostas ou sugeridas nas pesquisas pelos avaliados (LOHR, 2002).

Além dos critérios de avaliação dos instrumentos pelo COSMIN, é importante ressaltar que a forma de administração usada para o desenvolvimento e aplicação de instrumentos (por exemplo, autorrelato administrado por entrevistador; avaliação por um terceiro observador; autorrelato administrado por entrevistador assistido por computador) interfere nos processos de validação e deve ser considerada na responsividade e na interpretabilidade (LOHR, 2002).

2.1.4.1 Aplicação do checklist COSMIN

O *checklist* COSMIN avalia dez parâmetros de um instrumento, sendo o primeiro relacionado com o (1) desenvolvimento do instrumento; e os outros nove são as propriedades psicométricas, (2) validade de conteúdo; (3) validade estrutural; (4) consistência interna; (5) validade transcultural; (6) confiabilidade; (7) erro de medida; (8) validade de critério; (9) teste de hipóteses para validade de construto; (10) responsividade. A ordem em que as propriedades aparecem relaciona-se com o grau de importância delas (MOKKINK *et al.*, 2010b, 2018).

Para a aplicação do *checklist* COSMIN, a avaliação das propriedades psicométricas é feita de forma modular, em que cada propriedade é avaliada de forma separada. Existem perguntas a serem respondidas para cada propriedade, com quatro respostas categóricas: "muito bom", "adequada", "duvidosa" ou "inadequada". A pior resposta é a que deve ser considerada para a pontuação final da avaliação da propriedade psicométrica (MOKKINK *et al.*, 2018).

Após a aplicação do *checklist* COSMIN, é possível recomendar instrumentos a partir de evidências científicas, com uma avaliação transparente. Os instrumentos avaliados pelo *checklist* são incluídos em três categorias:

- a) instrumento com validade de conteúdo suficiente (qualquer nível) e pelo menos evidência de baixa qualidade para consistência interna;
- b) instrumento não categorizado em A ou C; e
- c) instrumento com muitas propriedades psicométricas insuficientes.

Os instrumentos categorizados como “A” podem ser recomendados para uso, pois os resultados são confiáveis. Instrumentos categorizados como “B” requerem mais pesquisas para serem utilizados. Os instrumentos classificados como “C” não devem ser recomendados para uso (MOKKINK *et al.*, 2018).

É importante que as propriedades psicométricas dos instrumentos sejam avaliadas para a seleção de instrumentos válidos e confiáveis que possam ser introduzidos na prática clínica e na pesquisa. Seguir *checklists* para validação, tal qual o COSMIN, torna-se essencial para que o padrão de excelência seja estabelecido e mantido na escolha dos melhores instrumentos a serem aplicados na saúde.

2.2 Questionários validados para a avaliação da competência de comunicação em saúde dos estudantes das áreas da saúde

O ensino das habilidades de comunicação requer a 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, 2013).

Idealmente, a avaliação dos estudantes deve ser realizada com a aplicação de questionários válidos e confiáveis, capazes de medir as competências desenvolvidas durante as atividades pedagógicas. Além disso, os questionários devem permitir a observação direta das habilidades de comunicação verbais e não verbais por observador externo (terceiro observador) e possuir caráter formativo e somativo. A seguir, descreveremos os instrumentos com essas características, que foram originalmente desenvolvidos na língua inglesa e criteriosamente validados nas versões originais (KURTZ *et al.*, 2003; ZILL *et al.*, 2014).

Os Quadros 1 e 2, ao final desta seção, resumem e comparam os instrumentos.

2.2.1 Calgary Cambridge Guide (C-CG)

O C-CG é um *checklist* de origem canadense, publicado em 1996, composto por duas partes (entrevista e orientação/planejamento), com 28 itens que avaliam habilidades de comunicação e cuidado centrados na pessoa, competências centrais do estudante de medicina e do médico-residente e população-alvo do instrumento (KURTZ *et al.*, 2003; KURTZ; SILVERMAN, 1996). O C-CG também foi utilizado na avaliação de estudantes de medicina veterinária (ADAMS; KURTZ, 2006).

O guia é utilizado no Canadá, Estados Unidos, alguns países da Europa (BURT *et al.*, 2014), África do Sul (KURTZ *et al.*, 2003) e Austrália (ADAMS; KURTZ, 2006) e já foi validado para a língua inglesa e para a língua alemã (SCHEFFER *et al.*, 2008). O C-CG foi criado para uso em educação médica, no treinamento de habilidades básicas de comunicação (KURTZ; SILVERMAN, 1996), e pode ser usado tanto em situações simuladas quanto em cenários reais de prática, “seja na sala de aula ou à beira do leito” (KURTZ *et al.*, 2003; SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013).

O *checklist* avalia cinco dimensões da comunicação (KURTZ; SILVERMAN, 1996):

- a) *Initiating the session* – início da interação, primeiro momento de comunicação;
- b) *Gathering information* – coleta de informações (inclui a compreensão da perspectiva do doente);
- c) *Building the relationship* – construção da relação;
- d) *Giving information (explaining and planning)* – esclarecimento e planejamento; e
- e) *Closing the session* – fim da consulta.

A avaliação por meio do C-CG é feita pela codificação do comportamento apresentado, e as categorias de respostas são nominais e dicotômicas (Yes/No) (KURTZ; SILVERMAN, 1996).

As propriedades psicométricas da versão original do C-CG foram testadas e consideradas adequadas em 2014. Foram avaliadas a validade de construto, por meio de análise fatorial exploratória (sendo identificados quatro fatores), e a confiabilidade inter e intraobservador, com resultados de 0,75 ($p < 0,0001$). Os ICCs variaram de 0,05 a 0,57. Não foram observados efeitos teto ou piso (SIMMENROTH-NAYDA *et al.*, 2014).

2.2.2 Four Habits Coding Scheme (4HCS) – Escala de Codificação de Quatro Hábitos (EC4H)

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

Em 2006, com a difusão do Modelo de Quatro Hábitos na prática clínica, Krupat *et al.* (2006) desenvolveram e validaram a 4HCS. A escala tem 23 itens, divididos nos quatro hábitos do modelo:

- a) investe no início (Hábito 1: seis itens que medem a criação de relacionamento de forma rápida e planejam a visita);
- b) obtém a perspectiva do paciente (Hábito 2: três itens que avaliam a compreensão do problema pelo paciente, entendem os motivos do paciente estar na consulta e determinam o impacto do problema na vida do paciente);
- c) demonstra empatia (Hábito 3: quatro itens avaliam a capacidade do médico de ser empático);
- d) investe no fim (Hábito 4: dez itens que medem a tomada de decisão eficaz e a partilha de informações).

Cada item é pontuado em uma escala Likert, ancorada em cinco 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 tanto para fins formativos quanto somativos. Escores mais altos indicam habilidades de comunicação mais centradas na pessoa (KRUPAT *et al.*, 2006).

A escala foi validada, além da versão original em língua inglesa, também em norueguês (JENSEN *et al.*, 2010), alemão (SCHOLL *et al.*, 2014) e francês (BELLIER *et al.*, 2020). A Escala de Codificação de Quatro Hábitos (EC4H) foi traduzida e adaptada transculturalmente para o português do Brasil (CATANI *et al.*, 2018). Ela permite a avaliação, em tempo real, dos cenários reais e simulados de assistência e não requer auxílio de tecnologias para seu uso ideal.

A avaliação das propriedades psicométricas da escala original foi realizada pela confiabilidade e pela validade. A confiabilidade foi calculada por meio da consistência interna de cada hábito (alfa Cronbach 0,71; 0,51; 0,81; e 0,61) e pela avaliação interobservador (0,72), que foi considerada aceitável. A validade de construto foi realizada a partir do teste de hipótese com cálculo das correlações entre a 4HCS, a *Roter Interaction Analysis System* (RIAS) e a contagem direta de expressões do comportamento não verbal. Os pesquisadores observaram uma boa correlação entre os instrumentos (KRUPAT *et al.*, 2006).

Desde sua validação original, a escala teve ampla utilização para avaliação da comunicação entre estudantes/profissionais e pacientes. Os estudos que utilizaram a EC4H envolveram a comparação da (i) habilidade de comunicação entre os gêneros masculino e feminino (BLANCH-HARTIGAN *et al.*, 2010) e o impacto do ensino e da avaliação da comunicação e da (ii) habilidade de aconselhamento e desfechos da comunicação envolvendo estudantes, residentes de medicina, médicos (DEHLENDORF *et al.*, 2016; GEMMITI *et al.*, 2017; MITCHELL *et al.*, 2016) e dentistas (MCKENZIE, 2016).

2.2.3 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. Sete elementos da comunicação em encontros clínicos foram definidos como essenciais: *build the relationship, open the discussion, gather information, understand the patient's perspective, share information, reach agreement* e *provide closure* (MAKOUL, 2001a). Posteriormente, questões relacionadas à avaliação foram discutidas no Kalamazoo II, e, então, foi 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, a avaliação por pares ou professores e a avaliação por pacientes ou familiares padronizados (DUFFY *et al.*, 2004). O GKCSAF não foi validado para cenários reais e, por isso, requer o uso de pacientes ou familiares padronizados. Além disso, ele tem sido utilizado para avaliação das habilidades de comunicação em três situações específicas: obtenção do consentimento informado, comunicação de notícias difíceis e revelação de erros (DUFFY *et al.*, 2004; JOYCE; STEENBERGH; SCHER, 2010; MAKOUL, 2001a; PETERSON; CALHOUN; RIDER, 2014).

A validação da escala original da GKCSAF mostrou alta consistência interna, com o coeficiente de alfa Cronbach de 0,844 (avaliação por corpo docente) e 0,880 (avaliação por pares), e alta confiabilidade interobservador, com ICC de 0,830 (avaliadores do corpo docente) e 0,89 (avaliadores dos pares) (PETERSON; CALHOUN; RIDER, 2014).

A escala foi validada para o inglês (PETERSON; CALHOUN; RIDER, 2014) e português (AMARAL *et al.*, 2016). Seu uso foi descrito em uma única pesquisa recente, que envolveu a avaliação de residentes de neurologia em cenários controlados e com pacientes padronizados para comunicação em situações complexas da neurologia, tais como erro médico, acidente vascular cerebral isquêmico em criança, morte encefálica e diagnóstico de epilepsia (ALBERT *et al.*, 2021).

2.2.4 Global Consultation Rating Scale (GCRS)

O questionário *Global Consultation Rating Scale* (GCRS) foi desenvolvido com base no guia de *Calgary-Cambridge* (CC-G) para avaliação das habilidades de comunicação de um profissional durante toda a entrevista médica, em cenários reais. Ainda que tenha aplicabilidade em cenários reais, o questionário foi validado com pacientes simulados (BURT *et al.*, 2014).

O questionário foi desenvolvido para avaliar médicos, pediatras, farmacêuticos e veterinários na graduação e na educação continuada. Possui doze itens de avaliação, que podem ser analisados de forma independente, criados para uma avaliação global da comunicação do profissional (BURT *et al.*, 2014).

Os itens são avaliados em uma escala nominal de três pontos. O observador avalia em zero (0) — não realizado ou pobre; um (1) — adequado; e dois (2) — bom. A pontuação total varia de 0 a 24. Maiores escores denotam maior efetividade da comunicação médico-paciente (BURT *et al.*, 2014).

O questionário GCRS não foi validado em outras línguas e ainda não foi utilizado para avaliação de profissionais de saúde. A validação envolveu o cálculo da confiabilidade interobservador para dois, três e quatro observadores com boa confiabilidade, com coeficientes de 0,73; 0,80 e 0,85, respectivamente. Outras propriedades psicométricas não foram avaliadas (BURT *et al.*, 2014).

2.2.5 Liverpool Communication Skills Assessment Scale (LIV- MASS)

A LIV-MAAS é uma escala de origem inglesa que, originalmente, possuía 68 itens e recebia o nome de GP-MAAS, mas que foi modificada para incluir itens que consideram a perspectiva do paciente na avaliação. É composta, então, de 95 itens, divididos em seis subescalas: *Exploring* (8 itens); *History taking* (23 itens); *Attitudes* (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 classifica o comportamento do estudante ou médico em “presente” (1) ou “ausente” (0) (ENZER, 2003). A LIV-MAAS possui validação de conteúdo (ROBINSON *et al.*, 2002) e cálculos de coeficientes de confiabilidade. A confiabilidade interobservador foi realizada por meio do cálculo de Kappa a partir de dois ($k=0,71$) e três avaliadores ($k=0,78$) (ENZER, 2003).

Apesar dos resultados da validação e do potencial da escala para uso no ensino e na avaliação, a escala não foi utilizada para além dos estudos de validação. O autor descreve a necessidade de novos estudos para melhorias dos itens da escala, para aplicação em tempo real; sugere redução do número de itens, devido ao tempo prolongado de preenchimento (cerca de 30 minutos), e aplicação para estudantes de medicina, visto que o estudo de validação foi desenvolvido com médicos generalistas.

O autor da escala apontou para a necessidade de melhorias na compreensão dos itens da escala e a considerava ainda em desenvolvimento (ENZER, 2003).

2.2.6 Patient-Centred Behaviour Coding Instrument (PBCI)

O PBCI é um instrumento holandês, desenvolvido para avaliação do encontro clínico. Esse instrumento avalia 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) apresentados pelo médico no encontro clínico (ZANDBELT *et al.*, 2005).

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

O PBCI foi desenvolvido por especialistas que estabeleceram a codificação do comportamento do profissional, sendo tal comportamento avaliado por meio de um *software* (NOLDUS *et al.*, 2000). Para que o *software* seja utilizado, os encontros clínicos precisam ser filmados para posterior avaliação e codificação (ZANDBELT *et al.*, 2005).

O uso de tecnologia (*software* e gravação) na aplicação do PBCI influencia os bons resultados das propriedades psicométricas. O alfa de Cronbach foi calculado por duas dimensões de comportamentos: *facilitating*, com o valor de 0,64, e *inhibiting*, com o valor de 0,50. Os ICCs para as duas dimensões foram de 0,93 e 0,92, respectivamente. A validade foi calculada por meio do teste de hipótese, e sua validação convergiu com a escala *Eurocommunication scale*, com a qual apresentou fortes correlações positivas, para a dimensão facilitadora, e negativas, para a dimensão inibidora (ZANDBELT *et al.*, 2005).

Ainda que tenha bons resultados na equivalência de mensuração, o PBCI ainda não foi usado para avaliar estudantes (ZANDBELT *et al.*, 2005). Provavelmente devido às exigências tecnológicas, não existem muitas pesquisas com o PBCI, além da validação. Encontramos um único estudo com uma amostra de 323 médicos, em que o estilo de comunicação do médico, facilitador ou inibidor, diferiu de acordo com a idade do paciente e a gravidade da doença (ZANDBELT *et al.*, 2006).

2.2.7 SEGUE Framework Checklist

O *SEGUE Framework Checklist* foi desenvolvido em 1994, a partir do modelo *Arizona Clinical Interview Rating Scale*, e modificado após testes com avaliação de médicos generalistas e residentes. O objetivo do *checklist* é facilitar o ensino e a avaliação das habilidades de comunicação, bem como a pesquisa relacionada à comunicação médico-paciente (MAKOUL, 2001b).

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

A avaliação é feita a partir do julgamento do comportamento médico e é definida nominalmente em *Yes/No* de acordo com a realização ou não da ação. O *checklist* permite a flexibilização do comportamento (permitindo vários tipos de comportamentos para a mesma situação) para que haja melhor comunicação e solução dos problemas (MAKOUL, 2001b). O *SEGUE framework* pode ser usado em cenários reais de prática (LUNDBERG, 2014).

O *checklist* foi validado para uso na língua inglesa em 2001 e não possui validações em outras línguas (MAKOUL, 2001b). Além da validação, existe uma versão adaptada do *checklist* para a avaliação do pediatra/estudante no atendimento de pais e crianças de forma *on-line* (*Online textual pediatrician-parent communication [OPPC]*) (XIONG *et al.*, 2019).

As propriedades psicométricas apontam que a confiabilidade intra e interobservador é alta quando o *checklist* é aplicado imediatamente após a consulta e quando é aplicado após gravações com pacientes simulados. A validade de conteúdo foi realizada de forma criteriosa, com a participação de médicos residentes, médicos assistentes, pessoas da comunidade, estudantes e professores da faculdade de medicina, pacientes padronizados e pesquisadores em várias instituições em vários países (MAKOUL, 2001b).

O *checklist* é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a comunicação entre estudante/profissional de saúde e paciente. O *SEGUE Framework* já foi utilizado em validação convergente com o *Family Meeting Behavioral Skills Checklist* (FMBSC) para avaliar a comunicação com famílias de pacientes gravemente doentes em cuidados intensivos (GUSTIN *et al.*, 2016). Foi também utilizado para avaliação global da comunicação de residentes (CASABIANCA; PAPADIMOS; BHATT, 2008; LUNDBERG, 2014), de médicos da atenção primária (ZHOU *et al.*, 2020) e de médicos em geral (GUO; WANG, 2020).

Quadro 1 – Questionários validados para ensino e avaliação, por observador externo, da comunicação verbal e não verbal no encontro clínico, desenvolvidos para educação médica

Questionário	Autor/Ano de publicação	Itens/Categorias	Domínios/escalas	Nomes dos domínios	Categorias de respostas	Profissionais Alvo	Vantagens	Desvantagens
Calgary Cambridge Guide (C-CG)	Kurtz, 1996	28	5	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Initiating the session;</i> •<i>Gathering information;</i> •<i>Building the relationship;</i> •<i>Giving information;</i> •<i>Closing the session</i> 	Escala Nominal: Yes/No	Estudantes e residentes de Medicina; Estudantes de Veterinária	Boas propriedades psicométricas; Uso em tempo real; Uso em cenários reais de ensino; Validado em vários países	Avaliação somente formativa (classificada em “satisfatório” e “insatisfatório”); Avaliação nominal (duas categorias)
Four Habits Coding Scheme	Krupat, 2006	23	4	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Invest in the beginning;</i> •<i>Elicit the patient’s perspective;</i> •<i>Demonstrate empathy;</i> •<i>Invest in the end</i> 	Escala Likert 1-5 (com codificação do comportamento)	Profissionais de saúde	Propriedades psicométricas validadas; Fácil aplicação; Uso em tempo real; Avaliação formativa e somativa; Codificação dos comportamentos; Avaliação global da consulta completa	

(continua)

(continuação)

Questionário	Autor/Ano de publicação	Itens/ Categorias	Domínios/ escalas	Nomes dos domínios	Categorias de respostas	Profissionais Alvo	Vantagens	Desvantagens
Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form (GKCSAF)	Peterson, 2014	24	9	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Build the relationship;</i> •<i>Open the discussion;</i> •<i>Gather information;</i> •<i>Understand patient's perspective;</i> •<i>Share information;</i> •<i>Reach agreement;</i> •<i>Provide closure;</i> •<i>Demonstrates empathy;</i> •<i>Communicates information accurately</i> 	Escala Likert 1-5 varia de "poor" a "excellent" Questões abertas para o feedback	Profissionais de saúde	Avaliação formativa e somativa; Avaliação 360° (autoavaliação, avaliação por pares e pelo paciente- 3 versões diferentes); Obtida a partir de consenso de especialista Bayer–Fetzer Conference.	Não pode ser usada em tempo real; Depende de tecnologias (gravações); Validação para comunicação de más notícias difíceis; Validação realizada com pacientes simulados; Última versão da escala foi pouco utilizada; Difícil aplicação
Global Consultation Rating Scale (GCRS)	Burt, 2014	12	não consta	NA	Escala de 3 pontos 0- <i>Not done or poor</i> ; 1- <i>Adequate</i> ; 2- <i>Good</i> .	Estudantes de medicina; pediatras; dentistas; farmacêuticos; veterinários.	Apresenta boa confiabilidade; Uso em tempo real; Avaliação global da consulta completa	Validação realizada com pacientes simulados; Escala não foi aplicada; Necessidade de treinamento para uso do questionário; Validade, responsividade e interpretabilidade não foram testadas

(continua)

(continuação)

Questionário	Autor/Ano de publicação	Itens/ Categorias	Domínios/ escalas	Nomes dos domínios	Categorias de respostas	Profissionais Alvo	Vantagens	Desvantagens
Liverpool Communication Skills Assessment Scale (LIV- MASS)	Robinson, 2002	95	6	<ul style="list-style-type: none"> •Exploring; •History taking; •Attitudes; •Presenting solutions; •Structuring interview; •Interpersonal skills; •Communicative skills 	Escala Nominal (2 pontos) 1- Presence 2- Absence	Médicos	Pode ser usado em ambientes reais	<p>Não pode ser usada em tempo real; Depende de tecnologias (gravações); Grande número de itens; Demora para o preenchimento, não pode ser usado de rotina; Não validada para uso com estudantes; Validação com amostragem pequena; Instrumento pouco desenvolvido e precisa de revisões.</p>
Patient-Centred Behaviour Coding Instrument (PBCI)	Zandbelt, 2005	19	2	<ul style="list-style-type: none"> •Facilitating behaviours; •Inhibiting behaviours 	Escala Likert 1- 5; 1(not at all) a 5 (to a large extent)	Médicos	Excelentes propriedades psicométricas	<p>Não pode ser usada em tempo real; Depende de tecnologias (gravações); Validada somente com residentes de subespecialidades médicas; Necessita de software específico</p>

(continua)

(continuação)

Questionário	Autor/Ano de publicação	Itens/ Categorias	Domínios/ escalas	Nomes dos domínios	Categorias de respostas	Profissionais Alvo	Vantagens	Desvantagens
SEGUE Framewok	Makoul, 2001	25 (curta) 31 (longa)	5	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Set the stage;</i> •<i>Elicit information;</i> •<i>Give information;</i> •<i>Understand patient's perspective;</i> •<i>End the encounter</i> 	Escala Nominal: Yes/No	Médicos ou estudantes; Residentes de Medicina.	Uso em tempo real; Boas propriedades psicométricas; Fácil aplicação	Avaliação somente formativa; Validação feita com pacientes padronizados

Fonte: A autora.

Quadro 2 – Avaliação da qualidade metodológica com critérios COSMIN

Questionário	Autor, data	A	B	C	D	E	F	G	H	I
<i>Calgary Cambridge Guide (C-CG)</i>	Simmenroth-Nayada, 2014		0ab			+				
	Scheffer, 2008		0ab				0			
<i>Four Habits Coding Scheme (4HCS)</i>	Krupat, 2006	0	0B		0		0			
	Jensen <i>et al.</i> , 2010		0b							
	Scholl <i>et al.</i> , 2014	0	++bc			0		0d		
	Catani, 2018				0			++d		
	Billier, 2020	+++	++ab			+++	++	++d		0
<i>Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form (GKCSAF)</i>	Peterson, 2014	0	0b							
	Amaral, 2016	0	0b			0		+d		
<i>Global Consultation Rating Scale (GCRS)</i>	Burt, 2014		+		0					
<i>Liverpool Communication Skills Assessment Scale LIV- MASS</i>	Robinson <i>et al.</i> , 2002				0					
	Enzer <i>et al.</i> , 2003		++b							
<i>Patient-centred behaviour coding instrument (PBCI)</i>	Zandbelt <i>et al.</i> , 2005	+++	++b		0	+++	++			
<i>SEGUE Framewok</i>	Makoul, 2001		++B0c		+++					

Fonte: A autora.

Legenda: Domínios das propriedades psicométricas do COSMIN: (A) consistência interna; (B) confiabilidade; (C) erro de medida; (D) validade de conteúdo; (E) validade estrutural; (F) teste de hipótese; (G) validade transcultural; (H) validade de critério; (I) responsividade.

Escala de 4 pontos: (+++) excelente; (++) bom; (+) razoável; (0) pobre; (sem preenchimento) COSMIN não aplicado.

(a) confiabilidade Teste-Reteste; (b) confiabilidade interobservador; (c) confiabilidade intraobservador; (d) somente avaliado a qualidade do processo de tradução transcultural Para informação exata das definições da avaliação das propriedades psicométricas em 4 pontos, acesse: www.cosmin.nl.

3 OBJETIVO

Validar uma escala de avaliação da habilidade de comunicação no encontro clínico — a Escala de Codificação de Quatro Hábitos (EC4H) — para a cultura brasileira.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo e caracterização dos participantes

Estudo metodológico de validação, desenvolvido a partir da terminologia e das definições das propriedades psicométricas padronizadas pelo estudo COSMIN (MOKKINK *et al.*, 2010b). O estudo foi realizado com permissão de Edward Krupat, autor da escala 4HCS, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da nossa instituição (Anexo A).

Doze estudantes dos dois últimos anos do curso de Medicina e doze residentes matriculados nos programas da nossa instituição foram selecionados, de forma não probabilística e por conveniência, nos ambulatórios de clínica e cirurgia da Universidade Federal de Uberlândia para participação da pesquisa. Após consentimento livre e esclarecido assinado pelos estudantes e residentes (Apêndice A e B), bem como pelos pacientes (Apêndice C), as consultas foram gravadas para posterior avaliação da competência em comunicação.

As 24 consultas gravadas em cenários reais de ensino foram avaliadas por três observadoras independentes (LILFORD *et al.*, 2007), das quais duas ministram aulas com ênfase em habilidades de comunicação em cursos de medicina, e uma observadora é preceptora do curso de medicina com pós-graduação e pesquisa em ensino e avaliação da comunicação em saúde. Ao total, foram realizadas 72 observações.

Todos os estudantes e residentes preencheram o questionário sociodemográfico, a EJE e a EOMP (Anexos B e C) no momento do recrutamento e no dia da gravação da consulta. As respostas dessas escalas foram utilizadas para realizar a análise da validade de construto da EC4H. As gravações foram enviadas às observadoras, que foram orientadas a preencher a EC4H imediatamente após assistirem às consultas gravadas (Apêndice D).

O número mínimo de estudantes e residentes foi determinado a partir de orientações de estudos prévios, ou seja, doze participantes por grupo avaliado (JOHANSON; BROOKS, 2010). O número de três avaliadores foi definido por recomendação dada por revisão sistemática para o cálculo de confiabilidade interobservador (LILFORD *et al.*, 2007).

4.2 Instrumentos

4.2.1 Escala de Codificação de 4 Hábitos (EC4H) – Apêndice D

A EC4H foi adaptada para o português segundo diretrizes internacionais de tradução de instrumentos a partir da escala original, 4HCS (CATANI *et al.*, 2018). É uma escala que tem por objetivo ensinar e avaliar (por meio de observador externo) a comunicação entre profissional de saúde e paciente. A EC4H é composta por 23 itens, avaliados por uma escala Likert de cinco pontos. Cada item possui uma descrição detalhada do comportamento esperado para as pontuações 1, 3 e 5. Os avaliadores são estimulados a utilizar as pontuações 2 e 4 apenas quando o comportamento observado não se encaixa nas descrições das outras pontuações. Na escala Likert de cinco pontos de cada item, maiores escores denotam habilidades de comunicação mais centradas na pessoa (STEWART, 2014).

Os 23 itens são agrupados em quatro hábitos de forma heterogênea (KRUPAT *et al.*, 2006) e foram estruturados a partir do Modelo dos Quatro Hábitos (FRANKEL; STEIN, 2001). Esse modelo foi desenvolvido pelo grupo americano *Kaiser Permanente* (FRANKEL; STEIN, 2001) e representa uma forma didática de organizar a comunicação no encontro clínico (BELLIER *et al.*, 2020; KRUPAT *et al.*, 2006). Os hábitos são os seguintes: (1) investe no início, com 6 itens; (2) obtém a perspectiva do paciente, 3 itens; (3) demonstra empatia, 4 itens; e (4) investe no fim, 10 itens.

Os escores são dados por hábitos e possuem diferentes pontuações máxima e mínima: (1) investe no início (6-30); (2) obtém a perspectiva do paciente (3-15); (3) demonstra empatia (4-20); e (4) investe no fim (10-50) (BELLIER *et al.*, 2020; KRUPAT *et al.*, 2006).

4.2.2 Escala Jefferson de empatia (EJE) – Anexo B

A EJE é uma escala de autorrelato para a avaliação da empatia clínica (HOJAT *et al.*, 2019), composta por 20 itens agrupados em 3 domínios: *Perspective Taking* (10 itens), *Compassionate Care* (8 itens) e *Standing in the patient's shoes* (2 itens). As respostas de cada item são distribuídas em uma escala tipo Likert com pontuação que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) (HOJAT, 2007; HOJAT

et al., 2001; PARO *et al.*, 2012). Maiores escores representam maior empatia (HOJAT *et al.*, 2001).

Além da EJE, existem outras escalas validadas para a avaliação da empatia, são elas: *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) (DAVIS, 1983), *Hogan Empathy Scale* (FROMAN; PELOQUIN, 2001), *Consultation and Relational Empathy scale* (CARE) (MERCER; MAXWELL; WATT, 2004), *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy* (JSPPE) (HOJAT, *et al.*, 2010) e *Measure of Emotional Empathy* (MEHRABIAN; EPSTEIN, 1972). No Brasil, a EJE (PARO *et al.*, 2012), a CARE (SCARPELLINI *et al.*, 2014), a JSPPE (BERNARDO *et al.*, 2018) e a IRI (KOLLER; CAMINO; RIBEIRO, 2001) já foram validadas. A EJE foi escolhida para este estudo, por ser uma escala validada para o Brasil, desenvolvida especificamente para avaliação do cuidado com o paciente no contexto educacional (HOJAT *et al.*, 2019; MORETO *et al.*, 2018). Inexistem escalas validadas para avaliação da empatia do estudante pelo professor no Brasil.

4.2.3 Escala de Orientação Médico-profissional (EOMP)- Anexo C

A EOMP é uma escala que avalia a orientação médico-paciente, concebida para mensurar a atitude de pacientes, médicos e estudantes de medicina a respeito da relação médico-paciente, para verificar se esta é centrada no médico e na doença (modelo biomédico) ou no paciente (modelo psicossocial). A escala é composta por 18 itens distribuídos em duas dimensões, “compartilhar” (9 itens) e “cuidar” (9 itens) (KRUPAT; YEAGER; PUTNAM, 2000; PEREIRA *et al.*, 2013).

Os itens da dimensão “compartilhar” avaliam se os respondentes acreditam que o poder e o controle devem ser compartilhados entre o médico e o paciente, e em que grau o médico deve compartilhar informações com o paciente. Os itens da dimensão “cuidar” medem se os respondentes consideram como importantes as expectativas, os sentimentos e as emoções dos pacientes (KRUPAT; YEAGER; PUTNAM, 2000; PEREIRA *et al.*, 2013).

Os escores são obtidos por meio de uma escala Likert de 1 a 6 pontos. Baixos escores refletem uma atitude centrada no médico (alto controle médico, focado em questões biomédicas) e altos escores refletem uma orientação centrada no paciente (controle partilhado, enfoque na pessoa como um todo) (KRUPAT *et al.*, 1999; KRUPAT; YEAGER; PUTNAM, 2000). A EOMP foi escolhida para este estudo pois

tem sido amplamente utilizada para avaliação de atitude dos estudantes de medicina no Brasil (PEREIRA *et al.*, 2013; RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007).

4.3 Propriedades psicométricas

As propriedades psicométricas da versão brasileira da *Fours Habits Coding Scheme* foram medidas a partir da qualidade dos dados (efeito piso e efeito teto), da confiabilidade (consistência interna, teste-reteste e confiabilidade interobservador) e da validade de construto (estrutural e teste de hipóteses) (MOKKINK *et al.*, 2010b).

4.3.1 Confiabilidade

A confiabilidade da EC4H foi testada a partir da avaliação da consistência interna, do teste-reteste e da confiabilidade interobservador (MOKKINK *et al.*, 2010b; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A avaliação do teste-reteste foi realizada a partir do cálculo do CCI (FAYERS; MACHIN, 2013; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). O reteste foi realizado com 13% do número total de observações, com intervalo de 45 dias entre elas (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Para garantir a estabilidade da avaliação, o mesmo observador avaliou os itens em amostra mais homogênea e, conforme sugerido por estudos anteriores, considerou satisfatório o CCI acima de 0,70 (TERWEE *et al.*, 2007).

A confiabilidade da consistência interna foi determinada por meio do coeficiente alfa de Cronbach (FAYERS; MACHIN, 2013; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; STREINER, 2003). Valores maiores que 0,7 foram considerados satisfatórios (FAYERS; MACHIN, 2013), e valores mais próximos a 0,60 foram considerados aceitáveis (STREINER, 2003). A consistência interna foi calculada para cada hábito da escala e para a escala geral (FAYERS; MACHIN, 2013).

A confiabilidade interobservador para três examinadores foi calculada por meio do cálculo de Kappa Fleiss (K) (LILFORD *et al.*, 2007) e do coeficiente de concordância de Kendall (W) (GISEV; BELL; CHEN, 2013). Para Kappa Fleiss, valores iguais ou menores que zero denotam concordância fraca; entre 0,00-0,20, leve; 0,21-0,40, razoável; 0,41-0,60, moderada; 0,61-0,80, substancial; e, 0,81-1,00, quase perfeita (LANDIS; KOCH, 1977). Para Kendall, valores próximos de 0,00 indicam a

inexistência de concordância, e valores próximos de 1,00 significam máxima concordância entre os observadores (GISEV; BELL; CHEN, 2013; LANDIS; KOCH, 1977; LILFORD *et al.*, 2007).

Testamos a qualidade dos dados a partir da análise do efeito piso e teto. Consideramos esse efeito quando 15% ou mais das avaliações foram feitas nos escores 1 (efeito piso) ou 5 (efeito teto) (MCHORNEY; TARLOV, 1995; TERWEE *et al.*, 2007).

4.3.2 Validade

A validade de construto envolveu três aspectos, a validação transcultural, a validação estrutural e o teste de hipóteses (MOKKINK *et al.*, 2010b), e foi realizada por meio da adaptação transcultural em estudo prévio (CATANI *et al.*, 2018).

Para testarmos a validade de construto estrutural da EC4H, realizamos a correlação de Spearman dos escores do Hábito 3 (Demonstra empatia), com 4 itens, da EC4H, com os escores dos três domínios da EJE; e entre os escores dos domínios da EOMP e dos hábitos da EC4H (FAYERS; MACHIN, 2013). São desejáveis coeficientes de correlação iguais a 0,80 ou superiores. Correlações menores que 0,3 são consideradas fracas (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Para o teste de hipóteses, realizamos a validação convergente entre os hábitos da escala e de grupos conhecidos (FAYERS; MACHIN, 2013; MOKKINK *et al.*, 2010b; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Calculamos o coeficiente de correlação de Spearman entre os hábitos da escala para a validação convergente (FAYERS; MACHIN, 2013; MOKKINK *et al.*, 2010b). Para a validação de grupos conhecidos, utilizamos a comparação dos escores da EC4H entre estudantes e residentes obtidos pela avaliação de um dos observadores por meio do teste estatístico de Mann Withney para grupos independentes. As análises estatísticas foram executadas por meio do Programa SPSS, versão 17. O nível de significância foi definido com $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Estudantes de medicina e residentes médicos avaliados na pesquisa tinham, respectivamente, a idade média de 26 ($\pm 3,82$ [DP]) e 29 anos ($\pm 2,06$ [DP]) e eram, em maior parte, do sexo feminino (80%). Entre os estudantes de medicina, 66% eram do segundo ano do internato. Entre os residentes, 33% eram do primeiro ano, 25% do segundo, 33% do terceiro e 8% do quarto ano de residência, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização dos estudantes e residentes participantes

Participante	Idade (anos)	Sexo	Ano do internato/residência	Especialidade Médica
Estudante 1	22	Feminino	1º	-
Estudante 2	21	Feminino	1º	-
Estudante 3	31	Feminino	2º	-
Estudante 4	24	Feminino	2º	-
Estudante 5	24	Feminino	2º	-
Estudante 6	27	Masculino	1º	-
Estudante 7	24	Feminino	1º	-
Estudante 8	22	Feminino	2º	-
Estudante 9	26	Feminino	2º	-
Estudante 10	26	Masculino	2º	-
Estudante 11	28	Feminino	2º	-
Estudante 12	34	Masculino	2º	-
Residente 1	30	Masculino	3º	Cardiologia
Residente 2	25	Feminino	1º	Pediatria
Residente 3	30	Feminino	3º	Gastroenterologia
Residente 4	30	Masculino	1º	Clínica Médica
Residente 5	28	Feminino	2º	Clínica Médica
Residente 6	27	Feminino	1º	Pediatria
Residente 7	27	Feminino	1º	Infectologia
Residente 8	27	Feminino	3º	Oftalmologia
Residente 9	30	Feminino	4º	Cardiologia
Residente 10	26	Feminino	2º	Dermatologia
Residente 11	31	Feminino	2º	Dermatologia
Residente 12	31	Masculino	3º	Cirurgia Plástica

Fonte: A autora

Encontramos efeito piso para os residentes no Hábito 2 (Obtém a perspectiva do paciente), com 30,5% das avaliações entre os residentes no escore 1 desse hábito, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Qualidade dos dados (efeito piso e teto) da EC4H

Hábito	Efeito Piso ¹		Efeito teto ²	
	n	n	n	n
	estudantes (%)	residentes (%)	estudantes (%)	residentes (%)
Hábito 1	0 (0)	1(2,7)	1(2,7)	0 (0)
Hábito 2	1(2,7)	11(30,5)	2(5,5)	0 (0)
Hábito 3	0(0)	2(5,5)	5(13,8)	1(2,7)
Hábito 4	0(0)	1(2,7)	1(2,7)	0 (0)

Fonte: A autora.

Legenda:

¹ porcentagem de respondentes com escore mínimo > 15%.

² porcentagem de respondentes com escore máximo > 15%.

Hábitos da EC4H: Hábito 1: Investe no início; Hábito 2: Obtém a perspectiva do paciente; Hábito 3: Demonstra empatia; Hábito 4: Investe no fim

Os coeficientes alfa de Cronbach para os hábitos de 1 a 4 foram, respectivamente, 0,75; 0,69; 0,87 e 0,90. O alfa de Cronbach geral da escala foi de 0,94. O Coeficiente de Confiança Intraobservador (CCI) foi de 0,76, com o reteste realizado com intervalo prolongado. O coeficiente de concordância de Kendall (W de Kendall) foi de 0,036. O Kappa Fleiss foi medido em 0,25.

A correlação entre os escores do Hábito 3 da EC4H (Demonstra empatia) e os escores da EJE foi fraca e não significativa ($r=0,34$; $p=0,15$). A correlação entre os escores da EOMP e da EC4H também foi fraca ($r<0,3$; $p< 0,01$) (Ver Tabela 4). Observamos uma alta correlação entre os hábitos da EC4H, o que demonstra a validação convergente da escala.

Tabela 4 – Coeficientes de correlação entre os hábitos da EC4H e os domínios da EOMP

	Hábito 1	Hábito 2	Hábito 3	Hábito 4	EOMP 1	EOMP 2
Hábito 1	1	0,794*	0,813*	0,742*	0,08	0,23
Hábito 2		1	0,66*	0,716*	-0,275	-0,164
Hábito 3			1	0,802*	-0,41	0,144
Hábito 4				1	-0,209	0,104
EOMP 1					1	-0,26
EOMP 2						1

Fonte: A autora.

Correlação de Spearman

Legenda: * $p \leq 0,001$ Hábito 1: Investe no início; Hábito 2: Obtém a perspectiva do paciente; Hábito 3: Demonstra empatia; Hábito 4: Investe no fim (Hábitos da EC4H).

EOMP 1: Domínio “Compartilhar”; EOMP2: Domínio “Cuidar”

Na comparação entre o grupo de residentes e estudantes, os residentes apresentaram menores escores em todos os hábitos da EC4H ($p < 0,05$).

Tabela 5 – Comparação entre os escores obtido por estudantes e residentes

Hábito EC4H	Escore mínimo	Escore máximo	Mediana (P 25-75)		p valor
			Estudantes (n=36)	Residentes (n=36)	
Hábito 1	6,0	30,0	19,0 (17,0-23,5)	12,0 (9,0-18,0)	<0,001*
Hábito 2	3,0	15,0	9,0 (7,0-11,5)	6,0 (3,0-8,5)	0,002*
Hábito 3	4,0	20,0	16,0 (8,5-18)	7,0 (6,0-10,0)	<0,001*
Hábito 4	10,0	50,0	35,0 (27,0-41,5)	26,0 (19,0-32,5)	<0,001*

Fonte: A autora.

* Teste de Mann Withney

Hábito 1: Investe no início; Hábito 2: Obtém a perspectiva do paciente; Hábito 3: Demonstra empatia; Hábito 4: Investe no fim

6 DISCUSSÃO

Os nossos resultados indicam que a EC4H é uma escala confiável e válida para a avaliação da competência em comunicação na saúde no Brasil. A avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira da 4HCS, a EC4H, demonstraram coeficientes de alfa Cronbach satisfatórios para todos os hábitos da escala e uma excelente confiabilidade intraobservador. No entanto, encontramos baixas correlações entre as escalas EJE e EOMP e efeito piso para o Hábito 2, e a concordância entre os observadores foi baixa na avaliação das consultas gravadas.

O efeito piso encontrado nas avaliações dos itens do Hábito 2 pode representar um desconhecimento dos estudantes e residentes em “Obter a perspectiva do paciente”, que é um conceito incorporado ao atendimento centrado na pessoa (STEWART, 2014) e que ainda não faz parte da prática clínica dos estudantes avaliados. Esse resultado também pode mostrar uma limitação do instrumento em detectar mudanças sutis dos indivíduos com escores próximos ao extremo inferior (LOHR, 2000).

A boa concordância intraobservador foi semelhante ao estudo original (KRUPAT *et al.*, 2006), à validação alemã (SCHOLL *et al.*, 2014) e à francesa (BELLIER *et al.*, 2020). Assim como no estudo francês, encontramos excelentes coeficientes de alfa Cronbach. Para a concordância interobservador, encontramos resultados bem inferiores aos estudos prévios com a escala (BELLIER *et al.*, 2020; JENSEN *et al.*, 2010; KRUPAT *et al.*, 2006; SCHOLL *et al.*, 2014). Apesar de encontrarem resultados bem superiores aos nossos, Krupat *et al.* (2006) sugerem que os valores dos coeficientes interobservador foram inferiores ao esperado. Esses resultados foram justificados pelo fato de que as habilidades medidas pela escala são definidas de maneira ampla para o comportamento esperado nos diversos escores. Além disso, a presença de múltiplos escores também dificulta o consenso entre avaliadores (KRUPAT *et al.*, 2006).

Essa dificuldade de consenso é sinalizada em várias pesquisas em que a confiabilidade interobservador foi utilizada para avaliações com pontuação em escalas tipo Likert (AGRESTI, 1992; NELSON; PEPE, 2000). Além disso, a presença de três ou mais observadores também está associada com menores graus de concordância (AGRESTI, 1992; BELLIER *et al.*, 2020; KRAEMER, 1992), apesar de recomendações prévias para o uso de três observadores no cálculo dos coeficientes de confiabilidade

(LILFORD *et al.*, 2007; MOUSSA, 1985; WALTER; ELIASZIW; DONNER, 1998). Estes argumentos podem justificar os baixos valores de correlação interobservador encontrados no nosso estudo.

Outro fator que pode justificar os baixos valores de correlação entre as pontuações dos diferentes observadores é a subjetividade do construto avaliado na escala (AGRESTI, 1992) e a falta de treinamento dos observadores. O fato de termos encontrado uma alta concordância intraobservador, mesmo com 45 dias de intervalo para o reteste, sugere que exista interferência da subjetividade da avaliação, visto que o observador tende a manter a mesma resposta para o mesmo comportamento outrora avaliado.

Nossos resultados trazem à tona o papel crítico da avaliação (HOLMBOE *et al.*, 2010) no modelo acadêmico baseado em competências (HARRIS *et al.*, 2017; LOCKYER *et al.*, 2017). A EC4H configura-se como um instrumento de avaliação formativa no cenário de avaliação das competências. Nesse contexto, o estabelecimento de *feedbacks* variados e contínuos aos estudantes, a partir da avaliação de múltiplos examinadores, é importante para uma prática reflexiva e para o desenvolvimento de habilidades perenes para estudantes (HARRIS *et al.*, 2017). O uso da escala reforça o objetivo primário da avaliação, que deve ser a orientação do aprendizado e, secundariamente, o julgamento sobre a aquisição de determinada competência e a prontidão para progredir (GOVAERTS, 2008; HARRIS *et al.*, 2017).

Nesse contexto formativo, as divergências entre examinadores devem ser interpretadas positivamente. O uso de instrumentos de avaliação, como a EC4H, em uma abordagem com múltiplos avaliadores e avaliações, permite diferentes visões para uma situação. Essa abordagem ainda exige que o corpo docente se desenvolva para o julgamento de determinada competência e evita a exaustão do avaliador (HODGES, 2013; NORCINI *et al.*, 2011). Além disso, a incorporação da avaliação com o uso de um instrumento formativo exige a relação otimizada entre estudante e professor para a prática de *feedback* no ambiente educacional (WATLING *et al.*, 2013).

A partir desse paradigma de múltiplas avaliações e possibilidades de aprendizado com elas, julgamos de forma positiva os baixos valores de correlação entre o Hábito 3 (Demonstra empatia) e os domínios da EJE. Nossos resultados sugerem fraca correlação entre a empatia avaliada pelo observador e a atitude empática avaliada pelo próprio estudante. A EC4H traz a avaliação do observador

externo para o construto, já a EJE traz uma auto-avaliação do participante. A percepção de empatia pelos próprios estudantes e residentes foi diferente do comportamento avaliado pelos examinadores.

A correlação entre a autopercepção de empatia do estudante e a avaliação docente sobre seu comportamento empático inexistente na literatura científica. No entanto, assim como nos nossos resultados, a empatia avaliada pelo próprio estudante é diferente da avaliação de pacientes reais (BERNARDO *et al.*, 2018; GLASER *et al.*, 2007; KATSARI; TYRITIDOU; DOMEYER, 2020) e padronizados (GROSSEMAN *et al.*, 2014; MCTIGHE *et al.*, 2016). Tal diferença parece existir pelo fato de que, por muitas vezes, o estudante se avalia sob o viés da expectativa social sobre a atitude desejada em relação ao seu próprio comportamento empático (BERNARDO *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2017), e não por um problema dos instrumentos de avaliação. O viés da expectativa social também pode ter influenciado os resultados relacionados à autopercepção da orientação médico-paciente avaliada pela EOMP. Esses resultados reforçam a necessidade de medidas por avaliadores externos, como a EC4H, para além das tradicionais medidas de autoavaliação, para a avaliação do comportamento empático e de atitudes de estudantes e profissionais da saúde.

Teorias da psicologia social nos ajudam a entender as diferenças entre atitudes, medidas por autodescrição e comportamentos observados. Triandis (1971) aponta que “atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem e como elas gostariam de se comportar em relação a um objeto atitudinal”. Atitudes são importantes fatores na previsão do comportamento humano. Porém, o comportamento não é apenas determinado pelo que as pessoas gostariam de fazer, mas também pelo que elas pensam que devem fazer e pelas consequências esperadas de seu comportamento (AJZEN; FISHBEIN, 1977; TRIANDIS, 1971). Esse comportamento pode envolver desde ações simples, de mais fácil avaliação, a ações complexas (LIMA; D’AMORIM, 1986), como é o caso do comportamento comunicativo.

Apesar das dificuldades encontradas na comparação entre resultados da atitude autoavaliada e do comportamento observado, constatamos que a EC4H foi capaz de discriminar as diferenças comportamentais entre estudantes de medicina dos últimos anos e os residentes. Na comparação de grupos conhecidos, observamos que os residentes apresentam menores escores em todos os hábitos da EC4H em relação aos estudantes dos últimos anos do curso.

Acreditamos que escores mais baixos entre os residentes tenham uma relação com a modelagem negativa de papéis, barreiras como fadiga e restrições de tempo, falta de autoeficácia e, ainda mais importante, falta de orientação dos mentores com a perda progressiva das habilidades de comunicação nos anos de internato e residência (BOMBEKE, et.al, 2010).

Nosso estudo tem algumas limitações. Entendemos que a complexidade do comportamento avaliado e a limitação encontrada pela ausência de outras escalas que avaliam o comportamento comunicativo não permitiram validações concorrentes e convergentes com as escalas existentes no Brasil. No entanto, tais dificuldades refletem o ineditismo da EC4H como um instrumento de avaliação das habilidades de comunicação no país.

A validação brasileira da EC4H também apresenta pontos fortes. Além desse pioneirismo de validação para avaliação do comportamento em situações habituais da prática clínica, o uso de consultas gravadas em cenários reais de ensino dá autenticidade para o estudo. Cenários de práticas reais são pouco explorados em pesquisa de comunicação (BELLIER *et al.*, 2020) e parecem ter influência sobre o comportamento e a atitude dos estudantes (BOMBEKE *et al.*, 2011). A EC4H tem a vantagem de ter sido criada para aplicação em cenários reais de ensino (KRUPAT *et al.*, 2006).

Endossamos, com esta validação, a necessidade de pesquisas que envolvam e valorizem a inserção curricular de instrumentos padrões para avaliação das habilidades essenciais (CARRACCIO *et al.*, 2002; FRANK *et al.*, 2010), tais como a comunicativa, no currículo dos cursos de saúde. A inclusão de instrumentos válidos para avaliação das habilidades de comunicação permitirá o desenvolvimento de médicos e profissionais de saúde com maior competência comunicativa (HOFFMANN *et al.*, 2014). Além disso, avaliações mais coerentes são necessárias não somente no Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2014), mas nas escolas médicas do mundo (GUDE *et al.*, 2005; PERS *et al.*, 2019).

7 CONCLUSÃO

A EC4H é uma escala válida segundo as recomendações do COSMIN. A validação da EC4H no Brasil permitirá a inserção e avaliação, de forma sistemática, das habilidades comunicativas nos currículos de saúde, com a finalidade de formação de profissionais com perfis salientados nas diretrizes nacionais e internacionais do ensino em saúde. Para a completa inserção da EC4H no nosso país, será importante discutir o sistema avaliativo das escolas médicas com a valorização de avaliações de caráter formativo e definições mais detalhadas de aquisição de competências.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, I. G. *et al.* Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 44-52, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000500005>
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Ensino de Habilidades de Comunicação em Escolas Médicas no Brasil: reflexões e experiências**. Rio de Janeiro: ABEM, 2014. v. 10.
- ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION. **The Milestones Guidebook**. [s. l.]: ACGME, 2020.
- ADAMS, C. L.; KURTZ, S. M. Building on Existing Models from Human Medical Education to Develop a Communication Curriculum in Veterinary Medicine. **Journal of Veterinary Medical Education**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 28-37, mar. 2006. <https://doi.org/10.3138/jvme.33.1.28>
- AGRESTI, A. Modelling patterns of agreement and disagreement. **Statistical Methods in Medical Research**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 201-218, ago. 1992. <https://doi.org/10.1177/096228029200100205>
- AJZEN, I.; FISHBEIN, M. Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. **Psychological Bulletin**, [s. l.], v. 84, n. 5, p. 888-918, 1977. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.5.888>
- ALBERT, D. V. F. *et al.* An Objective Structured Clinical Examination of Communication Skills for Child Neurology Residents. **Pediatric Neurology**, [s. l.], v. 114, p. 68-74, jan. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2020.09.004>
- AMARAL, A. B. C. N. *et al.* Development of a Brazilian Portuguese adapted version of the Gap-Kalamazoo communication skills assessment form Development of a Brazilian Portuguese adapted version of the Gap-Kalamazoo communication skills assessment form. **International Journal of Medical Education**, [s. l.], v. 7, p. 400-405, dez. 2016. <https://doi.org/10.5116/ijme.583a.df42>
- AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION. **Report and recommendations for the reauthorization of the institute of education sciences**. Washington, D.C: AERA, 2011.
- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. **Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency- Curriculum Developers' Guide**. [s. l.]: AERA, 2014.
- AUGUSTO, M. H. O. Natural, racional, social: discussão de uma sociabilidade. **Tempo Social**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 247-257, jun. 1989. <https://doi.org/10.1590/ts.v1i1.84762>
- BALINT, E. The possibilities of patient-centered medicine. **The Journal of the Royal College of General Practitioners**, [s. l.], v. 17, n. 82, p. 269-276, maio 1969.

BALINT, M.; HUNT, J. **Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice.** [s.l.]: Routledge, 1971.

BALLESTER, D. *et al.* A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 598-606, dez. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000400016>

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>

BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, [s. l.], v. 25, n. 24, p. 3186-3191, dez. 2000. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>

BELLIER, A. *et al.* Cross-cultural adaptation of the 4-Habits Coding Scheme into French to assess physician communication skills. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 15, n. 4, abr. 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230672>

BERNARDO, M. O. *et al.* Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 13, n. 5, 31 maio 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198488>

BLANCH-HARTIGAN, D. *et al.* Gender bias in patients' perceptions of patient-centered behaviors. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 80, n. 3, p. 315-320, set. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.014>

BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. **The Lancet**, Londres, v. 1, n. 8476, p. 307-310, fev. 1986. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(86\)90837-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(86)90837-8)

BLASCO-BLASCO, M. *et al.* Barriers and facilitators to successful management of type 2 diabetes mellitus in Latin America and the Caribbean: A systematic review. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 15, n. 9, set. 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237542>

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

BOMBEKE, K. *et al.* Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 84, n. 3, p. 310-318, set. 2011. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.03.007>

BOMBEKE K, SYMONS L, DEBAENE L, DE WINTER B, SCHOL S, VAN ROYEN P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers: Patient-centredness: student and teacher experiences. **Medical Education**. 2010 Jun 15;44(7):662–73. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03627.x>

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CED nº 116/2014**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 3 jan. 2006. Assunto: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

BRICKLEY, B. *et al.* A new model of patient-centred care for general practitioners: results of an integrative review. **Family Practice**, [s. l.], out. 2019. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz063>

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**, [s. l.], v. 4, n. 3, mar. 2014. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004339>

CARRACCIO, C. *et al.* Shifting Paradigms: From Flexner to Competencies. **Academic Medicine**, [s. l.], v. 77, n. 5, p. 361-367, maio 2002. <https://doi.org/10.1097/00001888-200205000-00003>

CARRACCIO, C. *et al.* Advancing Competency-Based Medical Education: A Charter for Clinician–Educators. **Academic Medicine**, [s. l.], v. 91, n. 5, p. 645-649, maio 2016. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001048>

CASABIANCA, A. B.; PAPADIMOS, T. J.; BHATT, S. B. The Use of Standardized Patients to Evaluate Interpersonal and Communication Skills of Anesthesiology Residents: A Pilot Study. **The journal of education in perioperative medicine: JEPM**, [s. l.], v. 10, n. 2, dez. 2008. <https://doi.org/10.46374/volx-issue2-casabianca>

CATANI, R. R. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Four Habits Coding Scheme (4HCS) for teaching and assessing patient-centered communication skills in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, nov. 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00013918>

CAVERZAGIE, K. J. *et al.* Overarching challenges to the implementation of competency-based medical education. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 39, n. 6, p. 588-593, jun. 2017. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1315075>

CEGALA, D. J.; LENZMEIER BROZ, S. Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills: Physician communication skills training: theoretical backgrounds, objectives and skills. **Medical Education**, [s. l.], v. 36, n. 11, p. 1004-1016, nov. 2002. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01331.x>

CHEN, C. M. *et al.* Measuring Quality of Life in Oncologic Breast Surgery: A Systematic Review of Patient-Reported Outcome Measures: Quality of Life in Breast Surgery. **The Breast Journal**, [s. l.], v. 16, n. 6, p. 587-597, nov. 2010. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2010.00983.x>

CHIN, W.; NEWSTED, P. Structural Equation Modeling Analysis with Small Samples Using Partial Least Square. **Statistical Strategies for Small Sample Research**, [s. l.], jan. 1999.

COOK, D. A.; BECKMAN, T. J. Current Concepts in Validity and Reliability for Psychometric Instruments: Theory and Application. **The American Journal of Medicine**, [s. l.], v. 119, n. 2, fev. 2006.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.036>

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, [s. l.], v. 78, n. 1, p. 98-104, 1993.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>

COSTA, P. *et al.* Measuring Medical Students' Empathy: Exploring the Underlying Constructs of and Associations Between Two Widely Used Self-Report Instruments in Five Countries. **Academic Medicine**, [s. l.] v. 92, n. 6, p. 860-867, jun. 2017.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001449>

CRAWFORD, L. *et al.* Perceptions and barriers to competency-based education in Canadian postgraduate medical education. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 1124–1131, ago. 2020.
<https://doi.org/10.1111/jep.13371>

DAVIS, M. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 113–126, jan. 1983. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>

DE NUNZIO, C. *et al.* Patient centred care for the medical treatment of lower urinary tract symptoms in patients with benign prostatic obstruction: a key point to improve patients' care – a systematic review. **BMC Urology**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 62, dez. 2018. <https://doi.org/10.1186/s12894-018-0376-x>

DE VET, H. C. W. *et al.* When to use agreement versus reliability measures. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.] v. 59, n. 10, p. 1033-1039, out. 2006.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.10.015>

DEHLENDORF, C. *et al.* Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 215, n. 1, jul. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.173>

DEVEUGELE, M. Communication training: Skills and beyond. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 98, n. 10, p. 1287-1291, out. 2015.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.011>

DUFFY, F. D. *et al.* Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report: **Academic Medicine**, [s. l.], v. 79, n. 6, p. 495-507, jun. 2004. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00002>

ENGEL, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, [s. l.], v. 196, n. 4286, p. 129-136, 8 abr. 1977.
<https://doi.org/10.1126/science.847460>

ENGEL, G. The clinical application of the biopsychosocial model. **American Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 137, n. 5, p. 535-544, maio 1980.
<https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>

ENGLANDER, R. *et al.* Toward a Common Taxonomy of Competency Domains for the Health Professions and Competencies for Physicians: **Academic Medicine**, [s. l.], v. 88, n. 8, p. 1088-1094, ago. 2013.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31829a3b2b>

ENZER, I. A reliability study of an instrument for measuring general practitioner consultation skills: the LIV-MAAS scale. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 407-412, 1 out. 2003.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg056>

EPSTEIN, R. M. Defining and Assessing Professional Competence. **JAMA**, [s. l.], v. 287, n. 2, p. 226, 9 jan. 2002. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>

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**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 212-232, jun. 2005.
<https://doi.org/10.1177/0163278705275342>

EVANS, B. J. *et al.* A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. **British Journal of Medical Psychology**, [s. l.], v. 60, n. 4, p. 373-378, dez. 1987. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1987.tb02756.x>

FAYERS, P.; MACHIN, D. **Quality of Life The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes**. New York, NY: John Wiley & Sons, 2013.

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**, [s. l.], v. 74, n. 3, p. 323-330, mar. 2009.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.007>

FISHER, S. Doctor-patient communication: a social and micro-political performance. **Sociology of Health and Illness**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 1-29, mar. 1984.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10777349>

FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 80, n. 7, p. 594-602, 2002.

FRANK, J. R. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework: Better Standards, Better Physicians, Better Care. **The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada**, Canadá, 2005.

FRANK, J. R. *et al.* Competency-based medical education: theory to practice. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 32, n. 8, p. 638-645, ago. 2010.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>

- FRANK, J. R.; DANOFF, D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 29, n. 7, p. 642-647, jan. 2007. <https://doi.org/10.1080/01421590701746983>
- FRANKEL, R. M.; STEIN, T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. **The Journal of medical practice management: MPM**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 184-191, fev. 2001.
- FROMAN, R. D.; PELOQUIN, S. M. Rethinking the Use of the Hogan Empathy Scale: A Critical Psychometric Analysis. **American Journal of Occupational Therapy**, [s. l.], v. 55, n. 5, p. 566-572, 1 set. 2001. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.5.566>
- GEMMITI, M. *et al.* Pediatricians' affective communication behavior attenuates parents' stress response during the medical interview. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 100, n. 3, p. 480-486, mar. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.006>
- GENERAL MEDICAL COUNCIL. **Tomorrow's doctors**. Grã-Bretanha: GMC, 2009.
- GISEV, N.; BELL, J. S.; CHEN, T. F. Interrater agreement and interrater reliability: Key concepts, approaches, and applications. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 330-338, maio 2013. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.04.004>
- GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Medical Research Methodology**, [s. l.], v. 10, n. 1, dez. 2010. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>
- GLASER, K. M. *et al.* Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. **Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research**, [s. l.], v. 13, n. 7, jul. 2007.
- GOVAERTS, M. J. B. Educational competencies or education for professional competence? **Medical Education**, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 234-236, mar. 2008. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.03001.x>
- GROSSEMAN, S. *et al.* Residents' and standardized patients' perspectives on empathy: Issues of agreement. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 96, n. 1, p. 22-28, jul. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.007>
- 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**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 301-308, set. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300004>
- GUDE, T. *et al.* Comparing self-reported communication skills of medical students in traditional and integrated curricula: A nationwide study. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 58, n. 3, p. 271-278, set. 2005. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.03.001>

GUO, A.; WANG, P. The Current State of Doctors' Communication Skills in Mainland China from the Perspective of Doctors' Self-evaluation and Patients' Evaluation: A Cross-Sectional Study. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], dez. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.013>

GUSTIN, J. L. *et al.* Validation of the Family Meeting Behavioral Skills Checklist. An Instrument to Assess Fellows' Communication Skills. **Annals of the American Thoracic Society**, [s. l.], v. 13, n. 8, p. 1388-1393, ago. 2016. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201601-021OC>

HAIR, J. F.; SANT'ANNA, A. S.; GOUVÊA, M. A. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HARDEN, R. M. *et al.* AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5-From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 21, n. 6, p. 546-552, jan. 1999. <https://doi.org/10.1080/01421599978951>

HARDEN, R. M. Developments in outcome-based education. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 117-120, jan. 2002. <https://doi.org/10.1080/01421590220120669>

HARRIS, P. *et al.* Competency-based medical education: implications for undergraduate programs. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 32, n. 8, p. 646-650, ago. 2010. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.500703>

HARRIS, P. *et al.* Evolving concepts of assessment in a competency-based world. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 39, n. 6, p. 603-608, jun. 2017. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1315071>

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA LUCIO, P. **Metodología de la investigación**. 5. ed. México: McGraw-Hill, 2010.

HODGES, B. Assessment in the post-psychometric era: Learning to love the subjective and collective. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 35, n. 7, p. 564-568, jul. 2013. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.789134>

HOFFMANN, T. C. *et al.* Brief Training of Student Clinicians in Shared Decision Making: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 29, n. 6, p. 844-849, jun. 2014. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2765-5>

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. **Educational and Psychological Measurement**, [s. l.], v. 61, n. 2, p. 349-365, abr. 2001. <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>

HOJAT, M. **Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes**. New York: Springer, 2007.

HOJAT M, LOUIS DZ, MAXWELL K, MARKHAM F, WENDER R, GONNELLA JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. **Int J Med Educ**. 2010;1: 83–87. <https://doi.org/10.5116/ijme.4d00.b701>

HOJAT, M. *et al.* Empathy in Medicine National Norms for the Jefferson Scale of Empathy: A Nationwide Project in Osteopathic Medical Education and Empathy (POMEE). **The Journal of the American Osteopathic Association**, [s. l.], v. 119, n. 8, p. 520, ago. 2019. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2019.091>

HOLMBOE, E. S. *et al.* The role of assessment in competency-based medical education. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 32, n. 8, p. 676-682, ago. 2010. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.500704>

HUANG, C. *et al.* Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 103-127, abr. 2020. <https://doi.org/10.1111/jpm.12558>

HULSMAN, R. L. *et al.* Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. **Medical Education**, [s. l.], v. 33, n. 9, p. 655-668, set. 1999. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00519.x>

INSTITUTE FOR INTERNATIONAL MEDICAL EDUCATION. Global minimum essential requirements in medical education. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 130-135, jan. 2002. <https://doi.org/10.1080/01421590220120731>

JAENSCH, D.; BAKER, N.; GORDON, S. Contemporaneous patient and health professional views of patient-centred care: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 31, n. 10, p. G165-G173, dez. 2019. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz118>

JENSEN, B. F. *et al.* Interrater reliability for the Four Habits Coding Scheme as part of a randomized controlled trial. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 80, n. 3, p. 405-409, set. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.032>

JOHANSON, G. A.; BROOKS, G. P. Initial Scale Development: Sample Size for Pilot Studies. **Educational and Psychological Measurement**, [s. l.], v. 70, n. 3, p. 394-400, jun. 2010. <https://doi.org/10.1177/0013164409355692>

JOHN, J. R. *et al.* The effectiveness of patient-centred medical home model versus standard primary care in chronic disease management: protocol for a systematic review and meta-analysis of randomised and non-randomised controlled trials. **Systematic Reviews**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 215, dez. 2018. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0887-2>

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**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 165-169, 1 jun. 2010. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-10-00024.1>

JOYNER, B. D. An historical review of graduate medical education and a protocol of accreditation council for graduate medical education compliance. **Journal of Urology**, [s. l.], v. 172, n. 1, p. 34-39, jul. 2004. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000121804.51403.ef>

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

KATSARI, V.; TYRITIDOU, A.; DOMEYER, P.R. Physicians' Self-Assessed Empathy and Patients' Perceptions of Physicians' Empathy: Validation of the Greek Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy. **BioMed Research International**, [s. l.], v. 2020, p. 1-10, fev. 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/9379756>

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, [s. l.], v. 68, n. 4, p. 319-323, abr. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American Journal of Health-System Pharmacy**, [s. l.], v. 65, n. 23, p. 2276-2284, 1 dez. 2008. <https://doi.org/10.2146/ajhp070364>

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-69, jun. 2001. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000200003>

KOLLER, S. H.; CAMINO, C.; RIBEIRO, J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 43-53, dez. 2001. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2001000300004>

KOTTNER, J. *et al.* Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 64, n. 1, p. 96-106, jan. 2011. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.002>

KRAEMER, H. C. Measurement of reliability for categorical data in medical research. **Statistical Methods in Medical Research**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 183-199, ago. 1992. <https://doi.org/10.1177/096228029200100204>

KRUPAT, E. *et al.* Patient-Centeredness and its Correlates among First Year Medical Students. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 347-356, set. 1999. <https://doi.org/10.2190/DVCQ-4LC8-NT7H-KE0L>

KRUPAT, E. *et al.* The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 62, n. 1, p. 38-45, jul. 2006. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.015>

KRUPAT, E.; YEAGER, C. M.; PUTNAM, S. Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. **Psychology & Health**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 707-719, set. 2000. <https://doi.org/10.1080/08870440008405481>

KURTZ, S. *et al.* Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. **Academic Medicine**, [s. l.], v. 78, n. 8, p. 802-809, ago. 2003. <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00011>

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**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 83-89, mar. 1996. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x>

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 159-174, mar. 1977. <https://doi.org/10.2307/2529310>

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**, [s. l.], v. 8, n. 6, p. 318-324, jun. 1993. <https://doi.org/10.1007/BF02600146>

LILFORD, R. *et al.* Inter-rater reliability of case-note audit: a systematic review. **Journal of Health Services Research & Policy**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 173-180, jul. 2007. <https://doi.org/10.1258/135581907781543012>

LIMA, V. M.; D'AMORIM, M. A. A relação atitude-comportamento à luz da Teoria da Ação Racional. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, 1986.

LOCKYER, J. *et al.* Core principles of assessment in competency-based medical education. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 39, n. 6, p. 609-616, 3 jun. 2017. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1315082>

LOHR, K. N. Health Outcomes Methodology Symposium: Summary and Recommendations. **Medical Care**, [s. l.], v. 38, set. 2000. <https://doi.org/10.1097/00005650-200009002-00031>

LOHR, K. N. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and reviewcriteria. **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 193-205, 2002. <https://doi.org/10.1023/A:1015291021312>

LUNDBERG, K. L. What are internal medicine residents missing? A communication needs assessment of outpatient clinical encounters. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 96, n. 3, p. 376-380, set. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.015>

MAKIVIĆ, I.; KERSNIK, J.; KLEMENC-KETIŠ, Z. The Role of the Psychosocial Dimension in the Improvement of Quality of Care: A Systematic Review. **Slovenian Journal of Public Health**, [s. l.], v. 55, n. 1, p. 86-95, mar. 2016. <https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0004>

MAKOUL, G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. **Academic Medicine**, [s. l.], v. 76, n. 4, p. 390-393, abr. 2001a. <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>

MAKOUL, G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 45, n. 1, p. 23-34, out. 2001b. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00136-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00136-7)

MAKOUL, G.; SCHOFIELD, T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. **Patient Education and**

Counseling, [s. l.], v. 37, n. 2, p. 191-195, jun. 1999. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00023-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00023-3)

MARSHALL, M. *et al.* Unpublished rating scales: A major source of bias in randomised controlled trials of treatments for schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 176, n. 3, p. 249-252, mar. 2000. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.3.249>

MCDOWELL, I.; JENKINSON, C. Development Standards for Health Measures. **Journal of Health Services Research & Policy**, [s. l.], v. 1, n. 4, p. 238-246, out. 1996. <https://doi.org/10.1177/135581969600100410>

MCGAGHIE, W. C. **Competency-based curriculum development in medical education: an introduction**. Geneva: World Health Organization, 1978.

MCHORNEY, C. A.; TARLOV, A. R. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 293-307, ago. 1995. <https://doi.org/10.1007/BF01593882>

MCHUGH, M. L. Interrater reliability: the kappa statistic. **Biochemia Medica**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 276-282, 2012. <https://doi.org/10.11613/BM.2012.031>

MCKENZIE, C. T. Instructor and Dental Student Perceptions of Clinical Communication Skills via Structured Assessments. **Journal of Dental Education**, [s. l.], v. 80, n. 5, p. 563-568, maio 2016. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2016.80.5.tb06116.x>

MCTIGHE, A. J. *et al.* Correlation Between Standardize Patients' Perceptions of Osteopathic Medical Students and Students' Self-Rated Empathy. **The Journal of the American Osteopathic Association**, [s. l.], v. 116, n. 10, p. 640, out. 2016. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2016.127>

MEHRABIAN, A.; EPSTEIN, N. A measure of emotional empathy1. **Journal of Personality**, [s. l.], v. 40, n. 4, p. 525-543, dez. 1972. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x>

MERCER SW, MAXWELL M, HEANEY D AND WATT GCM. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. **Family Practice** 2004; 21: 701–707. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance: **Academic Medicine**, [s. l.], v. 65, n. 9, set. 1990. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>

MITCHELL, J. D. *et al.* The Impact of a Resident Communication Skills Curriculum on Patients' Experiences of Care: **A & A Case Reports**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 65-75, fev. 2016. <https://doi.org/10.1213/XAA.0000000000000277>

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, [s. l.], v. 84, n. 3, p. 332-337, set. 2011.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.001>

MOKKINK, L. *et al.* Protocol of the COSMIN study: COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments. **BMC Medical Research Methodology**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 2, dez. 2006. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-2>

MOKKINK, L. B. *et al.* Evaluation of the methodological quality of systematic reviews of health status measurement instruments. **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 313-333, abr. 2009. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9451-9>

MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 539-549, maio 2010a. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>

MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 63, n. 7, p. 737-745, jul. 2010b. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>

MOKKINK, L. B. *et al.* COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 27, n. 5, p. 1171-1179, maio 2018. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1765-4>

MOORE, P.; GÓMEZ, G.; KURTZ, S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. **Atención Primaria**, [s. l.], v. 44, n. 6, p. 358-365, jun. 2012. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.008>

MOORHEAD, R.; WINEFIELD, H. Teaching Counselling Skills to Fourth-year Medical Students: A Dilemma Concerning Goals. **Family Practice**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 343-346, 1991. <https://doi.org/10.1093/fampra/8.4.343>

MORETO, G. *et al.* Assessing empathy among medical students: A comparative analysis using two different scales in a Brazilian medical school. **Educación Médica**, [s. l.], v. 19, p. 162-170, out. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.019>

MOUSSA, M. A. A. The measurement of interobserver agreement based on categorical scales. **Computer Programs in Biomedicine**, [s. l.], v. 19, n. 2-3, p. 221-228, jan. 1985. [https://doi.org/10.1016/0010-468X\(85\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0010-468X(85)90014-5)

NELSON, J. C.; PEPE, M. S. Statistical description of interrater variability in ordinal ratings. **Statistical Methods in Medical Research**, [s. l.], v. 9, n. 5, p. 475-496, out. 2000. <https://doi.org/10.1177/096228020000900505>

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**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270, jun. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200014>

- NOLDUS, L. P. *et al.* The Observer Video-Pro: New software for the collection, management, and presentation of time-structured data from videotapes and digital media files. **Behavior Research Methods, Instruments, & Computers**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 197-206, mar. 2000. <https://doi.org/10.3758/BF03200802>
- NORCINI, J. *et al.* Criteria for good assessment: Consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 206-214, mar. 2011. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.551559>
- NUNES, S. O. V. *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. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100018>
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>
- PARLE, M.; JONES, B.; MAGUIRE, P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. **Psychological Medicine**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 735-744, jul. 1996. <https://doi.org/10.1017/S0033291700037752>
- PARO, H. B. *et al.* Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 73, dez. 2012. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-73>
- PASQUALI, L. **Psicometria teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2009.
- PELLEGRINO, E. D. Toward a Reconstruction of Medical Morality. **The American Journal of Bioethics**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 65-71, mar. 2006. <https://doi.org/10.1080/15265160500508601>
- PENDLETON, D. **The Consultation: an approach to learning and teaching**. 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**, [s. l.], v. 91, n. 1, p. 37-43, abr. 2013. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.014>
- PERS, M. *et al.* Clinical communication course and other factors affecting patient-centered attitudes among medical students. **Folia Med Cracov**, [s. l.], 2019.
- 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**, [s. l.], v. 96, n. 3, p. 411-418, set. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.013>
- PFEIFFER, C. *et al.* The rise and fall of students' skill in obtaining a medical history. **Medical Education**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 283-288, maio 1998. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1998.00222.x>

PITTMAN, J.; BAKAS, T. Measurement and Instrument Design: **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, [s. l.], v. 37, n. 6, p. 603-607, 2010.
<https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181f90a60>

POLIT, D. F. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 52, n. 11, p. 1746-1753, nov. 2015. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002>

PORTER, R. **The Cambridge illustrated history of medicine**. 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**, São Carlos, v. 16, n. 2, p. 85-93, abr. 2012.
<https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000012>

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-673, ago. 2007.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>

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**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, mar. 2008.
<https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>

RIBEIRO, M. M. F.; KRUPAT, E.; AMARAL, C. F. S. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. **Medical Teacher**, [s. l.] v. 29, n. 6, jan. 2007.
<https://doi.org/10.1080/01421590701543133>

RINGLE, C.; SILVA, D.; BIDO, D. DE S. Modelagem de Equações Estruturais com Utilização do Smartpls. **Revista Brasileira de Marketing**, [s. l.], v. 13, n. 2, maio 2014. <https://doi.org/10.5585/remark.v13i2.2717>

ROACH, K. Measurement of Health Outcomes: Reliability, Validity and Responsiveness. **Journal of Prosthetics and Orthotics**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 8-12, 2006. <https://doi.org/10.1097/00008526-200601001-00003>

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**, [s. l.], v. 52, n. 484, p. 889-893, nov. 2002.

ROGERS, C. **On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy**. New York: Houghton Mifflin Harcourt, 2012.

ROGERS, C. **Client-centred therapy**. London: Constable & Robinson Ltd., 2003.

ROLFE, A. *et al.* Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], 4 mar. 2014.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004134.pub3>

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 93-102, jun. 2006. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100007>

ROTER, D. L.; HALL, J. A. **Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits**. Westport, Conn.: Auburn House, 1993.

ROTER, D. L. *et al.* Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. **Archives of Internal Medicine**, [s. l.], v. 155, n. 17, p. 1877-1884, set. 1995. <https://doi.org/10.1001/archinte.155.17.1877>

ROUSSON, V.; GASSER, T.; SEIFERT, B. Assessing intrarater, interrater and test-retest reliability of continuous measurements. **Statistics in Medicine**, [s. l.], v. 21, n. 22, p. 3431-3446, nov. 2002. <https://doi.org/10.1002/sim.1253>

SALMOND, S. S. Evaluating the Reliability and Validity of Measurement Instruments: **Orthopaedic Nursing**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 28-30, jan. 2008. <https://doi.org/10.1097/01.NOR.0000310608.00743.54>

SATHANAPALLY, H. *et al.* Priorities of patients with multimorbidity and of clinicians regarding treatment and health outcomes: a systematic mixed studies review. **BMJ Open**, [s. l.], v. 10, n. 2, fev. 2020. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033445>

SCARPELLINI GR, CAPELLATO G, RIZZATTI FG, SILVA GA, BADDINI-MARTINEZ JA. CARE Scale of Empaty: translation to the Portuguese spoken in Brazil and initial validation results. **Medicina (São Paulo)**. 2014;47: 51–58. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i1p51-58>

SCHEFFER, S. *et al.* Assessing students' communication skills: validation of a global rating. **Advances in Health Sciences Education**, [s. l.], v. 13, n. 5, p. 583-592, dez. 2008. <https://doi.org/10.1007/s10459-007-9074-2>

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**, [s. l.], v. 94, n. 2, p. 224-229, fev. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.006>

SHUMWAY, J. M.; HARDEN, R. M. AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 569-584, nov. 2003. <https://doi.org/10.1080/0142159032000151907>

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**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 7-13, 2010. <https://doi.org/10.1007/BF03355111>

SIJTSMAN, K. On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. **Psychometrika**, [s. l.], v. 74, n. 1, p. 107-120, mar. 2009. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>

SILVERMAN, J.; KURTZ, S. M.; DRAPER, J. **Skills for communicating with patients**. 3. ed. New York: Radcliffe Publishing, 2013.

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**, [s. l.], v. 5, p. 212-218, dez. 2014. <https://doi.org/10.5116/ijme.5454.c665>

SIMPSON, J. G. *et al.* The Scottish doctor--learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 136-143, jan. 2002. <https://doi.org/10.1080/01421590220120713>

SKILLINGS, J. L.; PORCERELLI, J. H.; MARKOVA, T. Contextualizing SEGUE: Evaluating Residents' Communication Skills Within the Framework of a Structured Medical Interview. **Journal of Graduate Medical Education**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 102-107, mar. 2010 <https://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00030.1>.

SMITH, R. C. The Effectiveness of Intensive Training for Residents in Interviewing: A Randomized, Controlled Study. **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 128, n. 2, p. 118, jan. 1998. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-128-2-199801150-00008>

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**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 268-274, abr. 2011. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, jul. 2017. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>

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

STEWART, M. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Brasil: Artmed, 2010.

STEWART, M. **Patient-centered medicine: transforming the clinical method**. 3. ed. London: Radcliffe Publishing, 2014.

STEWART, M. A. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 167-175, 1984. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90284-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90284-3)

STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **CMAJ: Canadian Medical Association journal**, [s. l.], v. 152, n. 9, p. 1423-1433, maio 1995.

STRAUSS, M. E.; SMITH, G. T. Construct validity: advances in theory and methodology. **Annual Review of Clinical Psychology**, [s. l.], v. 5, p. 1-25, 2009. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153639>

STREINER, D. L. Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. **Journal of Personality Assessment**, [s. l.], v. 80, n. 1, p. 99-103, fev. 2003. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18

SUMPTON, D. *et al.* Patients' Perspectives and Experience of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Studies. **Arthritis Care & Research**, [s. l.], v. 72, n. 5, p. 711-722, maio 2020. <https://doi.org/10.1002/acr.23896>

TAYLOR, K. Paternalism, participation and partnership—The evolution of patient centeredness in the consultation. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 74, n. 2, p. 150-155, fev. 2009. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.017>

TEN CATE, O. *et al.* Entrustment Decision Making in Clinical Training: **Academic Medicine**, [s. l.], v. 91, n. 2, p. 191-198, fev. 2016. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001044>

TERWEE, C. B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 34-42, jan. 2007. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

TERWEE, C. B. *et al.* Methodological Quality of Studies on the Measurement Properties of Neck Pain and Disability Questionnaires: A Systematic Review. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 261-272, maio 2011. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2011.04.003>

TRIANDIS, H. C. **Attitude and attitude change**. New York: Wiley, 1971.

VAN DER VLEUTEN, C. P. M. *et al.* The assessment of professional competence: building blocks for theory development. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 703-719, dez. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.04.001>

WALTER, S. D.; ELIASZIW, M.; DONNER, A. Sample size and optimal designs for reliability studies. **Statistics in Medicine**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 101-110, jan. 1998. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(19980115\)17:1<101::AID-SIM727>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(19980115)17:1<101::AID-SIM727>3.0.CO;2-E)

WATLING, C. *et al.* Music lessons: revealing medicine's learning culture through a comparison with that of music. **Medical Education**, [s. l.], v. 47, n. 8, p. 842-850, ago. 2013. <https://doi.org/10.1111/medu.12235>

WHITEHOUSE, C. R. The teaching of communication skills in United Kingdom medical schools. **Medical Education**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 311-318, jul. 1991. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1991.tb00072.x>

WILLIAMS, B. W. *et al.* Miller's Pyramid and Core Competency Assessment: A Study in Relationship Construct Validity. **Journal of Continuing Education in the Health**

Professions, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 295-299, out. 2016.
<https://doi.org/10.1097/CEH.000000000000117>

WONG, E.; MAVONDO, F.; FISHER, J. Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: a systematic review of the evidence. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 530, dez. 2020.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05383-3>

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. **WFME global standards for quality improvement**. [s. l.]: WFME, 2003.

XIONG, Y. *et al.* Development and Validation of Online Textual Pediatrician-Parent Communication Instrument Based on the SEGUE Framework. **BioMed Research International**, [s. l.], v. 2019, p. 1-8, 28 abr. 2019.
<https://doi.org/10.1155/2019/8638174>

AL JABRI, F. *et al.* A systematic review of healthcare professionals' core competency instruments. **Nursing & Health Sciences**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 87-102, mar. 2021.
<https://doi.org/10.1111/nhs.12804>

ZANDBELT, L. C. *et al.* Coding patient-centred behaviour in the medical encounter. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 61, n. 3, p. 661-671, ago. 2005.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.006>

ZANDBELT, L. C. *et al.* Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 63, n. 4, p. 899-910, ago. 2006. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.024>

ZHOU, Q. *et al.* Communication skills of providers at primary healthcare facilities in rural China. **Hong Kong Medical Journal**, [s. l.], jun. 2020.
<https://doi.org/10.12809/hkmj198246>

ZILL, J. M. *et al.* Measurement of physician-patient communication--a systematic review. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 9, n. 12, 2014.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112637>

APÊNDICE A – 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

APÊNDICE B – 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

APÊNDICE C - 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

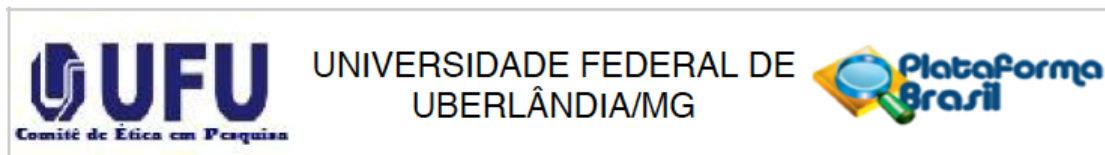
© Copyright The Permanente Medical Group, Inc. Todos direitos reservados.
 Não reproduzir sem autorização. Contato para autorização: rae.oser@kp.org

APÊNDICE D– ESCALA DE CODIFICAÇÃO DE QUATRO HÁBITOS (EC4H)

ESCALA DE CODIFICAÇÃO DE QUATRO HÁBITOS (EC4H)					
Estudante/Profissional saúde:			Ano/período do curso:		
Avaliador:			Data:		
HÁBITO 1. INVESTE NO INÍCIO				CÓDI GO	ESCO RE
A	Cumprimenta cordialmente	O (a) paciente é cumprimentado de maneira pessoal e cordial (por exemplo, o (a) profissional de saúde pergunta ao (à) paciente como ele(a) gosta de ser chamado(a), usa o nome do(a) paciente).	5		
		O (a) paciente é cumprimentado pelo (a) profissional de saúde, que demonstrou reconhecê-lo (a), mas sem grande cordialidade ou personalização.	3		
		O cumprimento ao (à) paciente é superficial, impessoal ou inexistente	1		
B	Demonstra familiaridade	O (a) profissional de saúde demonstra clara familiaridade com a história/prontuário do (a) paciente (por exemplo, menciona exames recentemente realizados ou informação de consulta com base em anotações feitas anteriormente no prontuário).	5		
		O (a) profissional de saúde faz alguma referência a consultas passadas ou à história, porém não demonstra muita familiaridade com tais informações.	3		
		O (a) profissional de saúde precisa recorrer ao prontuário continuamente para se familiarizar com o caso ou não relaciona a consulta atual com a história ou prontuário do (a) paciente (ou nem mesmo tem o prontuário).	1		
C	Envolve-se em conversas sobre assuntos gerais	O (a) profissional de saúde faz comentários não-médicos, a fim de deixar o (a) paciente à vontade.	5		
		O (a) profissional de saúde esforça para estabelecer rápida/ superficial conversa sobre assuntos gerais (não demonstra grande interesse, mantém uma rápida conversa antes de continuar).	3		
		O (a) profissional de saúde vai direto ao assunto sem nenhuma tentativa de iniciar conversas sobre assuntos gerais (ou interrompe o paciente de forma brusca e abrupta ou, se mais tarde na consulta, demonstra apenas interesse passageiro).	1		
D	Estilo de perguntas	O (a) profissional de saúde tenta identificar o(s) problema(s) utilizando principalmente perguntas abertas (faz perguntas de forma que permita ao (à) paciente contar sua história com o mínimo de interrupções ou perguntas fechadas).	5		
		O (a) profissional de saúde tenta identificar o(s) problema(s) utilizando uma combinação de perguntas abertas e fechadas (possivelmente inicia com perguntas abertas, mas rapidamente reverte para perguntas fechadas).	3		
		O (a) profissional de saúde tenta identificar o(s) problema(s) utilizando, principalmente, perguntas fechadas (estilo staccato - de forma rápida e com interrupções bruscas).	1		
E	Aborda outras queixas (além da principal)	O (a) profissional de saúde incentiva o (a) paciente a prolongar a conversa sobre as suas queixas (por exemplo, usando diversos continuadores como Ahã, Conte-me mais, Continue).	5		
		O (a) profissional de saúde não interrompe o (a) paciente nem demonstra muito interesse em saber mais (escuta, mas não incentiva uma conversa mais aprofundada).	3		
		O (a) profissional de saúde interrompe ou impede o (a) paciente de falar mais sobre suas queixas (está claramente desinteressado).	1		
F	Obtém a agenda completa (queixas, preocupações, sentimentos e expectativas) do paciente	O (a) profissional de saúde esforça para obter toda as queixas do paciente por meio da elaboração da agenda nos primeiros momentos da consulta (o (a) profissional de saúde faz mais do que simplesmente investigar a primeira queixa estabelecida).	5		
		O (a) profissional de saúde faz alguma referência a outras queixas possíveis, ou pergunta rapidamente sobre elas antes de explorar a queixa principal do paciente ou faz uma agenda no decorrer da consulta.	3		
		O (a) profissional de saúde explora imediatamente a queixa principal sem esforçar para descobrir outras possíveis queixas do (a) paciente.	1		
				Σ	

HÁBITO 2. OBTÉM A PERSPECTIVA DO PACIENTE			CÓDIGO	ESCORE
A	Compreensão do(a) paciente sobre o problema	O (a) profissional de saúde demonstra grande interesse em explorar o entendimento do (a) paciente sobre o problema (por exemplo, pergunta ao (à) paciente o que os sintomas significam para ele(a)).	5	
		O (a) profissional de saúde demonstra pouco interesse ou interesse superficial em compreender o entendimento do (a) paciente sobre o problema.	3	
		O (a) profissional de saúde não faz esforço/não demonstra interesse em compreender a perspectiva do (a) paciente.	1	
B	Objetivos da consulta	O (a) profissional de saúde pergunta (ou responde com interesse) sobre o que o (a) paciente espera obter da consulta (por exemplo, podem ser expectativas gerais ou pedidos específicos como remédios ou receitas).	5	
		O (a) profissional de saúde demonstra interesse em ter uma rápida noção do que o (a) paciente espera obter da consulta, mas muda de assunto rapidamente.	3	
		O (a) profissional de saúde não faz esforço em descobrir (não demonstra interesse) o que o (a) paciente espera obter da consulta.	1	
C	Impacto na vida	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)	5	
		O (a) profissional de saúde tenta descobrir rapidamente/demonstra apenas algum interesse em como o problema está afetando o estilo de vida do (a) paciente.	3	
		O (a) profissional de saúde não faz esforço em descobrir/ não demonstra interesse em como o problema está afetando o estilo de vida do (a) paciente.	1	
			Σ	
HÁBITO 3. DEMONSTRA EMPATIA			CÓDIGO	ESCORE
A	Incentiva a expressão de emoções	O (a) profissional de saúde incentiva abertamente/é receptivo à expressão de emoção (por exemplo, usa continuadores ou pausas apropriadas (emite sinais verbais ou não verbais de que está tudo bem em expressar sentimentos)).	5	
		O (a) profissional de saúde demonstra relativamente pouco interesse ou incentivo à expressão de emoção do (a) paciente; ou permite que emoções sejam expressas, mas incentiva ativa ou sutilmente o (a) paciente a continuar.	3	
		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).	1	
B	Aceita sentimentos	O (a) profissional de saúde faz comentários demonstrando de forma clara aceitação/validação dos sentimentos do (a) paciente (por exemplo, "Eu me sentiria da mesma forma..." "Eu posso entender como isso preocuparia você...").	5	
		O (a) profissional de saúde reconhece rapidamente os sentimentos do (a) paciente, mas não faz esforço para demonstrar aceitação/aprovação.	3	
		O (a) profissional de saúde não faz esforço para responder a/ validar os sentimentos do (a) paciente, ou possivelmente os menospreza ou desafia (por exemplo, "É ridículo estar tão preocupado com...").	1	
C	Identifica sentimentos	O (a) profissional de saúde faz claro esforço ou tenta de forma clara explorar os sentimentos do(a) paciente ao identificá-los ou nomeá-los (por exemplo, "Então, como isso faz você se sentir?", "Parece-me que você está um pouco ansioso (a) com isso...").	5	
		O (a) profissional de saúde faz rápida referência aos sentimentos do (a) paciente, mas não os explora, identificando ou nomeando-os.	3	
		O (a) profissional de saúde não faz esforço em identificar os sentimentos do (a) paciente.	1	
D	Demonstra bom comportamento não verbal	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.	5	
		O comportamento não verbal do (a) profissional de saúde não demonstra grande interesse nem desinteresse (ou comportamentos no decorrer da consulta são inconsistentes).	3	
		O (a) profissional de saúde tem um comportamento não verbal que demonstra falta de interesse e/ou preocupação e/ou conexão (por exemplo, pouco ou nenhum contato visual, posicionamento do corpo ou uso de espaço inapropriado, voz entediada).	1	
			Σ	

HÁBITO 4. INVESTE NO FIM			CÓDIGO	ESCORE
A	Utiliza as vivências e percepções do paciente como referência (para o compartilhamento de informações)	O (a) profissional de saúde expõe o diagnóstico e outras informações relevantes utilizando expressões semelhantes às usadas pelo (a) paciente na apresentação inicial das queixas.	5	
		O (a) profissional de saúde faz um esforço rápido e superficial de expor o diagnóstico e as informações com base nas preocupações do (a) paciente.	3	
		O (a) profissional de saúde expõe o diagnóstico e informações utilizando expressões médicas, sem incorporar expressões semelhantes às usadas pelo (a) paciente na apresentação inicial das queixas.	1	
B	Concede tempo para assimilação	O (a) profissional de saúde pausa após dar a informação com a intenção de permitir que o (a) paciente reaja e absorva o que foi dito.	5	
		O (a) profissional de saúde faz uma rápida pausa para a reação do (a) paciente, mas continua rapidamente (deixando a impressão de que o (a) paciente possa não ter absorvido completamente a informação).	3	
		O (a) profissional de saúde dá informações e continua rapidamente sem dar ao (a) paciente a oportunidade de reagir (deixa a impressão de que o(a) paciente não se lembrará da informação de forma apropriada ou não a entenderá completamente).	1	
C	Dá explicações claras	A informação é dada de forma clara e com pouco ou nenhum uso de jargões.	5	
		A informação contém alguns jargões e é, de certa forma, difícil de compreender.	3	
		A informação é dada usando uma linguagem técnica ou além da compreensão do (a) paciente (indicando que o (a) paciente provavelmente não entendeu a informação completamente ou corretamente).	1	
D	Oferece uma explicação para os exames	O (a) profissional de saúde explica de forma completa/clara o motivo dos exames e tratamentos atuais, passados ou futuros para que o (a) paciente possa entender o significado deles para o diagnóstico e o tratamento.	5	
		O (a) profissional de saúde apenas explica resumidamente o motivo dos exames e tratamentos.	3	
		O (a) profissional de saúde sugere/solicita exames e tratamentos, dando a ele/ela pouca ou nenhuma explicação sobre eles.	1	
E	Avalia a compreensão	O (a) profissional de saúde avalia de forma eficaz a compreensão do (a) paciente.	5	
		O (a) profissional de saúde avalia rapidamente ou de forma ineficaz a compreensão do (a) paciente.	3	
		O (a) profissional de saúde não faz esforço para descobrir se o (a) paciente entendeu o que foi dito.	1	
F	Envolve em decisões	O (a) profissional de saúde incentiva claramente e convida o (a) paciente a participar do processo de tomada de decisão.	5	
		O (a) profissional de saúde demonstra pouco interesse em convidar o (a) paciente a participar do processo de tomada de decisão, ou responde às tentativas de envolvimento do (a) paciente com pouco entusiasmo.	3	
		O (a) profissional de saúde não demonstra interesse em ter o envolvimento do (a) paciente ou desencoraja/ignora ativamente as tentativas do(a) paciente de fazer parte do processo de tomada de decisão.	1	
G	Explora a aceitabilidade do plano terapêutico	O (a) profissional de saúde explora a aceitabilidade do plano terapêutico, demonstrando disponibilidade para negociar, se necessário.	5	
		O (a) profissional de saúde faz uma rápida tentativa de descobrir a aceitabilidade do plano terapêutico e prossegue rapidamente.	3	
		O (a) profissional de saúde dá recomendações para o tratamento com pouco ou nenhum esforço de obter a aceitação do (a) paciente para (vontade ou probabilidade em seguir) o plano terapêutico.	1	
H	Explora barreiras	O (a) profissional de saúde explora possíveis dificuldades para a adesão ao plano terapêutico.	5	
		O (a) profissional de saúde explora rapidamente as possíveis dificuldades para a adesão ao plano terapêutico.	3	
		O (a) profissional de saúde não faz menção se existem dificuldades para a adesão ao plano terapêutico.	1	
I	Incentiva perguntas	O (a) profissional de saúde incentiva e pede abertamente para o (a) paciente fazer perguntas adicionais (e as responde com, pelo menos, algum detalhamento).	5	
		O (a) profissional de saúde permite que o paciente faça perguntas adicionais, mas não o (a) incentiva a fazer perguntas nem as responde com muitos detalhes.	3	
		O (a) profissional de saúde não faz esforço em solicitar que o (a) paciente faça perguntas adicionais ou, na maioria das vezes, as ignora, se feitas sem sua solicitação.	1	
J	Planeja o acompanhamento	O (a) profissional de saúde faz planos compreensíveis e específicos para o acompanhamento após a consulta.	5	
		O (a) profissional de saúde menciona o acompanhamento, mas não faz planos específicos.	3	
		O (a) profissional de saúde não menciona planos de acompanhamento.	1	
			Σ	

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**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

ANEXO B – ESCALA JEFFERSON DE EMPATIA (EJE)

Escala Jefferson de Empatia Médica – Versão para Estudantes

Por favor, indique o seu nível de concordância com as seguintes afirmações:

(Assinale a opção escolhida na seguinte escala com um ; em caso de erro, preencha por completo o quadrado ■ e assinale com um a opção correta)

	Discordo fortemente					Concordo fortemente	
	1	2	3	4	5	6	7
1. A compreensão dos médicos em relação aos sentimentos dos seus pacientes e de seus familiares não tem influência no tratamento clínico ou cirúrgico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem os seus sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Compreender a linguagem não verbal (corporal) é tão importante quanto compreender a linguagem verbal nas relações médico-paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante ao se obter a história clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia o resultado dos tratamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os médicos deveriam tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando estão cuidando deles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os pacientes valorizam a compreensão que o médico tem dos seus sentimentos, o que é terapêutico por si próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos; assim, os laços emocionais estabelecidos entre médicos e seus pacientes não têm influência significativa no tratamento clínico ou cirúrgico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que se passa na sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e à sua linguagem corporal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e das famílias dos seus pacientes é um componente importante da relação médico-paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Portuguese (Brazil) translation by Helena Paro, Iolanda Tibério and Renata Daud-Galloti, University of São Paulo, Brazil

For permission to use the scale contact: Empathy.Scales@Jefferson.edu

© Jefferson Medical College, All rights reserved

