

Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS

Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Thiago Vianna Rodrigues

**IMPACTO DO *ROLE PLAY* NA MUDANÇA DE PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE DE
MEDICINA SOBRE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DEMONSTRADAS EM
VÍDEO DE CONSULTA ORTOPÉDICA**

Belo Horizonte

2018

Thiago Vianna Rodrigues

**IMPACTO DO *ROLE PLAY* NA MUDANÇA DE PERCEÇÃO DO ESTUDANTE DE
MEDICINA SOBRE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DEMONSTRADAS EM
VÍDEO DE CONSULTA ORTOPÉDICA**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado
Profissional em Ensino em Saúde da Universidade
José do Rosário Vellano para a obtenção do título de
Mestre em Ensino em Saúde**

Orientadora: Profa. Rosa Malena Delbone de Faria

Belo Horizonte

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

61-057:617.3

R696i

Rodrigues, Thiago Vianna.

Impacto do *Role Play* na mudança da percepção do estudante de medicina sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de consulta ortopédica [manuscrito] / Thiago Vianna Rodrigues. -- Belo Horizonte, 2018.

54f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2018.

Orientador : Prof^a. Dr^a. Rosa Malena Delbone de Faria.

1. *Role-Play*. 2. Habilidades de comunicação. 3. Ortopedia.
I. Faria, Rosa Malena Delbone de. II. Título.

Bibliotecária responsável: Kely A. Alves CRB6/2401



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano Dozza

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretor de Pesquisa e Pós-graduação

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Vice-diretora de Pesquisa e Pós Graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

Certificado de Aprovação

“IMPACTO DO ROLE PLAY NA MUDANÇA DE PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA SOBRE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DEMONSTRADAS EM VÍDEO DE CONSULTA ORTOPÉDICA.”

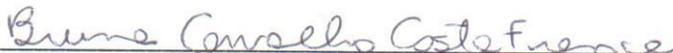
AUTOR: Thiago Vianna Rodrigues

ORIENTADORA: Profa. Dra. Rosa Malena Delbone de Faria

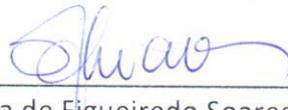
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Profa. Dra. Rosa Malena Delbone de Faria



Profa. Ms. Bruna Carvalho Costa França



Profa. Dra. Taciana de Figueiredo Soares

Belo Horizonte, 25 de maio de 2018.



Prof. Dr. Antônio Carlos de Castro Toledo Jr
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS

RESUMO

A mudança da percepção do estudante de medicina sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de consulta ortopédica foi avaliada após intervenção, utilizando-se o *Role Play* e a Aula Expositiva. Metodologia: Estudo experimental em Educação Médica, em que se comparou a percepção de estudantes do 4º Ano do curso de medicina da UNIFENAS, Campus Alfenas, sobre habilidades de comunicação ao assistirem ao filme de um atendimento clínico em ortopedia, antes e após intervenção. Os estudantes foram divididos em dois grupos. Os dois grupos assistiram a um vídeo de consulta ortopédica e registraram suas percepções relacionadas às habilidades de comunicação em um instrumento semiestruturado. Em seguida, o Grupo Controle teve uma aula expositiva e o Grupo Teste desenvolveu uma sessão de *Role Play*, ambas *sobre* habilidades de comunicação. Uma semana após, os dois grupos assistiram ao mesmo vídeo e realizaram novo registro sobre suas percepções relacionadas às habilidades de comunicação, em instrumento idêntico ao anterior. A percepção de cada estudante foi avaliada por meio dos registros realizados antes e após intervenção. Resultados: Os Grupos Teste (n=15) e Controle (n=18) foram pareados quanto à idade, sexo e desempenho acadêmico no curso de medicina, para evitar vieses no estudo. Os resultados não mostraram diferenças estatisticamente significantes quanto à intervenção, tanto intragrupo quanto intergrupos, apesar de várias evidências científicas apontarem para a relevância da técnica de *Role Play* no treinamento de habilidades de comunicação, Conclusão: Tanto o *Role Play* quanto a aula expositiva não influenciaram de forma significativa a percepção dos alunos sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de consulta ortopédica. Possíveis limitações do estudo: 1. Tamanho da amostra para mostrar o efeito da intervenção; 2. O vídeo da consulta explicitou de forma muito clara a inabilidade de comunicação do médico; 3. O fato de a aula expositiva ter acontecido para apenas 18 alunos pode ter favorecido a interação entre professor e estudante e dificultado a diferença de resultado entre as duas intervenções; 4. O tempo de uma semana entre as fases pode ter propiciado a troca de informações entre os grupos.

Palavras-chave: *Role-Play*. Habilidades de comunicação. Ortopedia.

ABSTRACT

The change in the perception of the medical student about communication skills demonstrated in a orthopedic appointment video was evaluated after intervention using Role Play and expository class. Methodology: Experimental study in medical education, in which compared the perception of students of the 4th year of the UNIFENAS medical school, Alfenas Campus, about the use of communication skills when watching the film of a clinical care in orthopedics, before and after intervention. The students were divided into two groups. The two groups watched an orthopedic appointment video and recorded their perceptions related to communication skills in a semi-structured instrument. Then , the Control Group had an expositive class and the Test Group developed a Role Play session, both about communication skills. One week later, both groups watched the same video and perfomed a new register about their perceptions related to communication skills, in an equal instrument to the previous one. The perception of each student was evaluated through records made before and after intervention. Results: The Test Groups (n = 15) and Control Groups (n = 18) were matched according to age, sex, and academic perfomance in medicine course , to avoid bias in the study. The results did not show statistically significant differences as to the intervention, both intragroup and intergroup, although several scientific evidences point to the relevance of the Role Play technique in the training of communication skills. Conclusion: Both Role Play and expository class did not influence significantly students' perceptions about communication skills demonstrated in orthopedic appointment video. Possible study limitations: 1. Insufficient sample size to show effect of intervention; 2. The video of the appointment explained very clear the inability of the doctor's communication; 3. The fact that the expository class has happened to only 18 students may have favored the interaction between teacher and student and may have hampered the difference of the result between the two interventions; 4. The time of one week between the phases may have allowed the exchange of information between the groups.

Keywords: Role-Play. Communication skills. Orthopedics.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANASEM	Avaliação Nacional Seriada do Estudante de Medicina
AVACIP	Avaliação do Atendimento Clínico Integral à Pessoa
DCNM	Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina
Matriz REVALIDA	Matriz de Correspondência Curricular em Medicina para Revalidação de Diplomas obtidos no exterior
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição dos 33 alunos participantes do estudo, por meio da análise comparativa entre Grupo Teste e Grupo Controle quanto às variáveis sexo, idade e rendimento geral acadêmico.....	32
Tabela 2	- Análise comparativa entre os alunos participantes e não participantes do estudo em relação ao desempenho geral acadêmico.....	33
Tabela 3	- Demonstração da ausência de influência dos fatores Grupo e Fase na percepção sobre Habilidades de Comunicação entre os participantes do estudo, com base no total de acertos obtidos na avaliação dos registros no questionário antes e após a intervenção.....	34
Tabela 4	- Distribuição das notas dos estudantes em relação à percepção sobre Habilidades de Comunicação em vídeo de consulta Ortopédica, de acordo com o grupo e a fase do estudo.....	35
Tabela 5	- Análise da influência dos fatores Grupo e Fase relacionada à percepção dos pontos negativos (habilidades de comunicação ausentes) no vídeo de atendimento clínico em ortopedia, utilizando-se análise de variância baseado num modelo de medidas repetidas (ANOVA).....	37
Tabela 6	- Comparação das notas dos participantes de acordo com o total de acertos relacionados à percepção dos pontos negativos (habilidades de comunicação ausentes) no vídeo de atendimento clínico em ortopedia, quanto aos fatores Grupo e Fase.....	37

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Desenho do estudo apresentada em um fluxograma Fase 1 e Fase 2...	17
Figura 2	Grupo Teste (à esquerda) durante a sessão de <i>Role Play</i> e Grupo Controle (à direita) durante Aula Expositiva na Fase 1.....	23
Gráfico 1	- Boxplot da distribuição dos alunos participantes e não participantes do estudo de acordo com o desempenho geral acadêmico.....	33
Gráfico 2	- Evolução da média total de acertos relacionada à percepção dos participantes sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de atendimento clínico em Ortopedia, de acordo com os Grupos (Teste e Controle) e as Fases 1 e 2 do estudo.....	36
Gráfico 3	- Boxplot da distribuição do total de acertos obtidos na avaliação dos participantes do Grupo Teste e do Grupo Controle, nas Fases 1 e 2 do estudo, demonstra a semelhança no desempenho dos dois Grupos em relação à percepção sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de atendimento clínico em ortopedia, quanto aos fatores Grupo e Fase do estudo.....	36
Gráfico 4	- As médias de acerto total dos pontos negativos (ausência de habilidades de comunicação) percebidos pelos participantes em vídeo de atendimento clínico em Ortopedia tanto do Grupo Teste (n=13) quanto do Grupo Controle (n=18), nas Fases 1 e 2.....	38
Gráfico 5	- Boxplot da distribuição do total de acertos relacionados à percepção dos participantes sobre os pontos negativos (ausência de habilidades de comunicação) em vídeo de atendimento clínico em Ortopedia em relação aos fatores Grupo e Fase do estudo.....	38

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	15
3.1	Objetivo geral	15
3.2	Objetivos específicos	15
4	METODOLOGIA	16
4.1	Desenho do Estudo	16
<i>4.1.1</i>	<i>Análise dos dados</i>	<i>27</i>
<i>4.1.2</i>	<i>Apuração da pontuação dos alunos</i>	<i>27</i>
4.2	Análise estatística	28
4.3	Probabilidade de significância (p)	31
5	RESULTADOS	31
6	DISCUSSÃO	39
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	42
8	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICES	47
	ANEXOS	48

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a metodologia de ensino direcionada à Ortopedia e Traumatologia, no Brasil, apoia-se nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). A entidade, fundada em 1935, tem atuado nessa área desde 1940, época em que a Ortopedia passou a ser considerada uma disciplina autônoma e obrigatória em todas as escolas médicas do país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 2017).

Sob o ponto de vista de especialidade médica, Karam e Lopes (2005) destacam que uma avaliação criteriosa é realizada pela SBOT para certificar a formação de médicos residentes em Ortopedia e Traumatologia. Um programa de ensino e de treinamento correspondente a todas as áreas relacionadas à especialidade é publicado anualmente pela SBOT, contendo não somente o conteúdo teórico mínimo, mas também os métodos de ensino e de avaliação que devem ser aplicados pelas instituições médicas. Por outro lado, o que diz respeito às competências gerais em Ortopedia para a formação médica no curso de graduação em medicina ainda não está tão bem estabelecido.

Refletindo sobre a docência em Ortopedia no curso médico e buscando compreender as competências essenciais da especialidade para a formação na graduação e consultando fontes oficiais do Ministério da Educação, órgão regulador do ensino superior no Brasil, é possível deparar-se com a Matriz de Correspondência Curricular em Medicina para Revalidação de Diplomas obtidos no exterior (BRASIL, 2009), com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina (BRASIL, 2014) e com o programa da Avaliação Nacional Seriada do Estudante de Medicina (BRASIL, 2016) que são confluentes ao apontarem que a formação médica deve possibilitar ao estudante de Medicina, durante o curso de graduação, o desenvolvimento de comportamento humanista, crítico e reflexivo e de habilidades de comunicação frente a atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas.

Considerando-se as competências essenciais em ortopedia na formação de um médico generalista de acordo com documentos oficiais do Ministério da Educação foi organizado pelo autor, para efeito didático, dois domínios:

Domínio do Conhecimento: Lesões fundamentais. Lesões epifisárias na infância e na adolescência. Politraumatismo. Fraturas e luxações. Deformidades congênitas e adquiridas. Lesões de esforço repetitivo. Infecções osteoarticulares: tuberculose, osteomielite, artrite séptica. Tumores ósseos. Reabilitação; próteses e aparelhos. Prevenção em ortopedia e traumatologia. Impacto do trauma sobre o paciente e a família.

Domínio de Habilidades e Atitudes:

- Abordagem ao paciente e exame clínico. Entendimento das etapas e as habilidades de comunicação utilizadas na consulta centrada na pessoa e nas relações.
- Utilização de habilidades de comunicação na interlocução com pacientes e/ou seus responsáveis legais e demais componentes da equipe profissional nos diversos níveis e contextos de atenção à saúde, com abordagem centrada na pessoa.
- Capacidade de comunicar-se por meio de diferentes recursos e linguagens (escrita, verbal e não verbal), no contexto de atenção à saúde, pautado nos princípios éticos e humanísticos.
- Informação e educação de seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação.
- Diagnóstico por imagem.
- Aspectos práticos e legais do ato médico.
- Atuação em equipe multiprofissional.

Com base nos domínios expostos, as escolas médicas têm buscado propiciar a seus estudantes diferentes oportunidades para a aquisição de habilidades de comunicação, visto a necessidade crescente de formação de um médico que também seja um bom comunicador. Para conquistar esse resultado, atualmente, muitas escolas médicas têm adotado estratégias e técnicas educacionais baseadas em simulação, que permitem a aquisição de habilidades de comunicação a partir de simulações de situações práticas em ambientes controlados e supervisionados. Conceitualmente, a simulação possibilita que futuros profissionais vivenciem a representação de uma experiência real, com o objetivo de avaliar as possíveis reações humanas ou o andamento de determinado sistema ou processo (RABELO; GARCIA, 2015).

As habilidades de comunicação podem ser treinadas, utilizando-se ensino de curto tempo (intensivo) em que se usam aulas teóricas, discussões e encenação prática, que pode ser o *Role Play*, com uma eficiente melhora da capacidade de comunicação, conforme estudo de Alexander et al. (2006). Todavia, sabe-se que é a exposição em longo prazo que garantirá o uso adequado dessas habilidades no cotidiano de prática. Berkhof et al. (2011) salientam que um bom programa de treinamento para aquisição de habilidades de comunicação deve conter estratégias ativas e orientadas para a prática, principalmente com apresentações orais, deixando informações escritas como material para suporte.

Chan et al. (2003) concluíram que as habilidades de comunicação podem ser efetivamente melhoradas entre experientes médicos por meio de uma combinação de ensinamentos de grande e médio grupos, usando *Feedback* adequado e até mesmo sem supervisão individual intensiva.

Outra maneira eficaz de se treinar a habilidade de comunicação é utilizando vídeos das encenações. Fertleman, Gibbs e Eisen (2005) desenvolveram um estudo com vídeo por meio de seu trabalho com estudantes do segundo ano de medicina, treinando habilidades de comunicação com uso de vídeos de encenações. He et al. (2011) afirmam que os vídeos podem fornecer exemplos úteis para encenações das habilidades de comunicação, ajudar a desempenhar os papéis das encenações, melhorar a compreensão das habilidades de comunicação e a colaboração com o aprendiz a partir da observação das atitudes dos colegas durante a encenação.

Pode-se lançar mão também das encenações sem edições de vídeo, por meio de uso de pequenos grupos, tendo sempre um *feedback* adequado e discussão após o fim das encenações, em que o aluno é orientado de forma salutar pelo professor para solucionar suas dúvidas e evitar a ansiedade gerada na relação com os pacientes, conforme Jackson e Back (2011).

Em meio às técnicas de simulação existentes, um dos destaques para o treinamento em habilidades de comunicação é o *Role-Play*. Nesse caso, os alunos são estimulados a interpretar um papel específico em determinada situação, sob a orientação de um tutor. Os participantes devem atuar da forma mais próxima possível à realidade, obtendo como resultado um amplo aprendizado de como proceder diante do contexto proposto (RABELO; GARCIA, 2015). Apesar de seu uso generalizado, ou seja, adaptável a diferentes

circunstâncias, o *Role-Play* é definido de forma consistente na literatura científica em educação como um método de simulação que reconhece a importância do contexto social da aprendizagem. Especificamente nos cursos de Medicina, a técnica é capaz de auxiliar o estudante a vivenciar encontros clínicos reais, entre outras situações correspondentes (NESTEL; TIERNEY, 2007).

São etapas envolvidas no planejamento educacional de uma sessão de *Role-Play*:

I. Descrição do Contexto

Considerar o momento em que a atividade educacional será realizada, observando: o nível do estudante no curso, o modelo do currículo, as estratégias educacionais vivenciadas, a disciplina/módulo em que a atividade está situada, etc.

II. Objetivo Geral de Aprendizagem da Atividade

Resultado final que se pretende atingir com a realização da atividade.

III. Objetivos Específicos de Aprendizagem da Atividade

Detalhamento do objetivo geral, especificando as etapas e a forma de aquisição.

IV. Elaboração do *Script*

Elaboração da situação problema a ser interpretada pelos estudantes. Considerar a relevância (motivação intrínseca) e o contexto.

V. Descrição dos recursos didáticos necessários para o desenvolvimento da atividade

A realização do *Role-Play* não necessita de ambientes específicos e nem recursos tecnológicos complexos, o que torna o uso da técnica muito factível.

VI. Explicação da atividade aos estudantes

É função de o tutor explicar o passo a passo da atividade aos estudantes, orientar os papéis a serem desenvolvidos e estimular a participação dos estudantes sendo isso fundamental para realização da atividade, pois esse passo, se não feito adequadamente, pode comprometer todo o resultado. Exemplo: *Role-Play* de uma consulta médica – papéis de médico, paciente e observadores.

VII. Execução da sessão de *Role-Play*

Cumprir o tempo estabelecido para início e término da atividade, mantendo o grupo atento à atividade, de forma que o momento realmente permita aprendizagem e não seja desvirtuado por falta de seriedade dos envolvidos.

VIII. *Feedback* educacional

Etapa formativa da sessão permite reflexão sobre a própria prática e a melhora da *performance*. O *feedback* realizado pelo tutor deve observar as recomendações de Nicol e Macfarlane-Dick (2006), sendo: Descritivo e sem conotação de julgamento. Específico. Focado no comportamento e não na personalidade do indivíduo. Oferecido em benefício do indivíduo. Constituído de sugestões e formulação de alternativas e não de prescrições. Limitado à quantidade de informações que o indivíduo pode assimilar; Restrito ao que pode ser modificado.

Considerando a relevância da aquisição de habilidades de comunicação pelo estudante de Medicina, a disciplina de Ortopedia também constitui um *locus* para oportunizar o desenvolvimento dessas habilidades para o atendimento dos portadores de doenças e de traumas ortopédicos. As lesões ortopédicas são usualmente dolorosas, o que gera maior ansiedade, impaciência e, por vezes, agressividade por parte do paciente, necessitando uma postura mais acolhedora do médico. Sabidamente, por se tratar de uma especialidade cirúrgica, o ortopedista tende a uma maior objetividade durante o atendimento, focando na lesão e não no indivíduo, o que pode gerar insatisfação e possíveis conflitos. Tendo em vista o papel formador do docente na disciplina de Ortopedia, o desenvolvimento de habilidades de comunicação nos estudantes, relacionadas ao atendimento do portador de trauma ortopédico, deve fazer parte dos resultados esperados na disciplina.

Como Moura (2016) ressaltou em sua Tese de Doutorado, o atendimento clínico centrado na doença transforma a consulta em um interrogatório, não tendo o paciente, na maioria das vezes, oportunidade de expressar suas opiniões e seus sentimentos relacionados à doença que o atinge. Por outro lado, a ideia de que as pessoas podem ter doenças em comum, porém responder a elas de formas diferentes, apontou para a necessidade de que o atendimento clínico, a avaliação da doença e a percepção da pessoa sobre o seu adoecimento fossem reconsideradas. No contexto do atendimento clínico centrado na pessoa, necessário se faz a escuta atenta do médico em relação à percepção única e diferenciada da experiência de adoecer do paciente, abordando aspectos biopsicossociais, levando ao compartilhamento de decisões e de responsabilidades entre médico e paciente. A qualidade da comunicação médico paciente e suas consequências no sucesso terapêutico têm sido alvo de pesquisas nas últimas décadas.

Segundo o *Kalamazoo Consensus Statement* (JOYCE; STEENBERGH; SCHER, 2010), uma efetiva comunicação médico-paciente deve conter os seguintes elementos: construção da relação, abertura da discussão, coleta de informações, compreensão na perspectiva do paciente, compartilhamento de informações, concordância entre os problemas, planos e desfecho. Esses itens mostram a importância da utilização de técnicas de habilidades de comunicação em consultas médicas e indicam a necessidade de se fornecer treinamento para os futuros médicos.

Esse novo olhar sobre o atendimento clínico tem sido responsável por várias mudanças na Educação Médica Brasileira. Com base nisso e observando a relevância do aprendizado de habilidade de comunicação não só para a graduação, como também para o especialista, foi realizado um estudo experimental em educação médica, cuja intervenção avaliou o impacto do uso do *Role-Play* na percepção dos estudantes do 4º ano do curso de Medicina da UNIFENAS, câmpus Alfenas, sobre habilidades de comunicação demonstradas em um vídeo de consulta ortopédica.

2 JUSTIFICATIVA

A Ortopedia e Traumatologia no currículo do curso de graduação de Medicina UNIFENAS, câmpus Alfenas, localiza-se no 4º Ano, inserida no módulo de Clínica Cirúrgica, contemplando o domínio de Conhecimento de acordo com fontes oficiais do MEC. Entretanto, no que tange ao domínio de Habilidades e Atitudes, ainda não há a realização de atividades educacionais que oportunizem o desenvolvimento de habilidades de comunicação, o que justificou a realização deste estudo, utilizando o *Role- Play* para propiciar a aprendizagem de habilidades de comunicação a estudantes de medicina, com vistas ao atendimento clínico centrado na pessoa no contexto da disciplina de Ortopedia do curso de Medicina UNIFENAS, câmpus Alfenas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estudar o impacto do *Role-Play* na mudança de percepção do estudante de medicina sobre Habilidades de Comunicação demonstradas em vídeo de consulta ortopédica.

3.2 Objetivos específicos

Avaliar a mudança de percepção dos estudantes de medicina sobre habilidades de comunicação ao assistirem vídeo de consulta ortopédica, antes e após ser oportunizada a aprendizagem de habilidades de comunicação, utilizando-se a técnica de *Role-Play* e de Aula Expositiva.

Avaliar a diferença entre as duas intervenções, *Role Play* e Aula Expositiva, sobre a percepção dos estudantes de medicina, relacionada às habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de consulta ortopédica.

4 METODOLOGIA

Foi conduzido um estudo experimental em educação médica, testando-se o impacto do *Role-Play* na mudança de percepção de estudantes de medicina sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de uma consulta ortopédica.

4.1 Desenho do Estudo

FASE 1

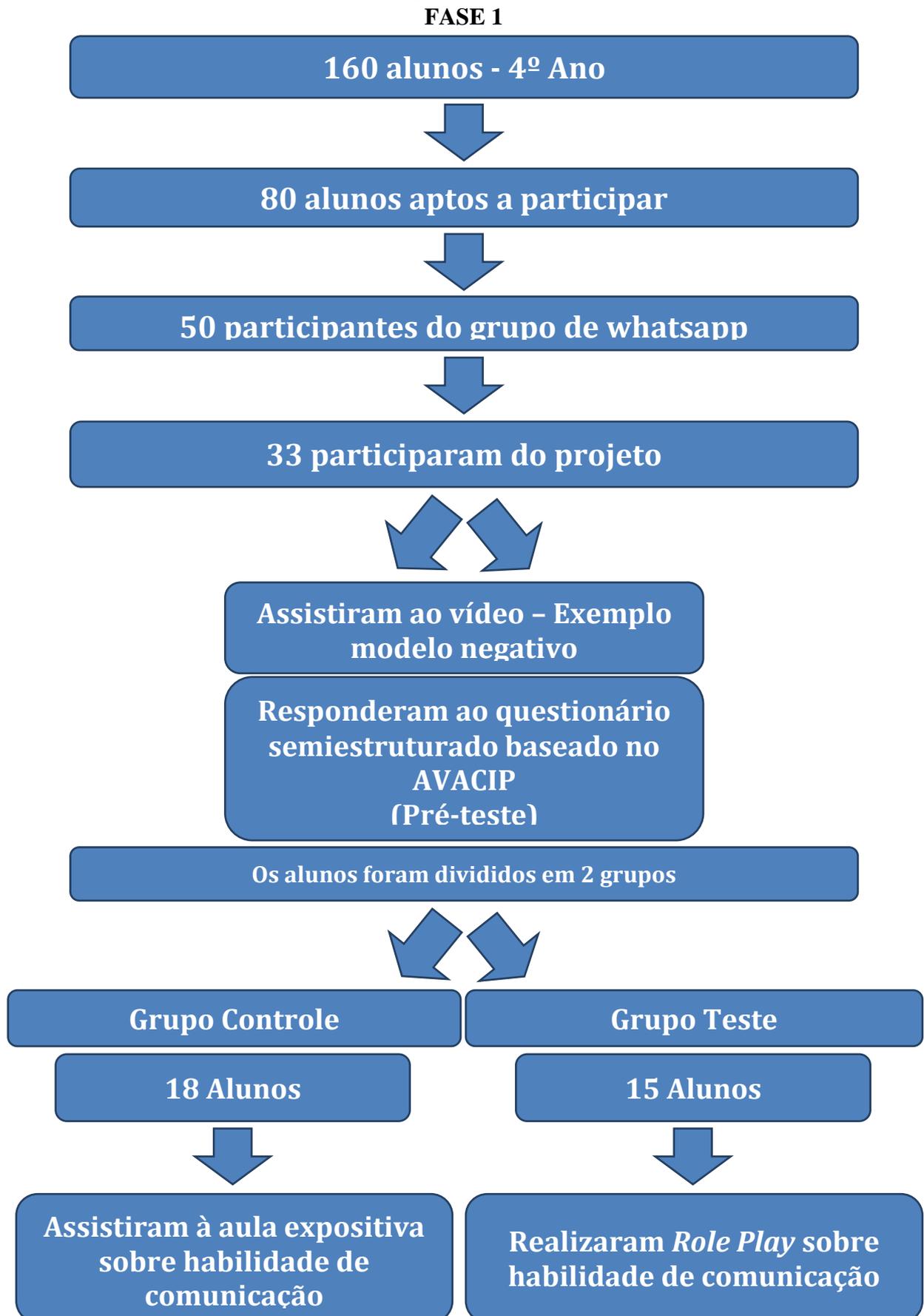
Os participantes do estudo foram alocados em dois grupos pareados, a priori, por sexo, idade e desempenho geral acadêmico. Um grupo foi denominado Grupo Controle (GC) e o outro, Grupo Teste (GT). Os participantes dos dois grupos assistiram a um filme de uma consulta médica ortopédica, com duração de oito minutos, cujo exemplo modelo era negativo, relacionado para habilidades de comunicação. Finalizado o vídeo, os estudantes registraram, individualmente, em um instrumento semiestruturado, baseado no AVACIP (FRANÇA, 2014) (APÊNDICE A e ANEXO A respectivamente), suas percepções relacionadas às habilidades de comunicação demonstradas pelo médico no vídeo.

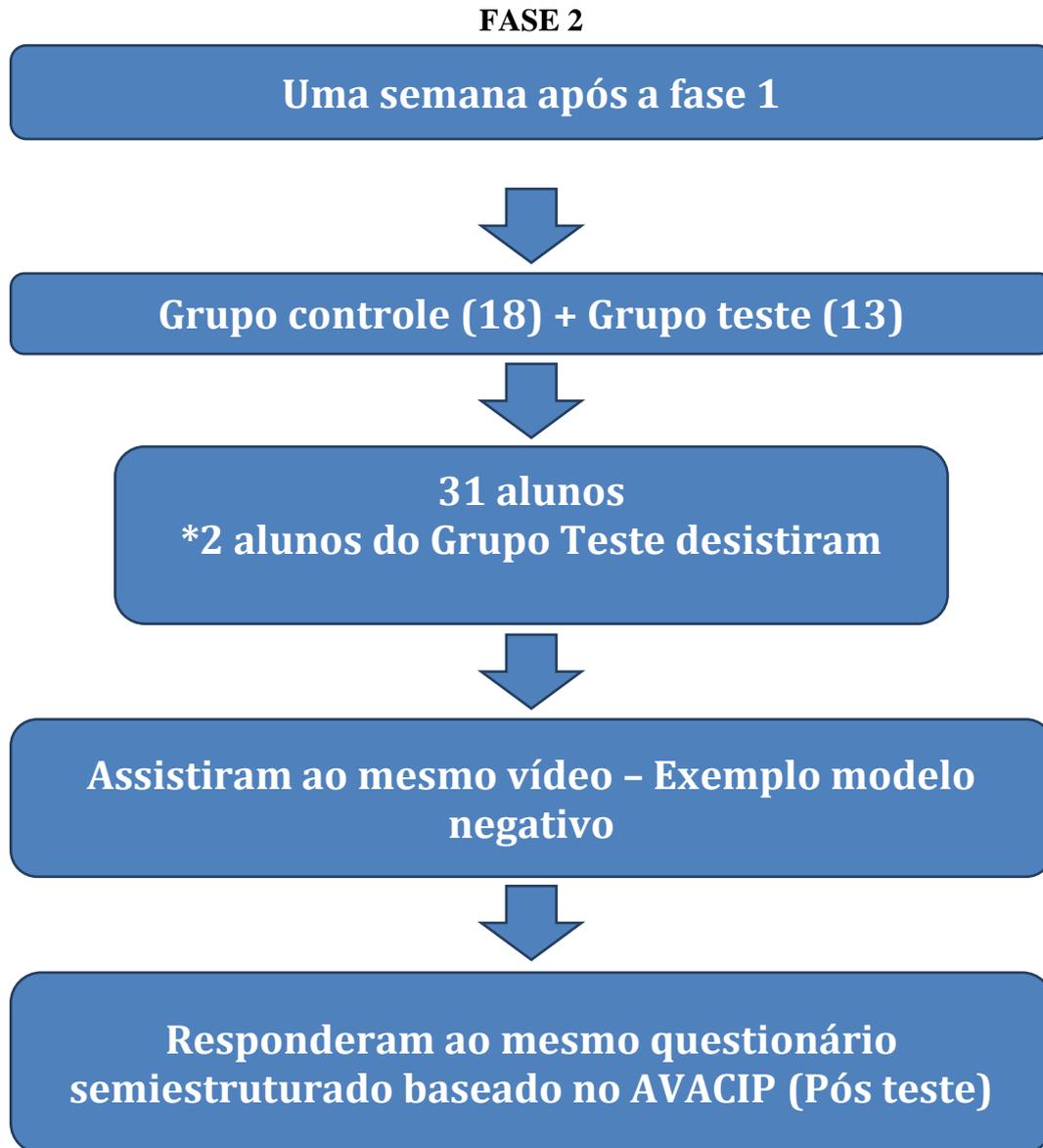
Em seguida, os dois grupos foram separados e submetidos a intervenções distintas; GC a uma aula expositiva sobre Habilidades de Comunicação, enquanto GT realizou uma sessão de Role-Play sobre o mesmo tema. As intervenções tiveram duração em torno de 01 hora (60 minutos) e foram realizadas pelo mesmo professor. A primeira intervenção foi com o CG. O GT, enquanto aguardava a intervenção, ficou sob os cuidados do pesquisador.

FASE 2

Uma semana após a intervenção, os dois grupos assistiram novamente ao mesmo vídeo e, novamente registraram, no mesmo instrumento semiestruturado, suas percepções sobre habilidades de comunicação demonstradas pelo médico durante a consulta ortopédica. A FIG. 1 sintetiza em um fluxograma o estudo realizado, permitindo uma visão geral do desenho que será detalhado a seguir.

Figura 1 – Síntese do desenho do estudo apresentada em um fluxograma





- **Participantes**

Os participantes do estudo foram estudantes do 4º Ano do curso de Medicina UNIFENAS, câmpus Alfenas. O 4º Ano do curso possuía 160 estudantes regularmente matriculados; desse universo, 80 já haviam cursado Ortopedia e Traumatologia no módulo de Clínica Cirúrgica.

- **Recrutamento dos Participantes**

O planejamento do processo de recrutamento dos estudantes observou as 12 dicas de recrutamento sugeridas por Kaba e Beran (2014), da Universidade de Calgary, no Canadá,

considerando: as expectativas geradas pelo processo de recrutamento; o tempo e a energia gastos na elaboração do processo; a realidade sobre os recursos disponíveis; o envolvimento de pessoas interessadas em ajudar a equipe de pesquisadores, criando-se um burburinho sobre o estudo; a utilização de diversos meios de comunicação e de divulgação para chamar a atenção dos estudantes; o apoio de voluntários que possuísem bom vínculo com os participantes, incluindo os pares; a atenção ao tempo disponível para a participação dos possíveis recrutados; a otimização da relação interpessoal para intensificação de vínculo entre os pesquisadores e os futuros participantes; o acompanhamento, de perto, dos participantes, antes e durante o processo; a realização de *feedback* com os envolvidos; a viabilização de incentivo aos participantes; a manutenção da motivação.

Utilizando essas dicas, o autor efetivamente conseguiu recrutar os participantes por meio de um burburinho inicial e de convites pessoais e de contatos individuais com cada um, já que havia sido professor da turma. Além disso, contou com o apoio direto de estudantes que exerciam liderança na turma e gozavam da simpatia entre os colegas. Após essa primeira etapa, criou-se um grupo no *Whats App* integrado pelo pesquisador principal e os estudantes interessados em participar da pesquisa e, quase que diariamente, eram enviadas mensagens de incentivo à participação, criando assim um clima de expectativa entre os participantes. Outro incentivo importante foi a comunicação prévia, pelo *Whats App*, de que haveria lanche para os participantes nas duas Fases do estudo, com uma confraternização entre o pesquisador e os participantes na modalidade “Churrasco”.

O número de participantes que inicialmente se comprometeu a participar do estudo e assinou o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) correspondeu a 50 estudantes, entretanto, por motivos diversos, 17 estudantes desistiram do estudo antes do início da Fase 1, totalizando uma população de 33 participantes na primeira fase, e desses, apenas 31 concluíram a Fase 2. As razões alegadas pelos dois estudantes como justificativa para a desistência foram de ordem pessoal, porém depois se soube tratar-se de um evento esportivo entre faculdades de Medicina de Minas Gerais que havia sido remarcado justamente no fim de semana da Fase 1, o que com certeza influenciou na ausência de alguns alunos.

O TCLE, assinado pelos participantes, serviu como base de garantia do resguardo dos princípios éticos da pesquisa e dos riscos oferecidos.

O estudo foi considerado de risco mínimo para os participantes, aqui definido como o dispêndio de tempo para a execução do experimento, que totalizou oito horas, divididas em duas etapas de quatro horas cada uma, com intervalo de uma semana entre elas.

A seleção dos participantes foi feita por conveniência, considerando-se que só participaram do estudo os estudantes que concordaram em fazê-lo.

Seguiram-se critérios de inclusão e exclusão, sendo eles;

A. Critérios de inclusão:

- Estudantes regularmente matriculados no 4º ano do curso de Medicina, que já haviam cursado Ortopedia e Traumatologia no módulo de Clínica Cirúrgica, e que concordaram em participar do estudo.

B. Critérios de exclusão:

- Estudantes que ainda não haviam cursado ou estavam cursando Ortopedia e Traumatologia no momento do estudo;
- Alunos que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Alunos que, em qualquer momento do estudo, desistiram de participar.

Abaixo segue a descrição do processo metodológico do estudo:

A. FASE 1

I - Pré-Intervenção - Os alunos dos dois grupos assistiram a um filme (exemplo modelo negativo) sobre atendimento clínico a um paciente com trauma ortopédico, especialmente desenvolvido para o estudo e com duração de oito minutos.

O exemplo modelo ou *modeling example* é uma estratégia instrucional utilizada para favorecer o processo de aprendizagem, em que exemplos modelos, visuais ou não, são elaborados para treinamento de determinadas habilidades, como por exemplo, de atendimento clínico. Podem-se elaborar exemplos de modelos corretos ou não. Usualmente, contam com a participação do professor e são filmados, para posterior disponibilização para o aprendizado, de modo a estimular a reflexão dos alunos sobre o exemplo apresentado e sobre sua própria prática. O aprendizado baseado em exemplos modelo ou *modeling example* ocorre por meio da observação e da reflexão, tornando consciente o inconsciente, o que leva a uma mudança

comportamental (CRUESS et al., 2006; VAN GOG; RUMMEL, 2010; PASSI et al., 2013; HOOGERHEIDE; LOYENS; VAN GOG, 2014).

O vídeo demonstrou um exemplo modelo negativo relacionado à habilidades de comunicação do médico durante o atendimento clínico ao paciente. Os autores tomaram cuidado para que o vídeo da consulta ficasse o mais próximo do real, para não correrem o risco de torná-lo caricato. Tratava-se de um vídeo amador, realizado nas dependências da UNIFENAS-BH, sendo utilizada uma sala de atendimento clínico. Os atores escolhidos foram um médico Ortopedista convidado (que fez o papel do médico atendente), uma aluna de iniciação científica (paciente atendida), o mestrando (acompanhante da paciente) e uma funcionária da UNIFENAS-BH (papel de secretária). O filme constou de um atendimento em Ortopedia em Pronto Socorro, em que a paciente tinha história de entorse de tornozelo e se apresentava com dor e bastante aflita e ansiosa, pois estava em folga e deveria retornar a sua cidade onde estudava e estava acompanhada pelo tio.

O médico foi bastante objetivo em sua abordagem, não sendo deseducado, mas não dando a atenção devida, fazendo um atendimento rápido, objetivo e não muito esclarecedor, além de não desligar o celular durante o atendimento, o que aborreceu o tio que acompanhava a paciente. Ao final do atendimento, o médico se despediu sem pegar na mão da paciente e já pegou o celular sem nem orientar a saída à doente. O vídeo foi gravado por quatro vezes até que se chegasse a uma situação que ficasse o mais próximo da realidade.

Os estudantes deveriam observar pontos positivos e negativos da consulta em vídeo. Exemplos de pontos positivos que poderiam ser elencados pelo aluno: i. o médico cumprimentou a paciente; ii. tratou o paciente pelo nome; iii. escutou atentamente; iv. informou os achados do exame físico; v. discutiu o resultado do exame complementar; vi. discutiu e explicou o tratamento. Os pontos negativos poderiam ser resumidos aqui na ausência dos pontos positivos descritos. No vídeo, o médico mostrou-se displicente em vários momentos como: não desligou o celular durante o atendimento; valorizou pouco as queixas relatadas pela paciente; mostrou-se apressado durante o atendimento; não se preocupou com a aliança terapêutica; desconsiderou as consequências da lesão osteomuscular na vida da paciente; demonstrou impaciência quando questionado.

Após o filme, os alunos registraram suas percepções sobre o atendimento, por meio de um instrumento semiestruturado, baseado no AVACIP (Avaliação do Atendimento Clínico Integral à Pessoa), proposto por França em sua tese de mestrado (2014) em que, livremente, escreveram sobre os seguintes momentos do atendimento: 1. Início do atendimento; 2. Expectativa da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento; 3. Utilização de propedêutica complementar e 4. Avaliação, planejamento e aliança terapêutica. Os alunos foram orientados a enfatizar os pontos positivos e aqueles que poderiam ser melhorados, assim como observações adicionais. Foi se orientado que os mesmos apontassem no instrumento pelo menos três pontos negativos ou positivos sobre o atendimento em cada domínio do instrumento. Essas anotações deveriam ser pontuais e sucintas para melhor avaliação pelo realizador do projeto. O instrumento utilizado está disponível no APÊNDICE A. Duração da atividade: 30 minutos.

Figura 2 - Grupo Teste (à esquerda) durante a sessão de *Role Play* e Grupo Controle (à direita) durante Aula Expositiva na Fase 1.



II - Intervenção

Grupo Controle (GC) – atividade iniciada 20 minutos após o Pré-Teste

O GC participou de uma aula expositiva sobre habilidades de comunicação para o atendimento clínico centrado na pessoa no contexto da Ortopedia, ministrada por um professor convidado, para evitar que houvesse qualquer intervenção do autor do projeto em possível resultado.

Duração da atividade no geral: 1 hora. (desde a entrada dos alunos até sua saída)

A aula expositiva abordou os seguintes aspectos necessários às habilidades de comunicação relacionada ao atendimento clínico, de acordo com França (2014):

1. Início do atendimento

Apresentar a pessoa como um ser humano: Senhor, Senhora, Senhorita, Pastor, Padre, etc., utilizando o nome completo (acrescendo a soletração se necessário). Incluir a idade (ou data de aniversário). Incluir uma breve descrição das condições atuais de moradia, situação familiar e comunitária da pessoa, sua profissão, interesses especiais, etc. Indicar a forma como a pessoa gostaria de ser chamada/tratada. Atualizar periodicamente.

2. Perspectivas da pessoa em relação ao atendimento

“Preocupação” é mais abrangente e menos ambígua que “queixa”. Utilizar as próprias palavras da pessoa. Evitar o vocabulário biomédico, salvo se a pessoa o utilizar.

Perspectiva da pessoa (o “sofrimento ou o adoecimento”).

Possíveis temas incluem: 1. Entendimento da pessoa sobre a doença ou incapacidade (causas, diagnóstico, prognóstico e manejo); 2. Impacto da doença ou da incapacidade ou atendimento médico sobre a vida da pessoa, seu trabalho e suas relações, sendo especialmente importante o sofrimento físico, mental e emocional, p. ex., a experiência específica da pessoa com a perda (de independência, de funções, em geral, de status, da certeza ou do controle), dor, preocupação e medo; 3. Os objetivos da pessoa em relação a própria saúde; 4. As expectativas da pessoa em relação ao atendimento médico. Se apropriado, as preferências da pessoa em relação aos cuidados ao final da vida.

3. Utilização de Propedêutica Complementar

Perspectiva biomédica: 1. Registrar os exames complementares necessários para o esclarecimento do diagnóstico; 2. Registrar os resultados dos exames solicitados.

Perspectiva da pessoa - Informar à pessoa a necessidade da realização dos exames complementares para a elucidação do diagnóstico e registrar no prontuário. O registro deve observar os itens relacionados a: 1. Compreensão da pessoa sobre cada exame proposto; 2. Explicação da aplicabilidade de cada exame proposto, em linguagem adequada à compreensão da pessoa; 3. Expectativa da pessoa sobre a realização do (s) exame (s); 4. Preocupações da pessoa em relação à execução do(s) exame(s) (modo de coleta, preparo para o exame) e possíveis riscos decorrentes do procedimento. 5. Outras dúvidas da pessoa relacionadas ao procedimento. 6. Concordância da pessoa em realizar a propedêutica laboratorial sugerida. 7. Explicação dos resultados exames e as possíveis correlações clínicas e terapêuticas, além das limitações que possam trazer à vida da pessoa.

4. Avaliação e Planejamento e Aliança terapêutica

“Perspectivas da pessoa” clinicamente significativas (p. ex., entendimento ruim de sua condição médica, medo ou preocupações importantes, expectativa não realista sobre o atendimento médico) identificadas na HDA ou, posteriormente, ao longo da consulta, devem ser registradas por escrito.

Após apresentar e justificar, com base em evidências científicas, a proposta do plano do cuidado, estabelecer e registrar a aliança terapêutica.

Passos para estabelecimento da aliança: 1. Escutar a pessoa sobre o plano exposto; 2. Esclarecer as dúvidas; 3. Mencionar efeitos colaterais de medicamentos propostos; 4. Explicitar as limitações diárias que o tratamento poderá trazer; 5. Permitir que a pessoa tenha liberdade para concordar ou não com o plano proposto; 6. Garantir que, independentemente da concordância, o cuidado à pessoa será garantido por você e 7. Discutir e estabelecer o cronograma do acompanhamento clínico.

Grupo Teste (GT) – atividade iniciada 1h e 20 minutos após o pré-teste.

O grupo teste, por sua vez, foi exposto ao mesmo tema com o uso da técnica de *Role-Play*, que também foi realizada sob a tutoria do mesmo professor convidado que ministrou a aula expositiva.

Duração da atividade no geral: 1 hora. (desde a entrada dos alunos até sua saída)

Etapas da atividade do GT:

- a. Explicação, pelo professor, da sessão de *Role Play* e dos papéis (10 minutos);
- b. Encenação (20 minutos).

Papéis desenvolvidos no *Role-Play*:

b.1. Médico atendente – aluno que atende a intérprete do *script* pré-estabelecido pelo pesquisador.

Espera-se que o estudante no papel de médico faça uma abordagem cordial, respeitosa e tecnicamente correta à paciente e ao seu acompanhante. Além disso, que gerencie bem os conflitos durante o atendimento e compartilhe as decisões sobre o tratamento.

b.2. Paciente – aluna do GT treinada pelo professor com o *script*;

Script:

Paciente Luíza Soares, 36 anos, viúva, faxineira, ensino fundamental incompleto, natural de Areado-MG, chega ao Pronto Socorro com relato de dor súbita em região lombar que se iniciou após movimento brusco enquanto escovava os dentes há cerca de uma hora.

Apresenta dificuldade de mobilização lombar e claudicação, necessitando de auxílio para manter-se em ortostatismo, além de muito ansiosa e, às vezes, até grosseira com o médico atendente, querendo uma solução rápida para o seu problema, pois precisa trabalhar para sustentar seus filhos.

Orientações:

A intérprete do script apresenta postura de impaciência, labilidade emocional, e preocupação extrema com o trabalho.

Algumas questões relacionadas à paciente deverão ser mencionadas apenas se perguntadas como: história de trauma associado, antecedentes semelhantes, a paciente sustenta a mãe de 76 anos e 03 filhos menores, o esposo morreu há 01 ano de câncer ósseo, alimenta-se bem, não usa drogas ilícitas, não é tabagista nem etilista e não usa medicações.

b.3. Observadores – demais alunos da turma participantes do estudo.

Os observadores utilizaram um instrumento em branco para registro das suas observações da cena do *Role-Play*.

c - *Feedback* (30 minutos).

O professor conduziu esta etapa que observou a seguinte ordem:

c.1. Depoimento dos alunos que fizeram o *Role-Play* – como se sentiram no lugar do outro;

c.2. Autoavaliação de desempenho clínico do aluno que fez o papel de médico;

c.3. *Feedback* dos pares (alunos observadores) sobre cada etapa prevista no instrumento. O professor coordena as falas e evita repetições, além de garantir o foco e a especificidade.

c.4. *Feedback* e sumarização do professor.

Durante o *Feedback*, o professor sempre se portou de forma adequada com a situação e focou sempre no comportamento e não no indivíduo.

Optou se por esse tipo de atividade em que o *Role Play* foi executado por 03 alunos e os demais foram observadores pelo fato do tempo necessário à realização da atividade e da forma como seria feito o *Feedback*, dando também ênfase a essa parte da técnica, para que se pudesse ter uma maior interatividade dos alunos.

B. FASE 2:

Pós-Intervenção – Os alunos de cada grupo foram orientados a não trocar informações a respeito das atividades que desenvolvido na Fase 1, para evitar vieses no desfecho. E, uma semana após a Fase 1, os dois grupos assistiram ao mesmo vídeo do pré-teste, refletiram sobre o atendimento e, em seguida, responderam ao mesmo instrumento semiestruturado, baseado no AVACIP.

Duração da atividade: 30 minutos

4.1.1 Análise dos dados

Foram avaliados os resultados das Fases (Interfases) e dos Grupos (Intergrupos), além da comparação entre os Grupos nas duas fases, para observar a percepção do aluno sobre Habilidade de Comunicação, levando-se em consideração as médias de pontuação de cada grupo em cada fase.

4.1.2 Apuração da pontuação dos alunos

A coleta de dados se fez por meio de um questionário baseado em quatro domínios de interesse do instrumento de Avaliação do Atendimento Integral à Pessoa (AVACIP). Os quatro domínios avaliados foram: Início do atendimento, Perspectivas da pessoa em relação ao atendimento, Utilização de propedêutica complementar e Avaliação e planejamento e aliança terapêutica, perfazendo um total de 27 itens em avaliação. Para cada domínio do questionário, foi solicitado ao aluno que escrevesse de forma sucinta pontos POSITIVOS e NEGATIVOS. Além disso, ao final do instrumento, o aluno teve oportunidade de fazer recomendações adicionais para o atendimento.

O instrumento AVACIP indica uma série de atitudes adequadas para o atendimento clínico ou para consulta médica. Neste estudo específico, foi avaliado um total de 27 itens.

As variáveis do estudo corresponderam à pontuação obtida pelos alunos, quanto à percepção sobre Habilidades de Comunicação demonstradas em vídeo de consulta ortopédica, tendo como base os itens utilizados no AVACIP, sendo que cada quesito, quando mencionado pelo aluno no instrumento semiestruturado, somou um ponto, podendo chegar ao máximo de 27 pontos.

A pontuação obtida por cada aluno foi utilizada na comparação entre as duas fases do estudo e entre os 2 grupos estudados. Portanto, a variável desfecho do estudo foi a pontuação alcançada por cada aluno que serviu como base da avaliação da percepção do aluno sobre Habilidades de Comunicação.

A apuração dos pontos de cada aluno na 1ª e 2ª fases do estudo observou o seguinte procedimento:

1°. Todos os questionários preenchidos pelos alunos foram codificados. A codificação foi realizada por uma aluna de iniciação científica vinculada ao projeto. Posteriormente, foram providenciadas três cópias dos questionários preenchidos pelos alunos, sem identificação de nome ou grupo ou fase, e foram distribuídos para três avaliadores. 2°. Cada um dos 3 avaliadores fez a análise individual dos questionários para verificar os quantos dos 27 itens do AVACIP foram mencionados pelo aluno. A cada item mencionado, o aluno recebeu 1 ponto.

Vale ainda destacar que os avaliadores pontuaram os itens do AVACIP mencionados pelo aluno, presentes ou ausentes. Exemplo: se o aluno colocou como pontos positivos do atendimento que o médico cumprimentou a paciente e a chamou pelo nome e isso consta no AVACIP, ele então teve 02 pontos computados como acerto. Outro exemplo se dá se o aluno colocou como ponto negativo do atendimento o fato de o médico não se preocupar com a aliança terapêutica e isso também consta no AVACIP, logo ele teve 01 ponto computado. Então, o aluno pontuou tanto pelo elenco de pontos positivos quanto pelo de pontos negativos percebidos e registrados.

3°. A pontuação final obtida por cada aluno resultou do consenso entre os três avaliadores após verificação de todos os itens registrados por todos os alunos. Houve poucas situações de dissenso entre os três avaliadores (menos que 10% de dissenso). O dissenso foi resolvido com discussão dos casos entre os avaliadores.

4°. Os alunos não conheciam o AVACIP.

4.2 Análise estatística

Além de percentuais como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas, neste estudo, foram apresentadas as medidas descritivas Mínimo, Máximo, Mediana, Quartis (Q1 e Q3), Média e desvio-padrão (d.p.) (JOHNSON; BHATTACHARYYA, 1986). Com o objetivo de avaliar o efeito/ influência dos Grupos Teste e Controle, bem como o efeito/ influência da fase do estudo (Fase 1 e Fase 2 – mesmos alunos) na variação das médias do total de acertos, durante avaliação do uso adequado de Habilidades de Comunicação no atendimento clínico ao longo do período de tempo (duas fases), foi utilizada a Análise de Variância baseada em um planejamento de Medidas Repetidas (Teste paramétrico) (MILLIKEN; JOHNSON, 1992; MONTGOMERY, 1991). É importante mencionar que o planejamento de Medidas Repetidas vem do fato de um mesmo aluno ser avaliado em dois

momentos distintos na pesquisa (Fases do estudo). Portanto, além de avaliar a influência do fator Grupo, foi necessário avaliar a influência da Fase do estudo, bem como as interações entre as variáveis Grupo e Fase do estudo. Ressalta-se que, quando a interação é significativa no modelo de Análise de Variância, o resultado indica que existe diferença no comportamento de um fator (Exemplo: Grupo) para cada nível do outro fator (Exemplo: Fase) (MILLIKEN; JOHNSON, 1992; MONTGOMERY, 1991).

Optou-se, então, pelo uso do ANOVA (teste paramétrico) para a avaliação dos dados deste estudo sendo o adequado para amostra de distribuição normal.

Como uma medida de avaliação de variabilidade de uma variável entre grupos de interesse, foi utilizado, por fim, o gráfico do BOXPLOT, cuja definição de quartil, medida utilizada na construção do Boxplot e em análises descritivas da variável, corresponde aos seguintes parâmetros (JOHNSON; BHATTACHARYYA, 1986):

Q1 – o primeiro quartil é o valor que tem aproximadamente 25% das observações (medidas) abaixo dele e aproximadamente 75% das observações acima dele. Q1 corresponde ao percentil 25 (P25);

Q2 – o segundo quartil é o valor que tem aproximadamente 50% das observações (medidas) abaixo dele e aproximadamente 50% das observações acima dele. Q2 corresponde à medida da Mediana (percentil 50 – P50);

Q3 – o terceiro quartil é o valor que tem aproximadamente 75% das observações (medidas) abaixo dele e aproximadamente 25% das observações acima dele. Q3 corresponde ao percentil 75 (P75).

São considerados parâmetros de um gráfico do tipo BOXPLOT (JOHNSON; BHATTACHARYYA, 1986):

- O símbolo “●” no gráfico refere-se a um valor considerado “extremo”;
- O símbolo “*” no gráfico refere-se a um valor considerado “outlier”;
- O símbolo “—” (contínuo) dentro da “caixa” corresponde à medida da mediana;
- O traço contínuo, na vertical, nas extremidades da caixa (——) refere-se aos valores entre o mínimo/máximo e os quartis 1 e 3 correspondentes;

- ‘Caixa’ – intervalo entre o 1º e 3º quartis (50% dos dados estão “dentro” da caixa).

O *Software* Estatístico utilizado foi o SPSS 17.0 for Windows.

4.3 Probabilidade de significância (p)

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

5 RESULTADOS

Este estudo contou com a participação de 33 (41,25%) alunos aptos a participarem do estudo e regularmente matriculados e no 7º e 8º períodos do curso de Medicina UNIFENAS, câmpus Alfenas, sendo 12 (36,4%) do sexo masculino e 21 (63,6%) do sexo feminino, com idades variando de 21 a 29 anos, média de 23,9 anos e mediana de 24 anos. (TAB. 1).

Para fins de balanceamento, essa amostra estudantil (n=33) teve seu desempenho acadêmico formal verificado por meio do rendimento geral acadêmico. Identificou-se uma variação do rendimento geral acadêmico de 7,2 (72%) a 8,9 (89%) em 10 pontos (100%), com média de 8,11 e mediana de 8,10 pontos. O desempenho geral acadêmico dos 33 (20,6%) alunos participantes do estudo foi semelhante ao desempenho geral acadêmico dos 127 (79,4 %) alunos não participantes, de acordo com a TAB. 2 e o GRÁF. 1.

Os dados expostos na TAB. 1 indicam uma distribuição pareada dos participantes no Grupo Teste (n = 15) e no Grupo Controle (n = 18), relacionada tanto ao sexo (p = 0,261), quanto à idade (p = 0,894) e ao rendimento geral acadêmico (p = 0,233). Essa constatação indicou a presença de um equilíbrio entre os grupos, ou seja, os pesquisadores atingiram o resultado esperado com a distribuição pareada da amostra. De forma geral, as características em comum permitiram comparar de forma mais assertiva o desempenho dos alunos diante das intervenções realizadas no estudo, facilitando a comparação entre os dois grupos, independentemente do sexo, da idade e da nota geral obtida pelos participantes.

Tabela 1 - Distribuição dos 33 alunos participantes do estudo, por meio da análise comparativa entre Grupo Teste e Grupo Controle quanto às variáveis sexo, idade e rendimento geral acadêmico.

Variáveis	Grupo				Geral	
	Teste		Controle			
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	7	46,7	5	27,8	12	36,4
Feminino	8	53,3	13	72,2	21	63,6
TOTAL	15	100,0	18	100,0	33	100,0
p = 0,261						
Idade (anos)						
Média ± d.p (Mediana)	23,9 ± 2,3 (24,0)		23,8 ± 1,9 (24,0)		23,9 ± 2,1 (24,0)	
I.C. da média (95%)	(22,7; 25,2)		(22,9; 24,8)		(23,2; 24,6)	
Mínimo – Máximo	22,0 – 29,0		21,0 – 28,0		21,0 – 29,0	
p* = 0,894						
Rendimento geral acadêmico						
Média ± d.p (Mediana)	8,00 ± 0,54 (8,03)		8,20 ± 0,39 (8,27)		8,11 ± 0,47 (8,10)	
I.C. da média (95%)	(7,70; 8,30)		(8,01; 8,40)		(7,94; 8,28)	
Mínimo – Máximo	7,20 – 8,87		7,32 – 8,90		7,20 – 8,90	
p* = 0,233						

p → Probabilidade de significância do teste do *Qui-quadrado de Pearson*;

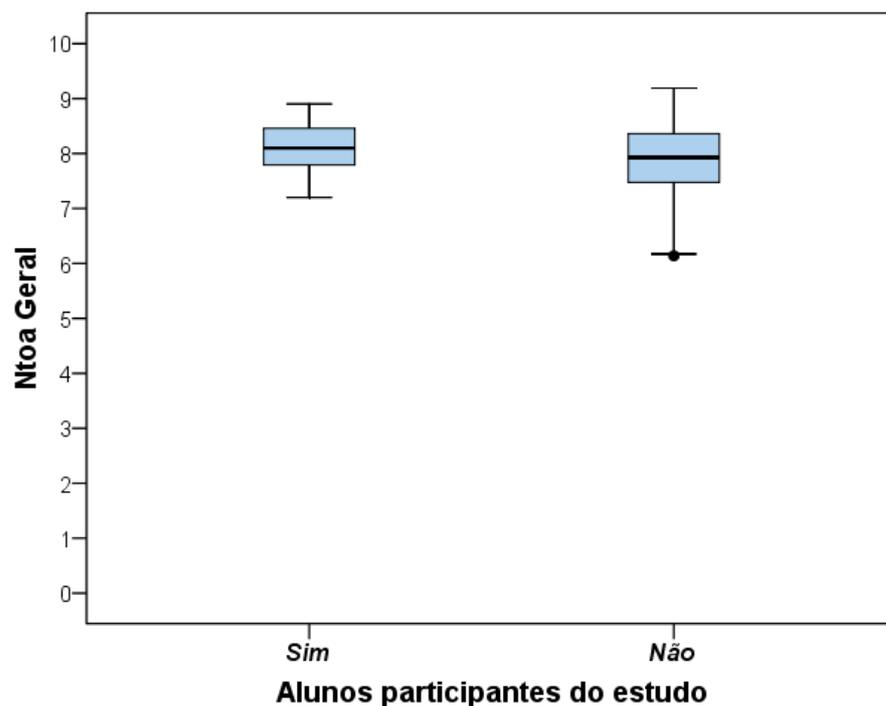
p* → Probabilidade de significância do teste t *destudent* para amostras independentes.

Tabela 2 - Análise comparativa entre os alunos participantes e não participantes do estudo em relação ao desempenho geral acadêmico.

Variáveis	Alunos participantes do estudo	
	Sim (n=33)	Não (n=127)
Nota geral		
Média ± d.p (Mediana)	8,11 ± 0,47 (8,10)	7,88 ± 0,66 (7,93)
I.C. da média (95%)	(7,94; 8,28)	(7,76; 7,99)
Mínimo – Máximo	7,20 – 8,90	6,14 – 9,19
Conclusão:		p* = 0,058

p* → Probabilidade de significância do teste *t de student* para amostras independentes.

Gráfico 1 - Boxplot da distribuição dos alunos participantes (n=33) e não participantes (n=127) do estudo de acordo com o desempenho geral acadêmico.



Ao avaliar a influência pré e pós-intervenção na percepção dos participantes sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de atendimento clínico em ortopedia, utilizando-se a análise de variância (ANOVA) apoiada em um modelo de medidas repetidas, não foram detectadas influências estatisticamente significativas dos fatores Grupos Teste e Controle (p=0,347), Fases 1 e 2 (p=0,097) e interação entre Grupos e Fases nas medidas do total de

acertos dos alunos ($p=0,461$), indicando que essas variáveis não interferiram no total de acerto dos alunos quanto ao caso avaliado. As análises estão demonstradas na TAB. 3.

Conforme mencionado anteriormente, o modelo de medidas repetidas permitiu avaliar o mesmo participante em dois momentos distintos do estudo, o que inclui, nesse caso, além do fator Grupo, também o fator Fase, assim como as interações entre as variáveis Grupo e Fase. A média de erros (quadrados médios) relacionada à variável Grupo (336,556), comparada à variável Fase (108,089), possibilita compreender que, mesmo diante da presença de algum desses fatores, o desempenho do participante não é influenciado no total de acertos obtidos.

Tabela 3 - Demonstração da ausência de influência dos fatores Grupo e Fase na percepção sobre Habilidades de Comunicação entre os participantes do estudo, com base no total de acertos obtidos na avaliação dos registros no questionário antes e após a intervenção

Fonte de Variação	Soma de quadrados	g.l.	Quadrados médios	F	p
Grupo	9,899	1	9,899	0,912	0,347
Erro (Grupo)	336,556	31	10,857		
Fase	10,184	1	10,184	2,921	0,097
Fase×Grupo	1,941	1	1,941	0,557	0,461
Erro (Fase)	108,089	31	3,487		

F → Estatística da Análise de Variância baseado num modelo de medidas repetidas;

g.l. → grau de liberdade.

Partindo para uma análise mais específica, correspondente às médias do total de acertos por Grupo durante as Fases 1 e 2 do estudo, os resultados descritos detalhadamente na TAB. 4 não revelaram uma diferença estatisticamente significativa na percepção sobre Habilidades de Comunicação nos períodos pré e pós-intervenção.

De forma geral, as médias obtidas pelo Grupo Teste (6,6 e 7,7) e Grupo Controle (7,7 e 8,2) nas Fases 1 e 2, respectivamente, indicaram que, independentemente do Grupo e da Fase do estudo, os alunos/participantes revelaram um desempenho praticamente igual em relação ao total de acertos.

Tabela 4 - Distribuição das notas dos estudantes em relação à percepção sobre Habilidades de Comunicação em vídeo de consulta ortopédica, de acordo com o grupo e a fase do estudo

Grupo	Fase	N	Medidas descritivas			
			Mínimo	Máximo	Média	d.p.
Teste						
	I	15	3,0	11,0	6,6	2,2
	II	13	5,0	14,0	7,7	2,5
Controle						
	I	18	4,0	15,0	7,7	2,6
	II	18	3,0	17,0	8,2	3,2

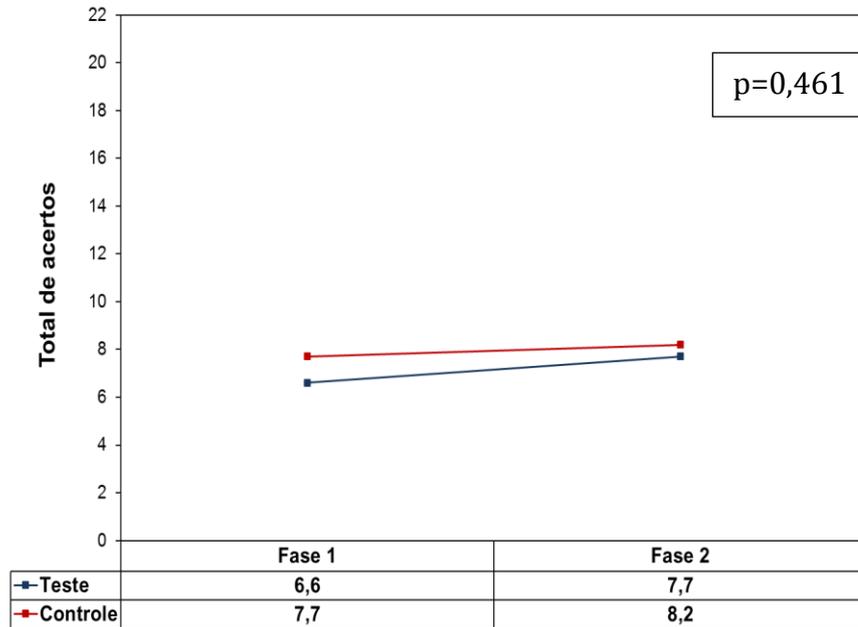
Resultado da ANOVA baseado num modelo de medidas repetidas:

Fonte de variação:

Fase → ($F_{1,31} = 2,921$; $p = 0,097$);
 Grupo → ($F_{1,31} = 0,912$; $p = 0,347$);
 Fase × Grupo → ($F_{1,31} = 0,557$; $p = 0,461$).

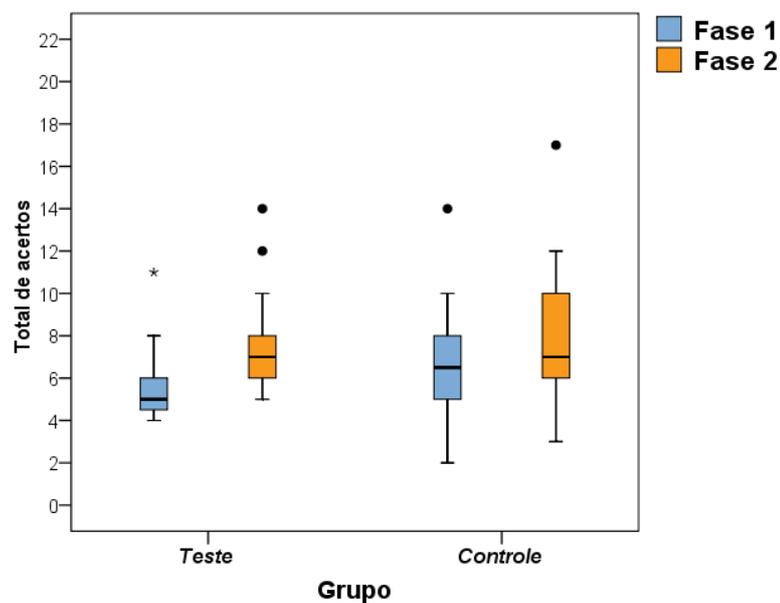
Quando ilustrados graficamente, os dados relacionados às médias totais (GRÁF. 2) e à distribuição do total de acertos (GRÁF. 3), obtidas pelo Grupo Teste e Controle, tanto na Fase 1 quanto na Fase 2 do estudo, mostraram uma evolução semelhante dos participantes de forma geral, contribuindo para a compreensão de que os Grupos se assemelharam entre si em relação à percepção sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de atendimento clínico em Ortopedia, independentemente da intervenção. Entretanto, para o grupo teste, ainda que não tenha demonstrado significado estatístico, a ascendência da curva foi maior após a intervenção com o *Role Play*.

Gráfico 2 – Evolução da média total de acertos relacionada à percepção dos participantes sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de atendimento clínico em Ortopedia, de acordo com os Grupos (Teste e Controle) e as Fases 1 e 2 do estudo



BASE DE DADOS: Teste → 15 alunos e Controle → 18 alunos

Gráfico 3 – Boxplot da distribuição do total de acertos obtidos na avaliação dos participantes do Grupo Teste e do Grupo Controle, nas Fases 1 e 2 do estudo, demonstra a semelhança no desempenho dos dois Grupos em relação à percepção sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de atendimento clínico em ortopedia, quanto aos fatores Grupo e Fase.



BASE DE DADOS: Teste → 15 alunos e Controle → 18 alunos

Utilizando também os fatores Grupo e Fase como parâmetros para identificar diferenças entre as percepções dos participantes relacionadas aos pontos negativos (ausência de habilidades necessárias) sobre o uso de habilidades de comunicação durante o atendimento clínico em Ortopedia, observou-se novamente uma similaridade nos resultados na Fase 1 e 2, conforme descrito na TAB. 5. De forma mais detalhada, a TAB. 6 estabelece a comparação entre os Grupos nas diferentes Fases, sendo a média do Grupo Teste praticamente a mesma na Fase 1 (5,6) e na Fase 2 (5,8), assim como a do Grupo Controle (7,0 e 6,8), respectivamente.

Tabela 5 - Análise da influência dos fatores Grupo e Fase relacionada à percepção dos pontos negativos (habilidades de comunicação ausentes) no vídeo de atendimento clínico em ortopedia, utilizando-se análise de variância baseada num modelo de medidas repetidas (ANOVA)

Fonte de Variação	Soma de quadrados	g.l.	Quadradosmédios	F	p
Grupo	23,129	1	23,129	3,046	0,091
Erro (Grupo)	235,356	31	7,592		
Fase	0,002	1	0,002	0,001	0,980
Fase×Grupo	0,729	1	0,729	0,227	0,637
Erro (Fase)	99,756	31	3,218		

BASE DE DADOS: Teste → 15 alunos e Controle → 18 alunos;

F→ Estatística da Análise de Variância baseado num modelo de medidas repetidas;

g.l.→ grau de liberdade.

Tabela 6 - Comparação das notas dos participantes de acordo com o total de acertos relacionados à percepção dos pontos negativos (habilidades de comunicação ausentes) no vídeo de atendimento clínico em ortopedia, quanto aos fatores Grupo e Fase

Grupo	Fase	N	Medidas descritivas			
			Mínimo	Máximo	Média	d.p.
Teste						
	I	15	2,0	8,0	5,6	1,9
	II	13	4,0	11,0	5,8	1,9
Controle						
	I	18	3,0	14,0	7,0	2,4
	II	18	2,0	14,0	6,8	2,8

Resultado da ANOVA baseado num modelo de medidas repetidas:

Fonte de variação: Fase → ($F_{1;31} = 0,001$; $p = 0,980$);

Grupo → ($F_{1;31} = 3,046$; $p = 0,091$); Fase × Grupo → ($F_{1;31} = 0,227$; $p = 0,637$).

Os GRÁF. 4 e 5 revelam os resultados obtidos relacionados à percepção dos participantes sobre os pontos negativos (ausência de habilidades de comunicação) em vídeo de atendimento clínico em Ortopedia identificada nos dois Grupos, nas diferentes Fases.

Gráfico 4 – As médias de acerto total dos pontos negativos (ausência de habilidades de comunicação) percebidos pelos participantes em vídeo de atendimento clínico em Ortopedia tanto do Grupo Teste (n=13) quanto do Grupo Controle (n=18), nas Fases 1 e 2

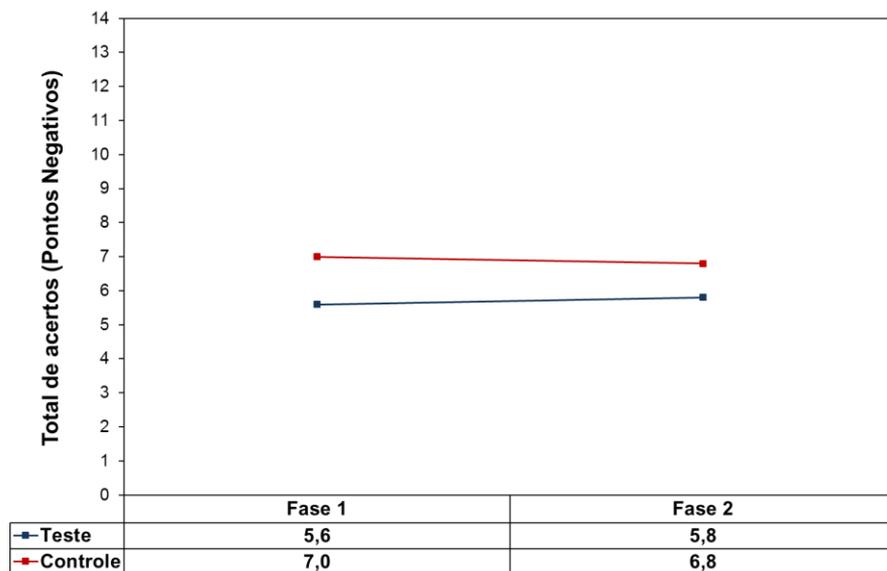
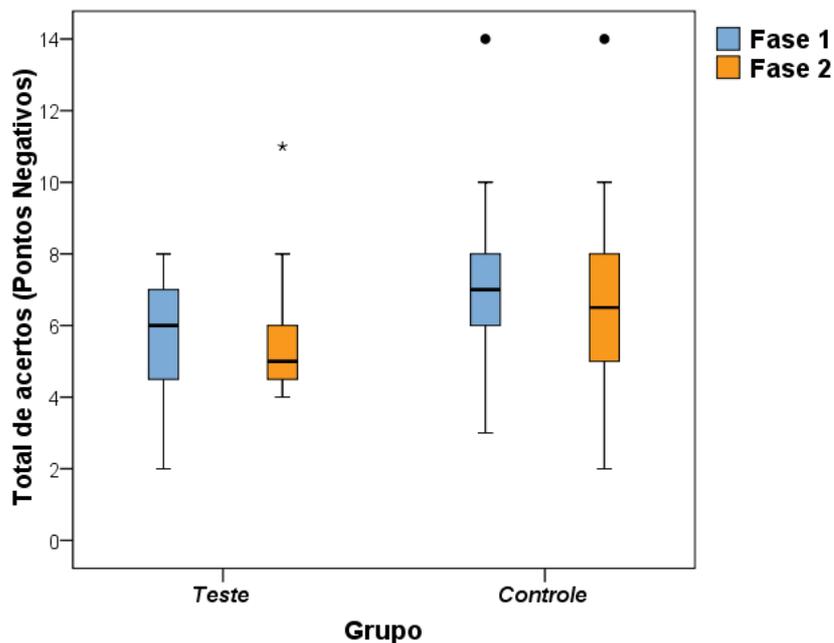


Gráfico 5 – Boxplot da distribuição do total de acertos relacionados à percepção dos participantes sobre os pontos negativos (ausência de habilidades de comunicação) em vídeo de atendimento clínico em Ortopedia em relação aos fatores Grupo e Fase do estudo



6 DISCUSSÃO

Visando propiciar conhecimentos, estimular atitudes e desenvolver habilidades, o *Role-Play*, com o passar dos anos, se estabeleceu como uma importante ferramenta de ensino nas instituições de ensino médico, devido, principalmente, a sua capacidade de representar a essência da rotina de atuação de um médico aos futuros profissionais da área ((NESTEL et al., 2002), VAN MENTS, 1989). Mais do que expor a realidade, essa estratégia educacional possibilita ao educador visualizar e analisar a reação do aluno diante das situações que ocorrem na vida real, além de incentivar a troca de conhecimento (SHANKAR, 2008). Isso corrobora o seu uso para o treinamento de habilidades de comunicação, um dos atributos essenciais ao médico para a qualidade no atendimento aos pacientes (STEWART, 1995). A proposta principal deste estudo, portanto, foi a de testar o impacto do *Role Play* para a percepção do estudante em relação ao uso adequado de habilidades de comunicação durante o atendimento clínico em ortopedia, para a incorporação dessa estratégia no currículo formal da disciplina de Ortopedia. Esse jogo de atuação concentra-se na necessidade de o aluno identificar os possíveis problemas e encontrar, a partir de suas experiências, a solução mais adequada para solucioná-los (KNOWLES; HOLTON; SWANSON, 2005), transformando, dessa forma, todo seu conhecimento teórico em uma comunicação compreensível (NESTEL; TIERNEY, 2007).

Dos 33 participantes do estudo, a maioria foi do sexo feminino (21 – 63,6%), a mediana de idade foi de 24 anos e o rendimento geral acadêmico variou de 7,2 (72%) a 8,9 (89%), com média de 8,11 e mediana de 8,10 pontos. Foi garantida a distribuição pareada quanto ao sexo, à idade e ao desempenho acadêmico entre os Grupos Teste (*Role Play*) e Controle (Aula Expositiva), para que essas variáveis não interferissem nos resultados.

Quanto ao cálculo comparativo relacionado ao desempenho acadêmico entre os participantes do estudo (n=33) e os não participantes (n=127), no universo dos 160 alunos que foram convidados a participar, não foi evidenciada diferença significativa de desempenho entre participantes e não participantes, mostrando ausência de influência relacionada a conhecimentos prévios na área médica.

Os resultados obtidos pelos participantes sobre a percepção de habilidades de comunicação, especificamente em vídeo de atendimento clínico/consulta ortopédica, não demonstraram

diferença estatisticamente significativa entre o Grupo Teste e o Grupo Controle, ou seja, a utilização do *Role Play* não foi mais efetiva que a aula expositiva e nenhuma das duas estratégias foi capaz de influenciar o resultado dos grupos.

É interessante notar que, de acordo com a média geral obtida na avaliação sobre o tema, tanto o Grupo Teste – convidado a assistir ao vídeo sobre atendimento e a participar de uma sessão de *Role-Play* – como o Grupo Controle – convidado a assistir ao vídeo e a participar de uma aula expositiva – demonstraram um desempenho evolutivo semelhante, correspondente a 6,6 na Fase 1 (vídeo e *Role-Play*) e 7,7 na Fase 2 (avaliação dos conhecimentos adquiridos) no Grupo Teste, e a 7,7 na Fase 1 (vídeo e Aula Expositiva) e 8,2 na Fase 2 (avaliação) do Grupo Controle.

Na avaliação dos fatores Grupo (Teste e Controle) e Fase (1 e 2) pelo método de ANOVA, também não se observou diferença estatística entre esses fatores, sendo que os participantes foram avaliados em dois momentos distintos, levando-se em consideração o fator Grupo e o fator Fase e a sua interação.

Relacionado à média total de acertos por Grupos durante as duas fases do estudo, os resultados também mostraram que não houve diferença estatística significativa entre os períodos pré e pós-intervenção, sendo que os alunos obtiveram um desempenho praticamente igual no total de acertos, tendo inclusive uma evolução semelhante após a execução da aula expositiva e do *Role Play*, não sendo encontrada justificativa na literatura para tal resultado.

Utilizando somente os pontos negativos, ou seja, a percepção de habilidades de comunicação não demonstradas, percebidos pelos participantes no vídeo de atendimento clínico em Ortopedia, também não houve diferença significativa, observando-se uma similaridade entre os grupos nas diferentes Fases do estudo, sendo a média de cada grupo praticamente a mesma, porém com as médias do grupo controle maiores que a do teste, mas a evolução de ambos entre as fases, semelhante.

Ainda sobre os pontos negativos elencados pelos participantes, ao observarmos os resultados da Fase 2 para ambos os grupos, podemos perceber que houve uma evolução similar em ambos, podendo-se, então, concluir que tanto o Grupo Teste quanto o Grupo Controle

apresentaram comportamento semelhante em relação à percepção habilidades de comunicação ausentes no vídeo de atendimento clínico em Ortopedia.

Não foram encontrados na literatura trabalhos semelhantes com resultados próximos ao deste estudo, sendo que os trabalhos e descrições encontradas mostraram melhor performance dos alunos com o uso *Role Play* ou o uso de metodologias ativas em comparação à aula expositiva tradicional. Como a aula expositiva tradicional já está exaustivamente estudada no contexto do ensino médico, podemos encontrar justificativas isoladas quando a técnica do *Role Play*, ou outra Metodologia Ativa, não apresenta os resultados esperados. Compreende-se que, apesar de sua relevância, a técnica de *Role-Play* pode não ser totalmente compreendida pelos alunos, levando-se em consideração todos os aspectos que embasaram essa análise. Esse resultado reforça a constatação de Coonar et al. (1991) que consideram o *Role-Play* uma técnica de aprendizagem e de comunicação cada vez mais reconhecida, no entanto difícil de se compreender e de se utilizar na prática.

De forma geral, o resultado deste estudo não compromete a importância adquirida pelo *Role-Play* como estratégia de ensino de Habilidades de Comunicação, uma vez que se tornou notória a adoção de métodos de aprendizagem capazes de estimular o desenvolvimento de maior capacidade afetiva e de comunicação em estudantes de medicina. Gomes et al. (2009) referem que a figura do docente é fundamental para promover um equilíbrio entre teoria e prática e que esse processo é facilitado por meio de estratégias como o *Role-Play*.

Os resultados obtidos evidenciaram uma baixa percepção dos estudantes sobre habilidades de comunicação demonstradas em vídeo de atendimento clínico, independentemente do modelo de intervenção utilizado.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A. Tamanho da amostra para mostrar o efeito da intervenção;

B. O vídeo da consulta ortopédica produzido para o estudo, mesmo com o cuidado dos autores para não deixá-lo caricato, pode ter explicitado de forma excessiva a inabilidade de comunicação do médico;

C. O fato de a aula expositiva ter acontecido para apenas 18 alunos pode ter favorecido a interação entre professor e estudante e dificultado a diferença de resultado entre as duas intervenções;

D. O tempo de 01 semana entre as fases pode ter permitido troca de informações entre os grupos.

8 CONCLUSÃO

Tanto o *Role Play* quanto a aula expositiva não influenciaram a percepção dos participantes sobre habilidades de comunicação ao assistirem um vídeo de atendimento clínico no contexto da disciplina de Ortopedia.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, S. C. et al. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. **Academic Medicine**, North Carolina, USA, v. 81, n.11, Nov. 2006.
- BRASIL. **Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina**. Brasília: Ministério da Educação, 2016. Disponível em:<
http://download.inep.gov.br/educacao_superior/anase/documentos/2016/apresentacao_anase_m_v4.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- _____. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- _____. **Matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior**. Brasília: Ministério da Educação, 2009.
- BERKHOF, M. et al. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. **Patient Education and Counseling**, University Medical Center, Amsterdam, n. 84, p. 152–162, 2011.
- CHAN, C.S.Y. et al. Communication skill of general practitioners: any room for improvement? how much can it be improved? **Medical Education**, Colorado, n. 37, p. 514–526, 2003.
- COONAR, A.S. et al. The use of role-play in teaching medical students obstetrics and gynecology. **Medical Education**, Colorado, v. 13, n. 1, p.49-53, 1991.
- CRUESS, R. et al. The Professionalism Mini-evaluation Exercise: a preliminary investigation. **Academic Medicine**, Canadá, v. 81, n. 10, p. 74-8, 2006.
- FERTLEMAN, C.; GIBBS, J.; EISEN, S. Video improved roleplay for teaching Communication skills. **Medical Education**, Colorado, USA, n. 39, p. 1143–1172, 2005.
- FRANÇA, B. C.C. **Elaboração e validação de instrumento de avaliação do atendimento clínico integral à pessoa e proposta de modelo de registro para este atendimento / Belo Horizonte, 2014. 134f. Dissertação (Mestrado em Patologia Geral) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.**
- GOMES, R. et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. **Interface – Comunicação, Saude, Educação**, Botucatu [online], v.13, n.28, p.71-83, 2009.
- HE, H.G. et al. The use of video Role Play for teaching therapeutic communication skills. **International Journal of Caring Sciences**, [S.l.], v. 4, n. 3, Sep-Dec, 2011.
- HOOGERHEIDE, V.; LOYENS, S.; VAN GOG, T. Comparing the effects of worked examples and modeling examples on learning. **Computers in Human Behavior.**, Netherlands, v. 41, p. 80-91, Dec, 2014.

JACKSON, V.A. BACK, A.L. Teaching communication skills using role-play: an experience-based guide for educators. **Journal of Palliative Medicine**, Massachusetts USA, v. 14, n. 6, p. 775-80, Jun, 2011.

JOHNSON, R.; BHATTACHARYYA, G. **Statistics principles and methods**. New York: John Wiley & Sons, 1986, 578 p.

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**, Detroit, MI, v. 2, n. 2, p. 165-169, Jun, 2010.

KABA, A.; BERAN, T. Twelve tips to guide effective participant recruitment for interprofessional education research. **Medical Education**, Canadá, v. 36, n. 7, p. 578-84, jul. 2014.

KARAM, F.C.; LOPES, M.H.I. Ortopedia: origem histórica, o ensino no Brasil e estudos metodológicos pelo mundo. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 3, jul./set. 2005.

KNOWLES, M.S.; HOLTON, E.F.; SWANSON, R.A. **The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development**. 6th ed. New York: Elsevier; 2005.

MILLIKEN, G.A.; JOHNSON, D.E. **Analysis of Messy Data**. New York: Chapman & Hall, 1992, 472 p.

MONTGOMERY, D.C. **Design and analysis of experiments**. New York: John Wiley & Sons, 1991, 649 p.

MOURA, J; **Impacto do treinamento de habilidades de comunicação na prática do método clínico de atendimento integral a pessoa, aliado ou não ao uso do formulário específico para o registro do atendimento / Belo Horizonte**. 2016, 88f. Tese (Doutorado em Patologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, (2016).

NESTEL, D. et al. Modelling the lay expert for first-year medical students: the actor-patient as teacher. **Medical Education**, London, UK, . 24, n. 5, p. 562-4, 2002.

NESTEL, D.; TIERNEY, T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. **BMC Medical Education**, Australia, v. 7, n. 1; Feb, 2007.

NICOL, D.J.; MACFARLANE-DICK. Formative assessment and self-regulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. **Studies in Higher Education**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 199-218, 2006.

PASSI, V. et al. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. **Medical Education**, Coventry, v. 35, n. 9, p. 1422-36, Sep, 2013.

RABELO, L.; GARCIA, V.L. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica, Salvador – BA**, v. 39, n. 4, p. 586-596, 2015.

SHANKAR, P.R. Using case scenarios and role plays to explore issues of human sexuality. **Educ Health**; Lalitpur, Nepal, v. 21, n. 3, p.108, Dec. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. **História da SBOT**. São Paulo, 2017. Disponível em: www.portalsbot.org.br/sobre-a-sbot/historia/. Acesso em: 25 jul 2017.

STEWART, M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **Canadian Medical Association Journal**, v. 152, n. 9, p. 1423-33, 1995.

VAN GOG, T.; RUMMEL, N. Example-Based Learning: Integrating Cognitive and Social-Cognitive Research Perspectives. **Educational Psychology Review**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 155-174, 2010.

VAN MENTS, M. **The effective use of roleplay**: a handbook for teachers and trainers. New York: Nichols Publishing, 1989.

APÊNDICE A - Ficha de preenchimento dos alunos utilizada nos testes das Fases 1 e 2.**Filme de atendimento clínico à pessoa com lesão ortopédica – FICHA 2**

Matrícula nº: _____

Data: 03/06/2017

Caro estudante,
Após assistir ao filme de um atendimento clínico a uma pessoa portadora de lesão ortopédica, escreva nos campos abaixo, de acordo com a sua impressão, os pontos positivos e os pontos negativos observados, considerando os seguintes momentos do atendimento:

1-Início do atendimento Pontos positivos 1 2 3 Pontos negativos 1 2 3

2-Expectativa da pessoa frente ao adoecimento e em relação ao atendimento médico. Pontos positivos Pontos negativos

3-Utilização de propedêutica complementar. Pontos positivos Pontos negativos
--

4-Avaliação, planejamento e aliança terapêutica. Pontos positivos Pontos negativos
--

ANEXO A - Avaliação do Atendimento Clínico Integral à Pessoa (AVACIP)

INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO INTEGRAL À PESSOA	
(AVACIP ₂₀₁₃)	
I - INÍCIO DO ATENDIMENTO	
PERFIL DA PESSOA	
1. Você se apresentou nominalmente para a Pessoa?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Você cumprimentou a Pessoa com um aperto de mão?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Você sorriu ao cumprimentar a Pessoa?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4. Você tratou a Pessoa pelo nome?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5. Você demonstrou interesse pela Pessoa ao perguntar sobre sua idade, suas condições de vida, relações familiares, sociais, condições de moradia, escolaridade e profissão?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
6. Você realizou o registro das informações coletadas?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
II - EXPECTATIVA DA PESSOA FRENTE AO ADOECIMENTO E EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO MÉDICO	
PRINCIPAIS PREOCUPAÇÕES	
7. Você encorajou a Pessoa a expor suas queixas (preocupações)?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
8. Você ouviu atentamente a Pessoa enquanto ela falava sobre o seu problema?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
PERSPECTIVAS DA PESSOA SOBRE O "SOFRIMENTO OU O ADOECIMENTO"	
9. Você demonstrou interesse em saber como a vida da pessoa está sendo afetada pelo problema/doença (limitações físicas e sofrimento mental, trabalho, vida sexual, etc)?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
10. Você demonstrou interesse em ouvir as expectativas da Pessoa em relação ao atendimento médico?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
11. Você realizou o registro das informações coletadas?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
III - PERSPECTIVA BIOMÉDICA OU BIOLÓGICA - PROBLEMA ATUAL	
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)	
12. Você perguntou à Pessoa sobre a caracterização dos sintomas apresentados (cronologia, localização, intensidade, fatores atenuantes/agravantes)?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
13. Você perguntou à Pessoa sobre a evolução dos sintomas apresentados?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
14. Você perguntou à Pessoa sobre os sintomas associados?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
15. Você colheu informações sobre diagnósticos prévios?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
16. Você colheu informações sobre tratamentos prévios?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito
17. Você realizou o registro das informações coletadas?	Nada <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Muito

INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO À PESSOA

EXPLORAÇÃO DOS SISTEMAS REGULATÓRIOS

18. Você perguntou sobre possíveis alterações nos diversos sistemas regulatórios, relacionadas ou não à doença vigente?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

19. Você realizou o registro das informações coletadas?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

IV - PERSPECTIVA BIOMÉDICA OU BIOLÓGICA - ANTECEDENTES DE DOENÇAS

HISTÓRIA DE DOENÇAS PRÉVIAS

20. Você perguntou à Pessoa sobre os "problemas apresentados ao longo da vida" (internações/cirurgias/alergias e medicações/ uso de medicações)?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

21. Você perguntou à Pessoa como as doenças prévias comprometeram ou comprometem a sua vida?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

22. Você demonstrou interesse sobre as percepções da Pessoa relacionadas à influência de doenças prévias em seu problema atual?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

HISTÓRIA DE DOENÇAS FAMILIARES

23. Você perguntou à Pessoa sobre as doenças familiares?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

24. Você demonstrou interesse em escutar a Pessoa falar sobre a influência das doenças familiares (incluindo preocupação/ medos e impacto) em sua vida?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

V - COMPORTAMENTO E HÁBITOS

25. Você demonstrou interesse em conhecer a percepção da Pessoa sobre sua saúde mental e comportamento (temperamento, manias, costumes, fobias, comportamento sexual)?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

26. Você perguntou à Pessoa informações específicas sobre o uso de drogas ilícitas, cigarro e álcool?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

27. Você perguntou à Pessoa informações sobre contato com animais, alérgenos e irritantes?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

28. Você realizou o registro das informações coletadas?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

VI - EXAME FÍSICO

29. Você realizou o exame físico adequadamente (de acordo com a situação clínica e a especialidade)?

Não realizou o exame 1 2 3 4 5 Técnica adequada e exame de todos os sistemas pertinentes

30. Você solicitou à Pessoa a permissão para a realização do exame físico? Sim Não

31. Você comunicou à Pessoa os achados do exame físico realizado? Sim Não

32. Você registrou o exame físico realizado? Sim Não

INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO À PESSOA

VII - UTILIZAÇÃO DE PROPEDEÚTICA COMPLEMENTAR

33. Você explicou para a Pessoa sobre a necessidade/aplicabilidade do(s) exame(s) complementar (e)s sugerido(s)? Sim
 Não

34. Você perguntou à Pessoa sobre suas expectativas em relação a realização do(s) exame(s) complementar(es)? Sim
 Não

35. Você esclareceu as dúvidas e preocupações da Pessoa em relação à execução do(s) exame(s) (modo de coleta, preparo para o exame, riscos)?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

36. Você obteve da Pessoa a concordância em realizar o(s) exame(s) complementar(es)? Sim
 Não

37. Você esclareceu para a Pessoa as possíveis implicações clínicas do(s) resultado(s) do(s) exame(s) no tratamento da doença e na vida do paciente? Sim
 Não

38. Você registrou o(s) exame(s) complementar(es) solicitado(s) ? (QUANDO SE APLICAR)

Nada 1 2 3 4 5 Muito

VIII - AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO E ALIANÇA TERAPÊUTICA

39. Você esclareceu a Pessoa em relação aos medos, preocupações e expectativas não realistas sobre o atendimento médico?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

40. Você listou os principais problemas clínicos da pessoa, ativos e inativos?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

41. Você demonstrou interesse à perspectiva da Pessoa sobre os problemas identificados?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

42. Você apresentou e justificou, com base em evidências científicas e contextualizadas na realidade da pessoa, a proposta do plano de cuidado?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

43. Você discutiu o plano de tratamento proposto com a Pessoa?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

44. Você demonstrou interesse sobre a opinião da Pessoa relativa ao plano de tratamento proposto?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

45. Você tentou esclarecer as dúvidas da Pessoa sobre o tratamento proposto? (QUANDO SE APLICAR)

Nada 1 2 3 4 5 Muito

46. Você explicou à Pessoa os efeitos colaterais das medicações sugeridas? (QUANDO SE APLICAR)

Nada 1 2 3 4 5 Muito

47. Você explicou as possíveis limitações que o tratamento poderia trazer à Pessoa? (QUANDO SE APLICAR)

Nada 1 2 3 4 5 Muito

48. Você realizou o registro das informações coletadas?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO À PESSOA

IX - SUMÁRIO DE INTERCONSULTA OU DE ALTA

49. Você checou a compreensão da Pessoa sobre a necessidade da interconsulta/alta?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

50. Você salientou, além das perspectivas biomédicas, as possíveis preocupações, medos e expectativas da Pessoa, que precisarão ser consideradas?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

51. Você realizou o registro das informações coletadas?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

X - REGISTRO DOS RETORNOS AO ATENDIMENTO CLÍNICO

LISTA DE PROBLEMAS

52. Você atualizou a lista de problemas da Pessoa e fez o registro no início atendimento clínico?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

LISTA DE MEDICAMENTOS E/OU MEDIDAS TERAPÊUTICAS

53. Você atualizou a lista de todos os medicamentos em uso pela Pessoa, inclusive os sem prescrição médica e registrou?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

PERSPECTIVAS DAS PESSOAS SOBRE SUA EVOLUÇÃO CLÍNICA E O ATENDIMENTO

54. Você demonstrou interesse pela percepção da Pessoa sob sua evolução clínica desde o último atendimento?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

55. Você demonstrou interesse pelas expectativas da Pessoa sobre o atendimento atual?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

PERSPECTIVAS BIOMÉDICAS DA EVOLUÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

56. Você registrou a evolução dos sinais e sintomas?

Sim Não

57. Você registrou a resposta clínica ao plano proposto?

Sim Não

58. Você registrou a resposta laboratorial ao plano proposto?

Sim Não

59. Você discutiu com a Pessoa sobre a sua evolução clínica e laboratorial?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO E ALIANÇA TERAPÊUTICA

60. Você registrou as conclusões, planejamento e proposta de continuidade, sob o ponto de vista biomédico?

Sim
 Não

61. Você registrou as conclusões, planejamento e proposta de continuidade, sob o ponto de vista da Pessoa?

Nada 1 2 3 4 5 Muito

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano, descrita em detalhes abaixo. Para decidir se você deve concordar ou não, leia atentamente todos os itens a seguir, que irão informá-lo e esclarecê-lo sobre os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará, segundo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1. Identificação do(a) voluntário(a) da pesquisa:

Nome: _____ Gênero: ____ Identidade: _____
 Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

2. Dados da pesquisa: Título do Projeto: **HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO EM TRAUMATO-ORTOPÉDICA.** _Universidade/Departamento/Faculdade/Curso: UNIFENAS Projeto: (X) Unicêntrico () Multicêntrico Instituição Coparticipante: NENHUMA _Patrocinador :AUSENTE Professor-Orientador: **ROSA MALENA DELBONE DE FARIA** Pesquisador-Responsável: (x) Estudante/Pós-graduação **THIAGO VIANNA RODRIGUES**

3. Objetivo da pesquisa: AVALIAR A AQUISIÇÃO DE HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO TRAUMATO-ORTOPÉDICO.

4. Justificativa da pesquisa: PROPICIAR A AQUISIÇÃO DE HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO PELO ESTUDANTE DE MEDICINA

5. Descrição dos procedimentos realizados: AULAS PARA AQUISIÇÃO DE HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO

6. Descrição dos riscos da pesquisa: () Mínimo () Baixo () Médio () Alto

Justifica-se o risco mínimo devido o sujeito da pesquisa ser o estudante, caracterizado como população vulnerável.

7. Descrição dos benefícios da pesquisa: AQUISIÇÃO DE HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO EM ATENDIMENTO NA TRAUMATO-ORTOPEDIA

8. Despesas, compensações e indenizações: a. Você não terá despesa pessoal nessa pesquisa incluindo transporte, exames e consultas. b. Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

9. Direito de confidencialidade: A. Você tem assegurado que todas as informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. B. Os resultados obtidos na pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo. C. Imagens ou fotos que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

10. Acesso aos resultados da pesquisa: Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.

11. Liberdade de retirada do consentimento: Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição.

12. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa: Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis para esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos, riscos, etc pelo contato:

Professor Orientador: Rosa Malena Delbone de Faria Telefone: 031-34974302 E-mail: rmdfmedicina@gmail.com

Pesquisador: Thiago Vianna Rodrigues Telefone: 035 32993558. Email: drthiagovr@brturbo.com.br

13. Acesso à instituição responsável pela pesquisa: Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas dos procedimentos éticos, pelo contato: Comitê de Ética – UNIFENAS. Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas (MG). Tel: (35) 3299-3137 Email: comitedeetica@unifenas.br.

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino. Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Alfenas, ____/____/____

Assinatura