

Avaliação da Consulta Médica Realizada por Ingressantes na Residência de Pediatria*

Assessment of Medical Consultations Performed by Incoming Residents in Pediatrics

Denise Ballester¹

Silmar Gannam¹

Maria Lúcia de Moraes Bourroul¹

Sandra Maria Callioli Zuccolotto¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Assistência Centrada no Paciente
- Gravação de Videotape
- Entrevista
- Comunicação
- Relação Médico-Paciente
- Educação Médica
- Criança

KEYWORDS:

- Patient-Centered Care
- Videotape Recording
- Interviewing
- Communication
- Doctor-Patient Relationship
- Medical Education
- Child

Recebido em: 11/11/2010

Aprovado em: 04/04/2011

RESUMO

Diversos autores relatam que a consulta médica se associa a melhores resultados quando se adota como referencial o modelo centrado no paciente. **Objetivo:** Avaliar se os médicos ingressantes na residência de Pediatria realizam consultas ambulatoriais segundo pressupostos do modelo centrado no paciente. **Método:** Em 2007, no início de seu estágio de ambulatório, dez residentes foram selecionados aleatoriamente para serem filmados durante a realização de uma consulta. Adotando-se como referencial teórico pressupostos do modelo centrado no paciente, os dados foram analisados por meio de metodologia qualitativa, por meio da técnica exploratória, com três juízes independentes. **Resultados:** A maioria dos residentes explora precocemente a primeira queixa referida pelos pais, assumindo-a como principal; não explora outras queixas; decide e faz orientações terapêuticas de modo não compartilhado; conversa pouco com as crianças; cria longos momentos de silêncio durante a consulta; não explica o exame físico e às vezes utiliza o prontuário como a principal fonte de informação. **Conclusão:** Os residentes realizam consultas sem a inclusão da perspectiva dos pais e, portanto, não atendem segundo pressupostos do modelo centrado no paciente.

ABSTRACT

Various authors have reported that medical consultations produce better results when based on the patient-centered model. **Objective:** The objective of this study was to evaluate whether incoming residents in pediatrics conducted outpatient consultations according to the patient-centered model. **Methods:** In 2007, ten residents in the early stage of their outpatient rotation were randomly selected to be filmed during a consultation. With the patient-centered model as the theoretical reference, the data were analyzed by means of a qualitative methodology using an exploratory technique, with three independent judges. **Results:** The majority of the residents: explored the first complaint reported by the patient's parents too early, assuming that it was the principal complaint; failed to explore other complaints; made decisions and provided treatment instructions without sharing the process; spoke little with the children; left long periods of silence during the consultation; failed to explain the physical examination to the parents; and sometimes used the patient chart as their principal source of information. **Conclusion:** Residents conducted consultations without including the parents' perspective and thus failed to meet the central premises of the patient-centered model.

* Trabalho vencedor do Prêmio ABEM/2010 de Educação Médica, no 48º Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado no período de 27 a 23 de outubro de 2010, em Goiânia, Goiás, Brasil. (3º Lugar).

¹ Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Vários estudos têm demonstrado que o modelo biomédico, apoiado no entendimento dos processos físicos das doenças, não é suficiente para atender a todas as demandas das consultas médicas¹⁻³.

Uma consulta eficiente requer a compreensão da subjetividade e do papel dos aspectos psicológicos, sociais, educacionais e culturais, tais como hábitos e crenças, na queixa clínica^{4,2}. O mero entendimento desses aspectos, contudo, não é suficiente. É necessário incluí-los no processo diagnóstico e terapêutico, e reconhecer sua importância nos resultados da consulta^{2,4,6}.

Nesse contexto, outros modelos de atendimento têm emergido desde a década de 1970. Eles ressaltam as diferentes dimensões físicas, psicológicas e sociais que permeiam a entrevista médica. O modelo biopsicossocial e o modelo centrado no paciente são exemplos de abordagens que enfatizam, entre outros aspectos, a importância da inclusão da perspectiva do paciente na realização das consultas médicas^{2,4,5}.

Segundo Pendleton *et al.*², a entrevista médica deve envolver duas perspectivas: a do médico e a do paciente. A primeira é representada pelo conhecimento sobre o funcionamento do corpo e como as doenças aparecem e evoluem. A perspectiva do paciente inclui a experiência do adoecer, as expectativas sobre como o problema deve ser abordado e a repercussão desse problema na rotina diária e no contexto social. O médico que não explora estas questões durante a entrevista se arrisca a realizar uma consulta ineficiente^{2,7,8}.

Os médicos necessitam desenvolver habilidades de comunicação específicas para adquirir a competência de incluir a perspectiva do paciente na realização da consulta médica¹. Portanto, os currículos dos cursos médicos devem conter práticas de ensino que permitam aos estudantes adquirir habilidades que propiciem o desenvolvimento da competência de incluir a perspectiva do paciente na realização da consulta médica^{1,2}.

OBJETIVO

Avaliar se os médicos ingressantes na residência de Pediatria realizam consultas ambulatoriais segundo pressupostos do modelo centrado no paciente.

MÉTODO

O estudo foi realizado em 2007, no Ambulatório Geral de Pediatria do Hospital Universitário (HU). A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa do HU – registro 675/06 – Sisnep – CAAE: 0040.0.198.015-06, em 6 de outubro de 2006.

A amostra foi constituída por dez médicos sorteados dentre os 40 ingressantes no primeiro ano da residência de Pediatria.

A caracterização dos residentes foi feita por entrevista para obtenção de dados como idade, sexo e formação médica anterior.

Para a observação das consultas, foram realizadas gravações em áudio e vídeo. A câmera de filmagem foi operada por um técnico de filmagem do setor de audiovisual do HU que ficava dentro da sala durante a consulta. O técnico foi previamente capacitado a respeito do que se pretendia filmar. Para a gravação em áudio e vídeo, por questões éticas, foi elaborado um Termo de Consentimento Informado e escrito para os participantes da pesquisa, no caso, pais ou responsáveis pela criança e médicos residentes.

Cada residente selecionado teve uma consulta filmada no início do estágio, em março de 2007.

Definiu-se que os residentes não deveriam conhecer anteriormente os pais ou responsáveis e a criança que participariam do estudo, para que a relação médico-paciente previamente estabelecida não influenciasse o desempenho do residente.

As crianças menores de dez anos de idade foram sorteadas, no dia da filmagem, dentre aquelas que passariam pela primeira vez em atendimento no ambulatório.

Após a realização da anamnese e do exame físico, a filmagem era interrompida, e o residente saía do consultório para discutir o caso com um dos médicos pediatras supervisores daquele dia de atendimento. Nenhuma abordagem especial foi dada a essa discussão. Após a discussão, o residente voltava para a sala, e a finalização da consulta era filmada. Adotando como referencial teórico os pressupostos do modelo centrado no paciente e adaptando os conteúdos desse referencial à realidade pediátrica, foi elaborado um roteiro de observação apoiado em três categorias gerais, como descreve o Quadro 1.

Para a análise do material obtido por meio da filmagem, optou-se pela metodologia qualitativa, utilizando-se a técnica exploratória. Para melhorar a confiabilidade dos resultados, aplicou-se o método de juízes, no qual três observadores avaliaram as filmagens de forma independente.

Todas as filmagens foram observadas cuidadosamente várias vezes para se obter uma visão geral do material. Os detalhes da conversa estabelecida entre o médico, os pais e a criança foram registrados. Além da comunicação verbal, a paralinguagem e a linguagem não verbal estabelecidas pelo residente com os pais e a criança durante a consulta também foram registradas e analisadas.

A partir da análise dessas informações, foram caracterizadas as categorias gerais previamente definidas. Além disso, outros temas relevantes surgiram após a observação minuciosa das filmagens, o que permitiu a elaboração de categorias empíricas.

QUADRO 1
Roteiro de observação das consultas

Categoria geral	Itens observados
Compreensão da queixa principal referida pelos pais	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das explicações dos pais para a queixa principal; • Exploração da experiência dos pais com o adoecimento da criança referente à principal queixa (preocupação e medos, repercussões na rotina de vida dos pais e da criança).
Compreensão de outras queixas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das explicações dos pais para as outras queixas. • Exploração da experiência dos pais com o adoecimento da criança referente às outras queixas (preocupação e medos, repercussões na rotina de vida dos pais e da criança).
Compartilhamento das orientações e decisões	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de trocar informações, negociar e chegar a um acordo mútuo sobre as recomendações e decisões de tratamento.

Na descrição dos resultados, optou-se por utilizar o termo “técnico-científico” quando, na conversa estabelecida entre residentes, pais ou responsáveis e criança, no momento de obter informações ou no momento das orientações, se observasse conteúdo restrito aos aspectos biomédicos dos problemas de saúde, isto é, à caracterização das doenças, como, por exemplo, início e frequência dos sintomas, fatores desencadeantes, fatores de piora ou melhora do sintoma, provável etiologia, modo de evolução das doenças e prescrição terapêutica. No termo “técnico-científico” estão excluídos os aspectos subjetivos da história da criança relacionados ao seu adoecimento, como, por exemplo, medos e preocupações associados ao problema de saúde e repercussão na rotina de vida da criança e dos pais.

Adaptada da estrutura da consulta do *Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills*^{9,10}, adotou-se no estudo a expressão “finalização da consulta” – que engloba as etapas: explicando, planejando e finalizando a sessão – para designar o momento da consulta no qual, prioritariamente, são discutidas as hipóteses diagnósticas e fornecidas orientações e decisões compartilhadas.

Neste estudo, o compartilhamento das orientações e decisões foi definido como a troca de informações, a negociação e a concordância mútua entre o residente, os pais e a criança a respeito das orientações e das decisões terapêuticas.

A expressão “roteiro de anamnese semiestruturado” foi utilizada frequentemente durante o estudo para denominar a ficha preenchida pelos residentes durante a realização da consulta de admissão no ambulatório.

Para a análise e discussão dos resultados, introduziu-se a expressão “agenda dos pais” como corolário da expressão “agenda do paciente” encontrada na literatura, que incorpora as queixas clínicas, assim como preocupações, medos, sentimentos e expectativas associados dos pacientes. Nesta

pesquisa, a “agenda dos pais” inclui duas categorias gerais: (1) compreensão da queixa principal referida pelos pais e (2) compreensão de outras queixas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, nota-se grande preocupação com a qualidade do atendimento médico, principalmente no que se refere à satisfação da clientela.

Vários estudos têm demonstrado que resultados satisfatórios de consulta ambulatorial estão associados à realização de entrevistas médicas com base nos pressupostos do modelo centrado no paciente. Dentre estes se destaca a inclusão da perspectiva do paciente, representada pela experiência de adoecimento, expectativas a respeito da abordagem do problema de saúde e das repercussões na vida do indivíduo decorrentes do adoecimento e da abordagem terapêutica^{2,4,11-14}.

Dessa forma, a análise do modo como alunos ou médicos em especialização realizam entrevistas médicas e dos fatores envolvidos nesse processo é fundamental para o aprimoramento da consulta médica e consequente melhoria do atendimento do indivíduo.

O estudo envolveu os médicos que ingressaram na residência de Pediatria em 2007. Ao todo, eram 37 mulheres e 3 homens. O grupo de dez residentes selecionados foi composto por médicos oriundos de nove escolas brasileiras, localizadas nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste do País. Tinham idade média de 26 anos (24-27 anos) e nove eram mulheres. Referiam pouca experiência em atendimento ambulatorial e nenhuma oportunidade, durante a graduação, de discutir habilidades de comunicação ou os princípios do modelo de atendimento centrado no paciente.

Na categoria geral (1) – compreensão da queixa principal referida pelos pais, nenhum residente pareceu buscar a identi-

ficação da principal preocupação dos pais na consulta. Alguns médicos residentes iniciam a entrevista por meio de questões abertas e permitem a livre narrativa da família a respeito de um primeiro problema referido. Esse modo de conduzir a consulta deveria facilitar a exposição pelos pais de suas principais queixas e preocupações. No entanto, notou-se que os residentes exploram rapidamente a primeira queixa da família, sem se certificar se ela é a mais importante para os pais.

Além disso, foi comum observarmos a elaboração de perguntas fechadas antes que os pais terminassem de referir suas queixas ou preocupações. Um residente conduz a consulta com priorização das informações registradas no prontuário. Ele não permite qualquer narrativa da mãe sobre o problema de saúde da criança. Os médicos residentes parecem desenvolver a anamnese com base nas doenças conhecidas e, assim, supõem saber as perguntas necessárias à elaboração da hipótese diagnóstica.

Segundo Beckman e Frankel¹⁵, é comum os médicos interromperem o discurso das pacientes 18 segundos após o início do relato dos problemas de saúde. Langewitz *et al.*¹⁶ analisaram consultas nas quais os médicos ouviam sem interromper e notaram que a média de tempo de exposição do problema de saúde foi de 92 segundos e que 78% dos pacientes paravam de falar aos dois minutos de consulta.

Na literatura, modelos propostos para o ensino-aprendizagem de habilidades de comunicação enfatizam a importância da identificação precoce da principal preocupação do paciente e associam esse aspecto a resultados mais satisfatórios da consulta^{1,2,9,10}.

Ainda em relação à categoria geral (1), a maioria dos residentes prioriza na anamnese os aspectos técnico-científicos. Não foi observada a exploração da vivência dos pais com o adoecimento da criança ou as explicações deles para o problema apresentado.

Em estudos que analisam a forma de conduzir consultas médicas, descrevem-se deficiências semelhantes às encontradas na atual pesquisa, ou seja, os alunos são pouco capacitados para obtenção de dados sociais e psicológicos nas entrevistas médicas^{17,18}.

Vários autores relatam que programas específicos para o ensino dessas habilidades aperfeiçoam o aprendizado do aluno e devem ser incorporados ao ensino de atendimento em ambulatório¹⁹⁻²³.

Em relação à categoria geral (2) – compreensão de outras queixas, a maioria dos residentes segue durante a consulta o roteiro semiestruturado, que contempla os aspectos da anamnese tradicional. O uso do roteiro pode levar ou não ao aparecimento de novas preocupações dos pais. Isto pode decorrer

do modo como o residente conduz a conversa e também de características da família.

Alguns pais respondem objetivamente às perguntas feitas pelo médico a respeito de doenças anteriores, alimentação, hábitos de vida e outros. O modo como essas respostas são formuladas não sugeriu demanda ou preocupação por parte destes pais. Outras famílias aproveitam as perguntas do roteiro de anamnese para expor suas preocupações. Nesses casos, a paralinguagem utilizada nas respostas sugeriu preocupação da família com a questão.

De modo geral, no entanto, os médicos residentes apenas preenchem de forma sistemática a ficha de anamnese, aparentemente sem notar se os pais transmitem ou não preocupação na resposta à pergunta formulada.

Poucos residentes exploram os relatos dos pais, e, quando isto ocorre, são abordados apenas aspectos técnico-científicos de forma rápida e superficial. Talvez isto ocorra em virtude da crença do médico de que não é possível abordar vários problemas em uma mesma consulta, fato que o leva a escolher apenas a queixa inicial, considerando, talvez, os demais problemas dos pais menos importantes. Essa conduta pode estar associada à falha na capacitação do médico residente para realizar consulta em que a priorização dos problemas de saúde a serem investigados e abordados naquela entrevista é feita em conjunto com a família.

Silverman *et al.*⁹ discutem a importância da identificação das principais preocupações do paciente na consulta logo no início da anamnese, pois isto levaria a melhor organização da entrevista, com resultados mais satisfatórios. Vários autores demonstram que é comum os pacientes apresentarem mais de uma preocupação na consulta^{24,25}.

Os resultados encontrados neste estudo podem decorrer do modo como a realização da anamnese e da consulta médica é ensinada nos diversos cursos de graduação. A entrevista é apoiada em roteiro semiestruturado nos seguintes tópicos: queixa e duração; história da doença atual; interrogatório sobre os diversos aparelhos; antecedentes pessoais e familiares; diário alimentar, composição familiar; condições socioeconômicas e de moradia.

A capacitação no modelo biomédico para a obtenção de histórias a respeito de doenças continua a ser mais enfatizada nos currículos médicos, quando comparada à capacitação no modelo centrado no paciente e em habilidades de comunicação. Dessa forma, espera-se que os alunos ou residentes se sintam mais confortáveis atendendo sob o paradigma biomédico, pois escutar a demanda real dos pacientes talvez os coloque numa situação menos conhecida e, portanto, desconfortável, se não estiverem capacitados para desempenhar essa tarefa.

Observa-se, nas categorias gerais (1) e (2), que a “agenda dos pais” foi pouco valorizada pelo grupo de residentes. Estes não exploram as queixas e as preocupações dos pais ou responsáveis em nenhum momento da consulta e mudam de assunto após a descrição do problema pelos pais, direcionando a história para o motivo do encaminhamento, apesar de não saberem se este era o principal motivo da consulta, e não retomando o assunto que preocupava os pais em nenhum momento da entrevista.

A pouca valorização da “agenda dos pais” pode decorrer da descrença a respeito da importância desses aspectos no processo diagnóstico e terapêutico. Isto é sugerido ao se observar que os fatos relatados pelos pais são explorados quando coincidem com a agenda do médico, isto é, com os fatos que o médico julga importantes para a elucidação diagnóstica e a proposta terapêutica, o que indica, mais uma vez, um modo de consulta apoiado no modelo biomédico.

Outra explicação para a não valorização da “agenda dos pais” seria o despreparo para o manejo dos aspectos subjetivos associados ao adoecimento das crianças.

Na categoria geral (3) – compartilhamento das orientações e decisões, todos os residentes finalizam a consulta de modo prescritivo, ou seja, expõem o diagnóstico formulado e a proposta terapêutica sem considerar ou discutir com os pais suas opiniões e expectativas sobre o modo de conduzir o plano terapêutico de seu filho.

Na finalização da consulta e momentos antes de se despedirem dos pais e da criança, alguns residentes verificam a compreensão da família a respeito da proposta terapêutica, mas o fazem por meio de perguntas fechadas, como, por exemplo, “alguma dúvida?” ou “entendeu?”, o que não caracteriza o compartilhamento das decisões. Nesse momento, observou-se que a maioria dos pais apenas balança a cabeça negativamente e nada comenta. Esse comportamento talvez se deva ao modo como a consulta foi conduzida, não facilitando o compartilhamento das condutas. Notou-se também que o tempo gasto na finalização da consulta é bem menor em relação àquele dedicado à entrevista e ao exame físico, o que sugere menor valorização dessa etapa da consulta.

A maioria dos residentes responde às queixas e preocupações referidas pelos pais, mas a qualidade da resposta, além de, muitas vezes, ser insuficiente ou inadequada, não é compartilhada.

A qualidade da resposta oferecida aos pais foi considerada inadequada porque seu conteúdo ficou restrito aos aspectos técnico-científicos e não valorizou a “agenda dos pais”, ou seja, o residente não ofereceu explicações específicas e individualizadas baseadas nas dúvidas e relatos da família.

Vários autores referem que muitos pacientes não cumprem as prescrições médicas, apesar de demonstrarem que gostariam de participar das decisões terapêuticas^{26,27}. Esses dados podem sugerir associação entre compartilhamento e aderência às propostas terapêuticas, o que corrobora a ideia de incorporar a perspectiva do paciente na condução do atendimento ambulatorial e, inclusive, o compartilhamento de decisões, para melhorar os resultados da consulta.

A dificuldade de compartilhamento de decisões observada no presente estudo é descrita em outros trabalhos. Elwyn *et al.*¹⁴, numa pesquisa qualitativa por meio de um grupo focal com médicos generalistas, notaram que a dificuldade da maioria dos profissionais em compartilhar decisões se relaciona com as incertezas quanto aos benefícios dessa conduta e a falta de capacitação específica para desenvolver essa tarefa. Os autores referem que a finalização da consulta é pouco enfatizada nos currículos da graduação, ressaltando a pouca familiarização dos médicos com o compartilhamento^{14,28}.

Além da caracterização das categorias gerais, após a observação das consultas de todos os residentes, cinco categorias empíricas foram elaboradas.

Na categoria empírica interação com a criança, notou-se que, independentemente da faixa etária, a maioria dos residentes conversa pouco com as crianças. O grupo de residentes estabelece diálogo preferencialmente com a mãe e, quando se dirige à criança, frequentemente não inclui na conversa a exploração do problema de saúde pela perspectiva da criança. Ocasionalmente, a interação do médico com a criança acontece no momento da entrevista em que se buscam informações a respeito das atividades escolares, brincadeiras, rotina de vida e, por vezes, ocorre apenas durante o exame físico.

Outros autores também demonstraram que, na maioria dos casos, a participação da criança na consulta é uma exceção. Cahill e Papageorgiou²⁹, em um trabalho de revisão da literatura, encontraram uma percentagem de participação das crianças nas entrevistas de 3% a 14,2%. Em geral, a participação se restringe a algumas idades e a alguns momentos da consulta³⁰⁻³⁴.

Na categoria empírica explicação do roteiro de anamnese, observou-se frequentemente que o residente se preocupa em explicar aos pais que uma ficha de anamnese extensa será preenchida por se tratar da primeira consulta. Um dos médicos inclusive se desculpa com a família pela demora da consulta em decorrência desse procedimento. Foram observados comportamentos que transmitiam a insatisfação do residente com o preenchimento da ficha, tais como perguntas fechadas que induziam a resposta, tom de voz baixo e monótono, e cabeça apoiada nas mãos.

Não foi possível conhecer exatamente os motivos que levaram o grupo de residentes a elaborar esse tipo de explicação para os pais, mas a repetição do comportamento observado sugeriu pouca valorização das informações contidas no roteiro. É possível que a explicação para os pais reflita a descrença do residente em relação à associação entre todas as informações obtidas pelo roteiro e o problema de saúde referido. A forma rígida e sistemática como o roteiro de anamnese é utilizado pelo residente ilustra essa suposição, assim como o tipo de informação obtida por meio dele, como foi observado nas categorias gerais (1) e (2).

Prontuário como principal fonte de informação foi outra categoria empírica identificada. Notou-se que, quando existe um prontuário anterior, o residente busca o entendimento das informações objetivas contidas nele durante a entrevista e parece não escutar a história referida pelos pais naquele momento. A maioria dos residentes alterna o manuseio do prontuário com a conversa com os pais. No entanto, chama a atenção o comportamento específico de um dos residentes, que não permite o relato da história pela mãe e conduz a consulta apenas por meio do resumo das informações registradas no prontuário. Observou-se nítido descontentamento da mãe com esse fluxo da consulta, mas a residente pareceu não perceber e não modificou o comportamento.

A presença dessa categoria no presente estudo ilustra de forma enfática o predomínio do modelo biomédico no modo de conduzir a consulta pelos residentes do estudo.

Outra categoria empírica identificada foi momentos de silêncio na consulta. Notaram-se, comumente, longos períodos de silêncio durante a consulta, em especial nos momentos em que o residente registra no prontuário as informações obtidas. Nesses períodos, observou-se incômodo por parte dos pais que não foi notado pelos residentes. Momentos de silêncio na consulta podem ser importantes para que médicos e pais reflitam a respeito das informações que surgem durante a entrevista e assim possam aprimorar os dados obtidos. Talvez seja interessante que o residente esteja atento à repercussão do tempo de silêncio na consulta. Quando o silêncio se relaciona às anotações no prontuário das informações obtidas, pode ser adequado o médico alertar os pais a respeito do fato, além de utilizar outras técnicas de comunicação nesse momento, como, por exemplo, resumir e parafrasear.

Explicações a respeito dos procedimentos do exame físico é outra categoria empírica encontrada, na qual a maioria dos residentes não explica o significado do exame físico aos pais ou às crianças. Alguns permanecem calados durante todo o exame físico. Entretanto, algumas vezes, a expressão facial dos pais e algumas perguntas feitas por eles sugeriram curiosida-

de sobre o procedimento. Essa categoria é mais um exemplo, no grupo de médicos residentes estudado, do predomínio do modelo biomédico no modo de conduzir a consulta.

Discussão sobre o Método

A utilização da filmagem como forma de analisar consultas médicas costuma provocar dúvidas em relação à repercussão da presença da câmera no modo de conduzir a consulta pelo aluno ou médico em especialização.

No presente estudo, antes do início das filmagens, os residentes relatavam nervosismo e preocupação com a atividade e receavam que a presença da câmera de áudio e vídeo e de seu operador dentro do consultório prejudicasse o desempenho deles durante a consulta.

Após a realização da filmagem, a maioria dos residentes referiu esquecimento da presença tanto do operador da câmera como da câmera de áudio e vídeo dentro da sala após alguns minutos de entrevista e que a consulta transcorreu de modo habitual. Apenas um residente referiu que permaneceu tenso por um longo período da consulta, mas relatou que isto não prejudicou a forma de conduzi-la. No entanto, ressaltou que a situação possibilitou evidenciar dificuldades na realização da anamnese e do exame físico que não havia notado anteriormente.

Assim, o equipamento de filmagem parece não ter interferido no desempenho dos residentes na realização da consulta, fato relatado em outros trabalhos da literatura^{17,35}.

A presença do operador de câmera também parece não ter influenciado a condução da consulta pelo residente. Na literatura consultada, não foi encontrada descrição de operadores de câmera dentro do consultório durante a filmagem de consultas médicas.

CONCLUSÕES

Categorias Gerais

A análise dos resultados permitiu inferir que a maioria dos médicos ingressantes na residência de Pediatria não realiza consultas médicas com base nos pressupostos do modelo centrado no paciente. Não se observou busca de identificação dos medos e preocupações associados aos problemas de saúde referidos, nem de explicações dos pais ou da criança para a presença do problema ou das repercussões da questão referida na rotina de vida destes. O grupo de residentes não demonstra tentativa de compartilhamento das decisões e propostas terapêuticas com os pais e as crianças. As orientações sempre são prescritivas, prevalecendo a agenda do médico em relação à agenda dos pais, na maioria dos casos.

Categorias Empíricas

Dentre as categorias empíricas elaboradas, a interação com a criança foi a mais significativa. A análise dos resultados permitiu inferir que a maioria dos residentes mantém pouca comunicação com a criança durante a consulta médica.

Pode-se supor que a utilização do roteiro de anamnese semiestruturado dificultou o estabelecimento de fluxo adequado da conversa durante a entrevista, possivelmente pelo uso rígido e sistemático do roteiro pelo residente. As explicações do roteiro de anamnese, encontradas comumente no grupo de residentes, sugeriram discordância da necessidade de utilizar esse instrumento na realização de entrevistas médicas, a qual pode estar relacionada à sua estrutura ou ao seu conteúdo.

A presença de prontuários anteriores durante a consulta prejudicou o estabelecimento de uma comunicação adequada entre o residente e os pais, por levar o residente a utilizar o prontuário como principal fonte de informação, em detrimento da obtenção das informações a respeito do problema de saúde da criança diretamente com os pais.

Os momentos de silêncio na consulta representaram, de modo geral, um incômodo para os pais.

Em relação às explicações a respeito dos procedimentos do exame físico, pôde-se inferir que a maioria dos residentes pareceu não conhecer a importância de explicar os procedimentos semiológicos aos pais e à criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo de conduzir a consulta observado neste estudo pode ser entendido a partir de dois aspectos: (1) características próprias do residente relacionadas a valores e crenças; (2) formação médica, com poucas estratégias de ensino-aprendizagem específicas para a capacitação no modelo centrado no paciente e em habilidades de comunicação.

Em relação à formação médica, o grupo de residentes do estudo foi constituído por médicos oriundos de diferentes faculdades do País que referiam pouca experiência em atendimento ambulatorial e nenhuma oportunidade durante a graduação de discutir habilidades de comunicação e pressupostos do modelo centrado no paciente. Referiam que a capacitação para a realização de entrevistas médicas foi em geral apoiada no preenchimento de roteiros de entrevistas semiestruturados.

Desse modo, a análise das consultas confirmou as informações oriundas dos residentes, as quais sugeriram o predomínio do modelo biomédico nos currículos de diversas escolas médicas do País.

Na literatura encontram-se dados semelhantes aos da presente pesquisa. Como consequência da formação médica

apoiada no modelo biomédico, nota-se que, na comunicação estabelecida entre o médico e o paciente, predominam perguntas fechadas e orientações prescritivas, em detrimento da confrontação, reflexão e compartilhamento de decisões²⁹. A discussão da abordagem e da inclusão da perspectiva do paciente durante a realização da consulta médica é, muitas vezes, negligenciada nos cursos de graduação médica²¹.

Nesse contexto, nota-se nos últimos anos uma crescente discussão da necessidade de mudanças curriculares que incluam, entre outros aspectos, programas específicos de capacitação dos graduandos para realizar consultas baseadas em pressupostos do atendimento centrado no paciente^{20,21,36-40}.

Parte importante dessa discussão curricular envolve a efetividade da capacitação. Existem estudos que mostram resultados favoráveis à capacitação intensiva durante determinado período de tempo^{9,10,41}. No entanto, os autores que propõem cursos longitudinais, inseridos no currículo da graduação, apresentam resultados superiores em relação à incorporação e à qualidade das habilidades adquiridas^{42,43}.

Desse modo, pressupõe-se que mudanças curriculares profundas devem ser implementadas para que o estudante de Medicina possa desenvolver e incorporar os pressupostos do atendimento centrado no paciente e as habilidades de comunicação, com o objetivo de tornar o atendimento médico mais eficiente. Estratégias de ensino efetivas devem ocorrer de forma longitudinal e progressiva em todos os momentos da formação médica e, portanto, demandam a integração e inter-relação de todos os departamentos e disciplinas das escolas médicas. Entretanto, estas escolas, muitas vezes, apresentam uma realidade pouco favorável, baseada numa estrutura engessada pela organização flexneriana.

Espera-se que, na medida em que essa integração aconteça, tanto o estudante de Medicina como os pacientes se beneficiem, resultando em consultas mais efetivas, maior satisfação tanto do médico como dos pacientes e melhora da adesão – em suma, uma melhor atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/Patients talking with doctors. Improving communication in medical visit. 2nd ed. New York: Praeger; 2006.
2. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The New Consultation – developing doctor-patient communication. Oxford: Oxford University Press; 2006.
3. Sandman L, Munthe C. Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. Health Care Anal. 2010;18: 60-84.
4. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney CL, Freeman TR. Patient-Centred Medicine – Transforming

- the Clinical Method. Newbury Park: Sage Publications; 1995.
5. Engel GL. The clinical Application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137: 535-44.
 6. Taylor K. Paternalism, participation and partnership – The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Educ Couns* 2009;74:150-5.
 7. Leventhal H, Cameron L. Behavioural theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns* 1987;10:117-38.
 8. Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill and why: a qualitative study. *BMJ* 1996;313:983-6.
 9. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 2^a ed. Radcliffe Publishing.Ltda. 2008
 10. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Publishing, Oxford. 2^a ed. 2006
 11. Hall JA, Roter DL and Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. 1988; 26(7):657-75
 12. Williams S, Weinman J, Dale J and Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam. Pract.* 1995; 12 (2): 193-201
 13. Elwyn G, Edwards A and Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen. Pract.* 1999a; 49 (443): 477-82
 14. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R and Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*. 1999b; 319 (7212): 753-6
 15. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984; 101 (5): 692-6
 16. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 2002 Sep 28;325(7366):682-3
 17. Maguire GP, Rutter DR. History-Talking Medical Students. I Deficiencies in Performance. *The Lancet*. 1976; 11:556-558
 18. Fossum B, Arborelius E. Patient-centred communication: videotaped consultations. *Patient Educ Couns*. 2004; 54: 163-169
 19. Rutter DR, Maguire GP. History-Talking Medical Students. II Evaluation of Training Programme. *Lancet*. 1976; 11:556-558
 20. Sanson F, Poole AD. Training Medical Students to Empathize an experimental study. *Med J Aust*. 1978; 1: 473-476
 21. Irwin WG, Bamber JH. An evaluation of Medical Student behavior in communication. *Med Educ*. 1984; 18: 90-95
 22. Mukohara K, Kitamura K, Wakabayashi H, Abe K, Sato J, Ban N. Evaluation of a communication skills seminar for students in a Japanese medical school: a non-randomized controlled study. *BMC Med Educ*. 2004; 4: 24
 23. Zick A, Granieri M, Makoul G. First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. *Patient Educ Couns*. 2007; 68: 161-16
 24. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birks PS, D'Logoff BC. The influence of patient –practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health*. 1981; 71: 127:31
 25. Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincott P. Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics*. 1984; 6: 1047-53
 26. Haynes RB, McKibbon KA and Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patient to follow prescriptions for medications. *Lancet*. 1996; 348(9024): 383-6
 27. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ*. 2000; 321 (7265): 867-71
 28. Gillard S, Benson J, Silverman J. Teaching and assessment of explanation and planning in medical schools in the United Kingdom: Cross section questionnaire survey. *Med Teacher*. 2009; 31: 328-31
 29. Cahill P, Papageorgiou A. Triadic communication in the primary care paediatric consultation: a review of the literature. *Br J Gen Pract*. 2007b; 57: 904-11
 30. van Dulmen AM. Children's Contributions to Pediatric Outpatient Encounters. *Pediatrics*. 1998; 102 (3): 563-8
 31. Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child: a 'pas de trios'. *Patient Educ Couns*. 2002a; 48: 5-14
 32. Tates K, Meeuwesen L, Bensing J, Elbers E. Joking or decision-making? Affective and Instrumental. *Psychol and Health*. 2002c; 17 (3): 281- 95
 33. Tates K, Meeuwesen L. 'Let Mum have say': turntalking in doctor-parents-child communication. . *Patient Educ Couns*. 2000; 40: 151-162
 34. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med*. 2001; 52: 839-851

35. Marita P, Leena Liimatainen, Tarja K. Nurses' self reflection via videotaping to improve communication skills in the Health counseling. *Patient Educ Couns*. 1999; 36: 3-11
36. Aguiar AC. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? *Interface*. 2001; fev: 161-66
37. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Disponível no site: www.portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf. Acessado em 02 de setembro de 2009
38. Grosseman S, Patrício ZM. A Relação Médico — Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para a Promoção da Educação Médica. *RBEM*. 2004; 28(2): 99-105
39. Fucks A, Boudreau JD, Cassel E. Teaching clinical thinking to first-year medical students. *Med Teach*. 2009; 31: 105-111
40. Boudreau JD, Cassel E, Fucks A. Preparing medical students to become attentive listeners. *Med Teach*. 2009; 31: 22-29
41. Paul S, Dawson KP, Lanphear FK, Cheema MY. Video recording feedback: a feasible and effective approach to teaching history-talking and physical examination skills in undergraduate paediatric medicine. *Med Educ*. 1998; 32: 332-6
42. Dalen JV, Kerkhofs E, Van Knippenberg-Van Denberg BW, Van Den Hout HA, Scherpbier AAJA, Van Der Vleuten CPM. Longitudinal and Concentred Communication Skills Programmes: Two Dutch Medical Schools Compared. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2002; 7: 29-40
43. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns*. 2005; 58: 265-270

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da elaboração do projeto, coleta, análise e discussão dos dados e também da elaboração e revisão final do artigo enviado para publicação.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Denise Ballester
Rua Luis Ferreira, 150
Maranhão – São Paulo
CEP. 03072-020 SP
E-mail: deniseballester@gmail.com