

# Editorial Convidado

## A Avaliação Prática em Consulta na Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar no Ano Letivo de 2017-2018

Responsável pela Unidade Curricular: Luiz Miguel Santiago, MD, PhD, Professor Associado com Agregação

Assistentes: Inês Rosendo, MD, PhD e José Augusto Simões, MD, PhD

### Introdução

O ensino da Medicina em Pré-Graduado deve preparar o aluno para o que, em termos profissionais, ele mais tarde virá a encontrar, sendo necessário que os seus professores/tutores sejam modelos adequados aos objetivos pretendidos. E há, certamente muitas formas de produzir bom ensino médico.<sup>1</sup>

Em simultâneo o ensino deve, preferencialmente em situação de “em prática” e na área da Medicina Geral e Familiar:<sup>2-12</sup>

- Dar ao aluno as necessárias ferramentas e fazê-las aplicar para o melhor desempenho da futura profissão;

- Ensinar a utilizar todos os conhecimentos numa perspetiva integradora prática de resolução de casos;

- Ter em mente a Medicina Centrada na Pessoa;

- Transmitir a perspetiva do trabalho em gestão crónica de doença;

- Mostrar o contraste entre a situação aguda e a situação de patologia isolada crónica, assim como a prevenção em contraste com a imediata terapêutica;

- Dar a noção da necessidade de saber lidar com o crónico e como perceber a pressão do agudo;

- Expôr à prática da gestão da multimorbilidade;

- Aprimorar suas capacidades de comunicação, treinar a vertente empática e as aptidões de capacitação e empoderamento da pessoa que o consultará;

- Fornecer a perspetiva do trabalho em equipa;

- Passar o conhecimento mais sólido a ser aplicado;

- Fazer adquirir atitude crítica perante a sua prática;

- Praticar segundo definição da Especialidade, em particular as suas competências nucleares das quais destacaremos:

  - A gestão de cuidados primários,

  - A prestação de cuidados centrados na pessoa,

  - A aquisição de aptidões específicas para a resolução de problemas,

  - A abordagem abrangente,

  - A orientação comunitária e,

  - A abordagem holística.

Todas elas estão ligadas a aspetos de fundo essenciais como o contexto da prática (A unidade de cuidados de saúde na comunidade), a atitude (a relação continuada centrada na pessoa e capacitante e empoderante) e aspetos científicos (atuar segundo a clínica e a frequência) que o aluno deve aprender em meio letivo protegido e orientado para a prática.

Neste particular de prática, o aluno deve ser exposto ao conceito e à prática de Medicina Preventiva, da Multimorbilidade e da Polifarmacoterapia, para que perceba a sua importância até como factor de adesão à terapêutica e de qualidade de vida.<sup>13, 14, 15, 16</sup>

A Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra iniciou no ano letivo de 2017-2018 um novo ciclo de ensino da Medicina Geral e Familiar. Parte-se da premissa de que o ensino da especialidade deve ser baseado na prática da aplicação dos conhecimentos teóricos às pessoas que sofrem, em ambiente próprio, que é o da consulta, aí aplicando os conhecimentos específicos da Especialidade (a percepção de que muitos problemas têm origem na interação pessoa com os seu eco-sistema holístico e de que existem mecanismos específicos para estudar estes impactos bi-unívocos).<sup>17</sup>

Esta deve ser desempenhada segundo estilo já bem estudado, aplicando técnicas de entrevista estruturada para a obtenção maximizada de informação a ser colocada sob a forma de anotações e classificações, num ambiente empático, capacitante e empoderante, conjugando prevenção com terapêutica. Sendo a tarefa médica desempenhada para a pessoa que procura o médico, deve ser assim esta ser valorada, no seu desempenho, quer pelo tutor que a ensinou, como pela própria pessoa participante na consulta.<sup>18-28</sup>

Pretende-se que um tutor, após ter mostrado a prática da consulta em MGF e após ter treinado o aluno num período de estágio necessariamente curto de 6 horas, preferencialmente na situação de um aluno um tutor, o avalie depois e segundo lista de verificação positiva, quer quanto ao processo da consulta quer quanto à fluência de execução, enquanto a pessoa na consulta avalie, no final da consulta o contacto com o aluno.

De forma complementar, a necessidade de avaliação de conhecimentos determina a existência de uma prova teórica com perguntas de memória e resposta a casos clínicos adaptados a alunos do 5º Ano.

Foi adicionada bonificação de 5% na nota (1 valor) em função da presença em 75% das aulas efetivamente lecionadas.

Peça forçosamente inacabada e em constante evolução, foi assumida como tendo os riscos inerentes à sua novidade para tutores, alunos e pessoas na consulta, bem como à aferição de critérios apesar de algum trabalho prévio já ter sido realizado em contexto diferente e de todo o trabalho formativo com tutores.<sup>24</sup>

A novidade deste tipo de avaliação justifica assim, ainda mais, a necessidade de estudar o modelo propondo mesmo as correções que desde já se entendem necessárias, quer pela análise do corpo docente quer pelas experiências de alunos e tutores.

*É objetivo do presente trabalho apresentar relatório de avaliação do ano de 2017-2018 dando particular atenção à correlação de notas entre a nota teórica e prática, sendo esta a combinação das notas de tutor e de Pessoa na consulta.*

## Resultados

Dinâmica de crescimento positivo na frequência de avaliação prática por consulta do 1º para o segundo semestre ( $\Delta=+6,4$ ).

Pior avaliação na consulta para “Há avaliação global da situação com explicitação do problema ou problemas em causa, com raciocínio diferencial” (média de  $2,69\pm 0,46$ ) e “Há explicação geral do plano de procedimentos imediatos e mediatos” (média de  $2,66\pm 0,48$ ) e para “Segurança no processo da consulta (faz adequadamente o papel técnico, sendo empático e capacitante, ouvindo)” (média de  $3,09\pm 1,02$ ) em Fluidez na consulta. A avaliação da Pessoa na Consulta revelou piores valores para “Fizeram-me um exame por causa das minhas queixas” (média de  $3,84\pm 0,45$ ), para “Explicaram-me do que me queixo” (média de  $3,84\pm 0,39$ ) e “Disseram-me o que fazer para melhorar” (média de  $3,85\pm 0,38$ ).

Por semestres verifica-se significativa diferença na nota O e A do exercício SOAP que são melhores no segundo semestre com, respetivamente, para O  $18,33\pm 2,9$  vs  $19,11\pm 2,27$ ,  $p=0,028$  e para A  $17,30\pm 3,29$  vs  $18,36\pm 2,88$ ,  $p=0,013$ .

Entre a nota Final do Tutor e a nota da Pessoa na consulta verifica-se correlação positiva fraca e significativa ( $\rho=0,202$  e  $p=0,003$ ) e forte e significativa entre a nota final e a da pessoa na consulta com ( $\rho=0,577$  e  $p<0,001$ ). Entre a nota de Teste de Escolha Múltipla, avaliação teórica e a nota final (tutor e Pessoa na consulta) verifica-se correlação fraca e não significativa ( $\rho=0,036$  e  $p=0,602$ ).

Quadro I. Correlações entre notas.

		Nota SOAP	Nota Fluência
NotaSOAP	Correlação de Pearson	1	0,542**
	Sig. (bilateral)		<0,001
	N	219	219
		NotaTutor	Nota Paciente
NotaTutor	Correlação de Pearson	1	0,202**
	Sig. (bilateral)		0,003
	N	219	219
		NotaFinal	Nota SOAP
NotaFinal	Correlação de Pearson	1	0,736**
	Sig. (bilateral)		<0,001
	N	219	219
		NotaFinal	Nota Fluência
NotaFinal	Correlação de Pearson	1	0,858**
	Sig. (bilateral)		<0,001
	N	219	219
		NotaFinal	NotaTutor
NotaFinal	Correlação de Pearson	1	0,917**
	Sig. (bilateral)		<0,001
	N	219	219
		Nota Final	Nota Paciente
NotaFinal	Correlação de Pearson	1	0,577**
	Sig. (bilateral)		<0,001
	N	219	219

## Discussão

De forma semelhante ao já anteriormente percebido, mas em contexto de ensino diferente de metodologia de ensino, as notas e suas correlações estabelecem-se de forma significativa e de forma muito positiva.<sup>24</sup>

É agora necessário que o corpo docente reflita nos resultados encontrados, os discuta com os tutores bem como com os alunos e introduza os necessários meios de correção após ouvir todas as partes e tendo em atenção a mais eficaz forma de atingir os objetivos estratégicos.

As várias componentes da avaliação realizada devem ser alvo de treino por alunos e por tutores, sendo verdade que o desejo final será a satisfação da pessoa na consulta. A realização da qualidade técnica de aplicação de conhecimentos na consulta poderá vir a ser feita quer em exame teórico com a resolução de casos, quer em atividade avaliativa em OSCE (ECEO: exame clínico específico e orientado).

Em trabalho semelhante anterior mas no contexto do ensino na Universidade da Beira Interior com alunos do 4º ano, verificou-se “...neutral correlation between the patient’s grade and the tutor’s grade for competencies in a visit...”. No presente ano verifica-se uma correlação positiva fraca e significativa que agora deve continuar a ser avaliada.<sup>24</sup>

Comparando com os resultados conhecidos em Portugal verificamos uma mais elevada correlação na FMUC para as correlações entre nota da pessoa na consulta e as notas do tutor e a nota final da consulta.<sup>24</sup> Apenas podemos especular, para esta diferença, com fatores como diferentes alunos, diferente contexto social, diferente ensino. Mas em anos sucessivos tal será objeto de estudo.

A necessidade de formar médicos que na prática possam bem conduzir uma consulta translacionando eficazmente o conhecimento médico para aquele que sofre é urgente. No presente trabalho os resultados são diferentes pra melhor. Pode isto refletir diferença no ensino, diferença em mais um ano de estudos, diferença de populações avaliadoras ou mesmo diferenças de tipos de alunos?

É de ressaltar igualmente a quase nula correlação entre a nota de TEM e a avaliação prática. Sendo expectável uma boa correlação, a avaliação realizada permite medir duas realidades distintas da formação, o conhecimento teórico e a realização da prática, neste caso da concretização de uma actividade na qual não foi medida aplicação exaustiva da ciência médica. Tal poderá e deverá vir a ser pensado através de recurso a formas diferentes de avaliação como o Exame Clínico Orientado e Estruturado ou em inglês a OSCE que permitirá, eventualmente medir as duas áreas em simultâneo. No entanto a necessidade de ter estruturas onde tal se possa realizar não está ainda realizada. Assume-se a necessidade e colocar mais uma vertente de avaliação por tutor a qual seja a da correcta aplicação do conhecimento médico, para lá da correta realização da consulta.

## Conclusões

Os resultados alcançados, sugerem a robustez do esquema de ensino em que a componente prática parece ser essencial o que deve ser continuado a avaliar.

Mesmo assim serão necessárias alterações como:

- Aumento do tempo de permanência em Unidades de Saúde.
- Maior proximidade de Unidades de Estágio;
- Tutores continuamente formados;
- Mais consultas para treino e avaliação;
- Valores diferentes de peso das diferentes componentes da consulta;
- Necessidade de obter “retro-ação” informativa pelos alunos no final do seu trabalho avaliativo e de frequência de estágio prático;
- Aulas teórico-práticas mais vocacionadas para a resolução de problemas a colocar.

## Referências Bibliográficas

1. Ribeiro JC, Donato H, Massano J, Marinho RT. Medical Education in Portugal. *Acta Med Port.* 2016 Dec; 29(12):786-787. DOI: 10.20344/amp.8563.
2. Fazio SB, Demasi M, Farren E, Frankl S, Gottlieb B, Hoy J, et al. Blueprint for an Undergraduate Primary Care Curriculum. *Acad Med.* 2016; 91(12):1628-1637. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001302.
3. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Guidelines for primary health care teaching in undergraduate medical Education. *Rev Bras Ed Med.* 2012; 36(1):143-148. DOI: 10.1590/S0100-55022012000100020.
4. Hulsman RL, Harmsen AB, Fabriek M. Reflective teaching of medical communication skills with DiViDU: Assessing the level of student reflection on recorded consultations with simulated patients. *Patient Educ Couns.* 2009; 74(2):142-149. DOI: 10.1016/j.pec.2008.10.009.
5. Mash R, Pather M, Rhode H, Fairall L. Evaluating the effect of the Practical Approach to Care Kit on teaching medical students primary care: Quasi-experimental study. *Afr J Prm Health Care Fam Med.* 2017; 9(1):a1602. DOI: 10.4102/phcfm.v9i1.1602.
6. Im S, Kim D, Kong H, Roh H, Oh R, Seo J. Assessing clinical reasoning abilities of medical students using clinical performance examination. *Korean J Med Educ.* 2016 Mar; 28(1):35-47. DOI: 10.3946/kjme.2016.8.
7. Ogle J, Bushnell JA, Caputi P. Empathy is related to clinical competence in medical care. *Med Educ.* 2013; 47(8): 824-831. DOI: 10.1111/medu.12232.
8. van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Educ Couns.* 2012 Dec; 90(2):177-183. DOI: 10.1016/j.pec.2012.12.004.
9. Aper L, Reniers J, Derese A, Veldhuijzen W. Managing the complexity of doing it all: an exploratory study on students' experiences when trained stepwise in conducting consultations. *BMC Med Educ.* 2014, 14:206. DOI: 10.1186/1472-6920-14-206.
10. Hastings AM, McKinley RK, Fraser RC. Strengths and weaknesses in the consultation skills of senior medical students: identification, enhancement and curricular change. *Med Educ.* 2006; 40:437-443. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02445.x.

11. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *BioMed Research International*. Volume 2015, Article ID 965025, 4 pages. DOI: 10.1155/2015/965025.
12. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Versão reduzida. *EURACT 2005. Rev Port Clin Geral*. 2005; 21:511-516. DOI: 10.32385/rpmgf.v21i5.10170.
13. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005; 23(1):91-96.
14. Jamouille M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1064. DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1064.
15. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015; 5:e009287. DOI:10.1136/bmjopen-2015-009287.
16. Prazeres F, Santiago L. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016 Nov 11; 14(1):156. DOI: 10.1186/s12955-016-0559-7.
17. Simões JA. A consulta em medicina geral e familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2009; 25:197-198. DOI: 10.32385/rpmgf.v25i2.10607.
18. Queiroz MJ. SOAP Revisitado. *Rev Port Clin Geral*. 2009; 25:221-227. DOI: 10.32385/rpmgf.v25i2.10610.
19. Braga R. Os registos clínicos e a codificação. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2012; 28:155-156. DOI: 10.32385/rpmgf.v28i3.10935.
20. Salgado R. O que facilita e o que dificulta uma consulta. *Rev Port Clin Geral*. 2008; 24:513-518. DOI: 10.32385/rpmgf.v24i4.10532.
21. Santiago LM. Como utilizar a informação na consulta. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de família e comunidade*. São Paulo, Brazil: Artmédica-Editora; 2012. p 136-140.
22. Santiago LM. Anotações, Codificações e Registos na Consulta de Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2012; 28(4):313. DOI: 10.32385/rpmgf.v28i4.10959.
23. Pintalhão I, Santiago LM. Desenvolvimento de tradução para português do Patient Enablement Instrument. *RevADSO*. 2013; 01(2):18-22. DOI: 10.35323/revadso.12201313.
24. Santiago LM, Neto I. SOAP Methodology in General Practice/Family Medicine Teaching in Practical Context. *Acta Med Port*. 2016 Dec; 29(12):854-859. DOI: 10.20344/amp.8405.
25. Santiago LM, Carvalho R, Botas P, Miranda P, Matias C, Simões AR, et al. A formação na consulta presencial em Medicina Geral e Familiar: classificações segundo a ICPC-2 e anotações livres para a memória futura no SOAP. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(36):1-8. DOI: 10.5712/rbmfc10(36)840.
26. Reis AF, Santiago LM, Botas P. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consulente em Medicina Geral e Familiar. *RevADSO*. 2015; 3(5): 19-32. DOI: 10.35323/revadso.35201530.
27. Ramos, V. A Consulta em 7 passos. Lisboa; 2008. Disponível em <http://www.apmgf.pt/ficheiros/A%20Consulta%207%20passos.pdf>. Acedido a 11/6/2018.
28. Nunes, JM. Comunicação em Contexto Clínico. Lisboa; 2010. Disponível em <http://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/comunicacao-em-contexto-clinico>. Acedido a 11/6/2018.