



Cristina Rolim Neumann
Margaret Weidenbach Gerbase
Danilo Blank
Edison Capp
Organizadores

Avaliação de competências no internato:
**Atividades profissionais confiabilizadoras
essenciais para a prática médica**

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Cristina Rolim Neumann
Margaret Weidenbach Gerbase
Danilo Blank
Edison Capp
organizadores

Avaliação de competências no internato:
**Atividades profissionais confiabilizadoras
essenciais para a prática médica**

Porto Alegre 2019
UFCSPA/ UFRGS

U58a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Avaliação de competências no internato: atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica/ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Universidade Federal do Rio Grande do Sul; organizado por Cristina Rolim Neumann... [et al.] – Porto Alegre: UFRGS, 2019.

156p.

ISBN: 978-85-9489-180-8

E-Book: 978-85-9489-181-5

1. Educação médica 2. Internato e Residência 3. Educação baseada em competências I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Neumann, Cristina Rolim, org. III Título.

NLM: W20

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

(Bibliotecária Shirlei Galarça Salort – CRB10/1929)

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Curso de Medicina
Rua Sarmiento Leite, 245
CEP 90050-170 – Porto Alegre – RS
Telefone: +55 51 3303 8832
E-mail: medicina@ufcspa.edu.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Comissão de Graduação - Medicina
Rua Ramiro Barcellos, 2400/4º andar
CEP 900035-003 – Porto Alegre – RS
Telefone: +55 51 3308 5274
E-mail: comgrad.medicina@ufrgs.br

Editoração: Danilo Blank e Edison Capp
Diagramação e capa: Edison Capp
Imagens: www.freepik.com e Cristina Rolim Neumann

EPA 1. Coletar a história e realizar um exame físico

Cristiane Bauermann Leitão
Margaret Weidenbach Gerbase

A história clínica obtida junto ao paciente é o pilar fundamental da prática médica e se constitui numa competência essencial para o graduando de medicina. Desse modo, ela foi considerada neste livro como a primeira atividade profissional confiabilizadora na avaliação das competências essenciais do internato. Estudos clássicos demonstraram que aproximadamente 75% dos diagnósticos são definidos com dados colhidos na anamnese (1). O exame físico deve ser detalhado e focado nas hipóteses diagnósticas resultantes do raciocínio clínico desenvolvido durante a anamnese. Se assim conduzido, é capaz de confirmar ou de refutar os principais diagnósticos diferenciais, adicionando mais 12% à definição diagnóstica (2). Dessa maneira, uma história médica completa e acurada e um exame físico adequadamente executado são capazes de estabelecer o diagnóstico correto em mais de 80% dos casos. O atendimento médico embasado nos preceitos acima descritos apresenta diversas vantagens. Entre elas destacam-

se a resolutividade e o uso racional de exames complementares, o que adquire especial importância nos dias atuais, quando os custos em saúde aumentam de forma exponencial em decorrência dos avanços tecnológicos. Por outro lado, uma anamnese mal conduzida e um exame físico incompleto podem levar a dificuldades e a erros diagnósticos (3), que são potencializados pela solicitação excessiva de exames complementares.

Além da importância da anamnese e do exame físico bem conduzidos para o raciocínio diagnóstico, outro aspecto, e talvez o mais relevante, deve ser enfatizado: a consulta médica é o cenário onde se estabelece a relação médico-paciente. Já foi demonstrado que a comunicação efetiva durante o encontro médico está associada a maior aderência ao tratamento e conseqüentemente a melhores desfechos clínicos (4). Esse tipo de interação pressupõe uma entrevista centrada no paciente, respeitando suas particularidades

(5), adaptada para o cenário clínico (ambulatorio, internação ou emergência), que utilize além das técnicas de entrevista, também técnicas de comunicação não-verbal (6). Além dessas características, é essencial que o médico seja capaz de demonstrar empatia (7).

Pelo exposto, espera-se que o aluno de medicina no final do curso, demonstre boa capacidade de comunicação, empatia, habilidade de escuta e respeito à individualidade dos pacientes. Além disso, esse aluno deve estar apto a exercer a medicina em diferentes contextos clínicos de atendimento, ser capaz de coletar a história médica e executar o exame físico com competência, a fim de elaborar hipóteses diagnósticas pertinentes.

Referências

1. Schmitt BP, Kushner MS, Wiener SL. The diagnostic usefulness of the history of the patient with dyspnea. *J Gen Intern Med.* 1986;1(6):386-93.
2. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med.* 1992;156(2):163-5.
3. Ramani S. Promoting the art of history taking. *Med Teach.* 2004;26(4):374-6.
4. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423-33.
5. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5(1):57-65.
6. Berman AC, Chutka DS. Assessing effective physician-patient communication skills: "Are you listening to me, doc?". *Korean J Med Educ.* 2016;28(2):243-9.
7. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, McConnachie A, Lloyd SM, et al. General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. *Ann Fam Med.* 2016;14(2):117-24.

EPA 1. Coletar a história e realizar um exame físico

Funções principais com competências relacionadas	Comportamentos que exigem intervenção pedagógica	Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha)		Comportamentos esperados de um aluno confiável
Obtém uma história completa e acurada de maneira organizada. CP2	Não coleta uma história acurada. Baseia-se exclusivamente em fontes secundárias (ex: familiares) ou em registros de terceiros (ex: dados do prontuário).	Coleta dados excessivos ou incompletos. Se atém excessivamente à coleta de dados de uma forma padronizada.	Utiliza questionamento lógico e organizado, aprofunda o questionamento quando necessário. As perguntas são direcionadas e não são excessivas.	Obtém uma história completa e acurada de maneira organizada. Procura por fontes secundárias de informação quando apropriado. Adapta-se a diferentes cenários de atendimento (ex: ambulatório, internação, emergência).
Demonstra habilidades de entrevista centrada no paciente. HCRI1, HCRI6, HCRI7, P1, P3, P5	É desrespeitoso com o paciente. Não leva em consideração a autonomia e a privacidade do paciente.	Comunicação unidirecional. Abordagem não centrada no paciente e com excesso de perguntas fechadas precocemente. Dificuldade de escuta. Não responde às "pistas" verbais e não verbais do paciente. Faz generalizações quanto à idade, ao sexo, à cultura, à raça, à religião, às deficiências e à orientação sexual. Não considera, consistentemente, a autonomia e a privacidade do paciente.	Demonstra habilidades de comunicação, incluindo perguntas abertas, silêncio, facilitação, resumo e uso de linguagem corporal. Escuta e evita jargões médicos. Demonstra empatia em relação às emoções do paciente. Utiliza respostas compatíveis com a idade, o sexo, a cultura, a raça, a religião, as deficiências e a orientação sexual.	Adapta as habilidades de comunicação para as necessidades e para as características de cada paciente. Responde efetivamente aos sinais e às emoções verbais e não verbais do paciente.
Demonstra raciocínio clínico reunindo informações objetivas e relevantes para o cuidado do paciente. CPP1	Não reconhece a queixa principal do paciente.	Os questionamentos não são guiados pelas informações coletadas. Não prioriza ou nem filtra as informações. As perguntas refletem um diagnóstico diferencial estreito.	Os questionamentos são adequados para esclarecer as queixas do paciente. Consegue filtrar os sinais e os sintomas em achados positivos ou negativos.	Demonstra raciocínio clínico por meio de questionamento guiado por hipóteses. Incorpora dados secundários no raciocínio clínico.
Realiza exame físico apropriado e relevante, pertinente para o cenário (ex: ambulatório, internação, emergência) e motivo da visita médica. CP2	Não considera a privacidade e o conforto do paciente durante o exame. Realiza de forma incorreta manobras básicas do exame físico.	Realiza de forma correta manobras básicas de exame físico. Não realiza o exame físico de forma organizada. Realiza o exame "da cabeça aos pés", sem focar nas queixas do paciente. Não identifica achados importantes.	Realiza um exame focado nas queixas do paciente. Identifica e descreve achados normais. Explica as manobras do exame físico para o paciente.	Executa um exame físico acurado de forma lógica e fluida. Utiliza o exame físico para explorar os diagnósticos diferenciais priorizando o mais provável. Identifica e descreve os achados normais e anormais.

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 1. Coletar a história e realizar um exame físico

<p>Descrição da EPA</p>	<p>Para a prática clínica, o médico deve ser capaz de realizar uma história acurada, completa ou focada, e um exame físico pertinente, de uma maneira organizada sem supervisão, respeitando o paciente. A história e o exame físico devem ser adaptados para a situação clínica e para o cenário de atendimento. Essa coleta de dados e interação com o paciente servem de base para o trabalho clínico que inclui avaliação, elaboração de hipóteses baseadas no raciocínio clínico e manejo do paciente. O médico deve integrar as bases científicas da medicina com o raciocínio clínico para guiar a coleta de informações.</p> <p>Funções: Obtenção de uma história completa e acurada de maneira organizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procura por fontes secundárias de informação quando apropriado (ex: familiares). • Adaptação para diferentes cenários de atendimento. • Adaptação das habilidades de comunicação para as necessidades e para as características de cada paciente. • Resposta efetiva para os sinais e para as emoções verbais e não verbais. • Questionamento guiado por hipóteses. • Incorporação de dados secundários no raciocínio clínico. • Execução de exame físico acurado de forma lógica e fluida. • Utilização do exame físico para explorar os diagnósticos diferenciais, priorizando o mais provável. • Identificação e descrição de achados normais e anormais. 								
<p>Domínios de competência mais relevantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com a Pessoa (CP) - Conhecimento Para a Prática (CPP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Profissionalismo (P) 								
<p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p>	<table border="0"> <tr> <td>CP2</td> <td>HCRI7</td> </tr> <tr> <td>CPP1</td> <td>P1</td> </tr> <tr> <td>HCRI1</td> <td>P3</td> </tr> <tr> <td>HCRI6</td> <td>P5</td> </tr> </table>	CP2	HCRI7	CPP1	P1	HCRI1	P3	HCRI6	P5
CP2	HCRI7								
CPP1	P1								
HCRI1	P3								
HCRI6	P5								
<p>Métodos de avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisitos para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Durante a supervisão dos casos, fornecer feedback sobre os marcos de desenvolvimento de comportamentos do aluno com relação ao que se espera para que ele seja considerado digno de confiança para executar a EPA1 sem supervisão. • Realizar miniexercício clínico avaliativo (Mini-CEX) em pelo menos um momento do internato, e avaliar o aluno registrando o seu desempenho, a sua confiabilidade e as sugestões para a aquisição dos comportamentos esperados. 								

EPA 1. Competências

Competência crítica	Comportamentos pré-confiabilidade	Comportamentos indicativos de confiabilidade
Cuidados com a pessoa (CP)		
<p>CP2 Reunir informações essenciais e precisas sobre o paciente e sua condição por meio de anamnese, exame físico e uso de dados laboratoriais, exames de imagem e outros exames.</p>	<p>Coleta poucos dados ou dados excessivos, seguindo um modelo fixo, independente da queixa principal do paciente. Não consegue identificar quais os dados que seriam relevantes para o caso e relata as informações na ordem em que foram coletadas. Tem habilidade limitada para reunir, filtrar, reconhecer as informações mais relevantes e conectar os achados da história. Não tem capacidade de vincular os conhecimentos fisiopatológicos básicos às condições apresentadas pelos pacientes. Executa incorretamente a maioria das manobras de exame físico. Pode deixar de identificar as principais alterações do exame físico. Realiza o exame físico dos "pés à cabeça" sem adaptar para o caso do paciente. Não procura ou é excessivamente dependente de dados secundários.</p>	<p>Tem alguma experiência clínica que permite a ligação dos sinais e dos sintomas do paciente atual aos encontrados em algum paciente previamente atendido. Ainda se baseia principalmente no raciocínio de fisiopatologia básica para reunir informações, mas já apresenta capacidade de conectar achados do paciente atual com achados prévios, o que permite que sintetize, filtre e priorize a informação em achados positivos e negativos, assim como considere uma ampla gama de diagnósticos. Realiza manobras de exame físico básico corretamente e reconhece e interpreta adequadamente os achados anormais. Realiza o exame físico adaptado para uma situação clínica específica. Procura e obtém dados de fontes secundárias quando necessário.</p>
Conhecimento para a prática (CPP)		
<p>CPP1 Demonstrar uma abordagem investigatória e analítica para situações clínicas.</p>	<p>Relembra somente de trechos isolados de informação. Tende a conclusões precipitadas que não são baseadas nas informações coletadas. Estabelece essas conclusões sem ter entendido as queixas ou os tipos de informação necessárias. Não sintetiza, compara ou avalia de forma sistemática, o que pode resultar em raciocínio lento e linear. Pode armazenar o conhecimento com relação a procedimentos, regras e fórmulas, mas não integra modelos mentais de doença e saúde, logo não reconhece para quais condições se necessita a aplicação de determinado conhecimento e por que é relevante. Tem dificuldade em reconhecer padrões de informação recorrentes.</p>	<p>Está desenvolvendo uma base de conhecimento que permite conexões rápidas, reconhecimento de padrões e raciocínio clínico. Consegue discernir informação relevante de não-pertinente, identificar suas lacunas e fazer conexões para resolver problemas e responder perguntas clínicas com aprendizagem rápida. É capaz de correlacionar as múltiplas facetas do problema apresentado pelo paciente por meio de comparação, síntese e avaliações.</p>
Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI)		
<p>HCRI1 Comunicar-se eficazmente com pacientes, famílias e público, conforme for apropriado, incluindo uma ampla gama de origens socioeconômicas e culturais</p>	<p>A comunicação com pacientes e familiares é geralmente unidirecional e baseada em um modelo fixo, sem a capacidade de variar a abordagem baseada em características específicas do paciente, como demográficas, cognitivas, físicas, culturais, socioeconômicas ou de situação de vida. Frequentemente usa jargão médico. Não envolve os pacientes e familiares na discussão dos planos de cuidados (isto é, não realiza tomada de decisão compartilhada). Respeita as preferências dos pacientes quando solicitado pelo paciente, mas não solicita ativamente quais são suas preferências.</p>	<p>Consegue estabelecer diálogos com pacientes e famílias geralmente bidirecionais. Consegue adaptar-se a características únicas do paciente, considerando aspectos demográficos, cognitivos, físicos, culturais, socioeconômicos e necessidades relacionadas ao seu estado clínico. Evita jargão médico. Usa uma variedade de técnicas de comunicação, incluindo a linguagem não técnica, solicita que o paciente diga o que entendeu, utiliza um ritmo apropriado e informa o paciente "aos poucos" para garantir que a comunicação com os pacientes e suas famílias seja bidirecional e resulte na tomada de decisão compartilhada.</p>

Competência crítica	Comportamentos pré-confiabilidade	Comportamentos indicativos de confiabilidade
Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI)		
<p>HCRI6 Demonstrar sensibilidade, honestidade e empatia em conversas difíceis, incluindo aquelas sobre morte, fim de vida, eventos adversos, más notícias, divulgação de erros, e outros tópicos sensíveis.</p>	<p>Evita conversas sobre temas difíceis.</p>	<p>Desenvolve estratégias para abordar cenários mais difíceis na comunicação.</p>
<p>HCRI7 Demonstrar percepção e compreensão sobre emoções e respostas humanas às emoções, que permitam desenvolver e gerenciar interações interpessoais.</p>	<p>Não percebe as emoções de outras pessoas em termos de comunicação verbal e não verbal. Não reconhece que seu próprio comportamento e suas demonstrações de emoção podem afetar respostas emocionais dos pacientes (ex: ansiedade e raiva). Não gerencia efetivamente suas próprias emoções e de outras pessoas.</p>	<p>Antecipa, reconhece e reage às emoções em tempo real, de maneira apropriada e com comportamento profissional típico da comunicação em cenários médicos, incluindo aqueles que evocam emoções muito fortes. Utiliza essas habilidades para ganhar e manter alianças terapêuticas com os pacientes. Situações atípicas e inesperadas podem ainda evocar emoções fortes no aprendiz, resultando na incapacidade de controlar seu comportamento e suas emoções.</p>
Profissionalismo (P)		
<p>P1 Demonstrar compaixão, integridade e respeito pelos outros</p>	<p>Demonstra falhas na conduta profissional, como interações desrespeitosas ou falta com a verdade, especialmente em situações estressantes ou de fadiga ou em casos complicados e/ou incomuns. Agindo assim, suscita nos outros a responsabilidade de advertir, de se impor e de resolver conflitos. Pode ter algum insight sobre o seu comportamento, mas há uma incapacidade de modificá-lo quando se encontra em situações estressantes.</p>	<p>Em quase todas as circunstâncias, demonstra conduta profissional, como por exemplo, interações respeitosas e compromisso com a verdade. Tem insights sobre seu próprio comportamento, bem como prováveis gatilhos para lapsos de profissionalismo e é capaz de usar essa informação para garantir o profissionalismo.</p>
<p>P3 Demonstrar respeito pela privacidade e pela autonomia do paciente.</p>	<p>Não considera de forma consistente a privacidade e a confidencialidade do paciente (por exemplo, pode discutir o caso do paciente em uma área pública como em um elevador). Desconhece código de ética médica no que diz respeito ao sigilo médico. Não envolve os pacientes e os familiares em discussões e em planos de cuidados (ou seja, não realiza decisão compartilhada). Respeita as preferências do paciente quando solicitado pelo paciente, mas não pergunta ativamente suas preferências.</p>	<p>Consistentemente considera a privacidade e a confidencialidade do paciente, com raros lapsos. Conhece o código de ética médica no que diz respeito ao sigilo médico. Envolve os pacientes e familiares no plano de cuidado. Pergunta e respeita as preferências dos pacientes.</p>
<p>P5 Demonstrar sensibilidade e capacidade de resposta a uma população diversificada de pacientes, incluindo, entre outros, diversidade de gênero, idade, cultura, raça, religião, deficiências e orientação sexual.</p>	<p>Não respeita a diversidade cultural. Generaliza com base no sexo, na idade, na cultura, na raça, na religião, nas deficiências e na orientação sexual.</p>	<p>Procura entender as características únicas de cada paciente e suas necessidades baseadas em gênero, idade, cultura, raça, religião, deficiência física e orientação sexual. Inclui esses conceitos nos planos de cuidados para pacientes e familiares. As famílias reconhecem essa sensibilidade. Respeita a diversidade cultural.</p>

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Maria está vendo pacientes no ambulatório da UBS como parte de uma equipe de atenção primária. Seu primeiro paciente do dia é o Sr. Moise, para quem a folha de triagem de enfermagem documenta uma queixa principal de tosse. É a primeira consulta do Sr. Moise na UBS. Ele está completamente vestido e sentado na maca quando Maria entra na sala. Maria fecha a porta e fica em pé contra a parede, com um tablet na mão para tomar notas. Maria começa sua história dizendo: “As enfermeiras disseram que você tem tosse. Há quanto tempo?” Ela segue com uma série de perguntas sobre a descrição e a progressão da tosse. Ela acha que o paciente tem uma tosse crônica com piora recente. Ela pergunta sobre sintomas associados, fatores desencadeantes ou de alívio. Ela faz perguntas pertinentes sobre a história, como tabagismo, exposição a contatos doentes, e doença pulmonar prévia conhecida. Ela faz uma história médica pregressa completa, incluindo medicamentos, e detalha a árvore genealógica do paciente em um gráfico. Pergunta sobre estado civil, situação de vida atual e histórico de uso de substâncias ilícitas. Ela não inclui histórico profissional ou de viagem recente. Ela não demonstra curiosidade sobre o contexto cultural e sobre as crenças envolvendo a doença que o paciente possa ter. Depois de terminar de coletar a história, Maria diz: “OK, Sr. Moise, vou dar uma olhada em você.” Ela começa o exame auscultando os pulmões em seis áreas; primeiro sob a camisa, em seguida, por cima da camisa nas zonas pulmonares superiores. Durante o exame do pulmão, ela pede para o paciente “respirar fundo”. Ela, então, realiza ausculta cardíaca em quatro áreas. Em seguida, ela pega um otoscópio e usa-o para verificar a reação pupilar à luz e ao movimento dos olhos (pedindo ao paciente para olhar para cima, para o lado e para baixo), realiza oroscopia e depois otoscopia. Ela faz um exame breve, mas apropriado, do abdômen e verifica a pele para a presença de erupções e examina os pés para pulsos. Ela não nota a atrofia da musculatura temporal ou a adenopatia cervical bilateral que está presente. Após o exame, Maria diz ao paciente que ela irá discutir seu caso com um dos médicos da equipe e voltará após. Quando ela está saindo da sala, o sr. Moise pergunta timidamente: “O que você acha que está causando minha tosse?” “Maria se vira e responde:” Tenho certeza de que não é nada sério, provavelmente uma infecção do trato respiratório superior ou uma bronquite. Existem alguns medicamentos que causam tosse, mas você não está usando nenhum deles. Você provavelmente fará uma radiografia de tórax”. Ela então sai da sala.

Aluno confiável

Maria está vendo pacientes no ambulatório da UBS como parte de uma equipe de atenção primária. Seu primeiro paciente do dia é o Sr. Moise, para quem a folha de triagem de enfermagem documenta uma queixa principal de tosse. É a primeira consulta do Sr. Moise na UBS. Antes de entrar no quarto, Maria pergunta à enfermeira se um intérprete é necessário; ela esclarece que a língua materna do paciente é o francês pois o paciente é Haitiano, mas que ele tem capacidade total para se comunicar em português. Sr. Moise está completamente vestido e sentado na mesa de exame quando Maria entra na sala. Maria fecha a porta e convida o paciente a se sentar na cadeira enquanto eles revisam sua história. Maria arruma a cadeira de forma que possa se sentar de frente para o paciente. Ela pergunta ao Sr. Moise se ele se importa com que ela anote algumas informações enquanto eles estão conversando. Maria começa a anamnese com: “Sr. Moise, é ótimo conhecer o sr. Meu nome é Maria. Eu estou trabalhando com a equipe da UBS hoje. O que traz o sr. hoje à clínica?”. O paciente fala sobre a tosse. Ela diz: “Fale um pouco mais sobre a tosse”, e usa várias técnicas de entrevista, como repetição do que ela ouviu, resumo da história e técnica de facilitação para eliciar os detalhes pertinentes da história. Ela acha que o paciente tem uma tosse crônica que piorou recentemente. Ela pergunta sobre sintomas associados e sintomas relacionados a diagnósticos potenciais, como doença do refluxo gastroesofágico, rinite alérgica, asma e sintomas associados à malignidade. Ela também identifica importantes fatores de risco para diagnóstico diferencial, como história ocupacional, viagens recentes, história de consumo de álcool. Ela pergunta outros detalhes da história médica, incluindo o uso de medicamentos com prescrição médica ou por automedicação, e sobre uso de drogas; faz perguntas pertinentes sobre a história familiar; história psicossocial e informações sobre alergias. Ela pergunta especificamente o que o paciente acredita que está causando a tosse e se ele procurou algum atendimento, incluindo tratamentos alternativos. Ela identifica que ele usou remédios populares, incluindo alho e xaropes caseiros. Ela conclui perguntando: “Sr. Moise, você acha que eu esqueci de perguntar alguma coisa importante em seu histórico médico ou sobre sua tosse?” Depois dela terminar de coletar a história, Maria diz: “OK, Sr. Moise, eu gostaria de fazer um exame completo neste momento. Eu vou sair e deixar que o sr. coloque uma bata, que está localizada nesta gaveta. Eu voltarei em um minuto. Existe mais alguma coisa que você precisa agora?” Maria sai brevemente da sala, fechando a porta atrás dela. Ela retorna para a sala e afirma: “Sr. Moise, eu gostaria de fazer um exame completo da cabeça aos pés. Vou explicar para o sr. o que eu estou fazendo em cada ponto, mas, por favor, me fale se o sr. tem perguntas.” Ela começa examinando a cabeça: olhos, ouvidos, nariz e garganta, dizendo ao paciente o que ela está fazendo em cada passo. Ela observa que há atrofia de musculatura temporal, pergunta sobre perda de peso recente e um pouco sobre dieta. Ela também observa adenopatia cervical e pergunta ao paciente sobre dor e duração. Ela faz um exame completo do pulmão, removendo ou movendo a bata para que ela possa auscultar diretamente o tórax em cada ponto. Ela ausculta e realiza manobras detalhadas, como pesquisar egofonia e realiza percussão. Ao longo do exame, ela presta muita atenção com o conforto e com o pudor do paciente. Após o exame, Maria diz ao paciente que ela discutirá com a equipe da UBS e vai voltar. Ela pergunta se há algo mais que Sr. Moise pensou durante o exame e se tem alguma dúvida. Ao sair da sala, o Sr. Moise pergunta timidamente: “O que você acha que está causando minha tosse?” “Maria se vira, fecha a porta novamente e se senta no banco para responder a questão. Ela primeiro pergunta: “Há algo que está preocupando o sr.?” “Sr. Moise admite que ele está preocupado com o câncer. Maria explica que existem várias causas de tosse crônica, incluindo alguma doença das vias aéreas superiores, doença de refluxo gastroesofágico, asma, alergias, bronquite crônica, doenças pulmonares primárias e infecções crônicas. Ela explica que é por isso que ela fez tantas perguntas, procurando pistas para a causa da tosse. Ela afirma que o câncer de pulmão pode se apresentar por tosse. Ela tranquiliza o paciente esclarecendo que discutirá os sintomas e o exame físico com a equipe, e que eles vão solicitar exames para encontrar a causa. Ela pergunta novamente se o paciente ficou com alguma dúvida e explica que logo voltará. Ela então sai da sala.

EPA 1. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala: Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O estudante usa técnicas de entrevista centradas no paciente*?

- Pode apenas acompanhar.
 - Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
 - Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
 - Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
 - O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]
- *esse item deve incluir necessariamente demonstração de empatia

O estudante realiza questionamentos baseados em hipóteses?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante faz as perguntas de forma organizada?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

O estudante faz o exame físico baseado nas hipóteses diagnósticas sugeridas pela anamnese?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante obtém informações de forma acurada e completa?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]