

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO**

**ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NA RESIDÊNCIA DE  
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
OURO PRETO PELA PERSPECTIVA DOS PRECEPTORES**

**LETICIA GONÇALVES CALDEIRA**

**OURO PRETO, MG**

**2023**

**LETÍCIA GONÇALVES CALDEIRA**

**ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NA RESIDÊNCIA DE  
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
OURO PRETO PELA PERSPECTIVA DOS PRECEPTORES**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de Médico de Família e Comunidade.

Orientadora: Mirian Santana Barbosa  
Coorientadora: Nayra da Silva Freitas

**OURO PRETO, MG**

**2023**

## SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

C146e Caldeira, Leticia Goncalves.

Ensino das habilidades de comunicação na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto pela perspectiva dos preceptores. [manuscrito] / Leticia Goncalves Caldeira. - 2023.

45 f.

Orientadora: Profa. Ma. Mírian Santana Barbosa.

Coorientadora: Profa. Esp. Nayra da Silva Freitas.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Comunicação. 2. Cuidado centrado no paciente. 3. Medicina de família e comunidade. 4. Ensino. 5. Internato e Residência. 6. Preceptoría. I. Barbosa, Mírian Santana. II. Freitas, Nayra da Silva. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 614.39

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Letícia Gonçalves Caldeira**

**Ensino das habilidades de comunicação na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto pela perspectiva dos preceptores**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 23 de fevereiro de 2023.

### Membros da banca

Mestre - Prof<sup>a</sup> Mírian Santana Barbosa - Orientador(a) - Universidade Federal de Viçosa  
Médica Especialista - Prof<sup>a</sup> Nayra da Silva Freitas - Coorientadora - Universidade Federal de Ouro Preto  
Doutor - Prof. Rodrigo Pastor Alves Pereira - Universidade Federal de Ouro Preto  
Doutor - Prof. Miguel Arcângelo Serpa - Centro Universitário de Belo Horizonte

A prof<sup>a</sup> Mírian Santana Barbosa, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 10 de maio de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 15/05/2023, às 12:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0499033** e o código CRC **0743CF63**.

## RESUMO

A consulta individual é um instrumento fundamental na prática do Médico de Família e Comunidade. Diante das diversas possibilidades de se estruturar o trabalho em saúde, o que se mostra mais adequado no compartilhamento do protagonismo do cuidado é o Método Clínico Centrado na Pessoa. Para aplicar tal método nas consultas, é importante que o profissional desenvolva habilidades de comunicação efetivas e empáticas, sendo necessário estruturar processos de ensino dessas habilidades. Estudos indicam que o método padrão ouro para a formação de especialistas é a residência médica. No Brasil, a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem como diretriz o Currículo Baseado em Competências, que elenca algumas competências essenciais na formação do residente, incluindo habilidades de comunicação. No caso da residência da Universidade Federal de Ouro Preto, esse enfoque também está presente em seu Projeto Político Pedagógico. Para identificar como tem sido feito o ensino das habilidades de comunicação pelos preceptores da residência de MFC da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), foi desenvolvida pesquisa qualitativa, observacional, analítica e do tipo transversal, que utilizou de entrevista semiestruturada com seis dos nove preceptores desta residência no ano de 2022, com perguntas acerca das metodologias utilizadas para o ensino de habilidades de comunicação e do Método Clínico Centrado na Pessoa. Notou-se, a partir da análise de conteúdo das entrevistas, o uso predominante pelos preceptores de metodologias que usam de observação de situações reais e metodologias que estimulem a prática, o estudo e a reflexão. Em contrapartida, as metodologias que fazem uso de simulação são pouco exploradas, assim como o vídeo feedback e o portfólio. Esse padrão observado sugere que há interesse e empenho por parte dos preceptores, no entanto, ainda com lacunas que possibilitam o aperfeiçoamento do ensino.

Palavras-chave: comunicação; cuidado centrado no paciente; medicina de família e comunidade; ensino; internato e residência; preceptoria

## **ABSTRACT**

Individual consultation is a fundamental instrument in the practice of family physicians. Faced with the various possibilities for structuring health work, the Patient-Centered Care Model is the most appropriate way of sharing care protagonism. To apply this method in consultations, the professional needs to develop effective and empathetic communication skills, and it is necessary to structure teaching processes for these skills. Studies indicate that the gold standard method for training specialists is medical residency. In Brazil, the residency in Family Medicine is guided by the Competence-Based Curriculum, which lists some essential competencies in the training of the resident, including communication skills. In the case of the residence at the Federal University of Ouro Preto, this focus is also present in its Pedagogical Political Project. To identify how the teaching of communication skills has been done by the Family Medicine residency preceptors at the Federal University of Ouro Preto (UFOP), a qualitative, observational, analytical, and cross-sectional research was carried out, which used a semi-structured interview with six of the nine preceptors of this residency in the year 2022, with questions about the methodologies used for teaching communication skills and the Patient-Centered Care Model. It was noticed, from the content analysis of the interviews, the predominant use by the preceptors of methodologies that use the observation of real situations and methodologies that stimulate the practice, the study, and the reflection. On the other hand, the methodologies that make use of simulation are little explored, as well as the video feedback and the portfolio. This observed pattern suggests that there is interest and commitment on the part of the preceptors, however, there are still gaps that allow for the improvement of teaching.

Keywords: communication; Patient-Centered Care; Family Practice; teaching; internship and residency; preceptorship.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1	OBJETIVOS GERAIS: .....	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	13
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>18</b>
4.1	REFERÊNCIAS QUE EMBASAM O USO DAS METODOLOGIAS DE ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO.....	18
4.2	USO DAS METODOLOGIAS QUE FAZEM OBSERVAÇÃO DE SITUAÇÕES REAIS.....	20
4.3	USO DAS METODOLOGIAS QUE PROMOVEM O ENSINO ATRAVÉS DE SIMULAÇÃO .....	23
4.4	USO DAS METODOLOGIAS QUE ESTIMULAM A PRÁTICA, O ESTUDO E A REFLEXÃO. ....	24
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>35</b>
<u>    </u>	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	<u>37</u>
<u>    </u>	<u>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADO</u> .....	<u>40</u>
<u>    </u>	<u>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</u> .....	<u>46</u>

## 1 INTRODUÇÃO

A consulta individual é a atividade mais utilizada pelo médico, representa o encontro entre duas pessoas, suas expectativas, suas bagagens e suas sabedorias. É por meio da consulta, em especial da entrevista clínica, que se estabelece o vínculo que funcionará como base para toda a relação médico-pessoa. Embora existam diversos modelos de abordagem à consulta, o que se mostra mais adequado no compartilhamento do protagonismo do cuidado é o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que visa combinar as necessidades e expectativas de todos os envolvidos. Esse método é pautado em quatro princípios, são eles: explorar a saúde, a doença e a experiência da doença; entender a pessoa como um todo; elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas; e fortalecer a relação entre a pessoa e o médico (LOPES; DIAS, 2019).

Em especial para o médico de família e comunidade, a consulta é o evento central de sua prática, pois entender o que acontece nesse encontro, seus conteúdos e processos, é a chave para exercer o seu papel (LOPES; DIAS, 2019). Para isso, é fundamental reconhecer a preciosidade das questões trazidas na consulta e as consequências dessas informações para todos os envolvidos. É por meio das habilidades de comunicação que o profissional é capaz de obter e gerenciar todas essas informações, permitindo guiar a consulta, fortalecer o vínculo e estruturar seu pensamento.

Diversas pesquisas mostram que o perfil para trabalhar na Atenção Primária à Saúde (APS) é de um profissional generalista e polivalente, que consiga tornar o sistema de saúde mais sustentável, sendo a Medicina de Família e Comunidade (MFC) a melhor especialidade para ocupar este lugar. Nesse sentido, torna-se fundamental a formação qualificada dos médicos que desejam trabalhar na APS, para que preencham tais atributos, sendo a residência médica considerada o padrão-ouro na formação de especialistas (AUGUSTO, 2019).

A respeito da residência médica, esta se constitui como uma modalidade de pós-graduação, eminentemente prática, que valoriza o treinamento em serviço. Espera-se que o médico residente tenha consigo uma bagagem de conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação, permitindo promover um encontro entre tal bagagem e a experiência profissional dos preceptores, tornando, assim, um sistema de aprendizado bilateral (AUGUSTO, 2019).



No caso da residência em MFC, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade desenvolveu o Currículo Baseado em Competências (CBC), documento elaborado por diversos médicos de Família e Comunidade com experiência no tema. Este documento está estruturado em quatro níveis: os pré-requisitos, as competências essenciais, as competências desejáveis e as competências avançadas. Dentro desta divisão, as competências essenciais são o que se espera de todo residente ao fim de sua formação em MFC, sendo então, de especial importância nos currículos dos programas de residência (AUGUSTO, 2019).

A respeito da comunicação clínica, o CBC elenca 19 competências essenciais, que abrangem habilidades não verbais, de escuta, de linguagem, de compreensão do MCCP e ferramentas de comunicação. Todas essas habilidades precisam ser adequadamente ensinadas e exercitadas durante o período de residência médica. Por isso, diversos programas de residência em MFC no Brasil já integram em seus currículos temáticas de habilidades de comunicação, como é o caso da Prefeitura de Florianópolis, que destaca em seu Projeto Político Pedagógico, nos objetivos gerais do programa:

Garantir competência nas habilidades de comunicação e nos principais tópicos de prevenção quaternária em favor dos pacientes, integrando diferentes recursos e buscando as melhores estratégias de cuidado, acompanhamento e reabilitação de acordo com as especificidades das pessoas, famílias e comunidades. (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2022, p. 14)

No caso de Ouro Preto, o programa de Residência Médica em MFC surge em 2013, oferecido pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) em parceria com a Prefeitura Municipal, inicialmente com quatro vagas para residentes de primeiro ano e quatro vagas para residentes do segundo ano, com objetivo expresso de desenvolver nos médicos residentes ao longo do programa competências nas seguintes áreas: gestão em cuidados primários; cuidados centrados na pessoa; aptidão para resolução de problemas específicos; abordagem integral; orientação comunitária; abordagem holística; e pesquisa, educação permanente e docência na APS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, 2013).

Atualmente, o programa de residência em MFC da UFOP se constitui como um programa consolidado e reconhecido, já em funcionamento há 10 anos, conta hoje com um corpo de nove preceptores, distribuídos em diferentes unidades de saúde,

tanto em zona urbana, como em zona rural, e 18 residentes ao todo, sendo nove do primeiro ano e nove do segundo ano. Toda a residência ocorre na cidade de Ouro Preto, localizada na Zona Metalúrgica de Minas Gerais, com população estimada no ano de 2021 de 74.824 pessoas (IBGE, 2021).

Assim como sugere o CBC e no exemplo de Florianópolis, o currículo da residência em MFC da UFOP se compromete com a formação em Comunicação Clínica, melhor exemplificado no objetivo “Cuidados Centrados na Pessoa”, que se subdivide nos seguintes eixos: compreender e utilizar a prática médica centrada na pessoa; desenvolver e aplicar a consulta clínica para promover uma eficaz relação médico-paciente, com respeito pela autonomia do paciente; comunicar-se, estabelecer prioridades e atuar em parceria (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, 2013). Esta proposta se concretiza ao longo dos anos de formação em MFC na UFOP, onde os residentes, além das atividades práticas do cotidiano na unidade de saúde, participam semanalmente de uma atividade de análise de vídeofeedback de um dos colegas, além da abordagem teórica de temas relacionados à comunicação e treinamento de habilidades, que estão dentro da disciplina “Tópicos em Medicina de Família e Comunidade”. Alguns exemplos de temas teóricos são: técnicas para lidar com o paciente hiperutilizador do serviço; como lidar com acompanhantes na consulta; entrevista clínica centrada na pessoa; entre outros (PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UFOP, 2022).

Está amplamente demonstrado na literatura que a comunicação é um conjunto de habilidades que dependem das características individuais do comunicante, mas também são uma competência profissional e, por isso, podem e devem ser ensinadas, principalmente por ser um pilar fundamental para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente (URTASUN et al., 2021a, 2021b). Pensando nesse aspecto valioso da comunicação clínica, torna-se emergente que os preceptores de Medicina de Família e Comunidade dos programas de residência médica saibam aplicar ferramentas de ensino das habilidades de comunicação, de forma que o aprendizado seja eficiente e útil na prática médica do egresso.

Para qualificar o ensino das habilidades de comunicação para residentes em MFC, diversos autores escrevem a respeito de metodologias de ensino, como é o caso do livro Comunicação Clínica, que tem como organizadores Marcela Dohms e Gustavo Gusso, que propõe diretrizes para o planejamento e implementação de programas de formação em competências de comunicação clínica. Nesse caso, assim

como em diversos outros, sugere-se diferentes abordagens que devem se adequar ao nível de formação do indivíduo, entre elas, a definição clara dos conteúdos abordados, a observação de uma “prática modelo”, o treinamento de habilidades em cenários simulados e reais, o uso de feedbacks estruturados e a constante incorporação de uma prática reflexiva e de autoconhecimento (DOHMS; GUSSO, 2021).

O ensino das habilidades de comunicação e da utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa torna-se ainda mais desafiador quando feito nos cenários práticos, fora de um ambiente controlado como a sala de aula. Para facilitar esse processo, Stewart et al. (2017) sistematizam no livro “Medicina Centrada na Pessoa” alguns métodos práticos para o ensino do MCCP no dia a dia, que se mostram como referências robustas também para o aprendizado das habilidades de comunicação e servem de embasamento para diversos estudos, incluindo este.

Alguns exemplos de metodologias propostas por esses autores e que trazem o foco maior para o ensino das ferramentas de comunicação clínica são: (1) demonstração das habilidades pelos professores, que ajuda a ilustrar o processo de aprendizagem, (2) observação de entrevista do educando com pessoas reais, seguida de avaliação construtiva sobre o desempenho, (3) dramatização improvisada de uma nova habilidade antes de utilizar com uma pessoa real, que permite uma situação segura e uma avaliação imediata da habilidade, preparando o estudante para a realidade, (4) simulação de entrevista com pessoas que buscam o cuidado, que permitem o treino de habilidades complexas, sem expor pessoas reais a riscos, (5) dramatização com pessoas atendidas fazendo o papel delas mesmas em uma fase anterior do seu adoecimento, proporcionando melhor entendimento sobre os impactos da entrevista para os pacientes, (6) dramatização com o educando no papel da pessoa que busca o cuidado, com a proposta de exercitar a empatia e o exercício entre pares, (7) apresentação de vídeo de uma entrevista, que pode ser avaliada em grupos e permite um retorno sobre o desempenho do estudante (STEWART et al., 2017).

Ainda dentre as metodologias propostas no livro “Medicina Centrada na Pessoa”, algumas delas apresentam o foco maior no exercício do Método Clínico centrado na pessoa, como as seguintes: (1) discussões mais longas com as pessoas, permitindo o entendimento sobre experiência da doença e contexto, (2) uso do “Relato de Caso Centrado na Pessoa”, enriquecendo a apresentação de caso tradicional, (3) oportunizar práticas dos métodos de triagem de questões simples de saúde com pessoas reais, por exemplo, entrar em contato com algumas pessoas e triar o uso de

álcool entre elas, (4) autorreflexão e leitura, para desenvolver a aprendizagem autodirigida e melhorar a autoconsciência, (5) portfólio com reflexões sobre a experiência do cuidado e as relações interpessoais, (6) discussões sobre a medicina centrada na pessoa com base em evidências, para ajudar o educando a entender que o MCCP é baseado em pesquisas robustas e comprovadamente benéfico e (7) ajudar o educando a integrar os 4 componentes do MCCP ao raciocínio clínico, auxiliando na visão da pessoa como um todo (STEWART et al., 2017).

Considerando o aprendizado bilateral que se espera na residência médica, é de especial importância que os médicos preceptores tenham aprofundamento teórico e engajamento no processo de ensino dos médicos residentes que se encontram sob sua tutoria. Além disso, precisam conhecer os aspectos-chave das principais metodologias de ensino utilizadas, para que consigam facilitar o aprendizado por meio delas. A respeito do treinamento em metodologias de ensino e avaliação, em especial com foco em Habilidades de Comunicação, existe pouca oferta no Brasil, sendo ainda mais relevante pautar essa necessidade (DOHMS; TIBÉRIO; COLLARES, 2021).

Por mais que a literatura atual traga diversos materiais sobre o ensino das habilidades de comunicação, sobre a importância da formação por meio da residência médica e o papel central da consulta na prática do Médico de Família e Comunidade, pouco se encontra sobre o recorte específico do ensino de habilidades de comunicação na residência de Medicina de Família e Comunidade, tornando este trabalho ainda mais relevante. A partir dessa deficiência e da inquietação em compreender como tem se estruturado o uso de metodologias de ensino pelos preceptores da residência de MFC da Universidade Federal de Ouro Preto, surge essa pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos gerais:**

Este estudo tem como objetivo dar continuidade ao projeto de pesquisa intitulado “Ensino das Habilidades de Comunicação Pelos Preceptores de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto”, que visa identificar como tem sido feito o ensino das habilidades de comunicação pelos preceptores da residência de MFC da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Conhecer o perfil dos preceptores da residência de MFC da UFOP;
- Identificar as relações que existem entre o perfil dos preceptores e as formas de ensinar habilidades de comunicação
- Conhecer o referencial teórico que os preceptores utilizam para embasar o ensino sobre habilidades de comunicação;
- Identificar quais das ferramentas comumente conhecidas os preceptores utilizam para estimular o desenvolvimento das habilidades de comunicação nos residentes de MFC;
- Identificar se a partir da formação do preceptor existe uma linha de instrumentos mais utilizados
- Entender se há uma homogeneidade ou uma desigualdade nas metodologias de ensino usadas no PRMMFC-OP.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, observacional, analítico, do tipo transversal. Partiu-se do produto do Trabalho de Conclusão da Residência de uma residente formada em fevereiro de 2021, intitulado “Ensino das Habilidades de Comunicação Pelos Preceptores de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto”.

Foram convidados a participar do estudo, médicos de família e comunidade preceptores do Programa de Residência Médica de MFC da UFOP. Esta residência atualmente é composta por nove residentes de primeiro ano e nove residentes de segundo ano, distribuídos em nove unidades de saúde em Ouro Preto (MG), são elas Amarantina, Antônio Pereira, Antônio Dias, Bauxita/Vila Aparecida, Cachoeira do Campo, Morro Santana, Piedade, Santa Rita de Ouro Preto e Santo Antônio do Leite. Cada unidade possui um preceptor. Não foram incluídos no estudo médicos que não exerceram a atividade de preceptoria na prática clínica durante o ano de 2022, assim como a preceptora de um dos campos, por ser orientadora deste trabalho.

Os convites foram feitos a partir de mensagem padronizada enviada por WhatsApp para todos os oito preceptores selecionados para participar do estudo, a partir das respostas, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e dos entrevistados. Um dos preceptores não respondeu a mensagem inicial de convite, além disso, para outro preceptor não foi possível acordar um horário para a entrevista. Ao fim, foram feitas seis entrevistas.

Os dados foram coletados utilizando o instrumento de entrevista construído no trabalho que deu origem a essa pesquisa, anteriormente citado (Apêndice A). Este instrumento é composto por perguntas de identificação do perfil dos entrevistados a respeito de sexo, idade, ano e tipo de formação e tempo de atuação na Atenção Primária a Saúde. Além disso, é composto por perguntas abertas e semiabertas que visam identificar o perfil de atuação do preceptor e os instrumentos para desenvolvimento e avaliação da aquisição das competências essenciais.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 05 de outubro e 18 de novembro de 2022, com duração entre 30 e 63 minutos, por meio de videoconferência na

plataforma Google Meet, após a leitura e aceitação verbal do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Também foram entregues aos participantes cópias impressas do TCLE, sendo todas assinadas e tendo uma cópia ficando em posse do entrevistado e uma cópia com a pesquisadora. Todas as entrevistas foram gravadas - em áudio e vídeo, e posteriormente transcritas em sua íntegra, para então serem analisadas. A escolha pela modalidade online de entrevista se deu, no projeto inicial, pelo contexto da pandemia de COVID-19 e optou-se por manter neste trabalho pela maior praticidade.

Concomitante à coleta de dados, foi feita, entre outubro e dezembro de 2022, revisão de literatura em livros amplamente conhecidos sobre o tema e em bases de dados confiáveis. As plataformas utilizadas foram PUBMED e SCIELO, além da busca nos sites da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Revista Brasileira de Educação Médica. Os descritores utilizados foram “habilidades de comunicação” ou “comunicação clínica”, “Medicina de Família e Comunidade”, “residência médica” e “preceptoria”, tanto individualmente, quanto combinados. Ao todo, a busca resultou em 358 artigos, sendo feita a leitura de todos os títulos. A partir da avaliação inicial, 46 artigos foram selecionados para que fosse lido o resumo, sendo então 14 selecionados para leitura integral. Neste ponto, foi feita leitura cuidadosa e fichamento de cada um dos 14 artigos selecionados, para entendimento do que já existe de produção científica acerca do tema e posterior correlação com os resultados desta pesquisa.

Embora todo o instrumento de entrevista tenha sido utilizado na coleta de dados, optou-se por fazer, neste trabalho, apenas a análise de uma parte dele, referente às respostas sobre metodologias de ensino, além de relacioná-las com o perfil dos entrevistados. Isto porque considerou-se que a inclusão também da categoria “ferramentas de avaliação” tornaria a análise muito extensa. Espera-se que, futuramente, seja possível dar continuidade neste projeto, de forma que os dados coletados sobre instrumentos para avaliação da aquisição das competências essenciais também sejam analisados.

Foi utilizada técnica de análise de conteúdo de Bardin, descrita por Laurence Bardin como metodologia de análise de dados em pesquisa qualitativa e é hoje amplamente utilizada no Brasil. Essa sistematização é composta, em resumo, por três

grandes etapas, são elas, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na pré-análise, momento de organização e operacionalização das ideias iniciais, foi feita leitura flutuante do material coletado, para familiarização com os dados e recorte textual dos trechos a serem analisados. Na exploração do material, fase em que ocorre o estudo mais aprofundado dos dados coletados, é possível fazer a categorização. Neste estudo, após imersão da pesquisadora nos textos, os resultados foram divididos em quatro categorias, sendo elas: (1) referências que embasam o uso das metodologias de ensino; (2) uso das metodologias que fazem observação de situações reais; (3) uso das metodologias que promovem o ensino através de simulação, (4) e uso das metodologias que estimulam a prática, o estudo e a reflexão. Por fim, no tratamento dos resultados foi feita a interpretação do material disponível. (BARDIN, 1977; MENDES; MISKULIN, 2017). A partir da análise das respostas e correlacionando com a revisão de literatura feita previamente, foram observados os resultados apresentados a seguir.

Para melhor análise, as metodologias de ensino das habilidades de comunicação foram divididas em três grandes grupos, são eles: (1) metodologias que fazem observação de situações reais; (2) metodologias que promovem o ensino através de simulação, e (3) metodologias que promovem a prática, o estudo e a reflexão. A distribuição das ferramentas de ensino entre os grupos está evidenciada no quadro 1, abaixo.

Quadro 1 – Distribuição das ferramentas de ensino por grupos

Grupos	Metodologias que compõem o grupo
Metodologias que fazem observação de situações reais	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Demonstração de habilidades por parte do preceptor (modelagem)</li> <li>● Vídeo feedback</li> <li>● Observação das consultas do residente com pessoas</li> </ul>
Metodologias que promovem o ensino através de simulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dramatizações improvisadas de uma habilidade antes de usá-la</li> <li>● Simulação de entrevista de pessoas que buscam cuidado</li> <li>● Pessoas atendidas fazendo o papel delas mesmas</li> <li>● Utilizar o residente no papel do paciente</li> </ul>

(continua)



(conclusão)

Grupos	Metodologias que compõem o grupo
Metodologias que estimulam a prática, o estudo e a reflexão	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Relato de caso centrado na pessoa</li> <li>● Estímulo à discussões mais longas com as pessoas</li> <li>● Designar o residente para triagem/acolhimento de questões simples de saúde</li> <li>● Estimular a autorreflexão e leitura</li> <li>● Construção de portfólio</li> <li>● Discussões de medicina centrada na pessoa com base em evidências</li> <li>● Ensino do raciocínio clínico integrado ao método clínico centrado na pessoa</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

O presente estudo está em coerência com os princípios científicos e éticos vigentes na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e sua realização foi aprovada pelo CEP UFOP sob parecer de número 40452820.8.0000.5150. Os indivíduos envolvidos foram devidamente esclarecidos sobre todas as etapas, os riscos e os benefícios dessa pesquisa. Sendo selecionados apenas aqueles que tiverem o TCLE devidamente aceito de forma verbal e escrita antes da entrevista.

## 4 RESULTADOS

Ao todo, foram realizadas seis entrevistas. Os participantes tinham idade entre 26 e 30 anos, sendo duas pessoas com 26, uma com 27, duas com 28 e uma com 30 anos. A respeito do sexo, três pessoas se identificaram como do sexo feminino e três do sexo masculino. Todos os entrevistados obtiveram sua formação em Medicina de Família e Comunidade a partir de Residência Médica na Universidade Federal de Ouro Preto, sendo que dois se formaram em fevereiro de 2021 e quatro em fevereiro de 2022. Nenhum participante tem formação em preceptoria concluída, mas cinco deles relatam estar fazendo pós-graduação no tema. A respeito do tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde, a maior parte dos entrevistados incluiu o tempo da Residência Médica, sendo as respostas variadas entre dois anos e meio e três anos e meio. Apenas um médico respondeu apenas sobre o tempo de atuação na APS após ter concluído a residência, sendo então dois anos. Sobre o tempo de preceptoria, as respostas variaram entre cinco meses e dois anos.

### 4.1 Referências que embasam o uso das metodologias de ensino das Habilidades de Comunicação

Em todas as entrevistas foram citados materiais teóricos utilizados pelos preceptores para subsidiar o ensino da comunicação clínica para seus residentes. De forma predominante, o Guia Calgary-Cambridge é utilizado por todos os preceptores entrevistados, sendo geralmente o primeiro material citado, além de ser recorrentemente mencionado ao longo das entrevistas. Também são citados materiais amplamente reconhecidos na temática de Habilidades de Comunicação, como os livros “A consulta em 7 passos”, do autor Vítor Ramos, o livro “Entrevista Clínica” do autor Francisco Borrel Carrió, o livro “Comunicação Clínica” dos autores Marcela Dohms e Gustavo Gusso e o “Tratado de Medicina de Família e Comunidade” dos autores Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes e Lêda Chaves Dias. É possível observar isto nas seguintes falas:

*Certo, assim de referência tenho o "Guia de Calgary-Cambridge", que é uma referência e "Consulta de Sete Passos", principalmente. Esses dois instrumentos. E de livros tenho "Comunicação Clínica" e "Entrevista Clínica". Os principais, assim. (E1)*

*Uso mais de uma. De forma mais específica uso a "Tabela guia de Calgary-Cambridge", que não é protocolar, mas dá algumas diretrizes de atuação que precisam de uma comunicação efetiva. Uso como referência até pra compartilhar com os residentes, o livro "Entrevista Clínica" do Carrió e, de forma geral, alguns temas do tratado, mas é mais focado no tema. Acho que o "Tratado de Medicina de Família" abrange bem, que são alguns protocolos específicos de comunicação, tipo assim, abordagem de anamneses espiritual, protocolo de más notícias, daí uso de acordo com o tema (E4).*

Também foi mencionado nas entrevistas o uso de algumas ferramentas de comunicação clínica, sem a citação direta do material em que está contida ou então citando que estão presentes em diferentes fontes. Como exemplo, os entrevistados trazem o protocolo SPIKES, utilizado para comunicação de notícias difíceis; a ferramenta ISBAR, que sistematiza a transição do cuidado entre profissionais da saúde; a metodologia SNAPPS, para facilitar a passagem de caso; e elementos de entrevista motivacional, que consiste em um conjunto de ferramentas utilizadas para auxiliar na mudança de hábitos. Além disso, os preceptores também trazem a possibilidade de busca imediata sob demanda de alguma referência relacionada a um tema de dúvida do residente, assim como o uso de artigos que já conheçam e possuem em seu repertório, como nas seguintes falas:

*Por exemplo, se é sobre luto e cuidados paliativos, tem o Spikes, que é mais comum no tratado, mas também "Manual de Cuidados Paliativos" traz algumas referências, então não tem uma só. (E4)*

*Algumas coisas específicas, como ISBAR, SNAPPS, tem vários. (E5).*

*Tem alguns artigos curtos que eu costumo mandar, inclusive estou até com uns em cima da minha mesa. (...) O meu é uma grande miscelânea, como não sou uma pessoa muito organizada, acho que pego de várias fontes. (E3)*

*E, em situações específicas que são recorrentes na APS, eu acabo buscando algumas referências pra ajudar no ensino do residente. (E6)*

Por fim, ainda sobre o uso de referencial para embasar o ensino das Habilidades de Comunicação, por diversas vezes os entrevistados trazem a ideia de um repertório individual, um conhecimento construído ao longo da sua própria formação por meio da influência dos seus preceptores e dos seus estudos prévios e que se constituem atualmente como um referencial usado no ensino de seus residentes. Tal observação fica evidente nas falas:

*Diria que são duas referências principais: a primeira é o meu referencial empírico, baseado na experiência que eu tive ao longo de fazer minha*

*residência aqui. Como a gente continua no mesmo local de residência, acaba que a gente espelha bastante muita coisa que a gente viveu. (E2)*

*Muito do que eu vivi eu uso tanto pra pensar em formas que eu vou ajudar o residente a desenvolver essas habilidades quanto em formas de avaliar e embasar se tá adequado ou não ao determinado período que o residente tá vivendo. (E2)*

*O sentimento que eu tenho é que ainda está numa esfera muito subjetiva da experiência, dos preceptores que eu observei, de como eu fui formada na prática. (E4)*

*Acho que utilizo mais referências empíricas, vamos dizer assim. No dia a dia acho que utilizo mais o Calgary-Cambridge, é uma referência que eu utilizo, e utilizo algumas referências do aprendizado durante a residência, talvez uma reprodução do que eu aprendi e, também, referências do que a gente vê no dia a dia. (E6)*

## **4.2 Uso das metodologias que fazem observação de situações reais**

Os preceptores do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade que participaram desta pesquisa responderam usar de forma significativa as metodologias que fazem observação de situações reais, em especial a demonstração de habilidades, também conhecida como modelagem, e a observação da consulta do residente com pessoas reais, conhecida como sombra. Tal uso se mostra evidente já na pergunta aberta do questionário sobre quais metodologias utilizadas para estimular o desenvolvimento das habilidades de comunicação, principalmente quando acompanhado de um feedback sobre a observação feita. Observamos esse uso nas falas a seguir:

*Eu acho que a principal, que eu mais utilizo, é observação direta de consulta e fazer um feedback depois dessa consulta, baseado nessas referências, mas sem utilizar um material propriamente dito. (E1)*

*Ferramentas práticas, principalmente a técnica de sombra: assistir a consulta dos residentes e internos e vice-versa, deles também me verem atendendo” (E3)*

*Acho que a principal, do dia a dia, é o feedback de consulta, ou seja, a sombra e modelagem de consulta. (E6)*

O uso da demonstração de habilidades - ou modelagem - é feito, na maioria dos casos, com uma frequência entre 10 dias e 1 mês e se estrutura de forma muito similar entre os preceptores. Alguns preferem sinalizar com antecedência que a atividade ocorrerá, outros não citam que o fazem. Todos relatam que a observação é feita em silêncio, de parte ou toda a consulta, podendo ser também no espaço de visita

domiciliar. Após a observação, todos os preceptores fazem uso de feedback com os residentes. Uma das vantagens elencadas nesse método é a possibilidade do residente se familiarizar com situações desafiadoras.

*Bom, eu peço para o residente observar a minha consulta e ficar em silêncio durante esse momento. Depois que o paciente sai eu peço um feedback sobre a minha consulta, começando pelos pontos positivos e complemento falando os pontos positivos que eu observei. Em seguida os pontos que poderiam ser melhorados, que eu complemento com aqueles que eu observei. (E1)*

*Geralmente eu já faço uma preparação, eu tento informar ao residente que a ideia da consulta ou da visita é que ele faça modelagem e na grande maioria das vezes, principalmente em visita, quando são pacientes que eu já conheço, eu já tento direcionar. (E2)*

*Muitas vezes a pessoa traz como que ela se comportaria naquele momento, então acho que é um momento legal ela ver, porque às vezes fica meio apavorada com a situação e vendo tem uma sensação de segurança em fazer. (E3)*

De forma muito similar à demonstração de habilidades, a observação direta de consulta em situações reais - citada pelos preceptores como sombra - segue a sequência de sinalização da atividade, observação silenciosa da consulta ou parte dela e feedback do que foi observado. De forma adicional, nessa metodologia os preceptores trazem que desse momento de discussão da consulta saem objetivos de estudo ou orientação para estudo complementar em material disponibilizado pelo preceptor. A frequência variou nas respostas entre 15 dias e um mês e meio, sendo uma ferramenta usada por todos os entrevistados e com a vantagem de poder observar o comportamento do residente em uma situação real. Um aspecto interessante da descrição do uso dessa metodologia foi a possibilidade de o residente trazer para a discussão os sentimentos e reflexões que a consulta despertou nele.

*Na prática acho que tem três situações: no consultório, visita domiciliar e também momentos de posto mais cheio e de assistir um fragmento de consulta, às vezes uma abertura ou exploração. (E3)*

*Geralmente eu já tento deixar conversado antes com a residente. Eu gosto sempre de já tentar combinar um tempo antes. Por experiência pessoal, eu sempre tive dificuldade com alguém me assistindo, então eu tento ter esse cuidado de avisar um pouco antes, pra elas poderem se preparar. (E2)*

*No final eu faço aquele feedback estruturado: como você se sentiu, qual o nível de dificuldade você achou dessa consulta, o que você achou que foi bom na sua consulta, o que você acha que faria diferente. (E5)*

*No início tentava estimular a leitura nesse nosso estudo, porque é uma coisa que não se esgota ali, era esse meio que o ciclo, tentava fechar com alguma referência ou recomendação de pontos a serem prestados atenção. (E3)*

*Na sombra você consegue ter uma noção direta de como o residente está fazendo a comunicação, principalmente quando você direciona para determinado tipo de consulta. (E2)*

*Antes de fazer esse feedback, eu peço pra pessoa refletir também sobre os sentimentos envolvidos durante a consulta, acho que isso pode impactar na comunicação que foi feita durante a consulta. (E1)*

Em alguns casos a frequência do uso dessas metodologias, acima citadas, variou ao longo do ano, em especial nas unidades que também receberam internos, devido à dificuldade do preceptor em gerenciar o tempo para essa atividade. Nesses casos, mas não apenas, um recurso interessante citado é a observação por pares, em que os residentes fazem as atividades de sombra e modelagem entre si, ou então com os próprios internos. Nota-se isso nas seguintes falas:

*Costumava fazer mais no início, depois parei de fazer muito, porque como eu estou com quatro internos e vários residentes, é muito ruim me acompanhar, porque sou interrompida de cinco em cinco minutos, então parei de fazer modelagem. Então eu mais incentivo às internas a fazerem das R2, por exemplo, do que fazerem minha. (E5)*

*Mas também estimei muito o residente a ficar com o interno, a partir do momento que ele pegou algumas ideias, como eu sou um só não consigo estar presente na forma e quantidade que gostaria, então estimulava um pouco essa parte. (E3)*

Por fim, o uso de vídeofeedback é feito por três dos preceptores entrevistados e com frequência menor, a cada dois ou quatro meses. Os vídeos podem ser avaliados na íntegra ou apenas em um trecho, de acordo com a demanda do residente. Por vezes são assistidos individualmente pelo preceptor que faz suas anotações e depois repassa ao residente de forma presencial ou virtual, por vezes são assistidos em conjunto e o feedback é feito em tempo real. De forma geral, foi uma metodologia com boa aceitação e que tem como vantagem a possibilidade de retornar no que foi feito, comentar a partir do que realmente aconteceu e mostrar ao residente os pontos que se destacaram ou que podem melhorar. É possível averiguar tais informações nas falas a seguir:

*Geralmente peço os vídeos pra elas, assisto sozinho, faço algumas anotações, gosto de estar sempre anotando alguns tempos também de*

*coisas que aconteceram durante o vídeo e a gente possivelmente tem um tempo pra discutir. (E2)*

*Nas oportunidades que eu tive foram bem legais, percebi que os residentes acharam bem legal e pra mim também foi bem bacana, acho que deu pra conhecer mais delas que em outro tipo de oportunidade. (E2)*

*Então a gente assistiu uma parte específica, não foi a consulta inteira, foi mais a parte de abertura e num outro momento de fechamento de outra consulta, e aí fizemos o feedback de acordo com a dificuldade dela. (E6)*

*Eu acho que é uma ferramenta que traz algumas questões diferentes pelo fato de o preceptor não estar dentro da sala, e muitas vezes essa presença é um pouco intimidadora. Além disso, você pode rever, o que é bem interessante e você pode inclusive mostrar pro residente. (E2)*

### **4.3 Uso das metodologias que promovem o ensino através de simulação**

Não houve menção sobre ensino pelo uso de simulação nas perguntas abertas do questionário sobre quais metodologias utilizadas para estimular o desenvolvimento das habilidades de comunicação. Já nas perguntas semiabertas, duas pessoas relatam usar dramatizações improvisadas (*role play*) para testar uma nova habilidade antes do residente usar essa habilidade com uma pessoa real, enquanto nenhum preceptor entrevistado faz uso de simulação de entrevista de pessoas que buscam cuidado, ou a estratégia de pessoas atendidas que fazem o papel delas mesmas (por exemplo, um alcoolista recuperado fazendo o papel de um alcoolista em negação), ou a estratégia de utilizar o residente no papel do paciente durante uma simulação.

O uso da dramatização improvisada de uma habilidade é usado, geralmente, durante a passagem de caso entre preceptor e residente, com o objetivo de treinar essa habilidade antes de usar com o paciente que está sendo atendido, ou então em grupos de discussão (GD) com a temática de comunicação. Por mais que seja usada por dois preceptores, estes relatam não fazer um uso sistemático e consideram que poderiam desenvolver mais essa estratégia.

*Não sei se dá pra contar como role play, porque acho que não é tão estruturado, mas acho que pelo menos semanal, durante a passagem de caso. (E5)*

*Sim, com as internas que a gente teve um pequeno GD de entrevista motivacional, por exemplo. Aí todo mundo fez uma na outra, de algum tópico e pensando em alguma consulta que teve antes. A R2 estava presente (E5).*

*Sobre o não uso dessas metodologias, alguns preceptores reconhecem ser uma ferramenta interessante e que pode agregar ao aprendizado de seus residentes, no entanto, uma pessoa pontua que, apesar de considerar uma boa opção, sente que não se encaixa na rotina da unidade de saúde. Este*

*mesmo entrevistado menciona que não utiliza uma dessas metodologias por desconhecimento.*

*Não, também nunca fiz. Nunca participei também, desse tipo (E6).*

*Não, mas parece legal, risos. (E1)*

*Não. Se eu fiz, foi uma vez ou outra, mas é muito raro. É uma habilidade muito bacana (E2)*

*Não, acho que as duas são muito interessantes. Em um contexto de ensino e aprendizagem são muito bacanas, mas é um pouco fora da nossa disponibilidade de tempo e realidade. Mas são ótimas ideias. (E2)*

*Não, nunca fiz. Nunca nem tinha ouvido falar dessa ideia(risos). Achei bem legal (E2).*

#### **4.4 Uso das metodologias que estimulam a prática, o estudo e a reflexão.**

O ensino a partir do estímulo ao estudo e à reflexão foi citado diversas vezes pelos preceptores entrevistados. Já na pergunta aberta sobre quais metodologias utilizam para estimular o desenvolvimento das habilidades de comunicação, trouxeram sobre a prática de instigar a percepção das próprias emoções, a realização de “treinamentos de habilidades” ou “grupos de discussão” como possibilidade de discussão teórica e prática das ferramentas de comunicação, o estudo compartilhado e orientado por objetivos de estudo e estímulo ao uso da arte no aprendizado. Alguns exemplos se mostram nas seguintes falas:

*Não sei se é bem uma ferramenta, mas eu até mencionei em outra pergunta: A reflexão sobre os sentimentos envolvidos durante a consulta. Acho que esse é um aspecto fundamental da relação da comunicação. Entender o que eu estou sentindo, o que a outra pessoa pode estar sentindo. Acho que esse autoconhecimento é importante nas relações. (E1)*

*Tem algumas temáticas específicas que às vezes a gente faz alguns treinamentos de habilidade e eu penso que é uma forma também de se treinar habilidade de comunicação. (E2)*

*Acho que grupo de discussão, são raros da gente fazer, mas lembro de alguns deles. Conversamos sobre luto, abordagem de saúde mental, ideação suicida, temas que envolvem muita habilidade de comunicação. (E2)*

*Eu faço também objetivos de estudo compartilhado, quando vejo alguma questão peço pra eles estudarem a teoria um pouquinho. (E4)*

*Não sei se conta, mas incentivar os relatos de casos mais poéticos. (E5)*

Das metodologias classificadas neste grupo, três delas todos os preceptores consideram que realizam, são elas: o estímulo a discussões mais longas, com



frequência entre duas vezes na semana e duas vezes no mês; o estímulo à autorreflexão e leitura, com frequência diária na maioria dos casos e no mais espaçado, uma vez na semana; e o ensino do raciocínio clínico integrado ao método clínico centrado na pessoa, feito diariamente por todos os participantes das entrevistas. Nenhum preceptor relatou utilizar a construção de portfólio. De forma geral, as discussões mais longas com os pacientes são estimuladas a partir da discussão de caso, quando o preceptor sente a necessidade de mais informações ou percebe que a exploração ainda mantém lacunas para a elaboração do cuidado, neste momento, solicita que o residente prolongue o mesmo encontro clínico, ou então que promova um novo, como fica descrito nesta fala:

*Quando a gente detecta que foi uma consulta que não foi o suficiente pra discutir algum assunto, ou que ficaram lacunas do que o residente gostaria de saber ou do que a pessoa gostaria de compartilhar. Sempre tento estimular a ter esse segundo momento. (E6)*

Para exemplificar como isso é feito, alguns preceptores citaram suas próprias falas com o residente, como demonstrado a seguir:

*A depender do paciente é mais 'vai lá, mergulha, que a gente dá conta do resto aqui'. (E3)*

*Geralmente eu sento e sinalizo. Falo: 'no fechamento, sugiro que você foque um pouco nisso, acho que ficou faltando na consulta, pro segmento de cuidado vai ser muito importante.'. (E2)*

O uso da autorreflexão e leitura aparecem em contextos de dificuldade por parte do residente, seja ela teórica ou relacional. Diante disso, os preceptores relatam instigar que o residente perceba seu papel e suas atitudes nessa situação, sendo que em algumas vezes, fazem uso de referencial teórico para apoiar a reflexão. Outra forma de surgir o estímulo à leitura é a partir da percepção do próprio residente ou da preceptoria sobre a deficiência em alguma habilidade de comunicação, nesse caso, são construídos objetivos de estudo. Um momento de destaque para a autorreflexão é o feedback global, citado por dois preceptores como um hábito regular, seja ele mensal ou trimestral. Isso se mostra em algumas falas:

*Muitas vezes eu vejo se a residente já chega pra discutir um caso falando 'ai, esse caso foi muito difícil', aí eu tento refletir no porquê da dificuldade. Às vezes tem coisas que se repetem muito, (...) então a gente vai detectando dificuldades que se repetem e, quando são coisas mais frequentes, eu tento*

*fazer uma reflexão mais completa, sugerir mais leituras, mais fontes de referência também. (E6)*

*Eu uso trello pra anotar os objetivos de estudo que a gente cria em conjunto...Eu sempre pergunto primeiro se tem alguma coisa que quer estudar. Se sugerem, eu acato ou dou uma sugestão pra fazer algo mais pontual, senão eu sugiro. (E5)*

*Tem o feedback mensal, conta muito pra autorreflexão. (E5)*

*Outro lugar que acho que até rola mais autorreflexão é nas nossas avaliações trimestrais; são momentos de bastante abertura e diálogo mais livre e de um tempo mais protegido. A gente consegue até pontuar mais coisas pro residente refletir. (E2)*

Tem destaque nas entrevistas a percepção dos preceptores sobre a integração do Método Clínico Centrado na Pessoa à prática de ensino. Por mais de uma vez o entrevistado relata que é um foco do programa de residência da UFOP que o cuidado construído pelo residente seja centrado na pessoa, sendo assim, é um tema abordado teoricamente e no cotidiano da unidade de saúde. De forma prática, tal cuidado se mostra principalmente nas discussões de caso, onde o preceptor traz sua atenção aos elementos da experiência da doença, do contexto, da relação médico paciente, da construção conjunta de um plano de manejo, entre outros, mas também se mostra em outras práticas de ensino, como a sombra e a modelagem. Os entrevistados trazem o desenvolvimento dessa habilidade como uma construção longitudinal, como fica evidente a seguir:

*Acho que dentro da nossa residência, tanto na prática quanto nos momentos de teoria, a gente já tenta ao máximo fazer isso, é algo que facilita muito. O próprio residente ao longo do tempo já vai se moldando e trazendo até na forma do relato dele essa integração. (E2)*

*Como eu utilizo: acho que na sombra, na modelagem, na discussão dos casos, mesmo quando a dúvida pode parecer estritamente clínica eu tento trazer de volta esse olhar, essa criação dessa horizontalidade. (E3)*

*Acho que pode ser feito em vários momentos: começa com a discussão de caso, que é onde eu preciso que ele me comunique de forma efetiva o caso, pra eu raciocinar em cima, mas acho que vai além, no sentido de estimular o residente a ter contato com outras pessoas da equipe e ter uma certa proatividade. (E4)*

Sobre o uso do relato de caso centrado na pessoa, quatro preceptores consideraram que o fazem, com frequência que varia nas respostas entre diária e mensalmente. Os principais exemplos usados foram do uso durante a passagem de caso, na preparação para visitas domiciliares e na reunião de equipe. No caso das

discussões de medicina centrada na pessoa com base em evidência, três dos preceptores acreditam fazer uso dessa ferramenta, geralmente, por utilizarem os referenciais teóricos amplamente conhecidos ou os obtidos através de busca na literatura para apoiarem suas discussões de caso e o ensino das habilidades de comunicação.

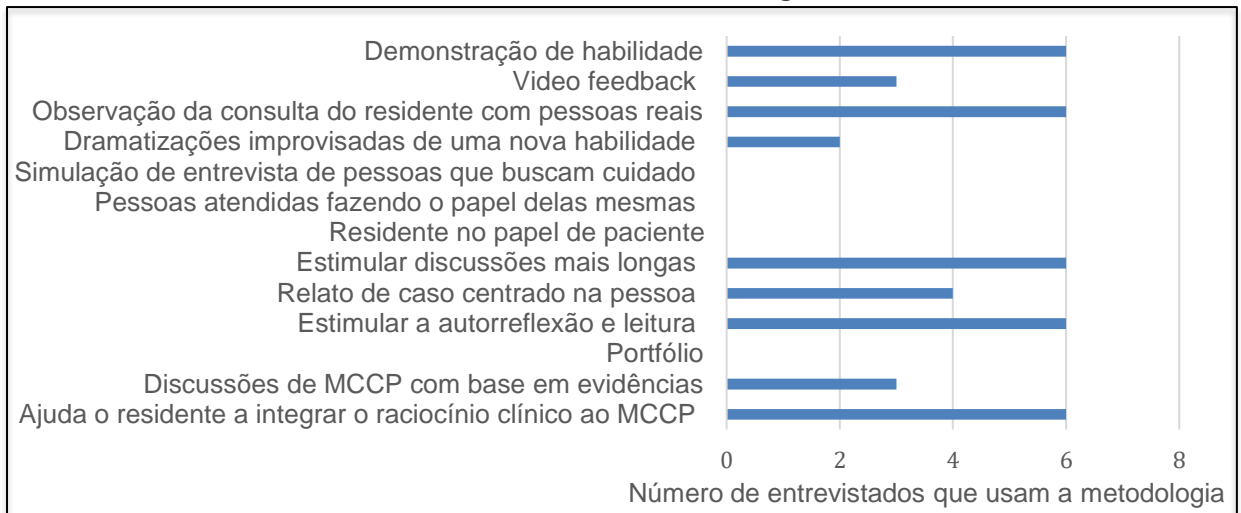
*Durante a discussão de caso, eu tento entender se a pessoa conseguiu abordar realmente as expectativas da pessoa e pactuar com ela um plano. Tento me assegurar que ela não fez aquilo de forma muito vertical durante a consulta. (E4)*

*Nesse momento de reunião de equipe geralmente são casos específicos que alguém traz como demanda, sejam as residentes, as ACSs, enfermeiras. E aí, geralmente, quando são as residentes ou eu trago o caso, a gente tenta fazer esse relato centrado na pessoa. (E6)*

*A gente conversa dos passos da consulta no modelo de Calgary-Cambridge e "Consulta em 7 passos", o feedback é um feedback mais padrão, mas eu nunca passei as evidências dele. Também a gente cita algumas coisas mais teóricas de princípios, etc que eu acho que tá no livro da Moira. (E5)*

A respeito de uma metodologia de ensino com estímulo à prática, apenas um preceptor considera que não designa seus residentes para realizarem triagem/acolhimento de uma questão simples de saúde. No entanto, após a realização das entrevistas foi detectado um erro na coleta, de forma que a interpretação sobre o uso dessa metodologia fica impossibilitada, o que invalida os dados dessa pergunta. Por esse motivo, essa ferramenta de ensino não foi analisada neste estudo.

Para melhor visualização, o número de entrevistados que utiliza cada uma das metodologias está descrito no Gráfico 1, demonstrando, inclusive, certa homogeneidade no uso das ferramentas de ensino, visto que cinco delas são usadas por todos os preceptores e quatro delas não são usadas por nenhum entrevistado.

**Gráfico 1 – Uso das metodologias**

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

## 5 DISCUSSÃO

A respeito do perfil dos preceptores da residência de MFC da UFOP entrevistados nesta pesquisa, podemos notar uma certa homogeneidade nos dados. Além de variar pouco em termos de idade, tempo de formação e tempo de atuação na APS, todos os participantes obtiveram sua formação através de Residência Médica na mesma instituição e a maior parte está cursando atualmente pós-graduação em preceptoria. Diante disso, não foi possível estabelecer correlações entre o perfil dos preceptores e a prática de ensino utilizada, assim como entre o tipo de formação e a linha de instrumentos mais utilizada.

Apesar da limitação encontrada, parece interessante reconhecer que o quadro atual de preceptores do programa de residência da UFOP apresenta tal padrão nos quesitos levantados como “perfil” no questionário utilizado e também em quais metodologias são utilizadas e quais não são. Apesar dessa homogeneidade e do tempo curto de formação, uma pesquisa feita em um hospital pediátrico a respeito das habilidades de comunicação mostra que não foi encontrada correlação entre anos desde a graduação ou tempo de experiência com uma comunicação aceitável (URTASUN et al., 2021b).

Algo comum a todos os entrevistados foi o fato de fazerem uso de materiais teóricos para embasar suas práticas de ensino, em especial o Guia de Calgary-Cambridge. Tal escolha se mostra adequada, em especial pela característica do guia de facilitar uma sistematização do ensino, permitindo um feedback estruturado. Em contrapartida, não é uma estrutura rígida e permite seu uso dentro de diferentes características pessoais do médico. Por fim, a literatura atual sugere que este é um guia baseado em evidências, o que dá ainda mais força para o seu uso (MOORE, 2010).

Dohms e Gusso (2021) trazem em seu livro que um dos elementos que contribui para o sucesso de um programa de treinamento em habilidades de comunicação é o adequado aprofundamento teórico em comunicação clínica, além de boa formação em metodologias de ensino. Diante disso, se mostra positivo o uso de diferentes fontes de material teórico, a flexibilidade e interesse no estudo e aperfeiçoamento contínuos, além do grande número de entrevistados cursando hoje uma pós-graduação em preceptoria.

Chama a atenção o fato dos entrevistados trazerem como referencial teórico as suas próprias experiências e a bagagem de conhecimentos acumulada durante a própria formação. Uma hipótese para o motivo desse processo é que a formação na residência ainda é recente para todos os preceptores, de forma que ainda acessem com facilidade o que foi aprendido. Por mais que seja valioso ensinar a partir da própria vivência e trazer esse elemento para potencializar o aprendizado de quem tem menos prática clínica, é prudente ser cuidadoso nesse processo e garantir uma constante reflexão sobre o tipo de comportamento que está sendo perpetuado, além de constantemente se voltar para as evidências mais atuais, de forma que a aprendizagem não se torne um hábito de repetir erros, mas sim de evoluir a partir deles.

Está demonstrado na literatura que para melhorar o treinamento em habilidades de comunicação, é bastante efetivo o uso de metodologias com forte componente prático e que se assemelham à prática profissional, a despeito de estratégias puramente teóricas (URTASUN et al., 2021a). Nesse sentido, os participantes da pesquisa parecem estar seguindo um bom caminho, ao utilizar frequentemente a demonstração de habilidades e a observação de consultas com pacientes reais.

A respeito da modelagem, é importante que a demonstração seja de habilidades desejadas na prática do residente, pois, apesar de ser válido discutir sobre práticas evitáveis, é essencial a visualização de modelos positivos de comunicação efetiva (DOHMS; TIBÉRIO; COLLARES, 2021). A fase de feedback conjunto que ocorre após a demonstração de habilidades pode contribuir para que isso aconteça, permitindo a identificação de práticas adequadas e a reflexão sobre elas.

Sugere-se que a “fase de modelagem”, onde o residente consegue visualizar quais habilidades ele deve aprender, seja seguida por uma “fase prática”, onde ele pode exercitar o que foi visto e assim consolidar os conhecimentos (DOHMS; TIBÉRIO; COLLARES, 2021). Embora seja ideal que esse treinamento se inicie em cenários simulados - prática pouco utilizada pelos entrevistados - utilizar a observação direta da consulta do residente em situações reais permite esse tipo de aprendizado.

Já sobre o uso de vídeofeedback, essa é uma metodologia provavelmente subutilizada pelos preceptores do programa de residência da MFC da UFOP. Isso porque ela é considerada como padrão-ouro no ensino de habilidades de comunicação, pois possibilita a observação pelo preceptor e pelo próprio residente,

em cenário real, de elementos verbais e não verbais da comunicação, com a presença de situações imprevisíveis, que exigem uma resposta rápida e espontânea (DOHMS; CARRIÓ; FONTCUBERTA, 2019; URTASAN et al., 2021a). Ainda assim, essa metodologia é utilizada por apenas três dos entrevistados (50%), com frequência baixa - entre dois e quatro meses.

Um aspecto interessante que surge nas entrevistas é a utilização de aprendizagem por pares, ou seja, a possibilidade que os residentes façam os exercícios de observação ou demonstração entre si e, por vezes, com os internos da graduação em medicina. De acordo com uma pesquisa que avaliou o uso de simulações para o ensino de comunicação, em que os estudantes eram divididos em grupos para discussão sobre o desempenho de algum dos colegas, demonstrou-se que a avaliação por pares é útil e factível, fato também demonstrado em estudos anteriores (ENGELHORN, 2019).

Não há dúvidas de que as metodologias menos utilizadas pelos preceptores entrevistados são as que promovem o ensino através da simulação. Infelizmente, uma limitação do questionário utilizado é não haver perguntas que aprofundem nos motivos pelos quais os preceptores não utilizam alguma metodologia, dificultando esta análise. Ainda assim, alguns manifestaram espontaneamente esses motivos, sendo os principais o desconhecimento da metodologia e dificuldade de encaixá-la na rotina do serviço de saúde.

Sobre o manejo de tempo nas unidades de saúde, faz sentido que os preceptores apresentem desafios com o aumento do número de aprendizes. Pesquisas indicam que a presença de um estudante pode aumentar a carga de trabalho e diminuir o número de pessoas atendidas. Por outro lado, esse impacto pode variar de acordo com o nível de organização do serviço e a capacitação do aprendiz. Um exemplo dessa variação é um outro estudo, realizado em um programa de residência de MFC, que mostra que a depender das estratégias de gerenciamento dos preceptores, pode-se aumentar o número de atendimentos por dia e diminuir o tempo de espera de cada usuário quando os educandos são da pós-graduação (WESTON; BROWN, 2017).

Das quatro metodologias com uso de simulação presentes no questionário utilizado, três delas não são utilizadas por nenhum preceptor e uma delas - dramatização improvisada de uma habilidade antes do residente utilizar com uma pessoa real - é utilizada por dois preceptores. Esse dado sugere a subutilização de

estratégias valiosas de aprendizado, como está amplamente sugerido na literatura. A dramatização permite que o residente desenvolva conhecimentos, habilidades e atitudes que o preparam para situações reais, mas garantindo a segurança dos pacientes e seguindo preceitos éticos (BELLAGUARDA et al., 2020).

Para a boa utilização de uma metodologia simulada, é importante que ela siga algumas diretrizes, por exemplo, representar um contexto específico, ser orientado para a prática, ser focado em alguma habilidade, ser seguro, ser adaptado para as necessidades do residente e ter um feedback adequado (SETUBAL et al., 2018). Diante disso, é razoável sugerir que o uso não sistemático da metodologia, como demonstrado em alguns casos nas entrevistas, pode não ser tão eficaz quanto teria a potencialidade de ser caso seguisse alguns preceitos básicos. Por outro lado, a elaboração de grupos de discussão que utilizem treinamento por simulação pode ser bastante útil.

Dentro do processo de ensino-aprendizagem, a reflexão tem papel importante para a consolidação do conhecimento e para garantir uma regulação contínua no aprendizado, mesmo quando feito de forma individual (DOHMS; TIBÉRIO; COLLARES, 2021). Nesse sentido, observamos que os preceptores entrevistados utilizam de forma cotidiana o estímulo à reflexão e leitura, de forma que o residente possa se tornar cada vez mais autônomo. Outro benefício das práticas reflexivas é a possibilidade de ter uma visão crítica sobre a realidade em que vivem e a racionalidade médica-científica (STELET; CASTIEL; DE MORAES, 2017).

Existem diversas formas de se estimular a reflexão e o estudo, quando aplicada às habilidades de comunicação. A literatura aponta como positivas as práticas que estimulam a expressão verbal, discussões em pequenos grupos, exposição pelos estudantes dos seus conhecimentos e dúvidas e promoção a autorreflexão (OLIVEIRA; BRAGA, 2016). Nesse sentido, se mostram como positivas as práticas de “treinamentos de habilidades” e “grupos de discussão”, que permitem o uso das ferramentas acima citadas em reuniões com poucas pessoas.

Um aspecto interessante que aparece em algumas das entrevistas é a valorização do relato das emoções que os encontros clínicos despertam nos residentes e a reflexão conjunta sobre o processo individual de sentir. Um estudo sobre a prevenção de Burnout em profissionais da saúde concluiu que as habilidades



de comunicação de um profissional se relacionam com um menor esgotamento emocional e uma maior realização profissional, de forma a proteger o indivíduo da estafa (LEAL-COSTA, 2015). A comunicação clínica está além do uso de determinadas ferramentas, mas também representa formas de lidar com o outro, com o mundo em que se vive, com o sofrimento, com a vida e com a morte (STELET; CASTIEL; DE MORAES, 2017). Se entender como pessoa que faz parte dessa interação e que tem suas próprias emoções potencializa o ato de se comunicar.

Na contramão do predominante estímulo à reflexão relatado pelos entrevistados, vale a pena destacar o fato de nenhum preceptor utilizar a ferramenta de portfólio, que se caracteriza por um compilado de informações ao longo do tempo de formação, com temática a depender dos combinados estabelecidos, mas que também permite ao aprendiz refletir sobre as situações ali descritas, sobre a prática do cuidado e sobre as relações interpessoais (WESTON; BROWN, 2017). Como já dito, a estrutura do questionário utilizado não permite inferir sobre os motivos da não utilização dessa ferramenta, mas espera-se que em projetos futuros seja possível compreender melhor este processo.

Algumas das metodologias bastante utilizadas pelos preceptores trazem como parte fundamental o Método Clínico Centrado na Pessoa, são elas: o relato de caso centrado na pessoa, discussões de medicina centrada na pessoa com base em evidências, o estímulo a discussões mais longas com a pessoa e a integração entre o raciocínio clínico e o MCCP. É um aspecto positivo sua frequente utilização, isso porque o MCCP é mais gratificante a longo prazo para os médicos e as pessoas que buscam o cuidado, no entanto, a pressão do cotidiano de trabalho pode influenciar que os profissionais sejam centrados apenas nas queixas (WESTON; BROWN, 2017). Sendo assim, é papel da residência garantir que os médicos sejam treinados a não deixar esses aspectos valiosos em segundo plano.

Uma prática bastante descrita como complementar em diversas metodologias foi o uso de feedback ao final da atividade, além disso, os preceptores relatam ser um feedback estruturado e voltado para o reconhecimento de habilidades e atitudes que devem ser reforçadas ou podem melhorar. Esta é uma ferramenta poderosa e efetiva, principalmente quando é específica, estruturada e orientada ao comportamento. (DOHMS; TIBÉRIO; COLLARES, 2021; URTASAN et al., 2021a) Sendo assim, vale a

pena que os preceptores se esforcem para manter e aperfeiçoar ainda mais este hábito, considerado essencial para o aprendizado das competências comunicacionais.

## 6 CONCLUSÃO

É possível concluir que o programa de residência médica em MFC da UFOP possui um corpo de preceptores com um perfil homogêneo e que praticam predominantemente as metodologias de ensino que usam de observação de situações reais e metodologias que estimulem a prática, o estudo e a reflexão para o ensino das habilidades de comunicação e do Método Clínico Centrado na Pessoa, como visto no Gráfico 1. Em contrapartida, as metodologias que fazem uso de simulação são pouco exploradas, assim como o vídeofeedback e o portfólio. A partir disso, podemos notar que há empenho por parte dos preceptores no ensino de habilidades de comunicação, no entanto, deixando a desejar no uso de metodologias que comprovadamente são eficazes e facilitam o aprendizado dos estudantes.

Das metodologias que são utilizadas, a maior parte delas é descrita nas entrevistas de forma similar ao que aparece na literatura, demonstrando conhecimento das técnicas por parte dos preceptores e aumentando a possibilidade de sucesso no uso das ferramentas. No entanto, a metodologia de dramatização improvisada de uma nova habilidade antes dela ser usada com o paciente real tem sido feita de forma pouco estruturada, diferente do ideal. Da mesma forma, a apresentação de vídeo de uma consulta com paciente real é descrita nas falas como sendo feita apenas entre o preceptor e o residente, por vezes apenas pelo preceptor, porém, seu uso ideal é em grupos com outros residentes (STEWART et al., 2017). Essas características destacam ainda mais a importância de continuar estimulando a formação dos preceptores para o ensino em comunicação clínica.

Este estudo, feito com o intuito de identificar como tem se estruturado o ensino de comunicação clínica no programa de residência em Medicina de Família e Comunidade na Universidade Federal de Ouro Preto, abre horizontes para entender esse processo, embora espera-se que outros estudos estejam por vir. Nesta pesquisa, optou-se por avaliar o processo de ensino pela perspectiva dos preceptores, no entanto, para aproximar o programa de residência em MFC da UFOP de um aprendizado baseado no educando, vale a pena que novos estudos sejam feitos também pela perspectiva dos residentes.

Como potencialidades, o instrumento de entrevista utilizado nos permite entender diretamente como algumas metodologias de ensino já reconhecidas na

literatura estão sendo aplicadas na prática. Por outro lado, o questionário deixa a desejar na exploração dos motivos pelos quais alguns preceptores não utilizam determinadas metodologias. Além disso, pela grande quantidade de informações coletadas, as falas sobre metodologias de avaliação da aquisição de competências não foram analisadas até o momento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTO, D. K. Residência em medicina de família e comunidade. *In*: GUSSO, G; LOPES, J. M.C., DIAS, L. C., organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 1384-1400. *E-book*.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al. **Simulação realística como ferramenta de ensino na comunicação de situação crítica em cuidados paliativos**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3xqH84Zz3mwxjysxtQskWvG/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2022.

DOHMS, M.; CARRIÓ, F. B.; FONTCUBERTA, J. M. B. Utilização de filmagem de consultas para o aprendizado. *In*: GUSSO, G; LOPES, J. M.C., DIAS, L. C., organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 1482-1505. *E-book*.

DOHMS, M.; GUSSO, G. **Comunicação clínica**: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021. 348p.

DOHMS, M.; TIBÉRIO, I. F. L. C.; COLLARES, C. F. Formação em competências de comunicação clínica. *In*: DOHMS, M.; GUSSO, G. **Comunicação clínica**: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 211-236. *E-book*.

ENGELHORN, C. A. **O Uso do Role-Play no Ensino da Técnica de Anamnese e de Habilidades de Comunicação para Estudantes de Medicina**. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, v. 43, n. 3, p. 178–183, jul. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/BswH68fTW39bVGFsvfR5V8c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados: Ouro Preto**, 2021. Disponível em: [www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/ouro-preto.html](http://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/ouro-preto.html). Acesso em 12 out. 2022.

LEAL-COSTA, C. et al. **Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud**. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Pamplona, v. 38, n. 2, p. 213–223, maio/ago. 2015. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v38n2/original4.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Consulta e abordagem centrada na pessoa. *In*: GUSSO, G; LOPES, J. M.C., DIAS, L. C., organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 475-508. *E-book*.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. **A análise de conteúdo como uma metodologia**. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 47, n. 165, p. 1044–1066, jul./set.

2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/ttbmyGkhjNF3Rn8XNQ5X3mC>. Acesso em: 20 out. 2022.

MOORE, P. et al. **La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?**. Revista Médica de Chile, Santiago, v. 138, n.8, p. 1047-1054, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.

OLIVEIRA, K. R. E. DE; BRAGA, E. M. **O desenvolvimento das habilidades comunicativas e a atuação do professor na perspectiva do aluno de enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 50, n.esp, p. 31–37, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/g9bdPhRCS69pZBNSYBst9Qt/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. **Projeto Político Pedagógico do Programa de residência em Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, 2022. Disponível em: [drive.google.com/file/d/1\\_vmlA2A0LQ-llv8ln5fBlcBpQIGI\\_0Rj/view](https://drive.google.com/file/d/1_vmlA2A0LQ-llv8ln5fBlcBpQIGI_0Rj/view). Acesso em: 12 dez. 2022.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UFOP. **Tópicos em Medicina de Família e Comunidade Terça**. Ouro Preto, 2022. Disponível em: [https://docs.google.com/document/d/1mmzO7-iv83yaZFaFAof-dvfhzq\\_RYfrkYA-6WaUqJEc](https://docs.google.com/document/d/1mmzO7-iv83yaZFaFAof-dvfhzq_RYfrkYA-6WaUqJEc). Acesso em: 12 dez. 2022.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UFOP. **Tópicos em Medicina de Família e Comunidade Quinta**. Ouro Preto, 2022. Disponível em: [docs.google.com/document/d/1jMRlbcMRo4kdW\\_ut4pA1xSKMLUqjuzOKNkAnkhpXvI](https://docs.google.com/document/d/1jMRlbcMRo4kdW_ut4pA1xSKMLUqjuzOKNkAnkhpXvI). Acesso em: 12 dez. 2022.

SETUBAL, M. S. V. et al. **Improving perinatology residents' skills in breaking bad news: A randomized intervention study**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 137–146, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/SSykg3v5XVv9xt7pRVxZD/?lang=en>. Acesso em: 20 out. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 15 dez. 2022.

STELET, B. P.; CASTIEL, L. D.; DE MORAES, D. R. **Anomalia e o ensino da comunicação clínica na prática médica**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mNDBj3RRDhncvc3fh3SJyKz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. **Projeto básico para implementação do Programa de Residência Médica da Escola de Medicina da UFOP**. Ouro Preto, 2013.

URTASUN, M. et al. **Evaluación del impacto de una intervención en las habilidades comunicacionales de médicos residentes de primer año de pediatría**. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, Córdoba, v. 78, n. 2, p. 130–136, jun. 2021a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8741311>. Acesso em: 16 out. 2022.

URTASUN, M. et al. **Habilidades comunicacionales del médico**. Experiencia en el Departamento de Medicina de un hospital pediátrico. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, Córdoba, v. 78, n. 3, p. 270–275, ago. 2021b. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8760908>. Acesso em: 22 nov. 2022.

WESTON, W. W.; BROWN, J. B. Desafios na aprendizagem e no ensino do método clínico centrado na pessoa. *In*: STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2017. p. 273-311. *E-book*.

WESTON, W. W.; BROWN, J. B. Ensinando o método clínico centrado na pessoa: sugestões práticas. *In*: STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2017. p. 313-360. *E-book*.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Estruturado

#### Dados pessoais:

1. Idade:
2. Sexo:
3. Residência ou título em Medicina de Família e Comunidade:
4. Se fez residência e ano da formação:
5. Formação em preceptoria e qual tipo de formação:
6. Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde:
7. Tempo de preceptoria:

#### Perguntas abertas:

1. Você utiliza alguma referência para embasar quais habilidades de comunicação o residente precisa desenvolver durante a residência médica? Quais são essas referências?
2. Quais ferramentas você usa pra estimular o desenvolvimento das habilidades de comunicação?
3. Quais ferramentas você usa pra reconhecer a aquisição das competências essenciais de habilidades de comunicação no residente?

#### Perguntas semi abertas sobre as ferramentas de ensino:

1. Você faz demonstração das habilidades para os seus residentes (modelagem)?
  - a. Não
  - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
  - c. Com que frequência?
  - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?



2. Você faz dramatizações improvisadas (role play) para testar uma nova habilidade antes do residente usar essa habilidade com uma pessoa real?
- Não
  - Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
  - Com que frequência?
  - Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
3. Você faz simulação de entrevista de pessoas que buscam cuidado (role play)?
- Não
  - Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
  - Com que frequência?
  - Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
4. Você utiliza pessoas atendidas que fazem o papel delas mesmas (ex: um alcoolista recuperado fazendo o papel de um alcoolista em negação)?
- Não
  - Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
  - Com que frequência?
  - Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
5. Você estimula discussões mais longas com as pessoas – podem ser realizadas na casa daquela pessoa (visita domiciliar)?
- Não
  - Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
  - Com que frequência
  - Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
6. Você utiliza o residente no papel do paciente (role play com o residente no papel do paciente)?
- Não

- b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
- c. Com que frequência?
- d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?

7. Você usa vídeo feedback?

- a. Não
- b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
- c. Com que frequência?
- d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?

8. Você faz uso do “Relato de Caso Centrado na Pessoa”?

- a. Não
- b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
- c. Com que frequência?
- d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?

9. Você designa o residente para fazer triagem/acolhimento de uma questão simples de saúde?

- a. Não
- b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
- c. Com que frequência?
- d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?

10. Você faz a observação das consultas do seu residente com pessoas reais?

- a. Não
- b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
- c. Com que frequência?
- d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?

11. Você estimula o residente a autorreflexão e leitura?

- a. Não
- b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
- c. Com que frequência?
- d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?

12. Você utiliza a construção de portfólio com os seus residentes?

- a. Não
- b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
- c. Com que frequência?
- d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?

13. Você utiliza discussões da medicina centrada na pessoa com base em evidências?

- a. Não
- b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
- c. Com que frequência?
- d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?

14. Ensino do raciocínio clínico – você ajuda os residentes a integrar os quatro componentes do método clínico centrado na pessoa (explorando a saúde a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; intensificando a relação entre a pessoa e o médico)?

- a. Não
- b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
- c. Com que frequência?
- d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?

15. Que outras ferramentas não citadas você também utiliza para o ensino das habilidades de comunicação?

- a. Com que frequência?
- b. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza estas ferramentas?

**Perguntas abertas e fechadas sobre ferramentas de avaliação:**

1. Quais dos tipos de avaliação descritos abaixo você utiliza para verificar o aprendizado do residente no que diz respeito às habilidades de comunicação:

- Autoavaliação
- Questionários validados como o Calgary-Cambridge (cite outros que usar)
- Avaliação por portfólio/narrativa
- Avaliação por questões de múltipla escolha
- Teste escrito – formato de respostas curtas (SAQ)
- Teste escrito – formato de respostas elaboradas (ensaio)
- Exames orais estruturados (SOEs)
- Observação direta
- Exames clínicos estruturados objetivos (OSCEs) e exames relacionados ao desempenho estruturados objetivos (OSPRES)
- Feedback de múltiplas fontes (avaliação 360°)
- Avaliação baseada em simulação
- “Cartões de encontro”
- Outras. Cite quais:

2. Dentre as ferramentas assinaladas acima, cite pelo menos três que você mais usa e por qual motivo?

3. Sobre as ferramentas que você não assinalou, explique o motivo e o que limita o uso delas na sua prática.

4. Quais modelos de feedback você costuma usar na avaliação do residente, pode assinalar mais de uma:

- Feedback pelo preceptor
- Feedback por um colega
- Feedback por pacientes simulados

- Feedback por pacientes reais
- Feedback pela equipe
- Feedback por observação direta da consulta
- Outros. Cite quais:

5. Dentre as ferramentas assinaladas acima, cite pelo menos três que você mais usa e por qual motivo?

6. Sobre as ferramentas que você não assinalou, explique o motivo e o que limita o uso delas na sua prática.

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Ensino das habilidades de comunicação - ferramentas utilizadas pelos preceptores de residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto”. Neste estudo pretendo identificar quais ferramentas os preceptores de Medicina de Família e Comunidade da UFOP utilizam para desenvolver e avaliar as competências de habilidades de comunicação com seus residentes.

O motivo que me leva a estudar esse assunto é mostrar a relevância dessa área para a residência de Medicina de Família e Comunidade, identificar o que a residência tem construído de positivo e verificar onde tem falhado para o aprimoramento conjunto dos médicos preceptores.

Para este estudo aplicarei um questionário através de uma videoconferência que contém perguntas abertas e fechadas, que permitirá a identificação das ferramentas de ensino e avaliação que você usa, além de ter espaço para comentários a respeito das mesmas.

Para participar deste estudo, é necessário que você assine este documento que pode ser enviado por e-mail ou aceite verbalmente no início da entrevista. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Mas você pode se sentir desconfortável durante o preenchimento do questionário, pois irá expor informações da sua forma de trabalho. Entretanto, não desejo que se sinta assim, pois os resultados não serão nominais, e respostas verdadeiras serão muito importantes para que se alcance os objetivos da pesquisa.

Caso se sinta constrangido (a) durante a entrevista, você pode interrompê-la a qualquer momento e solicitar sua exclusão da pesquisa. Poderá também fazer esta solicitação após o término da entrevista durante o tempo que preceder a defesa do Trabalho de Conclusão da Residência, desta forma a entrevista será apagada, assim

como todos os seus registros. Além disso, se você se sentir desconfortável em fazer a entrevista com a câmera de vídeo pode optar somente pela gravação do áudio.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Você não será identificado e o material preenchido por você não será disponibilizado sem sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um prazo de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e poderei modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ouro Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
(Coorientadora Nayra da Silva Freitas)

\_\_\_\_\_  
(Pesquisadora Letícia Gonçalves Caldeira)

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Ouro Preto, ou responsáveis pela pesquisa.

Rua Diogo de Vasconcelos, 122 - Pilar - Ouro Preto - Minas Gerais - 35400-000

Fone: (0XX) 31 3559-1001