



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Wagner Omar Cury Silva

**Aplicação e ensino de habilidades de comunicação clínica dos
preceptores de medicina de família e comunidade de Florianópolis, SC**

Pelotas, 2019

Wagner Omar Cury Silva

**Aplicação e ensino de habilidades de comunicação clínica dos
preceptores de medicina de família e comunidade de Florianópolis, SC**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Anaclaudia Gastal Fassa e coorientação da MSc. Maria Elizabeth Gastal Fassa.

Pelotas, 2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S569a Silva, Wagner Omar Cury

Aplicação e ensino de habilidades de comunicação clínica dos preceptores de medicina de família e comunidade de Florianópolis, SC / Wagner Omar Cury Silva ; Anaclaudia Gastal Fassa, Luiz Augusto Facchini, orientadores ; Maria Elizabeth Gastal Fassa, coorientadora.

— Pelotas, 2019.

104 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2019.

1. Saúde da família. 2. Relações médico-paciente. 3. Educação médica. 4. Comunicação em saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Fassa, Anaclaudia Gastal, orient. II. Facchini, Luiz Augusto, orient. III. Fassa, Maria Elizabeth Gastal, coorient. IV. Título.

CDD : 614.254

Wagner Omar Cury Silva

Aplicação e ensino de habilidades de comunicação clínica dos preceptores de medicina de família e comunidade de Florianópolis, SC

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família, Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 26 de junho de 2019.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Anaclaudia Gastal Fassa (Orientadora)
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza Sassi
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Prof^a. Dr^a. Denise Silva da Silveira
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Prof^a. Dr^a. Elaine Tomasi
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus orientadores Anaclaudia Gastal Fassa, pela objetividade, preocupação pedagógica e paciência durante as orientações e a Luiz Augusto Facchini que, com sua presença alegre e serena, ajudou a tornar as orientações muito produtivas, dando o impulso inicial necessário para chegar até aqui. À coorientadora Maria Elizabeth Gastal Fassa, com sua incansável e detalhada orientação, postura compreensiva e ajuda em diversos momentos de dificuldade.

Agradeço também aos professores do PROFSAÚDE, pelo carinho, apoio e amizade desenvolvidos nos nossos encontros presenciais. A preciosa ajuda da Maitê Carvalho que, com sua experiência, contribuiu enormemente para a qualidade final do trabalho. Às bibliotecárias do Departamento de Medicina Social, Sabrina Andrade e Brenda Veleda, pelo envolvimento e ajuda na diagramação final do trabalho. À Margarete Marques, secretária para assuntos do PROFSAÚDE, que ajudou desde o primeiro dia com assuntos institucionais. Ao Alessandro, que à distância ajudou a arquitetar e levantar o banco de dados, sempre atencioso às demandas.

Agradeço a minha esposa Carolina e as minhas filhas Flora e Alice por compreenderem as minhas ausências e me ensinarem a apreciar momentos de descontração em meio às turbulências da vida, que não foram poucas.

Agradeço aos meus pais Wagner e Deise que sempre acreditaram nos meus planos, incentivando grandes voos. Agradeço aos meus irmãos Victor e Vinicius por, nas diferenças, buscarmos inspiração. A minha querida avó, Palmira Cury, que partiu este ano deixando saudades. Ao meu avô, Salim Cury, pela sua empatia e sintonia fina comigo, mostrando a face esplendorosa da vida.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, em especial minha saudosa equipe de saúde da família - Equipe 470 do CS Lagoa da Conceição, que não fraquejaram nas minhas ausências, compreendendo meu momento para além das formalidades, cuidando da ambiência e das relações.

Agradeço aos meus colegas médicos de família que colaboraram com a pesquisa em meio a tantos problemas da nossa rede e ao escasso tempo livre. Agradeço aos internos e residentes da UFSC pela colaboração na pesquisa.

Agradeço à Coordenação da minha unidade e à Escola de Saúde Pública da Prefeitura de Florianópolis/SC, por entenderem a importância da educação permanente para os profissionais da assistência, pela confiança e incentivo.

Muito Obrigado.

RESUMO

O Método Clínico Centrado no Paciente é uma estratégia de humanização e incremento da eficiência da relação terapêutica na Atenção Primária à Saúde, que depende, para se realizar plenamente, de uma comunicação clínica efetiva. Por isso, as habilidades de comunicação clínica tendem a ocupar progressivamente locus central na formação dos profissionais da saúde. Este estudo objetiva avaliar a percepção de preceptores e estudantes sobre o ensino e a aplicação dessas habilidades na residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) e no Internato em MFC da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mediante estudo transversal, serão avaliados, com utilização de questionário *online*, todos os 100 alunos da 9ª, 10ª fase do Internato Médico da UFSC que tenham passado pelo menos uma vez no ciclo de MFC; todos os 40 Residentes em MFC do 1º, 2º e 3º ano vinculados à Escola de Saúde Pública da PMF e todos os 50 preceptores desses alunos. Utilizando como base o Guia Observacional Calgary-Cambridge, serão avaliados 28 itens que caracterizam os elementos constitutivos das habilidades de comunicação para a consulta clínica, incluindo aspectos relacionados à: abertura da consulta, exploração de problemas, avaliação do quadro de representações do processo de adoecimento da pessoa, estruturação da consulta, construção da relação e encerramento da consulta. Será também avaliada a existência de oportunidades de ensino-aprendizagem sobre habilidades de comunicação como, por exemplo, a observação direta de atendimentos pelo preceptor e a videogravação de consulta seguida da realização de *feedback* de qualidade.

Palavras-chave: Educação médica. Relações médico-paciente. Atenção primária à saúde. Comunicação em saúde. *Feedback*.

ABSTRACT

Patient Centered Care is a strategy of humanization and increased efficiency of the therapeutic relationship in primary health care, which depends, to be fully realized, on effective clinical communication. Therefore, clinical communication skills tend to occupy progressively central locus in the training of health professionals. This study aims to evaluate the perception of preceptors and students about the teaching and application of these skills in the Family and Community Medicine (MFC) residency of the Municipality of Florianópolis (PMF) and the Internship in MFC of the Federal University of Santa Catarina (UFSC). Through a cross-sectional study, all 100 students from the 9th and 10th grade of the UFSC Medical Internship who have passed at least one time in the MFC cycle will be evaluated using an online questionnaire; all 40 MFC Residents of the 1st, 2nd and 3rd year linked to the School of Public Health of the PMF and all 50 preceptors of these students. Based on the Calgary-Cambridge Observation Guide, we will evaluate 28 items that characterize the constituent elements of communication skills for clinical consultation, including aspects related to: opening of the consultation, exploration of problems, assessment of the representation of the process of illness of the person, structuring the consultation, building the relationship and closing the consultation. It will also be evaluated the existence of teaching-learning opportunities on communication skills such as direct observation of attendance by the preceptor and video recording of consultation followed by the performance of quality feedback.

Keywords: Education, medical. Physician medical-patient. Primary health care. Health communication. Feedback.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis de exposição relativas aos preceptores	29
Quadro 2 - Variáveis de exposição relativas aos estudantes	31
Quadro 3 - Variáveis de Desfecho dos Preceptores e Estudantes	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
GOCC	Guia Observacional Calgary-Cambridge
HC	Habilidades de Comunicação
HCC	Habilidades de Comunicação Clínica
MCCP	Método Clínico Centrado no Paciente
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OSCE	Exame estruturado de habilidades clínicas
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PROFSAÚDE	Mestrado Profissional em Saúde da Família
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RDA	Rede Docente Assistencial
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

I Projeto do trabalho de conclusão de mestrado	
1. INTRODUÇÃO	15
2. JUSTIFICATIVA	18
3. MARCO TEÓRICO	19
4. OBJETIVOS	25
4.1 Objetivo Geral	25
4.2 Objetivos Específicos	25
5. HIPÓTESES	26
6. METODOLOGIA	27
6.1 Delineamento	27
6.2 População-alvo	27
6.3 Critério de Exclusão	27
6.4 Número de Participantes no Estudo	28
6.5 Caracterização da População em Estudo	28
6.6 Variáveis do Estudo	29
6.7 Instrumentos	35
6.8 Logística para coleta de dados	36
6.9 Processamento e Análise dos Dados	37
7. ASPECTOS ÉTICOS	38
8. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	39
9. CRONOGRAMA	40
Referências	41
APÊNDICE A - Modelo de Convite aos Preceptores	48
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	49
APÊNDICE C - Questionário para Avaliação de Preceptores	50
APÊNDICE D - Questionário para Avaliação de Internos e Residentes	57
APÊNDICE E - Carta de Anuência para a Universidade Federal de Santa Catarina	64
ANEXO I	65
Guia Calgary-Cambridge	65
II Relatório do Trabalho de Campo	66

APÊNDICE F - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa	73
APÊNDICE G - Qualificação do Projeto de Pesquisa	77
III Artigo Científico	78

Apresentação

O presente Trabalho de Conclusão de Mestrado foi elaborado como requisito parcial do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Esta pós-graduação tem como área de concentração a Saúde Coletiva e o estudo foi desenvolvido na Linha de Pesquisa “Educação em Saúde”.

O Mestrado foi realizado no Departamento de Medicina Social da UFPel, localizada no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de maio de 2017 a junho de 2019.

O volume do encontra-se estruturado da em três partes, da seguinte forma:

I Projeto de Trabalho de Conclusão de Mestrado: qualificação ocorrida em abril de 2018. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação.

II Relatório de campo: descreve o caminho percorrido pelo mestrando, com ênfase nos aspectos metodológicos.

III Artigo científico: Habilidades de Comunicação Clínica na Medicina de Família e Comunidade de Florianópolis.

I Projeto de Trabalho de Conclusão de Mestrado

1. INTRODUÇÃO

O Método Clínico Centrado no Paciente é uma estratégia de humanização e incremento da eficiência da relação terapêutica na APS, que depende, para se realizar plenamente, de uma comunicação clínica efetiva. Por isso, as habilidades de comunicação clínica (HCC) tendem a ocupar progressivamente *locus* central na formação dos profissionais da saúde. Quando enfocadas de maneira abrangente, as HCC se confundem com o conceito de comunicação, porém, quando abordadas de forma mais estrita, elas se referem às técnicas de entrevista (CARRIÓ, 2012) e aos elementos que perfazem a comunicação efetiva, incluindo os comportamentos verbais e não-verbais no contexto de interações médico/paciente. As HCC pertencem, portanto, ao espectro das tecnologias leves, de processo, do campo relacional (SUCUPIRA, 2007).

Apesar do crescente reconhecimento da influência das HCC na qualidade da consulta e na melhoria do diagnóstico, como demonstrada, por exemplo, por sua inclusão no currículo da residência da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) (SBMFC, 2014), há desconhecimento entre esse reconhecimento e a formação oferecida pelas universidades, especialmente aos acadêmicos de medicina, ainda compartimentada em ciclos básico e clínico, com disciplinas tendentes às especialidades. A necessidade de excelência clínica para atuar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2014a) requer que o profissional consiga aliar competência técnica e humana para atender o indivíduo na sua singularidade, compreender seu contexto sócio-familiar e ser capaz de vincular-se com a população a partir desta perspectiva, entretanto, isto ainda é um desafio a ser superado (CAMPOS, 2006, DELUIZ, 2001).

A carência do ensino de HCC resulta no aumento das “situações de erro diagnóstico, falta de adesão à terapêutica, baixa satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde e problemas médico-legais, ou seja, menor efetividade e consequente aumento dos custos para os sistemas de saúde” (LOUREIRO; CAVACO; FERREIRA, 2015).

Grande parte do aprendizado das HCC ocorre de maneira intuitiva e por modelagem, ou seja, soma-se à “bagagem” trazida por cada aluno e profissional, às suas vivências da relação médico/profissional de saúde-paciente e à

comunicação clínica experienciada e observada nos estágios durante a formação universitária (RAZACK et al., 2007).

No entanto, existe consenso na literatura sobre a necessidade de construir matrizes curriculares para ensino das HCC, entendendo que estas podem e devem ser ensinadas de maneira longitudinal e com grau crescente de complexidade, nos cursos da saúde (COWAN et al., 1992; DEGNER; JERRY; TILL, 1991; UHM et al., 2015) e que as diretrizes curriculares precisam ser flexíveis para que sejam aplicáveis aos variados contextos das disciplinas da área da saúde e da comunicação médico-paciente (RAZACK et al., 2007). E ainda há controvérsia sobre como incluir as HCC no âmbito das matrizes curriculares, o que ensinar, quais métodos de ensino utilizar e como avaliá-las (KURTZ, SILVERMAN; DRAPER, 2005), tanto durante o processo formativo em nível de graduação como na educação permanente dos profissionais da APS (COWAN et al., 1992).

Estudo realizado para avaliação das diretrizes para comunicação médico-paciente dos oito centros universitários holandeses de formação em clínica geral concluiu que a qualidade das diretrizes é baixa, que elas são pouco baseadas em evidência e que há pouca atenção à sua aplicabilidade e envolvimento do usuário. Além disso, dentro de um mesmo programa há mais de uma diretriz, dependendo do contexto a que se refere, e estas diretrizes apresentam variação substancial em suas orientações sem que seja apresentada justificativa para tal (VELDHUIJZEN et al., 2007).

No Brasil, estudo recente também evidencia que o ensino de habilidades de comunicação, nas faculdades de medicina, ocorre de maneira não estruturada, concentrada em anos pré-clínicos, sem ensino longitudinal e em menor frequência quando comparado aos Estados Unidos, Inglaterra e Espanha (LIBERALI et al., 2018). Já, nos planos de ensino dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade – MFC, a incorporação de HCC tem se tornado cada vez mais comum (GUSSO; LOPES, 2012) a partir do lançamento, em 2014, pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), do “Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família em Comunidade”, que inclui uma seção específica sobre as competências a serem desenvolvidas na residência (SBMFC, 2014).

As HCC favorecem a criação de empatia, reforçam o vínculo com o paciente e a família, constituindo-se assim em elemento essencial para fortalecer o princípio da longitudinalidade da APS. Desenvolvendo a adequação da linguagem para compreender e ser compreendido, melhorando a habilidade de explicação, as HCC habilitam o profissional a oferecer espaço para expressão de sentimentos e exploração das motivações do paciente, o que promove o entendimento mais profundo sobre suas necessidades de saúde e propicia a realização de uma história clínica contextualizada (CARRIÓ, 2012; KIM, W; KIM, M, 2014; LEVINSON; LESSER; EPSTEIN, 2010).

São ainda as HCC do profissional e o vínculo de confiança na qualidade global do atendimento estabelecido com o paciente que proporcionam que o profissional dialogue com a expectativa e o imaginário de pacientes que buscam exames, procedimentos e medicações como formas exclusivas de atendimento e crie o espaço para a prevenção quaternária, para um plano compartilhado de cuidados orientado por uma decisão clínica baseada nas melhores evidências disponíveis, com recomendações e indicações de intervenções e exames mais pertinentes em cada caso, de maneira contextualizada, evitando medicalização excessiva, realização de investigações desnecessárias e *check-ups* genéricos (GUSSO; LOPES, 2012).

Neste contexto de valorização da relação médico-paciente e das HCC, este trabalho objetiva avaliar a percepção de preceptores e estudantes sobre a aplicação e o ensino dessas habilidades no internato e na residência de Medicina de Família e Comunidade, nas unidades básicas de saúde de Florianópolis.

2. JUSTIFICATIVA

As HCC são tecnologias leves que produzem grande impacto na relação médico-paciente, mas que precisam ser utilizadas continuamente para efetivar mudanças de comportamento e atitudes (CERON, 2000; DUNCAN et al., 2013; GUSSO; LOPES, 2012; SUCUPIRA, 2007).

Considerando a necessidade de enfatizar elementos que trazem maiores resultados em saúde com desfechos clínicos mais favoráveis na APS, as HCC assumem função especial na transformação da educação médica e do trabalho em saúde (CARRIÓ, 2012; LOUREIRO; CAVACO; FERREIRA, 2015; LEVINSON; LESSER; EPSTEIN, 2010; MOORE; GÓMEZ; KURTZ, 2010;).

Estudos de base nacional, apontam falta de padronização e estruturação longitudinal do ensino de HCC (LIBERALI et al., 2018; TURINI et al., 2008) e que os preceptores, em sua maioria, não tiveram a oportunidade de aprender essas habilidades de maneira sistemática nos seus cursos de graduação e residência (CARRIÓ, 2012).

Este projeto busca identificar fragilidades no processo de ensino-aprendizagem das HCC avaliando a aplicação e o ensino das HCC com base no Guia Observacional Calgary-Cambridge, o uso de ferramentas de ensino de HCC, bem como a influência do contexto das unidades de saúde docente-assistenciais e do perfil de preceptores na aplicação e no ensino das HCC.

3. MARCO TEÓRICO

A avaliação formativa oportunizada em estágios práticos com grande interação entre preceptor e aluno favorece o ensino de habilidades de comunicação, principalmente dos tópicos relativos à relação médico-paciente. Ao fortalecer uma estratégia processual estruturada, as experiências de ensino e de avaliação das HCC resultaram em grande diversidade de questionários, protocolos e *checklists* tanto para autoavaliação, quanto para avaliação externa. Carrió propõe estratégias e recomendações para motivar e apontar a direção para mudança de hábitos na entrevista, com exemplos das principais situações conflitivas e complexas que demandam tomada de atitude na consulta. (CARRIÓ, 2012).

A perspectiva da avaliação se reflete no processo didático, assim a diversidade dos materiais disponíveis, apesar de interessante, reflete também a dificuldade de padronizar conteúdos e métodos dos programas de ensino (TURINI et al., 2008). Segundo Turini et al. (2008, p. 268) “existem poucas referências sobre a estratégia pedagógica que se deve empregar [...]”, assim, percebe a “[...] falta de um fio condutor que guiasse a estruturação das atividades de forma sequencial, do básico para o avançado, do simples para o complexo, numa evolução progressiva [...]”.

A definição de HCC varia na literatura, mas frequentemente as HCC são consideradas uma tecnologia de processo para a realização da entrevista e do método clínico (SUCUPIRA, 2007). Também existem diferentes concepções e estratégias metodológicas sobre o que ensinar, como ensinar e como avaliar o desempenho de estudantes de medicina em relação às HCC (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Segundo Kurtz, Silverman e Draper (2005), um elemento crucial para o sucesso de currículos de comunicação é a capacitação de facilitadores, uma vez que professores e preceptores não tiveram a oportunidade de receber essa formação como alunos e residentes.

O ensino de HCC é realizado através de aulas expositivas tradicionais, mesas-redondas e conferências, discussão mediada por vídeo ou filme, *role-play* e observação direta da relação entre paciente-médico-equipe em diferentes situações no serviço de saúde. As HCC também são abordadas através de *Problem Based Interview (PBI)*, entrevista semi estruturada e orientada,

discussão em grupo sobre vivências dirigidas com aprofundamento na literatura, utilização de pacientes simulados padronizados, depoimento de pacientes, avaliação formativa e *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)* (BEN et al., 2017; KIM, W.; KIM, M., 2014; LOUREIRO; CAVACO; FERREIRA, 2015; RABELO; GARCIA, 2015; RIDER; HINRICH, LOWN, 2006). Em geral esses métodos são seguidos de *feedback* construtivo individual ou em grupo para garantir um aprendizado dirigido e consistente. As abordagens que envolvem metodologias ativas e são inseridas longitudinalmente nos currículos médicos são consideradas mais adequadas (UHM et al., 2015).

O estudo do processo de ensino-aprendizagem das HCC no internato e na residência de MFC de Florianópolis é inserido na perspectiva conceitual do Método Clínico Centrado no Paciente (MCCP). Nessa perspectiva o cuidado individual é entendido como inseparável do contexto social e do universo simbólico dos sujeitos, sendo um instrumento objetivo de promoção da integralidade e expansão do conceito de saúde (DUNCAN et al., 2013). O MCCP só se realiza com uma comunicação clínica efetiva (DUNCAN et al., 2013), e seu sucesso depende, em grande medida, da centralidade que as habilidades de comunicação ocupam no ensino da medicina e das outras profissões da saúde e também da educação permanente de profissionais da rede básica de saúde.

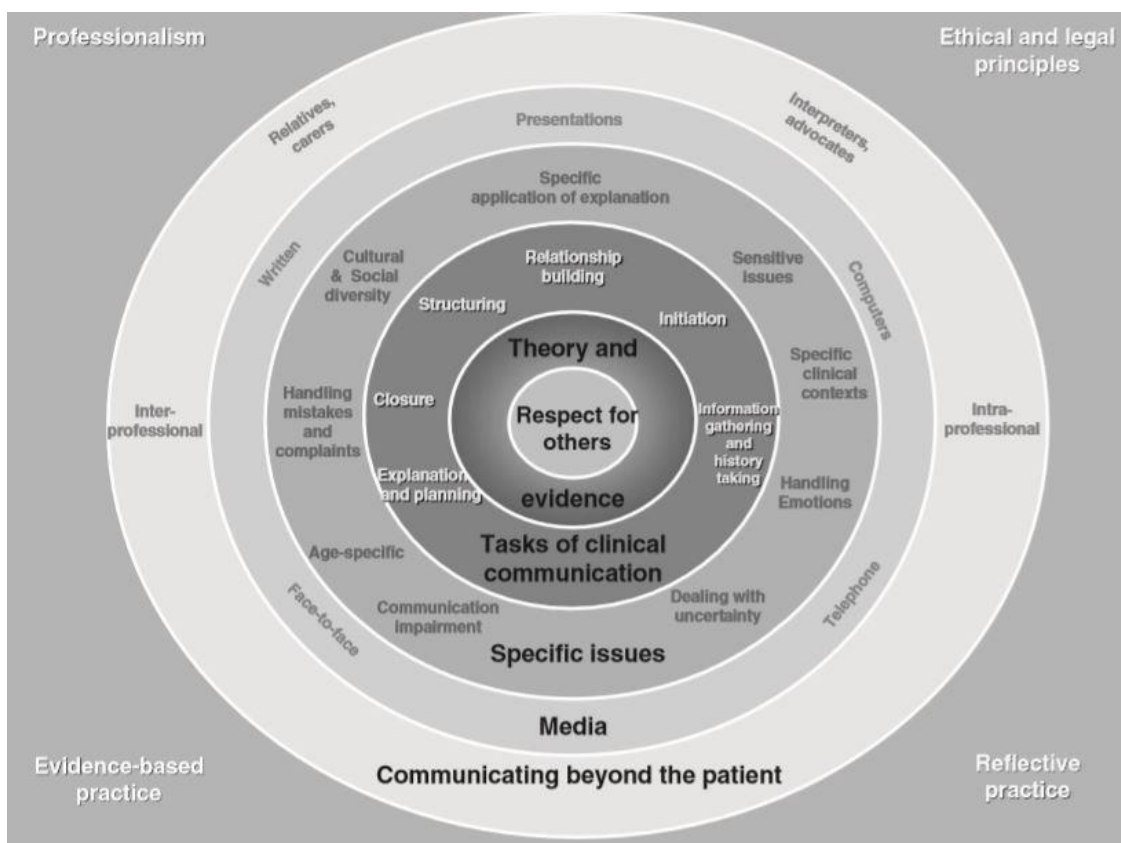
No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina (DCN), de 2014, orientam a formação em favor de um médico generalista e humanista, com capacidade crítica e reflexiva para atender com efetividade cerca de 80% das demandas de saúde da população. Estas demandas muitas vezes consistem em queixas inespecíficas sem achados em exames (BRASIL, 2014b; STARFIELD, 2002), e se inserem em um contexto de aumento da prevalência de acometimentos de ordem psicossocial, de multimorbidade crônica e aumento da longevidade (IBGE, 2016). Além disso, o profissional médico da APS deve ser capacitado para trabalhar de maneira colaborativa em equipe multiprofissional e para criar vínculo continuado com pessoas e famílias para um cuidado longitudinal, buscando aplicar os princípios da integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

A disponibilidade de médicos com perfil generalista é essencial para o desenvolvimento e a qualificação da rede básica de saúde, em especial da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto espaço privilegiado de

coordenação do cuidado e ordenação do sistema de saúde, principalmente em países com sistema de saúde universal (STARFIELD, 2002). Na APS como ordenadora do sistema de saúde, as habilidades de comunicação têm grande relevância para promover o vínculo do médico com o paciente e a longitudinalidade (CERON, 2000).

A Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza um profissional capaz de reconhecer o paciente como sujeito do seu cuidado, devendo empoderá-lo e oferecer uma relação dialógica e horizontal tanto com o indivíduo, quanto com a comunidade, desenvolvendo competência cultural. As habilidades de comunicação clínica (HCC) vão ao encontro dessas necessidades, ao valorizar os usuários/pacientes enquanto sujeitos da comunicação, fazendo perguntas abertas, evitando interrupções precoces, facilitando a expressão de suas idéias e sentimentos (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). Mais recentemente, a formação médica orientada à APS ganhou destaque com o Programa Mais Médicos, cujo eixo de educação prevê ações coordenadas em escolas médicas e residências. Infelizmente, as peculiaridades locais das escolas médicas, em um contexto nacional de crise política e econômica, colocam em risco a possibilidade da APS ocupar papel central no currículo.

A figura síntese dos consensos sobre currículo de comunicação de escolas médicas do Reino Unido (VON FRAGSTEIN et al., 2008), que coloca no eixo central o valor do respeito pelos outros, circunscrito pelas tarefas da comunicação clínica, se assemelha muito aos passos da consulta descrito no Guia Calgary-Cambridge para ensino de Habilidades de Comunicação Clínica (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005).



Fonte: Von Fragstein et al., 2008.

Circunscrevendo o eixo central, de dentro para fora, temos as bases teóricas e evidências para compreender a importância das HCC para os desfechos clínicos sobre saúde física e mental, satisfação e bem estar do paciente, assim como redução de erros clínicos com melhor segurança para o paciente, melhor aderência e concordância com o tratamento (VON FRAGSTEIN et al., 2008).

No terceiro círculo temos as tarefas da consulta clínica que devem ser articuladas para atingir o objetivo. Elas incluem abertura da consulta, criação de vínculo e relacionamento, realização de história clínica, explicação, criação de plano conjunto e fechamento da consulta. Essas tarefas são auxiliadas por uma série de habilidades e comportamentos como olhar nos olhos, escutar atentamente, balancear perguntas abertas e fechadas, facilitar o paciente nas suas expressões, dar respostas verbais e não verbais apropriadas, resumir, determinar o ponto de partida do paciente quando der informações e checar sua compreensão (VON FRAGSTEIN et al., 2008).

No quarto círculo aparece o contexto específico, que inclui situações desafiadoras que demandam a compreensão mais aprofundada para construção da relação, como: a comunicação em diferentes idades, diversidade cultural e social, religião, sexualidade, gênero, status socioeconômico, incapacidade, status educacional e espiritualidade; situações que exigem que o médico aprenda a lidar com emoções difíceis (angústia; medo; raiva; agressão; negação) e situações do contexto psiquiátrico (avaliação e manejo de pessoas com depressão, risco de suicídio, psicose, comprometimento cognitivo, abuso de álcool e substâncias) (VON FRAGSTEIN et al., 2008).

Ainda dentro das especificidades do contexto estão as habilidades de explicação e planejamento que devem incluir a busca de consentimento informado, gerenciamento de riscos, promoção da saúde e mudança de comportamento. Incluem ainda situações que demandam lidar com a incerteza (prognóstico incerto; “o paciente especialista”; “paciente bem informado” e os sintomas inexplicáveis). Também aparecem questões sensíveis como dar más notícias, discutir morte e luto, falar sobre sexo, explorar a história ginecológica, discutir questões que envolvem estigmatização, como abuso infantil, infecção pelo HIV e doença mental. Outras situações desafiadoras ocorrem em contexto de comprometimento da comunicação por envolver uma deficiência sensorial, como uma deficiência auditiva, visual ou déficit cognitivo (VON FRAGSTEIN et al., 2008).

Com relação aos meios de comunicação, são cinco áreas gerais a desenvolver: comunicação frente a frente (consciência de fatores ambientais e linguagem corporal); comunicação por telefone; comunicação escrita de forma ampla, desde preenchimento de prontuário, encaminhamentos, atestados; uso de sistemas de informação com registros eletrônicos, uso de e-mail e, por último, apresentação de casos entre pares (VON FRAGSTEIN et al., 2008).

Na parte mais externa, o modelo apresenta os princípios gerais que devem transpassar todo o currículo como a prática reflexiva, profissionalismo, comportamento ético e prática baseada em evidência. Este modelo traça um amplo panorama do envolvimento das habilidades de comunicação nas tarefas demandadas pela profissão médica e, portanto, das dimensões passíveis de treinamento para melhora da performance.

Neste projeto, o desfecho “habilidades de comunicação clínica” será investigado com base no Guia Calgary-Cambridge, por seu amplo reconhecimento internacional e abrangência de itens com enfoque em comunicação clínica (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005). De maneira geral, a temática da HCC está inserida na intersecção entre a relação médico-paciente e o método clínico. Uma vez que o “êxito de qualquer entrevista clínica depende da qualidade da comunicação médico-paciente” (MOORE; GÓMEZ; KURTZ, 2010, p. 1047), evidencia-se a importância central das estratégias de ensino de habilidades de comunicação clínica para estabelecer empatia e vínculo e realizar uma história clínica pertinente, considerando o contexto e o universo simbólico do estudante de medicina e do paciente.

O Guia Observacional Calgary-Cambridge (KURTZ, SILVERMAN, 1996) tem como objetivo avançar nas três lacunas da construção de matriz curricular (o que ensinar, como ensinar e como treinar facilitadores), retratando pontos importantes da consulta que podem ser generalizados para a prática clínica diária, independente do grau de formação, preservando o estilo do entrevistador (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 1996). É um instrumento fundamentado em ampla revisão de literatura, resumindo as principais evidências sobre habilidades de comunicação. Está validado e em uso em mais de uma dezena de países, de maneira que sua aplicação atravessa idiomas e culturas (MOORE; GÓMEZ; KURTZ, 2010, p. 1052). Também se destaca por sua praticidade para uso diário, podendo ser utilizado em diversos contextos formativos como substrato para nortear o *feedback* nas práticas de ensino e avaliação das HCC.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar o ensino de habilidades de comunicação clínica na perspectiva de preceptores e alunos do internato e da residência de Medicina de Família e Comunidade nas unidades básicas de saúde de Florianópolis.

4.2 Objetivos Específicos

Avaliar a autopercepção sobre o ensino e a aplicação de Habilidades de Comunicação Clínica, entre preceptores e alunos do internato e da residência em MFC.

Avaliar as oportunidades de ensino de HCC através do uso de *feedback*, observação de consulta e indicação de bibliografia na percepção dos alunos e dos preceptores.

Avaliar associação entre o perfil dos preceptores e alunos e a percepção sobre a aplicação e o ensino de HCC.

Avaliar a associação entre Observação de Consulta, realização de *feedback* e indicação de bibliografia, na perspectiva do aluno e do preceptor, e o ensino de HCC.

Avaliar a utilização de ferramentas de ensino de HCC na perspectiva dos alunos e dos preceptores, comparando ambas.

5. HIPÓTESES

A frequência de aplicação é maior que a frequência de ensino de HCC.

Tanto a Observação Direta de Consulta quanto o *feedback* construtivo são pouco utilizados como estratégias de ensino de HCC.

O ensino de HCC é mais frequente entre preceptores mais jovens, com formação em MFC e que orientam alunos de residência.

A aplicação e o ensino de HCC são mais frequentes entre alunos da residência e do sexo feminino.

A referência sobre indicação de bibliografia em HCC nos últimos dois meses foi pequena entre os preceptores e ainda menor entre os alunos.

O ensino de HCC é mais frequente entre preceptores e alunos que referem Observação Direta de Consulta, realização de *feedback* e indicação de bibliografia sobre a temática.

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento

Será realizado um estudo transversal, mediante a utilização de questionário autoaplicado, para avaliar a percepção dos preceptores e alunos do Internato Médico e da Residência de Medicina de Família e Comunidade – MFC, sobre quanto ensinam/recebem ensinamentos e aplicam as HCC.

Este delineamento possibilita realizar a descrição dos desfechos em estudo, bem como avaliar a associação entre características dos alunos e preceptores com os desfechos, com custo e dispêndio de tempo relativamente reduzidos. O estudo é pouco afetado por causalidade reversa, uma vez que as variáveis independentes são bastante estáveis no tempo e também pouco afetado por viés de seleção uma vez que inclui a totalidade da população-alvo.

6.2 População-alvo

Constituem a população alvo do estudo: todos os alunos da Nona e Décima fase do Internato Médico da Universidade Federal de Santa Catarina que tenham passado pelo menos uma vez no ciclo de MFC; todos os alunos do 1º, 2º e 3º ano da Residência em Medicina de Família e Comunidade vinculada à Escola de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Florianópolis - PMF e todos os preceptores desses alunos.

6.3 Critério de Exclusão

Serão excluídos do estudo os alunos do Internato Médico que ainda não tenham passado pelo ciclo em Medicina de Família e Comunidade.

Serão excluídos alunos e preceptores que estejam afastados por atestado ou licença.

6.4 Número de Participantes no Estudo

Serão convidados a participar aproximadamente 190 indivíduos, entre preceptores e alunos, distribuídos nas seguintes categorias:

- 100 Internos que passaram pelo menos uma vez no ciclo de MFC
- 40 Residentes de MFC entre R1, R2 e R3
- 30 Preceptores do Internato
- 20 Preceptores da Residência de MFC

6.5 Caracterização da População em Estudo

Os preceptores da Rede Docente Assistencial – RDA de Florianópolis, são médicos vinculados à PMF e trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS). Em sua grande maioria são egressos de Residência em MFC ou Médicos Titulados pela SBMFC. Apenas uma pequena parcela não tem formação específica na área. Cabe ressaltar que uma pequena parcela dos preceptores do internato também são preceptores da Residência em MFC.

Os Preceptores da Residência em MFC são médicos da PMF, que trabalham na assistência, geralmente vinculados a uma mesma UBS por muitos anos. A grande maioria cursou a residência de MFC do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro ou da própria PMF.

O internato médico, na UFSC, desenvolve-se durante os dois últimos anos do curso. A cada semestre os alunos são subdivididos em três grupos que fazem rodízio nos estágios de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia, Pediatria e MFC. Cada semestre é subdividido em três ciclos de oito semanas. O ciclo da MFC ocorre nas UBS no Nono e no Décimo semestres recebendo um terço da turma a cada ciclo. Dessa maneira, se o questionário for aplicado no início do semestre letivo, um terço dos alunos do nono semestre não terá iniciado o ciclo em MFC, enquanto um terço já terá passado duas vezes por este ciclo. Se o questionário for aplicado ao final do semestre, todos os alunos da Nona Fase terão passado uma vez no estágio e os da Décima Fase terão passado duas vezes.

Os residentes de MFC são, em sua maioria, médicos recém-formados que prestaram prova no edital da Escola de Saúde Pública da PMF e foram

selecionados nos anos de 2017 e 2018. Todos são vinculados a uma mesma UBS e equipe durante toda residência, mas enquanto no primeiro ano trabalham exclusivamente na UBS, no segundo e terceiro ano, trabalham alguns períodos na UBS e outros em pontos diversos da rede municipal de saúde.

6.6 Variáveis do Estudo

Caracterização das Variáveis de Exposição:

Serão avaliadas as características demográficas, relativas à formação, titulação e função dos preceptores.

Serão investigadas as características demográficas e de formação dos estudantes do internato médico e dos residentes.

Também serão avaliadas características das UBS onde os preceptores e estudantes estão inseridos.

O Quadro 1 apresenta as variáveis de exposição relativas aos preceptores e o Quadro 2 apresenta as variáveis de exposição relativas aos estudantes.

Quadro 1 - Variáveis de exposição relativas aos preceptores

Variáveis de exposição do preceptor	Medidas
Idade	Em anos completos
Sexo	Masculino e Feminino
Nome da unidade de saúde	Por extenso
Consultórios para preceptoria	Número inteiro
Consultórios compartilhados	Número inteiro
Horas consultório para preceptoria de residente e interno por semana	Número inteiro
Residentes e internos supervisionados	Número inteiro

Compartilhamento de preceptoría entre os programas Internato, Residência Médica e Residência Multiprofissional	Não/Sim, Número de preceptores
Preceptor - Média de pacientes por turno Residente - Média de pacientes por turno Interno - Média de pacientes por turno	Número inteiro Número inteiro Número inteiro
Equipes atuando na unidade Equipes completas Equipe atuando com Enfermeiro Equipe atuando com Técnico de Enfermagem	Número inteiro Número inteiro Não/Sim Não/Sim
Carga horária semanal	Número inteiro em horas
Formação/Titulação * Título de Especialista em MFC, conferido pela residência. * Título de Especialista em MFC, conferido pela prova de título. * Título de Especialização em Saúde da Família * Título de Especialista na área da educação * Mestrado * Doutorado Curso de preceptoría * EURACT 1 * EURACT 2 * Curso Capacitação em Preceptoría de Residência Médica do Hospital Alemão Oswaldo Cruz * Curso de especialização em preceptoría de residência Médica pelo Hospital Sírio Libanês * SBMFC - UFCSPA * ABEM * Outros Cursos ou especializações em preceptoría?	Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim Por extenso
Função relacionado à preceptoría * Supervisor do Internato Médico * Supervisor da Graduação em Medicina * Supervisor da Residência em MFC * Supervisor da Residência Multiprofissional	Não/Sim, Tempo em anos completos Não/Sim, Tempo em anos completos Não/Sim, Tempo em anos completos Não/Sim, Tempo em anos completos

Atividades vinculadas com ensino * Preceptor do PET-Saúde * Supervisor do PMMB * Tutor de especialização EAD * Ministra aulas teóricas na graduação * Ministra aulas teóricas na residência	Não/Sim, Tempo em anos completos Não/Sim, Tempo em anos completos Não/Sim, Tempo em anos completos Não/Sim, Tempo em anos completos Não/Sim, Tempo em anos completos
Processo formativo em Habilidades de Comunicação * Curso de Graduação * Graduação * Residência * Educação Permanente	Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim, por extenso
Processo formativo em <i>feedback</i> * Curso de Graduação * Graduação * Residência * Educação Permanente	Não/sim Não/sim Não/sim Não/sim, por extenso

Fonte: o autor.

Quadro 2 - Variáveis de exposição relativas aos estudantes

Variáveis de exposição dos Estudantes	Medidas
Idade	Em anos completos
Sexo	Masculino e Feminino
* Interno * Semanas concluídas de estágio * Residente	* Fase do internato (9 ^a , 10 ^a) * Número inteiro * Ano de residência (R1, R2 ou R3)
Nome da Unidade de Saúde	Por extenso
Consultórios para preceptoria Consultórios compartilhados Horas de consultório disponível semanal	Número inteiro Número inteiro Número inteiro
Número de residentes por preceptor Número de internos por preceptor Número de preceptores por estudante	Número inteiro Número inteiro Número inteiro

Número de atendimentos por turno Equipe conta com Enfermeiro Equipe conta com Técnico de Enfermagem Carga horária semanal	Número inteiro Não/Sim Não/Sim Número inteiro em horas
Formação/Titulação para Residentes Especialista em Saúde da Família Especialista na área de Educação Mestrado Doutorado Curso de preceptoria	Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim Não/Sim, por extenso
Residentes - Processo formativo em Habilidades de Comunicação Clínica * Graduação * Residência * Educação Permanente	Não/Sim Não/Sim Não/Sim, por extenso
Residentes - Processo formativo em <i>feedback</i> * Graduação * Residência * Educação Permanente	Não/sim Não/sim Não/sim, por extenso
Para internos - Perfil Preceptores Número de preceptores em MFC desde o início do internato Formação dos preceptores MFC Clínicos Gerais Outras especialidades Nenhuma das Anteriores/desconheço	Número inteiro Número inteiro Número inteiro Por extenso Número inteiro
Para internos - Local estágio Unidades que estagiou entre 1º e 4º fase Unidades que estagiou entre 5º e 8º fase Unidades que estagiou no internato Preceptores que teve de quinta à oitava	Número inteiro Número inteiro Número inteiro Número inteiro

Fonte: o autor.

Caracterização dos desfechos:

A avaliação de habilidades de comunicação utilizará como base o Guia Observacional Calgary-Cambridge (Anexo 1), que surgiu no Canadá, na década de 90. Este Guia lista 28 itens que caracterizam os elementos constitutivos das habilidades de comunicação para a consulta clínica, incluindo aspectos relacionados à: abertura da consulta, coleta da informação, exploração de problemas, avaliação do quadro de representações do doente, estruturação da consulta, construção da relação e encerramento da consulta.

O Guia tem sido utilizado tanto para autoavaliação e avaliação de habilidades específicas, quanto para definir os aspectos que devem ser abordados no ensino das habilidades de comunicação nos mais diversos contextos formativos. Neste estudo, o guia será utilizado com a finalidade de autoavaliação. Para cada item serão investigadas duas dimensões: se o preceptor/aluno aplica e ensina/recebe o ensino das habilidades de comunicação. A avaliação será realizada, para cada dimensão, em escala crescente de 0 a 10.

Para avaliar oportunidades de ensino aprendizagem sobre a temática será descrita a realização da consulta diretamente observada, a análise de videogravação de consulta, o *feedback* sobre habilidades de comunicação e a indicação de bibliografia sobre a temática.

A observação da consulta, seja ela aleatória ou selecionada por vídeo, seguida de *feedback*, é tida como padrão ouro para treinamento e desenvolvimento de habilidades de comunicação clínica.

O "como" ou processo de treinamento em comunicação tem sido extensivamente pesquisado. Ensinar usando pequenos grupos, fitas de vídeo e pacientes reais, simulados ou representados, juntamente com observação e *feedback* construtivo, tem se mostrado muito mais bem-sucedido do que aulas magistrais (STILLMAN et al., 1977; MAGUIRE et al., 1978; ENDE, 1983; SIMPSON et al., 1991; WESTBURG; JASON, 1993 apud KURTZ; SILVERMAN, 1996).

Assim, é de suma importância que a atividade de preceptoria inclua, nas metodologias de ensino, a observação de consulta como um aspecto central, capaz de conferir credibilidade ao ensino, pois somente através dela é possível observar de maneira ampla e específica os aspectos da comunicação que foram

adequados e os que necessitam ser melhorados, incluindo elementos não verbais da comunicação.

O *feedback* é estratégia central de ensino para atividade de preceptoria e, mais ainda, na avaliação formativa para desenvolvimento de competências comunicacionais. Segundo Borges et al. (2014, p. 324) “O *feedback* efetivo é uma das estratégias educacionais e avaliativas com maior evidência de eficácia na educação das profissões na área da saúde”.

Através dele é possível direcionar de maneira construtiva e individual os aspectos da consulta que merecem a atenção e reflexão dos alunos e dar uma devolutiva sobre os aspectos que foram adequados durante a consulta e aqueles que precisam ser melhorados.

Ainda segundo Borges et al. (2014, p. 324), “os professores e/ou preceptores de cursos na área da saúde precisam ser treinados para prover *feedback* efetivo” como parte da estratégia educacional para desenvolvimento de habilidades de comunicação.

Quadro 3 - Variáveis de Desfecho dos Preceptores e Estudantes

Variáveis de Desfecho	Atributos	Medidas
Habilidades de comunicação		
Guia Calgary Cambridge	<ul style="list-style-type: none"> * Abertura da consulta * Exploração de problemas * Quadro de representações do doente * Estruturação da consulta * Construção da relação * Encerramento da consulta 	Régua de 0-10 para todos subitens. Cada variável será avaliada em duas dimensões: <ul style="list-style-type: none"> * Se aplica na prática clínica * Se ensina/é ensinado
Oportunidades de ensino		

Consulta Diretamente Observada , nos últimos dois meses, no estágio em MFC	* Fez/Não Fez * Frequência	Dicotômica Número
Análise de Vídeo de Consulta , nos últimos dois meses, no estágio em MFC	* Fez/Não Fez * Frequência	Dicotômica Número
Qualidade do <i>feedback</i> abordando habilidades de comunicação do aluno?	* Oportuno * Especificidade * Inicia por Autoavaliação * Cuidadoso * Reflexivo * Direção * Linguagem não-verbal	Gradação 0-10 para todos subitens.
OPORTUNIDADE DE VER CONSULTA		
Indicação de bibliografia sobre Habilidades de Comunicação Clínica	* Capítulo de Livro * Artigo * Vídeo * Outra	Sim / Não últimos dois meses. Sim / Não Sim / Não Campo Aberto

Fonte: o autor.

6.7 Instrumentos

Serão utilizados dois questionários *online* padronizados e pré-codificados, um para preceptores (Apêndice C) e outro para estudantes do internato médico e da Residência em MFC (Apêndice D) abordando as características dos indivíduos, características dos serviços onde eles estão inseridos e as Habilidades de Comunicação Clínica. Os questionários também incluirão a avaliação de oportunidades de ensino e aprendizagem de habilidades de comunicação clínica no contexto da consulta diretamente observada, videogravação de consulta e do *feedback* construtivo. Do ponto de vista tecnológico, o questionário *online* será desenvolvido em PHP e javascript e utilizará um banco de dados postgres no backend.

Teste Piloto do Questionário

Para testar o questionário em papel serão entrevistados três estudantes e três preceptores do internato médico e três estudantes e três preceptores da residência. O pesquisador acompanhará o preenchimento para captar problemas no entendimento do questionário e estimar o tempo necessário para completá-lo. A seguir o pesquisador realizará os ajustes necessários e produzirá a versão *online* que será testada com o mesmo número de participantes, com o acompanhamento presencial do pesquisador para identificar problemas na funcionalidade.

6.8 Logística para coleta de dados

Para administrar os questionários web, serão solicitadas as listas de endereços de e-mail e telefones dos preceptores e residentes à Coordenação do Programa de Residência da PMF e dos internos e preceptores do internato à secretaria acadêmica da Faculdade de Medicina da UFSC.

Utilizando os endereços de e-mail obtidos, será realizado o convite (Apêndice A) para participação no estudo, contendo no e-mail um *link* para que o preceptor ou estudante acesse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que precede o questionário web. Este consentimento será fornecido *online* e vinculado ao e-mail do indivíduo.

Os entrevistados somente terão acesso ao questionário *online* após consentir em participar da pesquisa. Ao preenchê-lo as informações serão salvas e armazenadas no banco de dados, vinculado ao seu email.

O convite para participar da pesquisa será reforçado presencialmente nas reuniões dos preceptores e nas aulas do internato e da residência. Os respondentes serão monitorados pelo aceite ao TCLE e pela finalização do questionário.

Após 15 dias da disponibilização dos questionários *online*, o pesquisador dará início a contatos telefônicos com os não respondentes para estimular a participação, sendo realizados pelo menos três contatos telefônicos para estimular o preenchimento do questionário. Se, com estas estratégias, a taxa de resposta entre preceptores e estudantes for menor do que 80%, o pesquisador

buscará novamente contatos presenciais dirigidos em reuniões de preceptores e aulas dos estudantes estimulando que o questionário seja preenchido nestes momentos.

6.9 Processamento e Análise dos Dados

O banco de dados será exportado para um formato compatível com o software *Stata* 13. Será realizada a limpeza do banco de dados através da análise de consistência das variáveis em estudo. Os desfechos serão descritos detalhadamente, examinando a média, a mediana e o desvio padrão do escore do Guia Observacional Calgary-Cambridge relativo à aplicação na prática e ao ensino, por parte de preceptores e estudantes e do escore da qualidade do *feedback* oferecido pelos preceptores / recebido pelos estudantes. Também será examinada a prevalência de realização de consulta diretamente observada, de análise de vídeo-consulta e de indicação de bibliografia sobre habilidades de comunicação clínica.

Para a análise bivariada os escores do Guia Observacional Calgary-Cambridge e o escore da qualidade do *feedback* serão divididos em tercís examinando a associação entre fatores demográficos, fatores relativos à formação, relativos à experiência em APS e relativos ao processo formativo com os diferentes desfechos através da razão de prevalência, do intervalo de confiança de 95%, do teste de chi-quadrado e do teste de tendência linear.

Para a análise multivariada serão utilizados os escores contínuos. Esta análise será realizada por regressão linear examinando a associação entre as variáveis independentes e os desfechos através dos coeficientes de regressão e seus respectivos intervalos de confiança de 95%, coeficiente de determinação e estatística F. Serão consideradas significativas as associações com p-valor < 0,05.

7. ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa será conduzida conforme os preceitos éticos da Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), complementar à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). A coleta de dados somente será iniciada após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPel.

Primeiramente, através de Carta de Anuência, será solicitada a permissão para realização da pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, e à Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Apêndice E). O projeto será cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao comitê de ética da Universidade Federal de Pelotas - UFPEL. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa será enviado email aos preceptores e alunos do internato da UFSC e da Residência em MFC com informações acerca do estudo e propósitos do mesmo e, ao mesmo tempo, convidando-os a participar da pesquisa, esclarecendo que têm liberdade de se recusar a participar ou desistir a qualquer momento e que a aceitação voluntária será oficializada mediante aceitação *online* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B).

Os dados coletados serão analisados no contexto da população em estudo e utilizados apenas para fins de pesquisa, assegurando a confidencialidade das informações prestadas pelos entrevistados. O banco de dados será mantido sob a responsabilidade do pesquisador em arquivos digitais protegidos por senha.

Os benefícios esperados estão vinculados à produção de reflexões sobre práticas educacionais voltadas para o ensino, na Medicina, de Habilidades de Comunicação Clínica, a partir de Autoavaliação.

8. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As buscas na literatura foram iniciadas e serão desenvolvidas ao longo de todo o estudo, com a utilização de ferramentas de busca e bases bibliográficas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico e PubMed. Os temas incluídos foram ensino e avaliação de competências em habilidades de comunicação clínica na educação médica, incluindo instrumentos de avaliação, e avaliação de programas educativos de comunicação na educação médica. Foram combinados os descritores: Comunicação em Saúde, Relação Médico-Paciente, Competência Clínica, Entrevista Clínica, Educação de Graduação em Medicina, Internato e Residência, Educação de Pós-Graduação em Medicina, Educação Médica Continuada e seus correlatos na língua inglesa.

A seleção inicial dos artigos foi realizada buscando focar o ensino e avaliação de habilidades de comunicação clínica no internato médico e residência. Ainda foram utilizadas como referência parte de três livros: Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde (CARRIÓ, 2012); Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática (GUSSO; LOPES, 2012) e; Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências (DUNCAN et al., 2013). A busca bibliográfica e sua sistematização será ampliada no decorrer do estudo.

Referências

AYRES, J. R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, p.16-29, dez. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902004000300003>>. Acesso em: maio 2018.

BEN, A. J. et al. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-16, 2017. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1354](https://doi.org/10.5712/rbmf12(39)1354)>. Acesso em: maio 2018.

BENTZEN, N. (Edit). **Wonca dictionary of general /family practice**. Copenhagen: Wonca, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução Conselho Nacional de Ensino/Câmara de Ensino Superior. Processo nº 23001.000096/2013-24, de abril de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jun. 2014. Seção 1, p. 17.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso: 27 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm>. Acesso: 27 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 nov. 2005. Seção 1, p. 111. Disponível em: <http://www.lex.com.br/doc_541196_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_210_1_DE_3_DE_NOVEMBRO_DE_2005.aspx>. Acesso em: 27 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 1.041, de 09 de setembro de 2016. Homologa o parecer CNE/CES no 102/2016, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. 2016. Seção 1, p. 09. (Anexo. Linha 39. Saúde Coletiva. Saúde da Família. ABRASCO). Disponível em:

<<https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/12092016-PORTARIA-MEC-N-1041-de9-9-2016.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, agosto de 2008.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em: 27 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. PNEPS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, fevereiro de 2004. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>.

Acesso em: 27 maio 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Artigos 196-200. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

Seção 1, p. 1. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf>. Acesso em: 26 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 dez. 2010. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7385.htm>.

Acesso em: 27 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 27 maio 2018.

BORGES, M. C. et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 324-331, nov. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p324-331>>. Acesso em: maio 2018.

BUBER, M. **Eu e Tu**. 8. ed. Heidelberg: Editora Moraes, 1974.

CAMPOS, F. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111215103241.pdf>. Acesso em: 17 set. 2016.

CARRIÓ, F. B. **Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 346 p.

CERON, M. **Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa**. São Paulo: Unifesp, 2000.

CHOUDHARY, A.; GUPTA, V. Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. **International Journal Of Applied And Basic Medical Research**, v. 5, n. 4, p.41-44, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4103/2229-516x.162273>>.

COSTA, J. R. B. et al. Active teaching-learning methodologies: medical students' views of problem-based learning. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.13-19, mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022011000100003>>. Acesso em: maio 2018.

COWAN, D. et al. Consensus statement from the Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools. **Canadian Medical Association Journal**, Toronto, v. 8, n. 147, p.1149-1152, 15 out. 1992.

DEGNER, L. F.; JERRY, M.; TILL, J. E. Communication in cancer: report on the Terry Fox Workshop. **Canadian Medical Association Journal**, Winnipeg, v. 11, n. 144, p.1417-1418, 01 jun. 1991.

DELUIZ, N. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na Educação**: implicações para o currículo. Boletim Técnico do SENAC, Número especial, 2001. 16 p.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1976 p.

FALK, J. W. **História da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: SBMFC, [s.d.]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=3>. Acesso em: 25 maio 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz E Terra, 2011.

GALVAO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília DF, v. 23, n. 1, p. 183-184, mar. 2014.

GROSSEMAN, S.; STOLL C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. Estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 301-308, 2008.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

IEDEMA, R. et al. Medical education and curriculum reform: putting reform proposals in context. **Medical Education Online**, v. 9, n. 1, p. 4368-4364, dez. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3402/meo.v9i.4368>>. Acesso em: maio 2018.

KIM, W. J.; KIM, M. Y. Awareness and performance of communication skills in clinical education. **Advanced Science And Technology Letters**, [s.l.], p. 362-

364, 15 abr. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14257/astl.2014.47.82>>. Acesso em: maio 2018.

KURTZ, S. M.; SILVERMAN, J. D. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. **Medical Education**, v. 30, n. 2, p.83-89, mar. 1996. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x>>. Acesso em: maio 2018.

KURTZ, S. M.; SILVERMAN, J. D.; DRAPER, J. **Teaching and learning Communication Skills in Medicine**. 2. ed. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, 2005. 369 p.

LEVINSON, W.; LESSER, C. S.; EPSTEIN, R. M. Developing physician communication skills for patient-centered care. **Health Affairs**, [s.l.], v. 29, n. 7, p. 1310-1318, 1 jul. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0450>>. Acesso em: maio 2018.

LIBERALI, R. et al. Communication skills teaching in Brazilian medical schools: What lessons can be learned?. **Patient Education And Counseling**, [s.l.], v. 101, n. 8, p.1496-1499, ago. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.021>>. Acesso em: maio 2018.

LOUREIRO, E.; CAVACO, A. M.; FERREIRA, M. A. Competências de comunicação clínica: objetivos de ensino-aprendizagem para um currículo nuclear nas áreas da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 39, n. 4, p.491-495, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>>. Acesso em: maio 2018.

LOUREIRO, E. et al. Teaching and assessment of clinical communication skills: lessons learned from a SWOT analysis of portuguese angolan and mozambican medical education. **Porto Biomedical Journal**, v. 2, n. 2, p. 47–58, 2017.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27. n. 65. 2003.

MOORE, P.; GÓMEZ, G.; KURTZ, S. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?: Doctor-patient communication: which skills are effective?. **Revista Médica de Chile**, Santiago, n. 138, p.1047-1054, 2010.

PENDLETON, D. et al. **The new Consultation**: developing doctor-patient communication. Oxford, 2007, 143p.

PRISLIN, M. D.; SAULTZ, J. W.; GEYMAN, J. P. The generalist disciplines in american medicine one hundred years following the flexner report: a case study of unintended consequences and some proposals for post-flexnerian reform. **Academic Medicine**, [s.l.], v. 85, n. 2, p. 228-235, fev. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/acm.0b013e3181c877bf>>. Acesso em: maio 2018.

RABELO, L.; GARCIA, V. L. Role-Play para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 39, n. 4, p. 586-596, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01052014>>. Acesso em: maio 2018.

RAZACK, S. et al. Coming of age as communicators: differences in the implementation of common communications skills training in four residency programmes. **Medical Education**, v. 41, p. 441–449, 2007.

RIDER, E. A.; HINRICHS, M. M.; LOWN, B. A. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. **Medical Teacher**, [s.l.], v. 28, n. 5, p.127-134, jan. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/01421590600726540>>. Acesso em: maio 2018.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade**. Brasília, DF: SBMFC, 2014.

SILVERMAN, J. D.; DRAPER, J.; KURTZ, S. M. The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching: agenda-led, outcome-based analysis of the consultation. **Education for General Practice**, v. 7, p. 288-299, 1996.

SIMPSON, M. et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. **British Medical Journal**, v. 303, p. 1385-1387, 1991.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de Saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 624-627, 2007.

TURINI, B. et al . Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 264-270, 2008.

UHM, S. et al. Impact of tailored feedback in assessment of communication skills for medical students. **Medical Education Online**, v. 20, n. 1, p. 28453-28460, jan. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3402/meo.v20.28453>>. Acesso em: maio 2018.

VELDHUIJZEN, W. et al. Much variety and little evidence: a description of guidelines for doctor-patient communication. **Medical Education**, v. 41, n. 2, p.138-145, fev. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02667.x>>. Acesso em: maio 2018.

VON FRAGSTEIN, M. et. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. **Medical Education**, v. 42, p. 1100-1107, 2008.

APÊNDICE A – Modelo de Convite aos Preceptores

Prezado colega,

Como parte do meu projeto de mestrado desenvolverei o estudo “Habilidades de Comunicação Clínica na Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis”.

Este estudo pretende avaliar, pelos olhares de preceptores e alunos, em que medida se aplica e se ensina habilidades de comunicação clínica, tanto na residência de MFC da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), quanto no Internato em MFC da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Este estudo possibilitará levantar informações para qualificar as práticas de atenção à saúde e preceptoria nas Unidades Básicas de Saúde. Contamos com sua colaboração para responder ao questionário da pesquisa. Esclarecemos que você tem liberdade de se recusar a participar ou desistir a qualquer momento. Clicando no *link* abaixo, você será encaminhado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso você aceite participar da pesquisa você será direcionado ao questionário.

Agradeço, antecipadamente, sua colaboração.

Link: “Habilidades de Comunicação Clínica na Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis”

Wagner O. C. Silva, Mestrando pelo programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) da Universidade Federal de Pelotas e Servidor da PMF.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que faz parte do projeto de mestrado intitulado: “Habilidades de Comunicação Clínica na Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis”.

Durante toda a pesquisa serão mantidos o sigilo e a privacidade dos participantes, não havendo identificação nominal nos documentos derivados da pesquisa.

Os participantes convidados são os preceptores e alunos do internato em MFC e da Residência em MFC da PMF.

Garantimos a efetivação da pesquisa considerando as normas técnicas descritas na resolução 466/12. Assim, serão respeitados os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

Você poderá solicitar seu desligamento da pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus.

Sua colaboração se constituirá do preenchimento de questionário em plataforma *online*.

Os benefícios esperados deste estudo estão vinculados à produção de reflexão sobre práticas educacionais na medicina voltadas para o ensino de Habilidades de Comunicação, a partir de uma autoavaliação.

Este termo é digital e dispõe sobre seu livre consentimento em participar da pesquisa, bastando para isso sua assinatura digital a partir do aceite.

Certo da sua colaboração.

Pesquisador: Wagner Omar Cury Silva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anaclaudia Gastal Fassa

Coorientadora: MSc. Elizabeth Fassa

Contato para eventuais dúvidas ou desligamento da participação:
wagner.omarcs@gmail.com

APÊNDICE C - Questionário para Avaliação de Preceptores

Seção 1: Perfil do preceptor e Infraestrutura de trabalho e ensino

1. Qual sua idade? __ __ (em anos completos)
2. Qual o seu sexo? (0) masculino (1) feminino
3. Qual o **nome da Unidade Básica de Saúde** que você trabalha? _____
4. Quantos consultórios você tem disponível para preceptoría **contando com o seu próprio?** __ __ consultórios
5. Dos consultórios disponíveis **quantos não são exclusivos para preceptoría?** __ __ consultórios **não são exclusivos para preceptoría?**
6. Na **última semana**, quantas horas em média cada **residente** teve consultório disponível? __ __ horas
7. Na **última semana**, quantas horas em média cada **interno** teve consultório disponível? __ __ horas

Processo de Trabalho e Supervisão

8. Quantos residentes você tem sob sua supervisão? __ residentes
9. Quantos internos você tem sob sua supervisão? __ internos
10. A supervisão do interno é compartilhada com outro preceptor? (0) não (1) sim
11. Se sim, com quantos preceptores a supervisão do interno é compartilhada? __ preceptores
12. Quantos pacientes **você** atende, em média, **por turno?** __ __ pacientes
13. Quantos pacientes cada **residente** atende, em média, **por turno?** __ __ pacientes
14. Quantos pacientes cada **interno** atende, em média, **por turno?** __ __ pacientes
15. **Quantas equipes** têm na sua Unidade Básica de Saúde? __ __ equipes
16. Quantas **equipes estão completas** na sua Unidade Básica de Saúde, considerando a equipe mínima (um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem)? __ __ equipes
17. A **sua equipe** tem enfermeiro? (0) não (1) sim
18. A **sua equipe** tem técnico de enfermagem? (0) não (1) sim
19. Qual **sua carga horária semanal** na unidade? __ __ horas

Com relação à sua formação:

20. Você possui título de Especialista em MFC? (0) Não (1) Sim
21. Como obteve sua titulação em MFC?
(0) Prova de título pela SBMFC (1) Através da residência em MFC
22. Você fez **Curso de Especialização em Saúde da Família?** (0) Não (1) Sim
23. Você possui título de **Especialista na área de educação?** (0) Não (1) Sim
24. Se sim, qual? _____
25. Você fez **curso de preceptoría?** (0) Não (1) Sim
Se sim, qual?

26. EURACT 1 (0) Não (1) Sim
27. EURACT 2 (0) Não (1) Sim
28. Curso de Capacitação em Preceptoría de Residência Médica do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (0) Não (1) Sim
29. Curso de Especialização em Preceptoría de Residência Médica pelo Hospital Sírio Libanês (0) Não (1) Sim
30. Curso de Especialização em Preceptoría de Medicina de Família e Comunidade da UFCSPA (0) Não (1) Sim
31. Curso de Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para a Prática da Preceptoría na Residência Médica da ABEM (0) Não (1) Sim
32. Outros cursos ou especializações em preceptoría? (0) Não (1) Sim
33. Se sim, cite qual: _____
34. Você possui título de Mestrado (0) Não (1) Sim
35. Você possui título de Doutorado (0) Não (1) Sim

Agora vamos falar sobre as **funções de preceptoría que você desempenha**:

36. Você é **supervisor do Internato Médico**? (0) não (1) sim
37. Se sim, há quanto tempo? ___ __ anos completos (coloque 0 se menos de 1 ano)
38. Você é **supervisor da graduação em medicina (RDA 1º a 8º fase)**? (0) não (1) sim
39. Se sim, há quanto tempo ? ___ __ anos completos (coloque 0 se menos de 1 ano)
40. Você é supervisor da **Residência em Medicina de Família e Comunidade**?
(0) não (1) sim
41. Se sim, há quanto tempo? ___ __ anos completos (coloque 0 se menos de 1 ano)
42. Você é supervisor da **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**? (0) não (1) sim
43. Se sim, há quanto tempo? ___ __ anos completos (coloque 0 se menos de 1 ano)

Com relação às atividades de ensino que você desempenha ou já desempenhou e o tempo dedicado:

44. Você foi ou é como preceptor do **PET-Saúde**? (0) Não (1) Sim
45. Se sim, por quanto tempo? ___ __ anos completos (coloque 0 se menos de 1 ano)
46. Você foi ou é supervisor do **Programa Mais Médicos**? (0) Não (1) Sim
47. Se sim, por quanto tempo? ___ __ anos completos (coloque 0 se menos de 1 ano)
48. Você foi ou é **Tutor de especialização EaD**? (0) Não (1) Sim
49. Se sim, por quanto tempo? ___ __ anos completos (coloque 0 se menos de 1 ano)
50. Você ministrou ou ministra **aulas para a graduação em Medicina**? (0) Não (1) Sim
51. Se sim, por quanto tempo? ___ __ anos completos (coloque 0 se menos de 1 ano)
52. Você ministrou ou ministra **aulas para a Residência em MFC**? (0) Não (1) Sim
53. Se sim, por quanto tempo? ___ __ anos completos (coloque 0 se menos de 1 ano)

Agora vamos falar sobre seu processo formativo em Habilidades de Comunicação Clínica:

54. Algum processo formativo que você participou abordou **Habilidades de Comunicação Clínica**? (0) Não (1) Sim
Se sim, em que momento esta formação ocorreu?
55. Graduação (0) Não (1) Sim
56. Residência (0) Não (1) Sim
57. Educação Permanente (0) Não (1) Sim
58. Se sim, em educação permanente, cite qual? _____
59. Algum processo formativo que você participou abordou a **forma de realizar feedback**?
(0) Não (1) Sim
Se sim, onde essa formação ocorreu?
60. Graduação (0) Não (1) Sim
61. Residência (0) Não (1) Sim
62. Educação Permanente (0) Não (1) Sim
63. Se sim, em educação permanente, cite qual? _____

Seção 2: Técnicas Pedagógicas

64. Você utiliza a **consulta diretamente observada**, na unidade de saúde, ou seja, observa seu aluno atendendo? (0) Não (1) Sim
65. Se sim, quantas vezes você utilizou Consulta Diretamente Observada, nos últimos dois meses? ___ ___ vezes em dois meses
66. Você proporciona que seu aluno **observe seu atendimento**? (0) Não (1) Sim
67. Se sim, quantas vezes seu aluno observou seu atendimento, nos últimos dois meses? ___ ___ vezes em dois meses
68. Você utiliza análise de **videogravação de consulta** do residente ou interno?
(0) Não (1) Sim
69. Se sim, quantas vezes utilizou videogravação, nos últimos dois meses?
___ ___ vezes em dois meses.
70. Você indica **bibliografia sobre habilidades de comunicação** para seus alunos?
(0) Não (1) Sim
Se sim, quais materiais indicou, nos últimos dois meses?
71. Capítulo de Livro (0) Não (1) Sim
72. Artigo (0) Não (1) Sim
73. Vídeo (0) Não (1) Sim
74. Você utilizou outro material? (0) Não (1) Sim
75. Se sim, cite qual: _____

Autoavaliação sobre *feedback* em Habilidades de Comunicação Clínica.

Nas questões de 76 a 81, **marque um ponto**, para refletir em que medida você atende as características abordadas considerando que 0 corresponde a não realizar e 10 corresponde a sempre realizar.

76. Em que medida os *feedbacks* que você realiza sobre habilidades de comunicação são **oportunos**, ou seja, realizados **imediatamente*** após a consulta ter sido realizada?
Exemplo: *Danielle, este é um bom momento para refletir sobre sua reatividade na consulta. Nesta última, que acabamos de fazer, sua reação corporal foi muito intensa quando a paciente revelou algo inesperado, você percebeu o que isso significou?*
 (0-----10)
77. Em que medida os *feedbacks* que você realiza tratam de maneira **específica** das habilidades de comunicação do aluno, ou seja, abordam determinados **elementos das habilidades de comunicação**, no contexto de uma consulta?
Exemplo: *“A forma acolhedora como você se dirigiu ao paciente, escutando-o sem interrompê-lo, ...conduziu a anamnese apropriadamente para esta situação, especialmente considerando a dificuldade de comunicação com este paciente na fase aguda do acidente vascular cerebral”.* (0-----10)
78. Em que medida os *feedbacks* que você realiza **iniciam solicitando uma autoavaliação** do aluno sobre dificuldades encontradas na comunicação clínica?
Exemplo: *Olha Fernando, você relata ser um grande desafio trabalhar as **habilidades de comunicação** na consulta. Como você percebeu o seu desempenho em habilidades de comunicação, nesta consulta? Você encontrou alguma dificuldade?*
 (0-----10)
79. Em que medida os *feedbacks* que você realiza estimulam a **reflexão sobre a prática de habilidades de comunicação** do aluno com o paciente?
Exemplo: *Rose, você já pensou o quanto lidar com o acompanhante, nesta consulta, lhe deixou incomodada? Você acha que outra abordagem comunicacional seria necessária em situações em que temos um cuidador excessivamente preocupado dominando a consulta?* (0-----10)
80. Em que medida os *feedbacks* que você realiza trazem **direção**, apontando claramente as habilidades de comunicação e os comportamentos que podem ser melhorados e sugerem como fazê-lo?
Exemplo: *Gustavo, você tem se esforçado para realizar uma boa anamnese, no entanto, percebi que no início desta consulta você interrompeu a paciente muito precocemente, com perguntas fechadas, e isso talvez tenha repercutido na fluidez e resultado da consulta. Numa próxima ocasião, procure deixar o paciente falar por mais tempo sem interrupção após uma pergunta aberta, o que você acha?* (0-----10)
81. Em que medida os *feedbacks* que você realiza abordam a **linguagem não-verbal**, como as qualidades da emissão vocal (informações sobre o estado afetivo do emissor), a

distância espacial (a orientação do corpo e do rosto) e os gestos e movimentos corporais (contato visual, gestos, expressões faciais, postura e movimentos da cabeça)?

Exemplo: José, percebi que você tem grande preocupação com o registro, o que é muito importante, no entanto, na última consulta percebi que a paciente estava esperando o seu olhar, como quem espera atenção. Da próxima vez, procure cuidar a linguagem não-verbal, estabelecendo contato visual com postura de atenção, isso pode ajudar a criar empatia e vínculo. (0-----10)

Seção 3: Avaliação de Habilidades de Comunicação Clínica.

Nas questões de 82 a 139, marque um ponto, para refletir em que medida você atende as características abordadas considerando que 0 corresponde a não realizar e 10 corresponde a sempre realizar. Para cada característica você terá duas dimensões: faz e ensina seus alunos.

Abertura da Consulta

82. Você saúda o paciente? (0-----10)
83. Você ensina o aluno a saudar o paciente? (0-----10)
84. Você se apresenta ao paciente?(0-----10)
85. Você ensina o aluno a se apresentar ao paciente?(0-----10)
86. Você demonstra respeito pelo paciente?(0-----10)
87. Você ensina o aluno a demonstrar respeito pelo paciente? (0-----10)
88. Você identifica e confirma a lista de problemas?(0-----10)
89. Você ensina o aluno a identificar e confirmar a lista de problemas?(0-----10)
90. Você negocia a agenda com o paciente (acorda com o paciente os temas que tratará na consulta)?(0-----10)
91. Você ensina o aluno a negociar a agenda com o paciente (a acordar com o paciente os temas que tratará na consulta)?(0-----10)

Coleta da Informação - Exploração de problemas

92. Você incita o paciente a contar sua história?(0-----10)
93. Você ensina o aluno a incitar o paciente a contar sua história? (0-----10)
94. Você se move adequadamente das perguntas abertas para as fechadas? (0-----10)
95. Você ensina o aluno a mover-se adequadamente das perguntas abertas para as fechadas? (0-----10)
96. Você realiza escuta ativa dos pacientes? (0-----10)
97. Você ensina o aluno a realizar escuta ativa dos pacientes? (0-----10)
98. Você incita verbal e não verbalmente o paciente a responder às questões? (0-----10)
99. Você ensina seus alunos a incitar verbal e não verbalmente o paciente a responder às questões? (0-----10)
100. Você usa comentários e questões de fácil compreensão durante as consultas?

- (0-----10)
101. Você ensina seus alunos a realizar comentários e questões de fácil compreensão durante as consultas? (0-----10)
102. Você clarifica as sentenças do paciente (confirma seu entendimento sobre o que o paciente traz)? (0-----10)
103. Você ensina o seu aluno a clarificar as sentenças do paciente (a confirmar o entendimento dele sobre o que o paciente traz)? (0-----10)
104. Você tem rigor na precisão de datas dos sinais e sintomas? (0-----10)
105. Você ensina seus alunos a ter rigor na precisão de datas dos sinais e sintomas? (0-----10)

Avaliação do quadro de representações do paciente

106. Você avalia as ideias do paciente quanto à causa dos problemas? (0-----10)
107. Você ensina seus alunos a avaliar as ideias do paciente quanto à causa dos problemas? (0-----10)
108. Você avalia as preocupações do paciente frente aos problemas? (0-----10)
109. Você ensina seus alunos a avaliar as preocupações do paciente frente aos problemas? (0-----10)
110. Você incita o paciente a demonstrar suas emoções? (0-----10)
111. Você ensina seus alunos a incitar o paciente a demonstrar suas emoções? (0-----10)
112. Você responde às “deixas” verbais e não-verbais do paciente? (0-----10)
113. Você ensina seus alunos a responder às “deixas” verbais e não-verbais do paciente? (0-----10)

Estruturação da consulta

114. Você sumariza as informações coletadas e confirma com o paciente? (0-----10)
115. Você ensina seu aluno a sumarizar as informações coletadas e confirmar com o paciente? (0-----10)
116. Você progride usando sentenças de transição? (0-----10)
117. Você ensina seu aluno a progredir usando sentenças de transição? (0-----10)
118. Você estrutura a consulta segundo uma sequência lógica? (0-----10)
119. Você ensina seu aluno a estruturar a consulta segundo uma sequência lógica? (0-----10)
120. Você faz gestão adequada do tempo de consulta? (0-----10)
121. Você ensina seu aluno a fazer gestão adequada do tempo de consulta? (0-----10)

Construção da Relação

122. Você demonstra comportamento não-verbal adequado? (0-----10)
123. Você ensina seu aluno a demonstrar comportamento não-verbal adequado?
(0-----10)
124. Você evita que a leitura ou escrita interfira na comunicação com o paciente?
(0-----10)
125. Você ensina seu aluno a evitar que a leitura ou escrita interfira na comunicação com o paciente? (0-----10)
126. Você evita fazer juízos de valor, julgar o paciente? (0-----10)
127. Você ensina seu aluno a evitar fazer juízos de valor, julgar o paciente? (0-----10)
128. Você empatiza com e apoia o paciente? (0-----10)
129. Você ensina seu aluno a empatizar com e apoiar o paciente? (0-----10)
130. Você demonstra confiança? (0-----10)
131. Você ensina seu aluno a demonstrar confiança? (0-----10)

Encerramento da Consulta

132. Você encoraja o paciente a discutir mais algum ponto adicional? (0-----10)
133. Você ensina seu aluno a encorajar o paciente a discutir mais algum ponto adicional?
(0-----10)
134. Você encerra a consulta com um sumário breve? (0-----10)
135. Você ensina seu aluno a encerrar a consulta com um sumário breve? (0-----10)
136. Você acorda com o paciente os passos seguintes? (0-----10)
137. Você ensina seu aluno a acordar com o paciente os passos seguintes? (0-----10)

PERGUNTA ABERTA:

138. Reflita em até 15 linhas sobre a situação atual e a perspectiva do ensino e aplicação das HCC na sua realidade?

APÊNDICE D - Questionário para avaliação de Internos e Residentes

Seção 1: Perfil

1. Assinale abaixo qual fase do internato ou da residência você está cursando neste momento:
 - (0) Interno 9º Fase
 - (1) Interno 10º Fase
 - (2) Residente 1ºano
 - (3) Residente 2ºano
 - (4) Residente 3ºano

Se você é interno, responda a questão 2.

2. Assinale quantas semanas você já completou do seu ciclo atual, no estágio de MFC?
 - (0) ainda não passei pela MFC nesta fase
 - (1) 1 semana
 - (2) 2 semanas
 - (3) 3 semanas
 - (4) 4 semanas
 - (5) 5 semanas
 - (6) 6 semanas
 - (7) 7 semanas
 - (8) 8 semanas
3. Qual sua idade? ___ ___ (em anos completos)
4. Qual o seu sexo? (0) masculino (1) feminino

Infraestrutura

5. Qual o nome da Unidade Básica de Saúde que você estagia?

6. Quantos consultórios **você já utilizou para atendimento durante sua preceptoría incluindo o consultório do preceptor?** ___ ___ consultórios
7. Dos consultórios disponíveis quantos **não são exclusivos** para preceptoría?
___ ___ consultórios **não exclusivos** para preceptoría
8. Na **última semana**, quantas horas em média você teve consultório disponível?
___ ___ horas na última semana

Sobre o processo de trabalho e supervisão:

9. Quantos residentes tem seu preceptor? ___ residentes
10. Quantos internos tem seu preceptor? ___ internos
11. Você tem mais de um preceptor? (0) Não (1) Sim
12. Se sim, quantos preceptores realizam sua supervisão? ___ preceptores
13. Quantos pacientes você atende, em média, por turno? ___ ___ pacientes

Equipes

14. A equipe em que você está inserido tem enfermeiro? (0) não (1) sim
15. A equipe em que você está inserido tem técnico de enfermagem? (0) não (1) sim
16. Qual sua **carga horária semanal*** na unidade? ___ horas

Se você for residente, responda as questões de 17 a 29

Com relação à sua formação:

17. Você fez Curso de Especialização em Saúde da Família? (0) Não (1) Sim
18. Você possui título de Especialista na área de educação? (0) Não (1) Sim
19. Se sim, qual? _____
20. Você fez algum curso de preceptoría? (0) Não (1) Sim
21. Se sim, Qual? _____
22. Você possui título de Mestrado (0) Não (1) Sim
23. Você possui título de Doutorado (0) Não (1) Sim

Agora vamos falar sobre seu processo formativo em Habilidades de Comunicação.

24. Algum processo formativo que você participou abordou habilidades de comunicação?
(0) Não (1) Sim
25. Se sim, onde esta formação ocorreu?
26. Graduação (0) Não (1) Sim
27. Residência (0) Não (1) Sim
28. Educação Permanente (0) Não (1) Sim
29. Se sim, em educação permanente, cite qual? _____

Se você for interno, responda da questão 30 a 39

30. Quantos preceptores você teve **no internato**? ___ preceptores
31. Desses preceptores quantos eram (pode selecionar mais de uma):
32. Médicos de Família e Comunidade ___
33. Clínicos Gerais ___
34. Outras especialidades ___
35. Nenhuma das anteriores, desconheço ___
36. Em quantas **unidades você estagiou no internato**? ___ unidades
37. Em quantas **unidades você estagiou da primeira à quarta fases**? ___ Unidades
38. Em quantas **unidades você estagiou da quinta à oitava fases**? ___ Unidades
39. Quantos **preceptores você teve da quinta à oitava fases**? ___ Preceptores

Seção 2: Técnicas Pedagógicas

40. Na sua preceptoria, nos ciclos de MFC, foi utilizada a **consulta diretamente observada**, ou seja, seu preceptor observa você atendendo? (0) Não (1) Sim
41. Se sim, quantas vezes sua **consulta foi Diretamente Observada, nos últimos dois meses** de estágio em MFC? ___ ___ vezes nos últimos dois meses de estágio
42. Na sua preceptoria, nos ciclos de MFC, foi proporcionado a você **observar o atendimento do seu preceptor**? (0) Não (1) Sim
43. Se sim, quantas vezes você observou o atendimento do seu preceptor, nos últimos dois meses de estágio em MFC? ___ ___ vezes nos últimos dois meses de estágio em MFC.
44. Na sua preceptoria, nos ciclos de MFC, foi utilizada a análise de **videogravação de consulta**, ou seja, você já gravou consulta para análise junto com seu preceptor? (0) Não (1) Sim
45. Se sim, quantas vezes você utilizou videogravação, nos últimos dois meses de estágio em MFC? ___ ___ vezes nos últimos dois meses de estágio em MFC.
46. Na sua preceptoria, foi indicada **bibliografia sobre habilidades de comunicação clínica** pelo seu preceptor, no último ciclo do estágio em MFC? (0) Não (1) Sim
47. Se sim, quais materiais indicou?
48. Capítulo de Livro (0) Não (1) Sim
49. Artigo (0) Não (1) Sim
50. Vídeo (0) Não (1) Sim
51. Você utilizou outro material? (0) Não (1) Sim
52. Se sim, cite qual: _____

Seção 3: Autoavaliação sobre *feedback* em Habilidades de Comunicação Clínica.

Nas questões de 52 a 57, marque um ponto na linha, para refletir em que medida você atende as características abordadas considerando que 0 corresponde a não realizar e 10 corresponde a sempre realizar.

53. Em que medida os *feedbacks* que você recebeu sobre habilidades de comunicação foram **oportunos**, ou seja, realizados **imediatamente após** a consulta ter sido realizada?
Exemplo: Danielle, este é um bom momento para refletir sobre sua reatividade na consulta. Nesta última, que acabamos de fazer, sua reação corporal foi muito intensa quando a paciente revelou algo inesperado, você percebeu o que isso significou? (0-----10)
54. Em que medida os *feedbacks* que você recebeu trataram de maneira **específica** das suas habilidades de comunicação, ou seja, abordaram determinados **elementos das habilidades de comunicação**, no contexto de uma consulta?

Exemplo: “A forma acolhedora como você se dirigiu ao paciente, escutando-o sem interrompê-lo, ...conduziu a anamnese apropriadamente para esta situação, especialmente considerando a dificuldade de comunicação com este paciente na fase aguda do acidente vascular cerebral”. (0-----10)

55. Em que medida os *feedbacks* que você recebeu **iniciaram solicitando sua autoavaliação** sobre dificuldades encontradas na comunicação clínica?

*Exemplo: Olha Fernando, você relata ser um grande desafio trabalhar as **habilidades de comunicação** na consulta. Como você percebeu o seu desempenho em habilidades de comunicação, nesta consulta? Você encontrou alguma dificuldade? (0-----10)*

56. Em que medida os *feedbacks* que você recebeu estimularam a **reflexão sobre a prática de habilidades de comunicação clínica**?

Exemplo: Rose, você já pensou o quanto lidar com o acompanhante, nesta consulta, lhe deixou incomodada? Você acha que outra abordagem comunicacional seria necessária em situações em que temos um cuidador excessivamente preocupado dominando a consulta? (0-----10)

57. Em que medida os *feedbacks* que você recebeu trouxeram **direção**, apontando claramente as habilidades de comunicação e os comportamentos que podiam ser melhorados e sugerindo como fazê-lo?

Exemplo: Gustavo, você tem se esforçado para realizar uma boa anamnese, no entanto, percebi que no início desta consulta você interrompeu a paciente muito precocemente, com perguntas fechadas, e isso talvez tenha repercutido na fluidez e resultado da consulta. Numa próxima ocasião, procure deixar o paciente falar por mais tempo sem interrupção após uma pergunta aberta, o que você acha? (0-----10)

58. Em que medida os *feedbacks* que você recebeu abordaram a **linguagem não-verbal**, como as qualidades da emissão vocal (informações sobre o estado afetivo do emissor), a distância espacial (a orientação do corpo e do rosto), e os gestos e movimentos corporais (contato visual, gestos, expressões faciais, postura e movimentos da cabeça).

Exemplo: José, percebi que você tem grande preocupação com o registro, o que é muito importante, no entanto, na última consulta percebi que a paciente estava esperando o seu olhar, como quem espera atenção. Da próxima vez, procure cuidar a linguagem não-verbal, estabelecendo contato visual com postura de atenção, isso pode ajudar a criar empatia e vínculo. (0-----10)

Seção 4: Avaliação de Habilidades de Comunicação.

Nas questões de 58 a 114, marque um ponto na linha, para refletir em que medida você atende as características abordadas considerando que 0 corresponde a não realizar e 10 corresponde a realizar sempre. Para cada característica você terá duas dimensões: faz e foi ensinado, considerando a preceptoria do estágio em MFC do internato e da Residência.

Abertura da Consulta

59. Você saúda o paciente? (0-----10)
60. Você foi ensinado a saudar o paciente? Regua (0-----10)
61. Você se apresenta ao paciente? (0-----10)
62. Você foi ensinado a se apresentar ao paciente?(0-----10)
63. Você demonstra respeito pelo paciente?(0-----10)
64. Você foi ensinado a respeitar o paciente?(0-----10)
65. Você identifica e confirma lista de problemas?(0-----10)
66. Você foi ensinado a identificar e confirmar a lista de problemas?(0-----10)
67. Você negocia a agenda com o paciente (acorda com ele os temas que tratará na consulta)?(0-----10)
68. Você foi ensinado a negociar agenda com o paciente (a acordar com ele os temas que tratará na consulta)?(0-----10)

Coleta da Informação - Exploração de problema

69. Você incita o paciente a contar sua história?(0-----10)
70. Você foi ensinado a incitar o paciente a contar sua história?(0-----10)
71. Você se move adequadamente das perguntas abertas para as fechadas?(0-----10)
72. Você foi ensinado a mover-se adequadamente das perguntas abertas para as fechadas? (0-----10)
73. Você realiza escuta ativa dos pacientes?(0-----10)
74. Você foi ensinado a realizar escuta ativa dos pacientes? (0-----10)
75. Você incita verbal e não verbalmente o paciente a responder às questões? (0-----10)
76. Você foi ensinado a incitar verbal e não verbalmente o paciente a responder às questões? (0-----10)
77. Você usa comentários e questões de fácil compreensão durante as consultas? (0-----10)
78. Você foi ensinado a realizar comentários e questões de fácil compreensão? (0-----10)
79. Você clarifica as sentenças do paciente (confirma seu entendimento sobre o que o paciente traz)? (0-----10)
80. Você foi ensinado como clarificar as sentenças do paciente (a confirmar seu entendimento sobre o que o paciente traz)? (0-----10)
81. Você tem rigor na precisão de datas dos sinais e sintomas? (0-----10)
82. Você foi ensinado a ter rigor na precisão de datas dos sinais e sintomas? (0-----10)

Avaliação do quadro de representações do paciente

83. Você avalia as idéias do paciente quanto à causa dos problemas? (0-----10)
84. Você foi ensinado a avaliar as idéias do paciente quanto à causa dos problemas? (0-----10)

85. Você avalia as preocupações do paciente frente aos problemas? (0-----10)
86. Você foi ensinado a avaliar as preocupações do paciente frente aos problemas?
(0-----10)
87. Você incita o paciente a demonstrar suas emoções? (0-----10)
88. Você foi ensinado a incitar o paciente a demonstrar suas emoções? (0-----10)
89. Você responde às “deixas” verbais e não-verbais do paciente? (0-----10)
90. Você foi ensinado a responder às “deixas” verbais e não-verbais do paciente?
(0-----10)

Estruturação da consulta

91. Você sumariza as informações coletadas e confirma com o paciente? (0-----10)
92. Você foi ensinado à sumarizar as informações coletadas e a confirmar com o paciente?
(0-----10)
93. Você progride usando sentenças de transição? (0-----10)
94. Você foi ensinado a progredir usando sentenças de transição? (0-----10)
95. Você estrutura a consulta segundo uma sequência lógica? (0-----10)
96. Você foi ensinado a estruturar a consulta segundo uma sequência lógica? (0-----10)
97. Você faz gestão adequada do tempo de consulta? (0-----10)
98. Você foi ensinado a fazer gestão adequada do tempo de consulta? (0-----10)

Construção da Relação

99. Você demonstra comportamento não-verbal adequado? (0-----10)
100. Você foi ensinado a ter comportamento não-verbal adequado? (0-----10)
101. Você evita que a leitura ou escrita interfira na comunicação com o paciente?
(0-----10)
102. Você foi ensinado a evitar que a leitura ou escrita interfira na comunicação com o
paciente? (0-----10)
103. Você evita fazer juízos de valor, julgar o paciente? (0-----10)
104. Você foi ensinado a evitar fazer juízos de valor, julgar o paciente? (0-----10)
105. Você empatiza com e apoia o paciente? (0-----10)
106. Você foi ensinado a empatizar com e apoiar o paciente? (0-----10)
107. Você demonstra confiança? (0-----10)
108. Você foi ensinado a demonstrar confiança? (0-----10)

Encerramento da Consulta

109. Você encoraja o paciente a discutir mais algum ponto adicional?(0-----10)
110. Você foi ensinado a encorajar o paciente a discutir mais algum ponto adicional?
(0-----10)
111. Você encerra a consulta com um sumário breve?(0-----10)
112. Você foi ensinado a encerrar a consulta com um sumário breve? (0-----10)

113. Você acorda com o paciente os passos seguintes?(0-----10)

114. Você foi ensinado a acordar com o paciente os passos seguintes?(0-----10)

PERGUNTA ABERTA

115. Reflita em até 15 linhas sobre a situação atual e a perspectiva do ensino e aplicação das HCC na sua realidade?

APÊNDICE E - Carta de Anuência para a Universidade Federal de Santa Catarina.

Prezados Docentes do Departamento de Clínica Médica responsáveis pelo Estágio do Internato em Medicina de Família e Comunidade.

Como parte do meu projeto de mestrado desenvolverei o estudo “Habilidades de Comunicação Clínica de Preceptores e Estudantes de Florianópolis”.

Este estudo pretende avaliar, pelos olhares de preceptores e alunos, em que medida se aplica e se ensina habilidades de comunicação clínica, tanto na residência de MFC da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), quanto no Internato em MFC da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Este estudo possibilitará levantar informações para qualificar as práticas de atenção à saúde e preceptoria nas Unidades Básicas de Saúde. Contamos com sua anuência para a realização da pesquisa, que se dará em formato de questionário autoaplicado com alunos da nona e décima fase do curso de medicina e seus preceptores nas unidades de saúde.

Agradeço, antecipadamente, sua colaboração.

Wagner O. C. Silva, Mestrando pelo programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) da Universidade Federal de Pelotas, preceptor da graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina e Servidor da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

ANEXO I

Guia Calgary Cambridge

GUIA DE PROCESSO DE CALGARY-CAMBRIDGE
(para avaliação de habilidades comunicacionais)

ABERTURA DA CONSULTA	Não (0)	Sim, mas.. (1)	Sim (2)
1. Saúda o doente.			
2. Apresenta-se.			
3. Demonstra respeito.			
4. Identifica e confirma lista de problemas.			
5. Negocia a agenda.			
COLHEITA DE INFORMAÇÃO <i>Exploração de problemas</i>			
6. Incita o doente a contar a sua história.			
7. Move-se adequadamente das perguntas abertas para as fechadas.			
8. Escuta activa.			
9. Incita verbal e não verbalmente o doente a responder às questões.			
10. Usa comentários e questões de fácil compreensão.			
11. Clarifica as sentenças do doente.			
12. Precisa datas.			
<i>Avaliação do quadro de representações do doente</i>			
13. Avalia as ideias do doente quanto à causa.			
14. Avalia as preocupações do doente face ao problema.			
15. Incita o doente a expressar as suas emoções.			
16. Responde às “deixas” verbais e não-verbais do doente.			
<i>Estruturação da consulta</i>			
17. Faz resumos no final de cada uma das linhas de inquirição.			
18. Progride usando sentenças de transição.			
19. Estrutura segundo uma sequência lógica.			
20. Gere o tempo.			
<i>Construção da relação</i>			
21. Demonstra comportamento não-verbal adequado.			
22. A leitura ou escrita não interfere com a comunicação.			
23. Não faz juízos de valor.			
24. Empatiza com e apoia o doente.			
25. Mostra confiança.			
<i>Encerramento da consulta</i>			
26. Encoraja o doente a discutir mais algum ponto adicional.			
27. Encerra a consulta com um sumário breve.			
28. Acorda com o doente os passos seguintes.			

II Relatório do trabalho de Campo

Relatório do Trabalho de Campo

O trabalho de campo da pesquisa “Habilidades de Comunicação Clínica na Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis”, utilizou um questionário *online*. Previamente à versão final do questionário, foi realizado um piloto para avaliar o tempo despendido bem como dúvidas quanto ao preenchimento. Primeiramente através da versão impressa e depois na versão *online*. Assim, três alunos e três preceptores realizaram o preenchimento remetendo suas dúvidas e sugestões que ajudaram no ajuste das questões e dos “pulos” das questões conforme o perfil, tendo questões exclusivas para internos, residentes e preceptores, sendo essa uma etapa preliminar importante antes da versão final do questionário.

A formalização do convite para participar da pesquisa e o *link* para o preenchimento do questionário foi enviado para internos da nona e décima fase, residentes e preceptores por e-mail e/ou *whatsapp*. Ao entrar no *link* “<http://dms.ufpel.edu.br/sgp/preceptorial.html>”, o participante teve acesso ao TCLE para participação da pesquisa. Somente após aceite do termo e identificação do e-mail é que a página do questionário era disponibilizada para preenchimento. Como o *link* era aberto foi fundamental compor as listas dos elegíveis para checar se o questionário não tinha sido preenchido por algum indivíduo não elegível. Para cada grupo foram traçadas estratégias, conforme o acesso que obtive das listas de preceptores e de alunos e seu grau de atualização.

O grupo selecionado para iniciar a coleta de dados foi dos preceptores da residência, pelo fato de ser o menor grupo, de maior controle dos elegíveis e com contatos atualizados. Teve início no dia 20 de fevereiro de 2019, uma semana antes dos demais participantes. Ao final de cada mensagem-convite constavam os contatos do pesquisador principal, por onde foram relatadas as dificuldades e problemas identificados pelos participantes.

Os preceptores da residência inicialmente foram convidados a participar da pesquisa por meio da rede social *whatsapp*: “Grupo Preceptores da RMFC”, o qual conta com os preceptores da residência em atividade e coordenadores da residência, além de alguns preceptores não ativos, totalizando 45 pessoas. Subsequentemente, o coordenador do programa de residência da Secretaria

Municipal de Saúde de Florianópolis forneceu a listagem dos preceptores da residência e seus respectivos e-mails, possibilitando o reforço do convite e a disponibilização do *link* do questionário através de seu e-mail pessoal. Assim, com relação aos preceptores da residência, tivemos um bom controle dos elegíveis, iniciando a coleta de dados por esse grupo.

O grupo de preceptores do internato médico em MFC, nas Unidades Básicas, possui grande oscilação, uma vez que a pactuação relativa à disponibilidade para atuar como preceptor do internato ocorre a cada 2 meses, coincidindo com um novo ciclo de imersão na disciplina “Internato em MFC”. Os preceptores do internato receberam inicialmente o convite através da rede social *whatsapp* por meio do grupo intitulado “RDA Interação Comunitária MFC”, que agrega 63 membros entre preceptores ativos e antigos da Rede Docente Assistencial (RDA), que fazem a preceptoria dos alunos de medicina da 1ª à 10ª fase.

Ao solicitar a lista de contato individual dos preceptores, recebi dos coordenadores da disciplina uma listagem desatualizada dos profissionais e unidade de atuação. Não tive acesso ao e-mail individual dos preceptores do internato, tendo que realizar um trabalho investigativo, buscando contato com preceptores da residência que também supervisionam internos, para saber quem está fazendo a preceptoria de internos em cada unidade e confirmando com os coordenadores da disciplina do “Internato em MFC”. Assim fomos compondo os contatos individuais desses preceptores para conformar gradualmente o banco de contatos e os preceptores elegíveis.

Para maior seletividade, o convite realizado foi dirigido aos preceptores ativos do internato médico e da residência em MFC, conforme segue:

Prezados Preceptores,

No âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas estamos fazendo uma pesquisa sobre habilidades de comunicação clínica na perspectiva de preceptores e alunos do internato e da residência de Medicina de Família e Comunidade. Esta pesquisa é muito importante para subsidiar propostas de melhoria na abordagem desta temática no internato e na residência.

Por isso pergunto: Você é preceptor de alunos do internato médico da UFSC ou de Residentes de MFC da Prefeitura Municipal de Florianópolis neste semestre?

Se você respondeu "sim" à pergunta acima, solicitamos que você colabore com a pesquisa respondendo ao questionário disponível no link <http://dms.ufpel.edu.br/sgp/preceptorial.html>

Você precisará de 20 a 30 minutos para responder todo o questionário. Ele pode ser respondido em qualquer computador, celular ou tablet com acesso à internet.

Embora o questionário possa ser respondido em etapas, recomendamos que você busque responder em um momento único. São três blocos de perguntas sequenciais.

Conto com a sua participação!

Em caso de dúvidas, entre em contato comigo.

Atenciosamente

Wagner O C Silva

MFC da Lagoa da Conceição.

Contatos: 9 9929-0907 ou wagner.omarcs@gmail.com

Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE/UFPEL

Assim, o controle do banco de preceptores do internato foi complexo, por estar incompleto e sem o contato individual dos participantes, além disso, a listagem conta com ex-preceptores e muitos residentes que já participam como preceptores dos internos, no entanto, esses residentes deveriam preencher o questionário na perspectiva de residentes e não de preceptores, sendo então excluídos da lista de elegíveis.

Com relação aos internos, a coordenação do curso de medicina não possui o banco de contato dos alunos, assim, não foi possível obter os e-mails individuais desses alunos. A plataforma *Moodle* que seria uma alternativa vem sendo pouco utilizada inviabilizando o contato com os alunos por este meio. Desta forma, os internos foram contatados pelo e-mail da turma fornecido pelos professores da disciplina "Internato Médico em Medicina de Família (MFC)" e via *whatsapp* com mensagem padrão produzida pelo pesquisador principal e disparada pelo representante de cada turma.

Outra dificuldade foi não ter um encontro presencial com todos os internos da nona e décima fase, uma vez que apenas um terço da turma, 15 a 17 alunos, passam no internato em MFC em cada ciclo de 2 meses. Portanto apenas 30 a 34 internos estão cursando o estágio em MFC durante a coleta de dados, os demais estão em outros estágios, sendo difícil a sensibilização para a participação na pesquisa.

Os alunos que estão cursando a disciplina “Internato Médico em MFC”, tem aulas semanais nas quartas-feiras pela tarde. O pesquisador principal esteve presente em duas aulas da 9ª fase e duas aulas da 10ª fase com o objetivo de reforçar o convite para participar da pesquisa, enfatizando a importância do projeto. A falta de um contato personalizado, tanto presencial, quanto por e-mail individual, dificultou a busca dos internos que não iniciaram ou que preencheram apenas parte do questionário.

Os residentes foram convidados a participar da pesquisa e receberam o *link* do questionário através de seu e-mail pessoal, uma vez que a listagem dos residentes e seu respectivo e-mail foi fornecida pelo coordenador do programa de residência da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O convite foi reforçado através de dois grupos de *whatsapp*, o grupo “residência MFC”, onde estão todos os residentes e preceptores de MFC atuais e egressos, somando 138 participantes e o grupo “interno” do qual participam os residentes. Nestes casos, como os grupos incluíam residentes ativos e egressos a mensagem explicitava que a pesquisa era direcionada a residentes ativos. Além disso, como foi fornecida a lista de residentes, foi possível verificar no banco de dados se todos os respondentes eram ativos.

Abaixo segue a carta convite enviada aos internos e residentes:

Caros Internos / Caros Residentes

No âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas estamos fazendo uma pesquisa sobre habilidades de comunicação clínica na perspectiva de preceptores e alunos do internato e da residência de Medicina de Família e Comunidade. Esta pesquisa é muito importante para subsidiar propostas de melhoria na abordagem desta temática no internato e na residência.

Por isso pergunto: Você é aluno do internato médico da UFSC ou de Residente de MFC da Prefeitura Municipal de Florianópolis neste semestre?

Se você respondeu "sim" à pergunta acima, solicitamos que você colabore com a pesquisa respondendo ao questionário disponível no link <http://dms.ufpel.edu.br/sgp/preceptorial.html>

Você precisará de 20 a 30 minutos para responder todo o questionário. Ele pode ser respondido em qualquer computador, celular ou tablet com acesso à internet.

Embora o questionário possa ser respondido em etapas, recomendamos que você busque responder em um momento único. São três blocos de perguntas sequenciais.

Conto com a sua participação!

Em caso de dúvidas, entre em contato comigo.

Atenciosamente

Wagner O C Silva

MFC da Lagoa da Conceição.

Contatos: 9 9929-0907 ou wagner.omarcs@gmail.com

Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE/UFPEL

Os reforços foram realizados pelo menos duas vezes por semana por e-mail e *whatsapp* incluindo direcionamento especial àqueles com questionários iniciados e incompletos. O controle do banco de dados foi realizado através da confecção de planilhas no *microsoft excel* com mapeamento dos participantes elegíveis. A atualização do banco foi realizada semanalmente, categorizando-o entre completos, incompletos e não realizados. Assim, as mensagens de reforço eram realizadas para segmentos específicos e também conforme a descoberta dos contatos individuais de e-mail de cada participante, sua unidade de saúde, seu preceptor ou aluno vinculado. O reforço aos alunos foi realizado semanalmente via grupo de *whatsapp*.

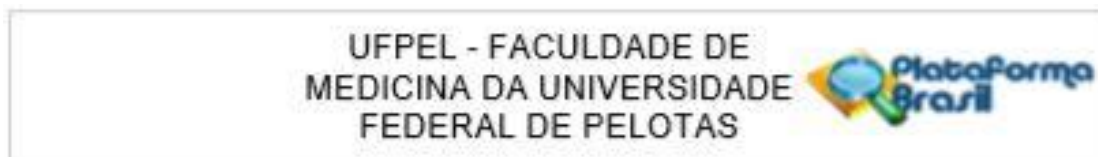
Os problemas no questionário foram sendo relatados via *whatsapp* e e-mail. Foram identificados problemas no questionário dos alunos no perfil dos residentes, onde solicitava aos mesmos também o preenchimento de questões relativas aos internos, não sendo possível avançar sem preenchê-las. Encontramos dificuldade para encontrar o motivo do erro sobre o "pulo" dessas questões, o que pode ter influenciado negativamente na participação dos

residentes. No questionário de preceptores foi relatada uma trava a partir de uma questão, o que resultou inicialmente em muitos questionários incompletos, gerando um novo esforço de convite para completarem o questionário.

O momento de realização da coleta de dados foi cortado longitudinalmente por um período de mudança de sistema de informação na PMF e redução crítica do recurso humano nas unidades de saúde. Assim, a atenção de toda a rede de APS assistencial, ficou voltada a resolver sua situação de instabilidade e sobrecarga de demanda, o que certamente influenciou no engajamento da pesquisa por parte dos preceptores e alunos.

Apesar de alguns contratemplos, conseguimos concluir com sucesso as coletas. Optamos, em um primeiro momento, por analisar os dados dos preceptores, os quais serão explorados no artigo científico que se encontra na sequência deste trabalho. Posteriormente, pretendemos analisar os achados referentes aos alunos residentes e internos, pois um único artigo não suportaria todas as informações depreendidas do instrumento utilizado.

Apêndice F - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM FLORIANÓPOLIS

Pesquisador: Anaclaudia Gastal Fasa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03525218.0.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.086.780

Apresentação do Projeto:

O Método Clínico Centrado na Pessoa é uma estratégia de humanização e incremento da eficiência da relação terapêutica na APS, que depende, para se realizar plenamente, de uma comunicação clínica efetiva. Por isso, as habilidades de comunicação clínica tendem a ocupar progressivamente locus central na formação dos profissionais da saúde. Quando enfocadas de maneira abrangente, as HCC se confundem com o conceito de comunicação, porém, quando abordadas de forma mais estrita, elas se referem às técnicas de entrevista (CARRIÓ, 2012) e aos elementos que perfazem a comunicação efetiva, incluindo os comportamentos verbais e não-verbais no contexto de interações médico/paciente. As HCC pertencem, portanto, ao espectro das tecnologias leves, de processo, do campo relacional (SUCUPIRA, 2007).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o ensino de habilidades de comunicação clínica na perspectiva de preceptores e alunos do internato e da residência de Medicina de Família e Comunidade nas unidades básicas de saúde de Florianópolis.

Objetivos Secundários:

- Avaliar a autopercepção sobre o ensino e a aplicação de Habilidades de Comunicação Clínica,

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS **Município:** PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 3.080.790

entre preceptores e alunos do internato e da residência em MFC.

- Avaliar as oportunidades de ensino de HCC através do uso de feedback, observação de consulta e indicação de bibliografia na percepção dos alunos e dos preceptores.
- Avaliar associação entre o perfil dos preceptores e alunos e a percepção sobre a aplicação e o ensino de HCC.
- Avaliar a associação entre Observação de Consulta, realização de Feedback e indicação de bibliografia, na perspectiva do aluno e do preceptor, e o ensino de HCC.
- Avaliar a utilização de ferramentas de ensino de HCC na perspectiva do alunos e dos preceptores, comparando ambas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa são mínimos, uma vez que envolve apenas uso de questionário e os dados serão analisados em seu conjunto, não havendo identificação direta dos respondentes.

Benefícios:

Os benefícios esperados deste estudo estão vinculados à produção de reflexão sobre práticas educacionais na medicina voltadas para o ensino de Habilidades de Comunicação Clínica, a partir de uma autoavaliação. Assim pode fornecer subsídios para ajustes curriculares nas escolas médicas, em particular ao programa de residência em Medicina de Família da Prefeitura Municipal de Florianópolis, bem como ao currículo do estágio em Medicina de Família e Comunidade do Internato Médico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Projeto de Dissertação submetido ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAUDE, da Universidade Federal de Pelotas. Tema de pesquisa relevante para o conhecimento do ensino da medicina de família e comunidade.

Mediante estudo transversal, serão avaliados, com utilização de questionário online, todos os 100 alunos da 9 a e 10 a fases do Internato Médico da UFSC que tenham passado pelo menos uma vez no ciclo de MFC; todos os 40 Residentes em MFC do 1º, 2º e 3º ano vinculados à Escola de Saúde Pública da PMF e todos os 50 preceptores desses alunos. Utilizando como base o Guia Observacional Calgary-Cambridge, serão avaliados 28 itens que caracterizam os elementos constitutivos das habilidades de comunicação para a consulta clínica, incluindo aspectos relacionados à abertura da consulta, exploração de problemas, avaliação do quadro de representações do processo de adoecimento da pessoa, estruturação da consulta, construção da

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4060

Fax: (53)3221-3554

E-mail: osp.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 3.068.700

relação e encerramento da consulta. Será também avaliada a existência de oportunidades de ensino-aprendizagem sobre habilidades de comunicação como, por exemplo, a observação direta de atendimentos pelo preceptor e a vídeo gravação de consulta seguida da realização de feedback qualificado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Rolha de rosto adequada e preenchida e assinada.

Carta de Anuência para realização da pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis adequada, preenchida e assinada.

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TCM_Wagner.pdf	16/12/2018 23:48:57	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	TCM_Wagner.pdf	16/12/2018 23:48:57	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	APENDICE_F.pdf	16/12/2018 23:47:43	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	APENDICE_F.pdf	16/12/2018 23:47:43	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	UFSC.pdf	16/12/2018 23:46:25	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	UFSC.pdf	16/12/2018 23:46:25	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1258916.pdf	20/11/2018 21:53:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCM_Projeto_Mestrado_Wagner.pdf	20/11/2018 20:42:45	WAGNER OMAR CURY SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Projeto.pdf	20/11/2018 20:41:19	WAGNER OMAR CURY SILVA	Aceito

Endereço: Av Duque de Caxias 250
Bairro: Fragata **CEP:** 95.030-001
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** oep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 3.099.790

Ausência	TCLE_Projeto.pdf	20/11/2018 20:41:19	WAGNER OMAR CURY SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Projeto.pdf	20/11/2018 20:25:29	WAGNER OMAR CURY SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 16 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador(a))

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: ocp.famed@gmail.com

APÊNDICE G - Qualificação do Projeto de Pesquisa



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANEXO B

EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO

Aos sete dias do mês de junho do ano de dois mil e dezoito, reuniu-se a Banca de Defesa de Qualificação composta pelo Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini, Profª Dra. Denise Silva da Silveira, Profª Dra. Nádia Spada Fiori e Profª Dra. Elaine Tomasi (suplente), perante a qual, Wagner Omar Cury da Silva, aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFPEL, defendeu para preenchimento dos requisitos do exame de qualificação, Projeto de Dissertação de mestrado denominado: O ensino de habilidades de comunicação clínica no Internato e na Residência de Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis. A defesa do referido Projeto de Dissertação ocorreu dia 07/06 às 14:00 horas, tendo sido o aluno submetido à arguição, dispondo cada membro da banca de tempo para tal. Finalmente, a banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar o mestrando Aprovado, no exame de qualificação, considerando que:

A relevância do tema, a abordagem metodológica e a capacidade de avaliar fortalezas e fragilidades no ensino de habilidades de comunicação em unidades básicas de saúde de Florianópolis.

Eu Luiz Augusto Facchini presidi a Banca Examinadora do projeto de Dissertação, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.

[Assinatura]

[Assinatura]

Denise Silva da Silveira

Tomasi

Pelotas, 07 de junho, de 2018.

Assinatura do Aluno

[Assinatura]

Assinatura do Orientador

III Artigo Científico

**Habilidades de comunicação clínica dos preceptores
de Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis, Santa Catarina,
Brasil.**

**Clinical communication skills of preceptors
of Family and Community Medicine in Florianópolis, Santa Catarina,
Brazil.**

**Habilidades de comunicación clínica de los preceptores
de Medicina de Familia y Comunidad en Florianópolis, Santa Catarina,
Brasil.**

Resumo

As Habilidades de Comunicação Clínica (HCC) são chave no Método Clínico Centrado na Pessoa, mas a maioria dos preceptores não aprenderam HCC de maneira sistemática, padronizada e longitudinal. Este estudo investigou a autoavaliação dos preceptores (versão resumida do Guia Observacional Calgary Cambridge) sobre quanto aplicam e ensinam HCC, bem como sobre oportunidades de ensino e qualidade do feedback. Realizou-se um estudo transversal com 44 preceptores ativos do Internato e da Residência de Medicina de Família e Comunidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Os preceptores se autoavaliaram positivamente em relação à aplicação e ao ensino de HCC, mas as oportunidades de ensino de HCC são escassas e a qualidade do feedback é mediana. É preciso melhorar a estrutura física e a educação permanente sobre feedback e métodos de ensino, incluindo videogravação de consulta, para ampliar as oportunidades de ensino de HCC.

Palavras-chave: Educação médica. Relações médico-paciente. Atenção primária à saúde. Comunicação em saúde. Feedback.

Abstract

Clinical Communication Skills (CCS) are key to the Patient-Centered Clinical Method, but most preceptors have not learned CCS systematically, standardized and longitudinally. This study investigated self-assessment of preceptors (short version of the Calgary Cambridge Observation Guide) about how much they apply and teach CCS, as well as about teaching opportunities and feedback quality. It was carried a cross-sectional study with 47 active preceptors of the Internship and of the Family and Community Medicine Residency of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Preceptors self-assessed positively regarding CCS application and teaching, but CCS teaching opportunities are scarce and feedback quality is medium. Physical structure and permanent

education on feedback and teaching methods, including video recording, need to be improved to expand CCS teaching opportunities.

Keywords: Education, medical. Physician medical-patient. Primary health care. Health communication. Feedback.

Resumen

Las Habilidades de Comunicación Clínica (HCC) son clave en el Método Clínico Centrado en el paciente, sin embargo, la mayoría de los preceptores no aprendieron HCC de manera sistemática, estandarizada y longitudinal. Este estudio investigó la autoevaluación de los preceptores (versión resumida del Guía Observacional Calgary Cambridge) acerca de cuánto aplican y enseñan HCC, así como de oportunidades de enseñanza y calidad de la retroalimentación. Se realizó un estudio transversal con 47 preceptores activos del Internado y de la Residencia de Medicina de Familia y Comunidad de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Los preceptores se autoavaliaron de forma positiva en relación a la aplicación y la enseñanza de HCC, pero las oportunidades de enseñanza de HCC son escasas, y la calidad de la retroalimentación es regular. Es necesario mejorar la estructura física y la educación permanente sobre retroalimentación y métodos de enseñanza, incluyendo la videograbación de consulta, para ampliar las oportunidades de enseñanza de HCC.

Palabras-clave: Educación Médica. Relaciones médico-paciente. Atención primaria de salud. Comunicación en salud. Retroalimentación.

INTRODUÇÃO

As Habilidades de Comunicação Clínica (HCC) ocupam posição central na medicina, tanto no aspecto educacional quanto assistencial, uma vez que são um elemento chave do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Algumas pesquisas mostram que a excelência clínica depende de uma comunicação efetiva^{1,2}. O uso apropriado da linguagem verbal e não-verbal favorece a criação de empatia e vínculo longitudinal, propicia um entendimento mais profundo sobre as necessidades em saúde dos usuários, facilita a construção de um plano compartilhado de cuidado e aumenta a satisfação dos usuários e profissionais, além de reduzir os erros de diagnóstico e os problemas médico-legais, garantindo melhores resultados e menores custos para o sistema de saúde³⁻⁵.

Para avaliar objetivamente as HCC, a literatura aponta alguns instrumentos, dentre os quais se destaca o Guia Observacional Calgary-Cambridge que sistematiza a avaliação de pontos importantes da consulta que podem ser generalizados para a prática clínica diária⁶⁻⁸. Esse instrumento além de possibilitar uma avaliação rápida, pode ser utilizado em diversos contextos formativos para subsidiar o feedback nas práticas de ensino e avaliação das HCC identificando lacunas na relação médico-paciente⁶.

A maioria dos artigos sobre HCC comparam métodos de avaliação ou avaliam habilidades específicas de comunicação, especialmente em estudantes, em contextos clínicos restritos^{7,8}. Um estudo com observação direta da consulta pelos pesquisadores indicou que as HCC de estudantes de medicina são deficientes, especialmente no que concerne à percepção da linguagem não-verbal do paciente, à estruturação e ao encerramento da consulta⁹. Além disso, eles apresentam mais dificuldade de adquirir habilidades emocionais quando comparadas aos aspectos técnicos¹⁰. Estudos apontam que intervenções estruturadas são efetivas para melhorar as HCC¹⁰.

Estudos de base nacional, apontam que os preceptores, em sua maioria, não tiveram a oportunidade de aprender HCC de maneira sistemática nos seus cursos de graduação e residência¹¹. Um estudo holandês concluiu que a qualidade das diretrizes para comunicação médico-paciente é baixa, que elas são pouco baseadas em evidência e que não há a devida atenção à sua aplicabilidade e envolvimento do usuário¹². Outros estudos internacionais

evidenciam que os médicos tendem a se autoavaliar de maneira mais negativa do que pacientes ou pares^{13,14}, fato que pode sinalizar que os médicos percebem as lacunas de aprendizado de HCC em sua formação. Um estudo realizado no Reino Unido destaca a relevância da avaliação das HCC por pares, uma vez que o olhar externo amplia a perspectiva sobre os aspectos que precisam ser aprimorados¹⁵.

O sucesso da consulta clínica está diretamente relacionado à qualidade da comunicação médico-paciente. Contudo, ainda são observadas dificuldades na implementação de programas de formação que visem o desenvolvimento de competências para comunicação clínica¹⁶. Existem controvérsias sobre como incluir as HCC nas matrizes curriculares, o que deve ser ensinado, quais métodos são mais adequados e como avaliar¹⁷, tanto durante o processo formativo em nível de graduação, como na educação permanente dos profissionais da atenção primária à saúde (APS)¹⁸. A literatura aponta que, para promover mudanças de comportamento e atitudes dos profissionais, as abordagens educacionais das HCC devem ocorrer de maneira longitudinal e com grau crescente de complexidade, superando a aprendizagem intuitiva e por modelagem¹⁸⁻²².

Tendo em vista a importância das HCC nos desfechos clínicos, este estudo investiga a autoavaliação dos preceptores do Internato e da Residência em MFC da rede de APS de Florianópolis sobre a aplicação e o ensino das HCC, bem como sobre a qualidade do feedback. Além disso, avalia as oportunidades de ensino de HCC.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal da totalidade dos 47 preceptores ativos do Internato em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) do Município de Florianópolis/SC, no período de fevereiro a maio de 2019. Foram utilizados questionários online padronizados e pré-codificados.

A oferta da preceptoria tem condições heterogêneas quanto ao número de consultórios disponíveis, ao número de internos e residentes por preceptor e a pressão assistencial a que as equipes estão submetidas. Quando o número de consultórios disponíveis é insuficiente para a preceptoria, os internos se revezam

conforme o mapa de sala (organização da utilização dos consultórios com outros profissionais), observando a consulta do preceptor ou do colega, chamando o preceptor para passar o caso ao final da entrevista. Em geral os residentes têm prioridade na utilização do consultório, sendo um dos critérios da distribuição de vagas da residência.

A residência em MFC prevê 40 horas semanais na UBS, com eventuais saídas para estágios. O internato médico em MFC ocorre em imersão, com dois ciclos de 8 semanas, com 36 horas semanais cada. A pactuação dos preceptores é realizada a cada ciclo. Quanto à remuneração e vantagens, os preceptores do internato podem escolher por receber uma bolsa no valor de 550,00 reais ou compensar 4 horas mensais para preparação de preceptoria. Os preceptores da residência recebem bolsa de 1000,00 reais; essas bolsas não são cumulativas. Os usuários atendidos são exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a coleta dos dados foi necessária a listagem atualizada referente ao nome completo e e-mail dos preceptores da RMFC e do Internato, respectivamente, as quais foram fornecidas pelo coordenador da residência da Secretaria Municipal de Saúde do município e pelos coordenadores da disciplina do internato médico em MFC. A listagem dos preceptores do internato continha dados desatualizados, assim foi necessário buscar informações complementares com os preceptores da residência e coordenadores do internato. Em posse desses contatos foi enviando o convite para participar da pesquisa e, posteriormente, disponibilizado o link do questionário via e-mail.

O questionário incluiu, como variáveis independentes, as características demográficas (sexo e idade) e de formação dos preceptores em MFC, em saúde da família e em educação; curso de preceptoria, mestrado e doutorado; abordagem de habilidades de comunicação e realização de feedback na residência e na educação permanente; número de consultórios disponíveis para preceptoria e número de usuários atendidos pelo preceptor.

Para a caracterização do desfecho utilizou-se a versão resumida do Guia Observacional Calgary-Cambridge (GOCC) a fim de captar a autoavaliação dos preceptores em relação à aplicação e ensino de HCC. Esse guia lista 28 elementos constitutivos das HCC relacionados a 6 domínios: abertura da consulta, coleta da informação e exploração de problemas, avaliação do quadro

de representações do paciente, estruturação da consulta, construção da relação e encerramento da consulta.

Além disso, caracterizou-se a autoavaliação dos preceptores em relação à qualidade do feedback sobre HCC, incluindo sua especificidade em relação às HCC, caráter oportuno, solicitação de autoavaliação, capacidade de provocar reflexão sobre a prática, de indicar como melhorar e de abordar o uso de linguagem não-verbal. Descreveu-se também as oportunidades de ensino de HCC, incluindo consulta diretamente observada, observação da consulta do preceptor, análise de videogravação de consulta e indicação de bibliografia sobre HCC, nos dois meses anteriores à aplicação do questionário. Essas autoavaliações dos preceptores foram realizadas utilizando uma escala Likert de 0 a 10.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis independentes para caracterização da amostra e das oportunidades de ensino de HCC. Para a análise da autoavaliação dos preceptores sobre a aplicação e o ensino de HCC e sobre a qualidade do feedback fornecido, a escala Likert foi categorizada em intervalos de 0 a 4, 5 a 7, 8 a 10 buscando caracterizar baixo, médio ou alto desempenho. Foi também calculada média, mediana e desvio-padrão para cada item da escala, bem como para o total de cada domínio e para o total da escala.

Considerando o número de sujeitos do estudo e a distribuição assimétrica dos desfechos avaliou-se a associação entre os aspectos demográficos e de formação com as autoavaliações dos preceptores realizando a comparação entre as médias através do teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney para variáveis independentes com duas categorias de resposta e de Kruskal-Wallis com teste de Bonferroni, para três ou mais categorias de resposta.

Foi obtida a Carta de Anuência da Universidade **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]** e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**, com parecer nº 3.086.780 de dezembro de 2018. No convite e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi explicado aos preceptores o tema da pesquisa, tendo sido garantido o direito a não participação e também à confidencialidade das informações prestadas. O TCLE foi disponibilizado online e somente após o aceite foi garantido acesso ao questionário.

RESULTADOS

Foram estudados 44 preceptores, 16 eram preceptores exclusivos do internato, 10 eram exclusivos da residência e 18 atuavam em ambas, obtendo uma taxa de resposta de 92%. As perdas foram concentradas nos preceptores do internato. Mais da metade dos preceptores têm entre 30 e 39 anos e 55% são do sexo masculino. Em relação à formação, 95% tem título de especialista em MFC, sendo que destes 86% obteve o título por meio da residência. Entre os preceptores, 34% cursou a Especialização em Saúde da Família, 23% fez especialização na área de educação, 82% fez algum curso de preceptoria, 16% tem mestrado e 4% tem doutorado. Durante a residência, a maioria dos preceptores teve oportunidade de estudar HCC (84%) e a forma de realizar feedback (63%). No entanto, em educação permanente, o percentual de preceptores que estudou essas temáticas foi de 50% e 42% respectivamente. Entre os preceptores, 93% tinha mais de um consultório (não exclusivo) disponível para preceptoria e 70% atendia, em média, mais de 12 usuários por turno (Tabela 1).

A autoavaliação dos preceptores seguindo o Guia Observacional Calgary-Cambridge quanto à aplicação e ao ensino das HCC teve medianas entre 8 e 10 tanto nos itens individuais, quanto em cada domínio e no total, exceto pelo item relativo a “Ensinar o aluno a progredir usando sentenças de transição” que teve mediana 7,5. Os domínios com medianas iguais ou inferiores a 8,5, tanto na dimensão aplica quanto ensina, foram “Avaliação do quadro de representação do paciente”, “Estruturação da consulta” e “Encerramento da consulta”. A mediana geral da dimensão aplica foi 8,7 enquanto da dimensão ensina foi 8,4 (Tabelas 2 e 3).

Na aplicação das HCC, os itens que concentraram mais de 4% das respostas na categoria 0 a 4, correspondente ao que menos realiza na escala *Likert*, foram: “Apresentar-se para o paciente”, “Identificar e confirmar a lista de problemas”, “Negociar a agenda com o paciente”, “Progredir usando sentenças de transição” e “Encerrar a consulta com um sumário breve” (Tabela 2). Ensinar o aluno a “Progredir usando sentenças de transição”, “Incitar verbal e não verbalmente o paciente a responder às questões”, “Responder as ‘deixas’ verbais e não-verbais do paciente”, “Negociar a agenda com o paciente”,

“Realizar comentários e questões de fácil compreensão durante as consultas”, “Encerrar a consulta com um sumário breve” e “Avaliar as ideias do paciente quanto à causa dos problemas” concentraram mais de 6% das respostas na categoria 0 a 4 da escala *Likert*. Além dessas, tiveram média dos escores abaixo de 8, “Ensinar o aluno a identificar e confirmar a lista de problemas” e “Evitar que a leitura ou escrita interfira na comunicação com o paciente” (Tabela 3).

Em relação às oportunidades de ensino de HCC, nos dois meses anteriores à entrevista, metade dos preceptores utilizou consulta diretamente observada menos de 3 vezes, 24% proporcionou que o aluno observasse seu atendimento menos de 3 vezes e 92% não utilizou análise de videogravação de consulta. Dos preceptores avaliados, 97% indica bibliografia sobre HCC, principalmente livro (81%) e artigo (59%) (Tabela 4).

Os itens de autoavaliação dos preceptores sobre feedback em HCC tiveram medianas entre 6,5 e 8. Os itens com maior número de preceptores na pontuação 0 a 4 na escala *Likert* foram a “Abordagem da linguagem não-verbal” (27%), “Início do feedback solicitando uma autoavaliação do aluno” (20%) e o “Tratamento de maneira específica das HCC do aluno” (16%). A mediana geral do feedback foi 7,3 (Tabela 5).

A Tabela 6 mostra que não há diferença significativa entre as médias das dimensões aplica e ensina do Guia Calgary-Cambridge e feedback segundo os aspectos demográficos, de formação dos preceptores, e da estrutura para preceptoria, exceto pela associação direta entre número de consultórios disponíveis para preceptoria e a qualidade do feedback.

DISCUSSÃO

O estudo aponta que os preceptores do Internato e da Residência de MFC de Florianópolis/SC se autoavaliam de forma bastante positiva em relação à aplicação e ao ensino de HCC de acordo com o Guia Observacional Calgary-Cambridge. Entretanto, as oportunidades de ensino de HCC como consulta diretamente observada e a observação de consulta do preceptor são escassas e a videogravação de consulta praticamente não é utilizada. Além disso, a autoavaliação aponta uma qualidade mediana do feedback.

Entre preceptores dos programas de residência em MFC do Estado de São Paulo, 70% dos entrevistados são especialistas em MFC, sendo que 57%

obteve a titulação através da residência²³. A política provimento de profissionais médicos para a rede de APS em Florianópolis requer o título de especialista em MFC, parte significativa dos egressos do Programa de Residência Municipal acabam ficando na rede e compondo o quadro de preceptores, resultando em um maior número de profissionais com esta qualificação do que em outros municípios brasileiros. Além disso, houve estímulo aos médicos da rede para que frequentassem cursos com enfoque na formação de preceptores, que abordaram as HCC e a forma de realizar feedback, contrastando com a literatura que aponta falta de oportunidade formativa sobre HCC para os preceptores²⁴, mas em sintonia com uma tendência nacional²³.

Os achados da autoavaliação nos diferentes domínios são consistentes com os de Ochoa (2019)⁹, que realizou pesquisa com internos do último ano do curso de medicina, de três universidades que estagiam no Hospital Vicente Corral Moscoso. O estudo de Taylor et al. (2018)²⁵ na Austrália apontou avaliação deficitária na estruturação da consulta, particularmente com relação à progressão utilizando frases de transição²⁵. No presente estudo observou-se que o pior desempenho na estruturação da consulta e na compreensão da perspectiva do paciente preocupam pela centralidade desses domínios no MCCP, que abarcam aspectos longitudinais, permeando todas as etapas da consulta e realizando a ligação entre elas.

Consistente com a literatura, este estudo aponta a negociação de agenda como um ponto crítico do domínio abertura de consulta. Em estudo realizado na Alemanha com estudantes de medicina do terceiro ano, além deste item ter apresentado menor pontuação, foi também o que menos sofreu mudança após intervenção educacional de 12 semanas¹⁰. Outro estudo realizado no Equador com alunos do internato médico concluiu que 74% dos internos avaliados não negociavam agenda⁹. Outro item com pontuação insatisfatória no estudo da Alemanha foi avaliar as ideias do paciente quanto à causa dos problemas, que no presente estudo também esteve entre os piores desempenhos na dimensão “ensina”¹⁰.

O entendimento das razões da consulta e a definição dos seus objetivos requerem a avaliação das ideias do paciente e a negociação da agenda. Elas constituem a comunicação efetiva, permitem o planejamento da consulta e o estabelecimento dos resultados que se pretende alcançar²⁶. A literatura aponta

que a primeira queixa do paciente em geral não é a mais importante e que, em 50% das consultas de APS, o médico e o paciente não concordavam com a natureza do principal problema apresentado²⁷. A negociação da agenda ocorre no final da abertura da consulta e, quando a construção de uma agenda comum entre médico e paciente não é bem-sucedida, persistem incertezas do paciente com relação à adequada identificação de sua demanda, podendo bloquear a comunicação e comprometer todas as etapas subsequentes^{11,28}.

Ensinar HCC é tarefa complexa e exige o uso de diversas metodologias educacionais como a consulta diretamente observada, de forma a proporcionar a observação de comportamento e atitudes^{29,30}. A limitação na oportunidade de ensino de HCC encontrada neste estudo pode ter ocorrido devido a grande demanda assistencial, bem como, limitações no espaço físico e recursos humanos.

Embora a análise de videogravação de consulta seja considerada padrão ouro na literatura¹⁷ ela praticamente não foi utilizada nos serviços. Na residência, o ensino específico das HCC inicia com quatro encontros abordando conteúdo, seguidos de 10 encontros que focalizam a análise de videogravação de consulta com metodologia de *Problem Based Interview (PBI)*. Este planejamento se repete no segundo ano da residência. Isto pode justificar a reduzida frequência da utilização desta ferramenta no campo de prática. No internato de MFC, os alunos têm uma aula expositiva sobre HCC com momentos de Role Play dos professores, possibilitando que os estudantes observem as técnicas de HCC.

O feedback é uma estratégia educacional essencial na avaliação formativa³¹. Diversos autores apontam que o feedback deve iniciar por uma autoavaliação, ser respeitoso, iniciar por aspectos positivos, usar linguagem descritiva, ser específico, indicar comportamentos que podem ser melhorados, limitar o número de sugestões, ser realizado em ambiente acolhedor e próximo ao evento (oportuno), e encerrar com resumo da aprendizagem^{11,28,31,32}. Uma revisão sistemática evidencia que o feedback é mais efetivo quando provido por preceptores em relação longitudinal, onde se estabelece clima de confiança que facilita o diálogo baseado nas características e necessidades específicas do aluno, tornando o feedback personalizado e conectado com o plano de desenvolvimento de competências para aquele conteúdo³³.

A fragilidade no feedback sobre linguagem não-verbal restringe o desenvolvimento das HCC uma vez que sinais não-verbais podem contradizer a comunicação verbal, prevalecendo a mensagem não-verbal³⁴. Segundo a SBMFC, a utilização de linguagem não-verbal é a primeira da lista de competências básicas para aquisição de HCC³⁵, é parte central do domínio de construção da relação do GOCC e está relacionada ao estabelecimento de empatia²⁸. Além disso, favorece a expressão dos sentimentos, elemento fundamental do MCCP. A associação entre o número de consultórios disponíveis e o score do feedback demonstra de maneira direta a relação entre espaço físico e a qualidade do ensino em HCC, apontando a necessidade de ampliar a estrutura física das unidades docentes-assistenciais, que em geral não prevê educação em serviço.

A autoavaliação proporciona a avaliação formadora, a capacidade do estudante fazer a metacognição, identificando os aspectos que conseguiu aprender e quais ainda precisa desenvolver, estabelecendo metas para alcançar a expertise necessária. As dificuldades encontradas neste estudo para iniciar o feedback promovendo a autoavaliação e o limitado estímulo para reflexão sobre a prática de HCC através do feedback indicam que este pode ter um caráter mais prescritivo, sendo consistente com a literatura²¹ que aponta falta de ensino estruturado sobre o tema. Tanto a metodologia do feedback ALOBA (*Agenda-Led Outcome-Based Analysis*)⁶, usada para feedback em pequenos grupos, quanto as sessões de PBI, quando bem conduzidas, promovem a autoavaliação, uma vez que no início da atividade os estudantes devem apresentar os aspectos sobre os quais tiveram dificuldade.

Este estudo incluiu a totalidade dos preceptores de MFC de Florianópolis, com poucas perdas, obtendo uma amostra representativa da população. A aplicação *online* permite que o questionário seja preenchido no momento mais conveniente para o entrevistado, mesmo assim, foi necessário que o pesquisador insistisse na solicitação de participação na pesquisa. O questionário autoaplicado impossibilita o esclarecimento de dúvidas na hora do preenchimento podendo gerar erro de informação, porém a alta escolaridade dos entrevistados minimiza este problema. O pequeno número de participantes confere baixo poder estatístico para avaliar a diferença entre as médias, mas permite uma boa descrição das HCC nesta população. O uso do GOCC em

autoavaliação deve ser examinado a luz das evidências que apontam que os profissionais se autoavaliam pior do que pacientes e pares¹⁵ e considerando que pode haver diferenças entre a autoavaliação e a aplicação e o ensino de HCC na prática.

Considerando a importância das HCC para o MCCP são necessários estudos que avaliem a temática de forma direta, usando o GOCC como *checklist* e os critérios de qualidade do feedback para avaliação de videogravação ou observação direta de consulta, incluindo uma amostra maior de preceptores. O desenvolvimento de questionários para caracterizar oportunidades de ensino de HCC e qualidade do feedback são importantes contribuições deste estudo.

Futuras pesquisas devem aprofundar os motivos pelos quais as oportunidades de ensino de HCC são limitadas de forma a subsidiar a definição de estratégias para ampliá-las. É importante também validar o instrumento sobre qualidade do feedback sobre HCC para uso em estudos epidemiológicos. É necessário manter atividades de educação permanente sobre realização de feedback, aplicação e ensino de HCC, enfocando os aspectos mais frágeis apontados pelo estudo e discutindo com os preceptores as dificuldades existentes nos serviços para ampliar as oportunidades de ensino.

Referências

1. Yedidia M, Gillespie C, Kachur E, Schwartz M, Ockene J, Chepaitis A, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2007; 290(9):1157-1165.
2. Laidlaw T, MacLeod H, Kaufman D, Langille D, Sargeant J. Implementing a communication skills programme in medical school: needs, assessment and programme change. *Med. Educ.* 2002; 36:115-124.
3. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev. Med. Chile* 2010; 138: 1047-1054.
4. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford: Radcliff Publishing; 2005. p. 13-20.
5. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2000; 325:697-700.
6. Silverman JD, Draper J, Kurtz SM. The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching: agenda-led, outcome-based analysis of the consultation. *Educ. Gen. Pract.* 1996; 7:288-299.
7. Simmenroth-Nayda A, Heinemann S, Nolte C, Fischer T, Himmel W. Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. *Int. J. Med. Educ.* 2014; 5:212-218.
8. Ruiz Moral R, Caballero Martínez F, García de Leonardo C, Monge D, Cañas F, Castaño P. Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). *Educ. Médica* 2017; 18(4):289-297.
9. Ochoa PDB. Evaluación de las habilidades comunicacionales de los internos rotativos de la carrera de medicina mediante la aplicación de la Guía Calgary Cambridge: Cuenca 2018. 2019. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Medicina, Faculdade Ciências Médicas, Universidade de Cuenca, Cuenca 2019.
10. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills? – a follow-up study. *BMC Research Notes* 2012; 5:486.

11. Carrió FB. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012. 346 p.
12. Veldhuijzen W, Ram P, van der Weijden T, Wassink M, van der Vleuten C. Much variety and little evidence: a description of guidelines for doctor-patient communication. *Med. Educ.* 2007; 41(2):138-145.
13. Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden Tv, Leblanc A, Lockyer J, Légaré F et al. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. *Soc. Sci. Med.* 2010; 70(5):763-768.
14. Roberts MJ, Campbell JL, Richards SH, Wright C. Self-other agreement in multisource feedback: the influence of doctor and rater group characteristics. *J Contin. Educ. Health Prof.* 2013; 33(1):14-23.
15. Burt J, Abel G, Elliott MN, Elmore N et al. The Evaluation of Physicians' Communication Skills from Multiple Perspectives. *Annals Fam. Med.* 2018; 16(4):330-337.
16. Wright K, Bylund C, Ware J, Parker P, Query J, Baile W. Medical Student Attitudes towards communication skills training and knowledge of appropriate provider-patient communication: a comparison of first-year and fourth-year medical students. *Med. Educ.* 2006; 7:3.
17. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Teaching and learning Communication Skills in Medicine. 2. ed. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press; 2005. 369 p.
18. Cowan D, Danoff D, Davis A, Degner L, Jerry M, Kurtz S et al. Consensus statement from the Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools. *Canadian Med. Assoc. J.* 1992; 8(147):1149-1152.
19. Degner LF, Jerry M, Till JE. Communication in cancer: report on the Terry Fox Workshop. *Canadian Medical Association Journal.* 1991; 11(144):1417-1418.
20. Uhm S, Lee GH, Jin JK, Bak YI, Jeoung YO, Kim CW. Impact of tailored feedback in assessment of communication skills for medical students. *Med. Educ. Online.* 2015; 20(1):28453-28460.
21. Liberali R, Novack D, Duke P, Grosseman S. Communication skills teaching in Brazilian medical schools: What lessons can be learned? *Pat. Educ. Couns.* 2018; 101(8):1496-1499.

22. Turini B, Martins Neto D, Tavares M, Nunes S, Silva VL, Thomson Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008; 32(2):264-270.
23. Ribeiro LG. Os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem? 2019. 199 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu; 2019.
24. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge referenced observation guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* 1996; 30(2):83-89.
25. Taylor S, Bobba S, Roome S, Ahmadzai M, Tran D, Vickers D, et al. Simulated patient and role play methodologies for communication skills training in an undergraduate medical program: Randomized, crossover trial. *Educ Health.* 2018; 31(1):10–6.
26. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients.* 3. ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2013. 293 p.
27. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk P, D’Lugoff BC. The Influence of Patient-Practitioner Agreement on Outcome of Care. *AJPH.* 1981; 71(2):127-131.
28. Campos CFC, Rios IC. Qual guia de comunicação na consulta médica é o mais adequado para o ensino de habilidades comunicacionais na atenção primária à saúde brasileira? *Rev Bras Educ Med.* 2018; 42(3):108-118.
29. Shumway JM, Harden R. Association for Medical Education in Europe. AMEE Guide nº. 25: the assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. *Med Teach.* 2003; 25(6):569- 584.
30. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for Direct Observation and Assessment of Clinical Skills of Medical Trainees. *JAMA.* 2009; 302(12):1316-1326.
31. Borges M, Miranda C, Santana R, Bollela V. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2014; 47(3):324-331.
32. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como Estratégia de Aprendizado no Ensino Médico. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2007; 2(31):176-179.

33. Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide N° 7. *Med. Teacher*. 2006; 28(2):117-128.
34. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*. 2011; 14(1):164-170.
35. SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade. Brasília, DF: SBMFC. 2014.

Tabela 1. Aspectos demográficos, de estrutura dos serviços e de formação dos preceptores de Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis/SC, 2019 (n=44).

Variável	n	%
Idade		
26 – 29 anos	4	9,1
30 – 34 anos	17	38,6
35 – 39 anos	10	22,7
40 anos ou mais	13	29,6
Sexo		
Masculino	24	54,6
Feminino	20	45,4
Função relacionada à preceptoria		
Supervisão do Internato Médico	16	36,4
Supervisão da Residência Médica	10	22,7
Supervisão de ambos	18	40,9
Especialização em MFC*		
Não	2	4,5
Sim	42	95,5
Se sim, como obteve a titulação em MFC?		
Prova de Título pela SBMFC**	6	14,3
Residência em MFC	36	85,7
Especialização em Saúde da Família		
Não	29	65,9
Sim	15	34,1
Especialização na Área da Educação		
Não	34	77,3
Sim	10	22,7
Curso de Preceptoria		
Não	8	18,2
Sim	36	81,8
Se sim, qual(is)?		
EURACT 1	17	47,2
EURACT 2	10	27,8
Capacitação em Preceptoria de Residência Médica do Hospital Alemão Oswaldo Cruz	11	30,6
Especialização em Preceptoria de Residência Médica pelo Hospital Sírio Libanês	11	30,6
Especialização em Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade da UFCSPA [‡]	7	19,4
Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para a Prática da Preceptoria na Residência Médica da ABEM [§]	1	2,8
Outros Cursos ou Especializações em Preceptoria	13	36,1
Mestrado		
Não	37	84,1
Sim	7	15,9
Doutorado		
Não	42	95,5
Sim	2	4,5
Abordou o tema habilidades de comunicação na residência[†]		
Não	6	15,8
Sim	32	84,2

Abordou o tema habilidades de comunicação na educação permanente†		
Não	19	50,0
Sim	19	50,0
Abordou a forma de realizar feedback na residência†		
Não	14	36,8
Sim	24	63,2
Abordou a forma de realizar feedback na educação permanente†		
Não	22	57,9
Sim	16	42,1
Consultórios disponíveis para preceptoria		
Um	03	6,8
Dois	28	63,6
Três ou mais	13	29,6
Pacientes atendidos pelo preceptor, em média, por turno		
6 - 12	13	29,5
13 - 15	15	34,1
16 - 26	16	36,4

* MFC – Medicina de Família e Comunidade

** SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

‡ UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

§ ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

† 6 Perdas.

Tabela 2. Autoavaliação dos preceptores de Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis/SC quanto à aplicação de habilidades de comunicação clínica segundo o Guia Observacional Calgary-Cambridge 2019 (n=44).

Dimensão: Aplica Domínios/Itens do Calgary-Cambridge	Resposta por intervalos da Escala Likert (%)			Medidas de tendência central		
	0 – 4	5 – 7	8 – 10	Média	Mediana	DP*
Domínio 1. Abertura da Consulta	2,7	13,2	84,1	8,9	9,0	0,86
Você saúda o paciente?	0,0	0,0	100,0	9,7	10,0	0,67
Você se apresenta ao paciente?	4,5	15,9	79,6	8,6	10,0	1,96
Você demonstra respeito pelo paciente?	0,0	0,0	100,0	9,7	10,0	0,59
Você identifica e confirma a lista de problemas?	4,6	34,1	61,3	8,0	8,0	2,00
Você negocia a agenda com o paciente (acorda com o paciente os temas que tratará na consulta)?	4,6	15,9	79,5	8,4	9,0	1,81
Domínio 2. Coleta de Informação – Exploração de Problemas	0,3	10,1	89,6	8,9	8,9	0,78
Você incita o paciente a contar sua história?	0,0	6,8	93,2	9,1	10,0	1,15
Você se move adequadamente das perguntas abertas para as fechadas?	0,0	6,8	93,2	8,9	9,0	1,03
Você realiza escuta ativa dos pacientes?	0,0	4,6	95,4	9,3	10,0	0,86
Você incita verbal e não verbalmente o paciente a responder às questões?	0,0	11,4	88,6	8,8	9,0	1,02
Você usa comentários e questões de fácil compreensão durante as consultas?	0,0	9,1	90,9	9,0	9,0	1,07
Você clarifica as sentenças do paciente (confirma seu entendimento sobre o que o paciente traz)?	0,0	18,2	81,8	8,7	9,0	1,39
Você tem rigor na precisão de datas dos sinais e sintomas?	2,3	13,6	84,1	8,3	8,0	1,60
Domínio 3. Avaliação do Quadro de Representação do Paciente	1,2	11,4	87,4	8,6	8,5	0,97
Você avalia as ideias do paciente quanto à causa dos problemas?	2,3	9,1	88,6	8,6	9,0	1,27
Você avalia as preocupações do paciente frente aos problemas?	0,0	9,1	90,9	8,7	9,0	1,07
Você incita o paciente a demonstrar suas emoções?	0,0	13,6	86,4	8,7	9,0	1,19
Você responde às “deixas” verbais e não-verbais do paciente?	2,3	13,6	84,1	8,4	8,0	1,24
Domínio 4. Estruturação da Consulta	4,0	19,3	76,7	8,2	8,3	1,10
Você sumariza as informações coletadas e confirma com o paciente?	2,3	15,9	81,8	8,5	9,0	1,49
Você progride usando sentenças de transição?	11,4	29,6	59,0	7,2	8,0	2,27
Você estrutura a consulta segundo uma sequência lógica?	0,0	9,1	90,9	8,8	9,0	1,19
Você faz gestão adequada do tempo de consulta?	2,3	22,7	75,0	8,2	8,0	1,52
Domínio 5. Construção da Relação	0,5	8,7	90,8	8,8	8,7	0,71
Você demonstra comportamento não-verbal adequado?	0,0	13,6	86,4	8,4	8,0	1,02
Você evita que a leitura ou escrita interfira na comunicação com o paciente?	2,3	20,5	77,2	8,2	8,0	1,49

Você evita fazer juízo de valor, julgar o paciente?	0,0	4,6	95,4	9,2	9,0	0,93
Você empatiza com e apoia o paciente?	0,0	2,3	97,7	9,1	9,0	0,87
Você demonstra confiança?	0,0	2,3	97,7	9,1	9,0	0,91
Domínio 6. Encerramento da Consulta	3,0	16,7	80,3	8,4	8,5	1,16
Você encoraja o paciente a discutir mais algum ponto adicional?	2,3	9,1	88,6	8,6	9,0	1,53
Você encerra a consulta com um sumário breve?	6,8	27,3	65,9	7,7	8,0	2,00
Você acorda com o paciente os passos seguintes?	0,0	13,6	86,4	8,8	9,0	1,05
Média Geral dos Domínios – Dimensão: Aplica	2,0	13,2	84,8	8,6	8,7	0,72

* DP – Desvio Padrão

Tabela 3. Autoavaliação dos preceptores de Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis/SC quanto ao ensino das habilidades de comunicação clínica segundo o Guia Observacional Calgary-Cambridge, 2019 (n=44).

Dimensão: Ensina Domínios/Itens do Calgary-Cambridge	Resposta por intervalos da Escala Likert (%)			Medidas de tendência central		
	0 – 4	5 – 7	8 – 10	Média	Mediana	DP*
Domínio 1. Abertura da Consulta	4,1	17,3	78,6	8,6	9,0	1,37
Você ensina o aluno a saudar o paciente?	4,5	11,4	84,1	8,7	10,0	1,86
Você ensina o aluno a se apresentar ao paciente?	2,3	11,4	86,3	9,0	10,0	1,60
Você ensina o aluno a demonstrar respeito pelo paciente?	2,3	11,4	86,3	9,1	10,0	1,56
Você ensina o aluno a identificar e confirmar a lista de problemas?	4,6	36,4	59,0	7,8	8,0	2,15
Você ensina o aluno a negociar a agenda com o paciente (a acordar com o paciente os temas que tratará na consulta)?	6,8	15,9	77,3	8,1	9,0	2,27
Domínio 2. Coleta de Informação – Exploração de Problemas	4,2	17,5	78,3	8,3	8,6	1,36
Você ensina o aluno a incitar o paciente a contar sua história?	2,3	13,6	84,1	8,7	9,0	1,71
Você ensina o aluno a mover-se adequadamente das perguntas abertas para as fechadas?	2,3	18,2	79,5	8,3	8,0	1,70
Você ensina o aluno a realizar escuta ativa dos pacientes?	2,3	15,9	81,8	8,8	9,0	1,59
Você ensina seu aluno a incitar verbal e não verbalmente o paciente a responder às questões?	9,1	27,3	63,6	7,7	8,0	1,95
Você ensina seu aluno a realizar comentários e questões de fácil compreensão durante as consultas?	6,8	13,6	79,6	8,3	8,5	2,01
Você ensina seu aluno a clarificar as sentenças do paciente (a confirmar o entendimento dele sobre o que o paciente traz)?	4,6	15,9	79,5	8,1	8,0	1,71
Você ensina seu aluno a ter rigor na precisão de datas dos sinais e sintomas?	2,3	18,2	79,5	8,2	8,0	1,57
Domínio 3. Avaliação do Quadro de Representação do Paciente	5,7	18,2	76,1	8,1	8,4	1,47
Você ensina seu aluno a avaliar as ideias do paciente quanto à causa dos problemas?	6,8	11,4	81,8	8,3	9,0	1,57
Você ensina seu aluno a avaliar as preocupações do paciente frente aos problemas?	2,3	15,9	81,8	8,4	8,5	1,37
Você ensina seu aluno a incitar o paciente a demonstrar suas emoções?	4,6	22,7	72,7	8,2	8,0	1,75
Você ensina seu aluno a responder as “deixas” verbais e não-verbais do paciente?	9,1	22,7	68,2	7,5	8,0	2,25
Domínio 4. Estruturação da Consulta	5,7	26,2	68,1	7,9	8,0	1,35

Você ensina seu aluno a sumarizar as informações coletadas e confirmar com o paciente?	4,6	18,2	77,2	8,2	8,5	1,81
Você ensina seu aluno a progredir usando sentenças de transição?	15,9	34,1	50,0	6,6	7,5	2,44
Você ensina seu aluno a estruturar a consulta segundo uma sequência lógica?	0,0	20,5	79,5	8,7	9,0	1,32
Você ensina seu aluno a fazer gestão adequada do tempo de consulta?	2,3	31,8	65,9	8,0	8,0	1,58
Domínio 5. Construção da Relação	1,8	20,5	77,7	8,5	8,6	1,10
Você ensina seu aluno a demonstrar comportamento não-verbal adequado?	4,6	27,3	68,1	8,0	8,0	1,74
Você ensina seu aluno a evitar que a leitura ou escrita interfira na comunicação com o paciente?	4,5	34,1	61,4	7,6	8,0	1,86
Você ensina seu aluno a fazer juízo de valor, julgar o paciente?	0,0	9,1	90,9	9,1	9,5	1,13
Você ensina seu aluno a empatizar com e apoiar o paciente?	0,0	9,1	90,9	9,0	9,0	1,07
Você ensina seu aluno a demonstrar confiança?	0,0	22,7	77,3	8,5	9,0	1,50
Domínio 6. Encerramento da Consulta	3,0	25,8	71,2	8,1	8,2	1,32
Você ensina seu aluno a encorajar o paciente a discutir mais algum ponto adicional?	0,0	27,3	72,7	8,3	8,5	1,54
Você ensina seu aluno a encerrar a consulta com um sumário breve?	6,8	27,3	65,9	7,6	8,0	2,02
Você ensina seu aluno a acordar com o paciente os passos seguintes?	2,3	22,7	75,0	8,3	8,5	1,49
Média Geral dos Domínios – Dimensão: Ensina	4,1	20,9	75,0	8,2	8,4	1,11

* DP – Desvio Padrão

Tabela 4. Oportunidades de ensino das habilidades de comunicação dos preceptores de Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis/SC, 2019 (n=44)*.

Variável	n	%
Utiliza consulta diretamente observada		
Não	5	13,2
Sim, mas nenhuma vez nos últimos dois meses	5	13,2
1 a 2 vezes nos últimos dois meses	10	26,3
3 a 9 vezes nos últimos dois meses	12	31,6
10 vezes ou mais nos últimos dois meses	6	15,8
Proporciona que o aluno observe seu atendimento		
Não	1	2,6
Sim, mas nenhuma vez nos últimos dois meses	2	5,3
1 a 2 vezes nos últimos dois meses	6	15,8
3 a 9 vezes nos últimos dois meses	17	44,7
10 vezes ou mais nos últimos dois meses	12	31,6
Utiliza análise de videogravação de consulta do residente ou interno		
Não	24	63,2
Sim, mas nenhuma vez nos últimos dois meses	11	28,9
1 vez nos últimos dois meses	2	5,3
2 vezes nos últimos dois meses	1	2,6
Indica bibliografia sobre habilidades de comunicação para seus alunos		
Não	1	2,6
Sim	37	97,4
Se sim, qual(is) nos últimos dois meses?		
Livro	30	81,1
Artigo	22	59,5
Vídeo	7	18,9
Outro material	12	32,4

*6 perdas.

Tabela 5. Autoavaliação dos preceptores de Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis/SC quanto ao feedback em habilidades de comunicação clínica, 2019 (n=44).

Autoavaliação sobre Feedback em Habilidades de Comunicação Clínica	Resposta por intervalos da Escala Likert (%)			Medidas de tendência central		
	0 – 4	5 – 7	8 – 10	Média	Mediana	DP*
Feedbacks são realizados imediatamente após a consulta ter sido realizada?	13,6	54,6	31,8	6,5	7,0	1,87
Feedbacks tratam de maneira específica das habilidades de comunicação do aluno no contexto de uma consulta?	15,9	29,6	54,5	6,9	8,0	2,36
Feedbacks iniciam solicitando uma autoavaliação do aluno sobre dificuldades encontradas na comunicação clínica?	20,5	29,5	50,0	6,9	7,5	2,63
Feedbacks estimulam a reflexão sobre a prática de habilidades de comunicação do aluno com o paciente?	9,1	47,7	43,2	6,8	7,0	1,82
Feedbacks apontam claramente as habilidades de comunicação e os comportamentos que podem ser melhorados e sugerem como fazê-lo?	11,4	36,4	52,2	7,0	8,0	2,26
Feedbacks abordam a linguagem não verbal, como as qualidades de emissão vocal, a distância espacial e os gestos e movimentos corporais?	27,3	34,1	38,6	6,1	6,5	2,47
Média Geral	16,3	38,7	45,0	6,7	7,3	1,68

* DP – Desvio Padrão

Tabela 6. Associação entre aspectos demográficos, de estrutura dos serviços e de formação dos preceptores e aplicar, ensinar e fornecer feedback sobre habilidades de comunicação clínica, 2019 (n=44).

Variáveis	Calgary-Cambridge											
	Dimensão: Aplica				Dimensão: Ensina				Feedback			
	Média	Mediana	DP*	p	Média	Mediana	DP*	p	Média	Mediana	DP*	p
Idade				0,790 [‡]				0,618 [‡]				0,706 [‡]
26 – 29 anos	8,6	8,4	0,72		7,8	8,4	1,96		7,3	7,6	1,65	
30 – 34 anos	8,6	8,7	0,65		8,2	8,5	0,93		6,7	7,5	1,82	
35 – 39 anos	8,8	8,7	0,51		8,6	8,7	0,68		6,8	6,4	1,54	
40 anos ou mais	8,5	8,5	0,96		8,1	8,0	1,32		6,4	6,7	1,76	
Sexo				0,358 [§]				0,094 [§]				0,494 [§]
Masculino	8,5	8,6	0,75		8,0	8,1	1,18		6,6	6,8	1,55	
Feminino	8,7	8,9	0,69		8,5	8,5	0,98		6,8	7,6	1,87	
Especialização em MFC[†]				0,176 [§]				0,955 [§]				0,866 [§]
Não	8,0	8,0	0,30		8,3	8,3	0,34		6,7	6,7	1,41	
Sim	8,6	8,7	0,72		8,2	8,4	1,14		6,7	7,3	1,71	
Especialização em SF[#]				0,435 [§]				0,465 [§]				0,495 [§]
Não	8,7	8,7	0,74		8,3	8,5	1,18		6,6	7,2	1,81	
Sim	8,5	8,6	0,69		8,1	8,1	1,00		6,9	7,7	1,43	
Especialização na Área da Educação				0,634 [§]				0,955 [§]				0,528 [§]
Não	8,6	8,6	0,77		8,2	8,4	1,07		6,6	6,8	1,70	
Sim	8,7	8,8	0,54		8,1	8,5	1,28		6,9	7,7	1,70	
Curso de Preceptoría				0,831 [§]				0,952 [§]				0,322 [§]
Não	8,7	8,6	0,49		8,3	8,5	0,64		6,4	6,3	0,97	
Sim	8,6	8,7	0,77		8,2	8,4	1,20		6,7	7,5	1,81	
Abordou o tema habilidades de comunicação na residência				0,719 [§]				0,230 [§]				0,521 [§]
Não	8,6	8,7	0,39		8,1	7,9	0,68		6,2	5,8	1,92	

Sim	8,6	8,7	0,80		8,3	8,5	1,15		7,0	7,7	1,50
Abordou o tema habilidades de comunicação na educação permanente				0,589 [§]				0,896 [§]			0,619 [§]
Não	8,6	8,7	0,77		8,3	8,5	1,04		7,0	7,7	1,45
Sim	8,7	8,7	0,73		8,3	8,2	1,15		6,7	7,2	1,71
Abordou a forma de realizar feedback na residência				0,904 [§]				0,380 [§]			0,118 [§]
Não	8,7	8,7	0,58		8,1	8,2	1,17		6,4	5,7	1,81
Sim	8,6	8,8	0,84		8,4	8,5	1,03		7,2	7,7	1,36
Abordou a forma de realizar feedback na educação permanente				0,768 [§]				0,344 [§]			0,882 [§]
Não	8,6	8,7	0,74		8,1	8,2	1,21		6,9	7,4	1,62
Sim	8,7	8,7	0,76		8,6	8,5	0,83		6,9	7,7	1,56
Consultórios disponíveis para preceptoría				0,933 [‡]				0,939 [‡]			0,030 [‡]
Um	8,7	8,8	0,54		8,4	8,6	0,49		5,8	5,7	1,50
Dois	8,6	8,6	0,66		8,2	8,4	1,14		6,3	6,2	1,79
Três ou mais	8,6	8,6	0,90		8,3	8,1	1,20		7,7	7,7	0,95
Pacientes atendidos pelo preceptor, em média, por turno				0,065 [‡]				0,077 [‡]			0,352 [‡]
6 - 12	9,0	9,0	0,69		8,7	8,9	0,97		7,1	7,8	1,78
13 - 15	8,4	8,5	0,78		7,9	8,2	1,35		6,6	6,7	1,23
16 - 26	8,5	8,5	0,60		8,1	8,1	0,87		6,4	7,3	1,99

* DP – Desvio Padrão

‡ p – valor-p do Teste de Kruskal-Wallis

§ p – valor-p do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney

† MFC – Medicina de Família e Comunidade

SF – Saúde da Família