

Habilidades de comunicação clínica: análise da autoavaliação dos residentes de medicina de família e comunidade

Clinical communication skills: analysis of the self-assessment of family medicine residents

Maria Emília Chaves Tenório¹

mariaemiliachaves@gmail.com

Alexandre Medeiros de Figueiredo¹

potiguar77@gmail.com

David Magister Cândido Almeida²

davidmagister3@gmail.com

Denise Mota Araripe Pereira Fernandes²

deniseararipe@gmail.com

RESUMO

Introdução: O conhecimento das habilidades de comunicação clínica é primordial para o adequado exercício da medicina de família e comunidade (MFC), visto que um dos princípios da especialidade advém da relação médico-pessoa. A comunicação assertiva é uma competência clínica básica que deve ser aprendida, sobretudo, durante a residência médica. Não se trata de uma característica inata, perpassa um processo de conhecer, aplicar e dominar, necessitando, portanto, de avaliações.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção dos médicos residentes de MFC em relação às suas habilidades de comunicação.

Método: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal. O cenário de estudo foi o conjunto de programas de residência de MFC do município de João Pessoa, na Paraíba. A coleta de dados foi feita a partir de um questionário *on-line*, disponível para preenchimento de setembro a novembro de 2022. Utilizamos para a construção do questionário o instrumento A Consulta em 7 Passos. Desenvolvemos escores denominados índice de desempenho geral (IDg), índice de desempenho por passo da consulta (IDp) e índice de desempenho por item (IDitem). Na análise estatística, utilizamos o teste t para amostras independentes.

Resultado: O IDg médio foi de 72,0%. Os residentes tiveram o maior índice de IDp no passo 5 da consulta (81,7%), seguido pelos passos 2 (77,6%), 3 (76,1%) e 6 (75,9%). Os menores desempenhos foram nos passos 4 (68,9%), 7 (63,7%) e 1 (63,3%). Não houve significância estatística quanto ao desempenho quando se compararam sexo, ano de residência e programa.

Conclusão: Os residentes de MFC avaliam positivamente suas habilidades de comunicação. Entretanto, ainda há o que aprimorar, como fomentar momentos crítico-reflexivos sobre os fenômenos subjetivos que ocorrem na consulta. Destarte, a utilização do instrumento A Consulta em 7 Passos se revelou, no presente estudo, como uma ferramenta importante no processo de formação e avaliação da comunicação clínica durante a residência.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Internato e Residência; Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Knowledge of clinical communication skills is essential for the proper practice of Family Medicine, since one of the principles of the specialty treats the doctor-person relationship as fundamental. Good communication is a basic clinical competence and must be learned, above all, during medical residency. Communication is not an innate characteristic, but a process of self-knowledge, therefore requiring self-assessments.

Objective: This study aimed to evaluate the perception of Family Medicine residents doctors in relation to their communication skills.

Method: This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The study setting was the set of Family Medicine Residency Programs in the city of João Pessoa, Paraíba. Data collection was performed using an online questionnaire, available to be completed from September to November 2022. We used the instrument A consulta em 7 passos (7-step consultation) to construct the questionnaire. We developed scores called overall performance index (IDg), query step performance index (IDp) and item performance index (IDitem). In the statistical analysis, we used the t test for independent samples.

Result: The average overall performance index (IDg) was 72.0%. Residents had the highest IDp rate in step 5 of the consultation (81.7%), followed by step 2 (77.6%), step 3 (76.1%) and step 6 (75.9%). While residents had the lowest performances in descending order in steps 4 (68.9%), 7 (63.7%) and 1 (63.3%). There was no statistical significance between sexes, year of residency and residency program.

Conclusion: MFC residents positively evaluate their communication skills. However, there is still room for improvement in how to encourage critical-reflective moments about the subjective phenomena that occur in the consultation. Furthermore, the use of a consulta em 7 passos is an important tool in the training and evaluation process in residency.

Keywords: Health Communication; Primary Care; Family Practice; Medical Internship; Medical Education.

¹ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editor associado: Antonio Menezes Junior.

Recebido em 11/06/23; Aceito em 08/01/24.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

O conhecimento das habilidades de comunicação clínica é primordial para o adequado exercício da medicina de família e comunidade (MFC), visto que um dos princípios da especialidade trata a relação médico-pessoa como fundamental para o desempenho do médico de família e comunidade¹. Sabe-se que é principalmente durante a consulta que essa relação se estabelece.

A fim de estabelecer uma boa relação médico-pessoa, o profissional terá que desenvolver habilidades que permitam a organização da consulta e a fluidez da entrevista, de modo a culminar com a criação de vínculo. Para que esses objetivos possam ser alcançados, é imprescindível que o médico seja capaz de se comunicar de maneira eficaz. Caso essa comunicação possua ruídos, o que pode torná-la ineficiente, corre-se o risco de maiores chances de erros diagnósticos e menor adesão à terapêutica proposta². Além do mais, uma boa comunicação contribui para diminuir significativamente o sentimento de insegurança tanto do paciente quanto do médico e criar um ambiente propício para a colaboração e a empatia³, de modo a estabelecer uma boa relação médico-pessoa.

O médico de família e comunidade em formação deve ser auxiliado na aquisição dessas habilidades. O próprio Currículo Baseado em Competências para MFC vê as habilidades de comunicação como um atributo essencial, ou seja, espera-se que todo residente, ao fim de seu processo de formação como especialista, tenha adquirido tal competência⁴. Uma boa comunicação é uma competência clínica básica que pode e deve ser aprendida, sobretudo durante a residência médica, visto não se tratar de uma característica inata ou um traço de personalidade. Como o aprendizado em comunicação está muito mais relacionado a um processo de autoconhecimento, necessita de autoavaliações ao longo do tempo⁵.

Tão importante quanto conhecer a literatura sobre as habilidades de comunicação é essencial que o residente tenha um processo de autorreflexão e autoavaliação sobre sua prática clínica. Dessa forma, o residente do primeiro ano perceberá o quanto precisa aprender, e o do segundo ano entenderá que há muito a ser aprimorado.

Existem metodologias desenvolvidas no mundo todo que servem para avaliar a comunicação durante a consulta. As mais conhecidas são A Consulta em 7 Passos, Guia para a Entrevista Médica de Calgary-Cambridge, *MAAS-Global Manual* e Estrutura SEGUE⁶. No Brasil, eles são utilizados para o ensino das habilidades de comunicação, já que não existem recursos metodológicos nacionais para esse fim⁶.

Esses instrumentos tornam-se distintos porque possuem enfoques diferentes: uns focam mais o médico, enquanto outros são mais voltados para o cenário da atenção primária à

saúde (APS). Apresentam como ponto em comum a construção de planos de cuidado em conjunto com o paciente, e nenhum deles possui validação para português do Brasil. Um estudo dos quatro instrumentos concluiu que o guia A Consulta em 7 Passos possui características mais aplicáveis à APS brasileira⁶.

Assim, este trabalho objetivou avaliar a percepção dos médicos residentes de MFC em relação às suas habilidades de comunicação. Objetivou-se ainda conhecer o perfil dos médicos residentes de MFC do município de João Pessoa e estabelecer relações entre o perfil dos residentes com a autoavaliação das habilidades de comunicação.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

Cenário de estudo

Entende-se por cenário do estudo o conjunto de programas de residência de MFC (PRMFC) do município de João Pessoa, na Paraíba. A residência em MFC (RMFC) iniciou-se em João Pessoa no ano de 2010⁸ com o PRMFC da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Hoje a cidade conta com quatro PRMFC, todos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-JP): UFPB, Centro Universitário de João Pessoa (Unipê), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e Faculdade Nova Esperança (Famene).

Os programas estão presentes em todos os cinco distritos sanitários de saúde do município de João Pessoa, nos quais a cidade está dividida, ofertando serviços de APS. Segundo informações da SMS-JP, existiam 85 residentes matriculados até outubro de 2022.

Amostra

A amostra foi composta por conveniência e se constituiu de todos os médicos residentes de MFC dos PRMFC atuantes em João Pessoa até novembro de 2022 que responderam à pesquisa.

Coleta de dados

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário *on-line* amplo vinculado à pesquisa "Habilidades de comunicação clínica: autoavaliação dos residentes de Medicina de Família e Comunidade do município de João Pessoa-PB". Ele ficou disponível para preenchimento de setembro a novembro de 2022. Tal questionário foi composto por perguntas que abordaram as seguintes dimensões: perfil dos residentes, ensino das habilidades de comunicação nos PRMFC e autoavaliação das habilidades de comunicação. Neste artigo, avaliamos as variáveis das dimensões relacionadas ao perfil e à autoavaliação.

Utilizamos para a construção do questionário o instrumento desenvolvido por Vítor Ramos e publicado em 2008 no livro *A Consulta em 7 Passos*⁷. Esse instrumento divide a consulta em sete passos, os quais são subdivididos em itens, sendo ao todo 52 itens. Em cada item foi pedido que os residentes respondessem com não executado, executado parcialmente ou executado totalmente.

Para uma melhor compreensão do instrumento A Consulta em 7 Passos, faremos a seguir um breve resumo.

O primeiro passo corresponde à preparação, no qual o médico prepara o consultório, checa as informações do prontuário da pessoa que vai ser atendida e faz uma autoavaliação quanto ao seu estado emocional e às suas necessidades fisiológicas. O segundo passo corresponde aos primeiros minutos, quando o médico chama a pessoa e a cumprimenta. Orienta-se fazer perguntas abertas para entender as queixas e, inclusive, as demandas ocultas, além de definir a agenda da consulta.

O terceiro passo, exploração, corresponde à anamnese e ao exame clínico, em que se devem abordar os sentimentos, as ideias, as funcionalidades e as expectativas da pessoa. A avaliação configura o quarto passo, no qual o médico comunica de forma clara o seu raciocínio diagnóstico para cada um dos problemas trazidos e já aborda fatores relacionados a esses problemas, preparando a conversa para o próximo passo. O quinto passo é a construção do plano de cuidado. Ressalta-se a importância de que o plano seja feito em comum acordo e que seja explicado cada etapa e suas consequências, bem como o que fazer caso algo saia do previsto.

O sexto passo constitui o encerramento, em que se deve confirmar que a pessoa entendeu as informações e certificar-se de que suas demandas foram atendidas de maneira satisfatória. Recomenda-se que a consulta seja encerrada de maneira clara, seja verbalmente, seja por um cumprimento. No sétimo e último passo, depois de o paciente sair do consultório, deve-se realizar os registros necessários, apontar as reflexões sobre a consulta e anotar os aspectos mais importantes para continuar o cuidado na próxima visita.

Análise de dados

A fim de desenvolvermos escores de desempenho dos residentes, atribuímos os valores zero, um e dois, respectivamente, às seguintes respostas: “não executado”, “executado parcialmente” e “executado totalmente”. Desse modo, o questionário pode somar, no máximo, 104 pontos. Cada passo da consulta possui uma quantidade diferente de itens a serem avaliados, o que gera um valor máximo distinto de pontuação para cada um dos passos (Tabela 1). Denominamos assim os escores criados: índice de desempenho geral (IDg),

índice de desempenho por passo da consulta (IDp) e índice de desempenho por item (IDitem).

O IDg, apresentado na Figura 1, é calculado dividindo-se o somatório de pontos obtidos pelo residente em todos os itens por 104. Já o IDp é obtido dividindo-se o número de pontos que o residente somou nos itens daquele passo pelo valor máximo do passo (ver exemplo na Figura 2). Criamos ainda o IDitem, calculado pela pontuação do residente naquele item, dividindo-se pela maior pontuação possível no item, ou seja, dois.

Assim, utilizamos como variáveis dependentes o IDg e os IDp_n; e como variáveis independentes, sexo (feminino e masculino), ano de residência (R1 e R2) e PRMFC (UFPB e outras, que incluem Famene, FCM e Unipê). Utilizamos teste T para amostras independentes e p valor < 0,05 para determinar diferenças significativas entre os grupos. A análise de dados se deu por meio do *software* SPSS (versão 20).

Tabela 1. Valor máximo de cada passo da consulta.

Passo da consulta	Valor máxima do passo
Passo 1 – Preparação	18
Passo 2 – Primeiros minutos	14
Passo 3 – Exploração	14
Passo 4 – Avaliação	16
Passo 5 – Plano	16
Passo 6 – Encerramento	10
Passo 7 – Reflexão final	16

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 1. Cálculo do índice de desempenho geral (IDg).

$$IDg = \frac{x_1 + \dots + x_{52}}{104}$$

IDg: índice de desenvolvimento geral; x_1 : pontos obtidos no item 1; x_{52} : pontos obtidos no item 52.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 2. Cálculo do índice de desempenho por passo da consulta (IDp).

$$IDp_n = \frac{x_{primeiro_n} + \dots + x_{último_n}}{v_{max_n}}$$

IDp: índice de desenvolvimento no passo; passo da consulta; $x_{primeiro_n}$: pontos obtidos no primeiro item do passo n ; $x_{último_n}$: pontos obtidos no último item do passo n ; v_{max_n} : valor máximo do passo n .

Fonte: Elaborada pelos autores.

Aspectos éticos

Esta pesquisa está em conformidade com a ética na pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12. Obteve-se aprovação pelo CEP do Centro de Ciências Médicas da UFPB: Parecer nº 5.622.704 e CAAE nº 59325322.1.0000.8069.

RESULTADOS

Obtiveram-se 47 questionários, entretanto um foi excluído porque uma pessoa respondeu mais de uma vez, e optou-se por excluir a resposta mais antiga. Dessa forma, para análise estatística foram considerados 46 questionários, o que corresponde a 54,1% do total de residentes matriculados nos PRMFC de João Pessoa até o final do período de coleta de dados.

Perfil dos residentes

A média de idade dos respondentes foi de 28,3 anos, sendo a idade mínima de 23 anos e a máxima de 44 anos. As mulheres representaram 60,9% (n = 28) e os homens 39,1% (n = 18). A maioria se autodeclarou de cor branca, 54% (n = 25), e identificaram-se como pardos 46% (n = 21), nenhum dos respondentes afirmou ser de cor preta.

O tempo de formado foi, em média, de 21,7 meses, sendo o participante com menos tempo de formado com apenas seis meses e com mais tempo com oito anos. Comparativamente, o tempo de atuação na atenção básica foi, em média, de 21,3 meses, sendo com seis meses de atuação o respondente com menos tempo e oito anos aquele com mais tempo, igual ao resultado encontrado em tempo de formado.

Na amostra, os residentes do primeiro ano eram 43,5% (n = 20) e do segundo ano 56,5% (n = 26). Dentre eles, estavam matriculados no PRMFC da Famene 13,0% (n = 6), da FCM 26,1% (n = 12), da UFPB 37,0% (n = 17) e da Unipê 23,9% (n = 11), conforme Tabela 2.

A grande maioria (91,3%, n = 42) respondeu que foram ensinadas as habilidades de comunicação clínica durante a residência. Verificou-se que os residentes consideram as habilidades de comunicação importantes para sua prática, tendo em vista que a média da pergunta “Em uma escala de 0 a 10, o quanto você considera importante o aprendizado das habilidades de comunicação clínica para sua atuação profissional?” foi de 9,8.

Constatou-se também que a maioria se sente segura quanto ao uso das habilidades de comunicação na sua prática clínica, visto que, ao responderem a pergunta “Em uma escala de 0 a 10, o quanto você se sente seguro com sua comunicação clínica?”, média alcançada foi de 7,7.

Autoavaliação das habilidades de comunicação

O IDg médio foi de 72,0%, indicando que os residentes realizaram os passos do modelo de consulta em sete passos.

Os residentes obtiveram o maior IDp no passo 5 da consulta (81,7%), seguido pelos passos 2 (77,6%), 3 (76,1%) e 6 (75,9%). Os menores desempenhos foram encontrados nos passos 4 (68,9%), 7 (63,7%) e 1 (63,3%).

Quando se analisaram os índices IDitem, as maiores médias foram registradas nos itens 34 e 44 (96,7%) que estão contidos nos passos 5 e 6, respectivamente. O item 34 abrange as explicações de prescrições farmacológicas, e o 44 aborda o encerramento formal da consulta.

Em contraposição, a menor média de IDitem deu-se no item 31 (27,2%), pertencente ao passo 4, que se refere a identificar no paciente não só seus pontos fortes e fracos, como prática de atividade física e tabagismo, mas também oportunidades e ameaças do seu contexto, como oferta de grupos terapêuticos e uso de água não tratada.

Com relação aos sexos, a média do IDg foi ligeiramente maior entre as mulheres (72,0%) em comparação com os homens (71,8%). Elas também apresentaram maior desempenho numa

Tabela 2. Perfil socioeconômico e características dos residentes de medicina de família e comunidade do município de João Pessoa-PB, 2022.

Variável	N (%)
<i>Idade</i>	
23-25 anos	10 (21,8%)
26-28 anos	21 (45,6%)
29-32 anos	9 (19,6%)
33 anos ou mais	6 (13,0%)
<i>Sexo</i>	
Masculino	18 (39,1%)
Feminino	28 (60,9%)
<i>Cor</i>	
Branca	25 (54,3%)
Negra (parda e preta)	21 (45,7%)
<i>Ano de residência</i>	
R1	20 (43,5%)
R2	26 (56,5%)
<i>PRMFC</i>	
UFPB	17 (37,0%)
FCM	12 (26,1%)
Unipê	11 (23,9%)
Famene	6 (13,0%)

PRMFC: Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 3. Média de índices de desempenho geral e nos passos da consulta por sexo, ano de residência e programa de residência.

Desempenho	Média		p valor	Média		p valor	Média		p valor
	Feminino	Masculino		R1	R2		UFPB	Outras*	
Passo 1	66,1%	58,9%	0,161	59,5%	66,2%	0,188	64,1%	62,8%	0,795
Passo 2	74,6%	82,2%	0,100	71,0%	82,7%	0,008	77,1%	77,9%	0,854
Passo 3	73,9%	79,4%	0,245	73,5%	78,1%	0,328	75,3%	76,6%	0,795
Passo 4	69,6%	67,8%	0,742	65,5%	71,5%	0,234	70,6%	67,9%	0,612
Passo 5	83,2%	79,4%	0,345	81,5%	81,9%	0,915	80,0%	82,8%	0,495
Passo 6	77,1%	73,9%	0,491	74,0%	77,3%	0,477	77,1%	75,2%	0,694
Passo 7	63,2%	64,4%	0,849	65,5%	62,3%	0,615	66,5%	62,1%	0,499
Geral	72,0%	71,8%	0,951	69,3%	74,0%	0,133	72,5%	71,7%	0,812

* Unipê, Famene e FCM.

Fonte: Elaborada pelos autores.

quantidade maior de passos (passos 1, 4, 5 e 6). Entretanto, nenhuma dessas associações foi estatisticamente significativa (Tabela 3).

Quanto ao ano de residência, os residentes do segundo ano (R2s) tiveram um IDg maior que os do primeiro ano (R1s). Adicionalmente, estar no segundo ano de residência associou-se de forma significativa com maior desempenho no passo 2 ($p = 0,008$). Nos demais passos, os R2s também tiveram um maior desempenho, exceto no passo 7, no qual os R1s se saíram melhor, porém não houve diferença significativa (ver Tabela 3).

Em relação aos PRMFC, comparamos as médias de desempenho obtidas pelos residentes da UFPB com as médias das demais instituições que compõem a rede privada de ensino de Medicina em João Pessoa. A UFPB apresentou média de IDg maior (72,5%). Além disso, a UFPB obteve melhores IDp do que as faculdades privadas nos passos 1, 4, 6 e 7, porém não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa. Quando se analisaram separadamente os resultados por instituição, constatou-se que, em todas elas, os residentes apresentaram piores desempenhos nos passos 1 e 7 (ver Tabela 3).

DISCUSSÃO

Perfil etário

A maioria dos egressos do curso de Medicina tem idade igual ou inferior a 26 anos⁹, e cerca de 90% entram na residência médica, no máximo, após três anos de concluída a graduação¹⁰. Isso condiz com a média de idade dos residentes do nosso estudo, o que nos leva a concluir que são médicos jovens e recém-formados.

Destarte, podemos concluir, pela concordância do tempo de formados com o tempo de atuação profissional na APS, de que se trata do primeiro emprego, contribuindo para a já conhecida característica da MFC como uma especialidade jovem¹⁰. Ela é a

segunda especialidade com menor média de idade, sendo 34,5% dos seus especialistas com menos de 35 anos¹⁰.

Feminização da força de trabalho

O predomínio da força de trabalho feminina na medicina já é algo verificado não apenas no presente estudo, mas também na literatura publicada⁹⁻¹². As mulheres representavam apenas 40,5% da força de trabalho médica em 2009, esse percentual cresceu para 46,6% em 2019¹², e mais recentemente, em 2023, esse índice atingiu 49,3%¹⁰. A projeção é que em 2024 as mulheres passem a ser maioria com 50,2%¹⁰.

Entre os residentes, as mulheres já representam 56,5%¹⁰. Entretanto, no nosso estudo essa proporção é ainda maior, o que é esperado, visto que a MFC é historicamente uma área com predomínio do sexo feminino, chegando à maior proporção histórica de 58,9% no último estudo da demografia médica brasileira¹⁰.

Representação por cor

O quantitativo de alunos concluintes de Medicina autodeclarados negros cresceu de 23,6% em 2013 para 27,7% em 2019¹⁰. As políticas de ampliação de acesso ao ensino superior contribuíram substancialmente para esse avanço. Destacam-se a promulgação da Lei de Cotas¹³ em 2012, a criação do Programa Universidade para Todos (Prouni)¹⁴ em 2004 e a reformulação do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies)¹⁵ em 2010.

Vê-se o impacto dessas políticas quando se analisam os seguintes números. A reserva de vagas para cotistas em universidades públicas mais do que duplicou em seis anos. Em 2010, os cotistas representavam 4,3% e passaram para 13,1% em 2016¹⁰. Da mesma forma, o financiamento estudantil também cresceu. Em 2010, dos ingressantes no curso de Medicina 33,4% eram beneficiários de financiamento. Esse número subiu para

57,3% em 2014, mas, a partir de 2015, houve queda de 36,2% para 23,0% em 2019, por causa da maior rigidez das regras e do aumento da taxa de juros¹⁰.

Cabe citar que parte do aumento do número de médicos autodeclarados pardos e pretos também se deve ao aumento do debate de raça e cor nos diversos espaços sociais, sobretudo nos meios digitais¹⁶.

O nosso estudo mostrou um percentual maior de residentes autodeclarados negros que o resultado da média nacional do conjunto de residentes do país (27,5%) descrito na demografia médica¹⁰. Isso revela a MFC como uma especialidade com maior diversidade racial que as demais. Podemos, assim, inferir que os alunos que possivelmente foram beneficiados com essas políticas de acesso voltem-se mais para o cuidado de populações carentes e marginalizadas.

Diante do exposto, vê-se que a medicina está mais inclusiva, porém a cor branca ainda é dominante. Destaca-se a necessidade de avançar, visto que os residentes que se identificam como negros ainda representam a minoria (27,5% dos residentes¹⁰). A inclusão racial na medicina quando comparada ao ensino superior como um todo se dá em passos lentos. É preciso fortalecer as políticas afirmativas exitosas e retomar o financiamento e apoio governamental a alunos com tais características no curso de Medicina.

Autoavaliação das habilidades de comunicação

Os residentes se autoavaliaram positivamente quanto às habilidades de comunicação seguindo o instrumento A Consulta em 7 Passos⁸. Esse modelo de consulta tem como base o método clínico integrado que é assim denominado por incorporar diferentes métodos, como o biomédico, centrado na pessoa, psicossocial e focado no médico e na relação médico-pessoa¹⁷.

Por sua vez, o método clínico centrado na pessoa (MCCP) busca compreender a pessoa como um todo em sua singularidade, considerando seu contexto próximo e amplo, e levando-a a seu empoderamento por meio do plano de cuidado compartilhado¹⁸. O MCCP desenvolveu-se dentro da MFC¹⁸, e é esperado que o residente dessa especialidade tenha conhecimento teórico e prático desse método. O alto grau de aplicação de A consulta em 7 Passos pode sinalizar, portanto, que os residentes estão usando o MCCP, o que é fundamental na prática da MFC.

Entretanto, observamos o desempenho aquém nos passos de preparação da consulta e reflexão final em detrimento dos passos, nos quais há o levantamento de hipóteses diagnósticas e estabelecimento de condutas. Podemos interpretar tal achado como uma possível consequência de uma formação médica mais focada no ensino de diagnósticos

e tratamentos e com menor enfoque no aprendizado sobre os processos subjetivos da consulta; por exemplo, a percepção de fenômenos inconscientes, como a transferência e a contratransferência.

A própria diretriz curricular do curso de Medicina aponta que se devem formar médicos com perfil generalista, humanista e com capacidade crítico-reflexiva¹⁹. Com isso muitas escolas médicas precisaram reformular seus currículos, enfrentando resistências internas de grupos mais conservadores que veem a medicina como uma ciência predominantemente técnica e pouco humanista²⁰.

Em contrapartida, a MFC preocupa-se com os aspectos subjetivos da prática médica, incluindo como um dos seus princípios a relação médico-pessoa como fundamental para o seu desempenho¹. Da mesma forma, o Currículo Baseado em Competências⁴ para MFC vê as habilidades de comunicação como um atributo essencial, ou seja, espera-se que todo residente, ao fim de seu processo de formação como especialista, tenha adquirido tal competência.

Infere-se que essa habilidade está sendo desenvolvida, pois os residentes alcançaram bons escores de desempenho na aplicação do instrumento. Com base nas grades curriculares, é esperado que os residentes de MFC tenham melhores escores do que os de outras especialidades. A fim de testar essa hipótese, sugere-se que o estudo tenha continuidade comparando os desempenhos das diferentes residências médicas.

Outro ponto de resistência à mudança curricular tanto na graduação quanto na residência é a crença infundada de que comunicação é uma habilidade inata e não algo que pode ser desenvolvido com estudo teórico-prático³. Contudo, estudos mostram que intervenções utilizando simulação de consultas e *feedback* estruturado revelaram bons resultados na melhoria das habilidades de comunicação de alunos de Medicina²¹. Diante do exposto, deve-se avançar no ensino-aprendizagem das habilidades de comunicação tanto no aspecto técnico quanto no emocional com intervenções sistematizadas e longitudinais.

Ademais, o fato de as orientações de prescrições farmacológicas serem o item com maior desempenho nos revela de forma positiva que os residentes se preocupam em verificar se o paciente entendeu o tratamento para que consiga realizá-lo. Todavia, podemos suspeitar que os residentes valorizam mais o tratamento medicamentoso em detrimento de medidas não farmacológicas, como as orientações sobre mudança de hábitos.

Acredita-se que alta demanda por atendimento médico, pouco tempo de consulta por paciente e estrutura deficitária sem estímulo às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) levem à hipermedicalização^{22,23}. Mesmo a MFC

sendo uma especialidade atenta à prevenção quaternária e contrária à medicalização da vida²⁴, é preciso evoluir nesse aspecto durante a formação dos residentes.

Da mesma forma, podemos inferir que os residentes precisam de melhor suporte para estimular o empoderamento de seus pacientes em autocuidado, visto que o item com o desempenho mais aquém em todo o instrumento foi aquele que se refere a ajudar o paciente a refletir sobre como seus hábitos podem interferir na qualidade de vida dele e auxiliá-lo a identificar ameaças nos contextos próximos e amplos⁵.

O não estímulo ao autocuidado dos pacientes torna-os mais dependentes dos cuidados da equipe de saúde. A falta de autonomia dos pacientes fomenta a crença de que o médico detém capacidades sobre-humanas, sendo os únicos detentores de conhecimento e poder, o que pode representar uma armadilha, pois pacientes mais dependentes resultam em médicos mais sobrecarregados.

Além disso, como visto anteriormente, a pouca atitude crítico-reflexiva dos médicos sobre as próprias condições emocionais e físicas antes e depois das consultas condiciona-os a um ambiente propício para o desenvolvimento de *burnout*²⁵. A síndrome de *burnout* é um estado de esgotamento físico e mental relacionado ao trabalho²⁶, o que pode culminar em erros médicos, menor satisfação no trabalho e até ideação suicida^{27,28}.

Essa doença é muito comum no meio médico, principalmente na MFC. Uma pesquisa identificou uma taxa de *burnout* de 55% entre os médicos de família e comunidade²⁹. Verificou-se também que as mulheres são mais propensas que os homens a desenvolver esse esgotamento²⁹. Assim, vê-se a emergência da implementação de espaços para reflexão, a fim de fazer o movimento da medicina sair da posição detentora única de poder e dividi-lo com os pacientes e os outros profissionais da saúde.

Ao contrário do que se podia esperar, o desempenho geral não teve diferença significativa entre R1s e R2s, o que pode ser justificado pela amostra pequena. Mesmo assim, o bom desempenho dos R1s nos revela que as habilidades de comunicação já são ensinadas e praticadas desde o início da residência. O projeto pedagógico³⁰ mostra que o tema está presente no eixo teórico. Sugerimos, então, que as habilidades de comunicação sejam abordadas de maneira longitudinal, quer na forma de simulação de consulta³¹, quer como *videofeedback*³², dentro das aulas de temas clínicos.

Por sua vez, os R2s apresentaram desempenho maior de maneira significativa em relação aos primeiros minutos da consulta, o que revela a consolidação do aprendizado sobre o valor simbólico de inicialmente deixar o paciente falar sem interromper³.

Vale destacar que, apesar do desempenho verificados entre os R1 e R2, os dois grupos apresentaram desempenho menor que 70% no tocante aos processos mais reflexivos que antecedem e sucedem a consulta, seguindo a mesma análise feita para toda a amostra e já discutida. Isso revela mais uma vez que a discussão sobre esses processos não é estimulada durante a residência, o que pode estar contribuindo para maiores taxas de insatisfação no trabalho e desistências, entretanto outros estudos mais detalhados são necessários para estabelecer esse tipo de correlação.

Da mesma maneira que não foi encontrada diferença significativa entre R1s e R2s, também não foi identificada entre os PRMFC. Uma justificativa plausível para isso é a semelhança entre os conteúdos teóricos dos programas e o fato de os residentes compartilharem momentos teóricos durante a residência (FCM e Unipê), além de parte do corpo docente atuar na formação dos residentes de mais de um programa. A UFPB foi comparada com as outras instituições por ter o programa mais antigo dentre elas e serviu de base para a criação dos demais⁷. Apesar disso, não apresentou um desempenho geral significativamente maior, mesmo revelando em quatro dos sete passos um desempenho discretamente maior, o que pode ser entendido como mais experiência no ensino da temática. Ademais, todos os PRMFC repetiram o achado de desempenho menor que 70% nos passos 1 e 7, reafirmando a necessidade de fomentar a abordagem da reflexão sobre os próprios sentimentos e das próprias necessidades.

A taxa de resposta de 54,1% é uma das limitações do estudo, pois reduziu o tamanho da amostra. Todavia, sabe-se que a taxa de respostas de questionários *on-line* é menor do que quando aplicados presencialmente, estando a pesquisa com uma taxa de adesão dentro do esperado³³. A pesquisa mesmo assim torna-se relevante por nortear a discussão sobre o ensino das habilidades de comunicação no nível de residência médica, tendo como base as fragilidades dos residentes de acordo com a autoavaliação deles.

CONCLUSÕES

Os residentes de MFC avaliam de forma positiva suas habilidades de comunicação, mostrando que os PRMFC estão cumprindo o ensino desse atributo essencial e consequentemente formando médicos de acordo com os princípios da especialidade sobretudo no tocante à relação médico-pessoa.

Entretanto, o estudo aponta que ainda há muito a ser aprimorado. Por exemplo:

- Como fomentar momentos crítico-reflexivos sobre os fenômenos subjetivos que ocorrem na consulta?
- Como o médico deve se preparar para o encontro

com o paciente?

- Como o médico dever analisar o próprio estado emocional e o físico?
- Como isso pode afetar o atendimento dele?
- Como os sentimentos gerados em uma consulta podem repercutir nas demais?

A criação de espaços para essas discussões pode aprimorar o desenvolvimento das habilidades de comunicação.

Além do mais, a utilização do instrumento A Consulta em 7 Passos se revela uma ferramenta importante no processo de formação e avaliação na residência, visto que é de simples aplicação e aponta as lacunas na formação, tanto para os PRMFC ajustarem seus projetos pedagógicos quanto para os residentes desenvolverem autoconhecimento.

A continuidade do estudo envolvendo residentes de outras especialidades médicas pode ser útil para melhorar a comunicação nos ambulatórios especializados, de modo a estabelecer boas relações entre médicos e pacientes, e consequentemente a melhoria do cuidado.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maria Emília Chaves Tenório e Alexandre Medeiros de Figueiredo participaram da concepção da pesquisa, da análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da aprovação da versão final. David Magister Cândido Almeida participou da análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da aprovação da versão final. Denise Mota Araripe Pereira Fernandes participou da redação do manuscrito e da aprovação da versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

- Gusso G, Lopes JC, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*. 2010;138(8):1047-54 [acesso em 20 mar 2022]. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872010000800016&lng=es.
- Carrió BF. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade. 2019 [acesso em 20 mar 2022]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192.
- Moore P, Gomez G, Kurtz S. Comunicação médico-paciente: uma das competências básicas, mas diferentes. *Atención Primaria*. 2012;44(6):358-65. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.008>.
- 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):108-18. doi:<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170138>.
- Ramos V. A Consulta em 7 Passos. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008.
- Soares R de S, Oliveira FP de, Melo Neto AJ de, Barreto D da S, Carvalho ALB de, Sampaio J, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-8 [acesso em 6 mar 2022]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1629/900>.
- Figueiredo AM de, Lima KC de, Massuda A, Azevedo GD de. Políticas de ampliação do acesso ao ensino superior e mudança no perfil de egressos de medicina no Brasil: um estudo transversal. *Cien Saude Colet*. 2022;27:3751-62 [acesso em 31 jan 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kyTmbg4FB8jhsxKKHFdXfHM/?lang=pt>.
- Scheffer M., et al. Demografia médica no Brasil 2023. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023.
- Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Rev Bioét*. 2013;21(2):268-77 [acesso em 31 jan 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/XtCnKjggnr6gFR3bTRckCxs/>.
- Scheffer M., et al. Demografia médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM; 2020.
- Brasil. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Lei de Cotas: dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio. *Diário Oficial da União*; 2012.
- Brasil. Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005. Institui o Programa Universidade para Todos – PROUNI, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior; altera a Lei nº 10.891, de 9 de julho de 2004, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2005.
- Brasil. Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2011.
- Jesus JG. O aumento da autodeclaração de negros na população brasileira. *Nexo Jornal*; 2021 [acesso em 2 fev 2023]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/academico/2021/06/30/O-aumento-da-autodeclara%C3%A7%C3%A3o-de-negros-na-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira>.
- Ramos V. A Consulta em 7 Passos. Execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Med Geral*. 1º mar 2009;25(2):208-20 [acesso em 23 jan 2023]. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10609>.
- Stewart M. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
- Ferreira MJM., et al. Novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface (Botucatu)*. 2019;23 (Supl 1):e170920,1-15 [acesso em 18 jan 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>.
- Azevedo BM de S, Ferigato S, Souza T de P, Carvalho SR. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2012;17:187-200 [acesso em 2 fev 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2013.v17n44/187-200/>.
- Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills? – a follow-up study. *BMC Res Notes*. 2012 Sept 5;5(1):486-94 [acesso em 2 fev 2023]. Disponível em: <https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-486>.

22. Portela A da S, Simões MO da S, Fook SML, Montenegro Neto AN, Silva PCD da. Prescrição médica: orientações seguidas para o uso de medicamentos? *Cien Saude Colet*. 2010;15(supl 3):3523-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900027>.
23. Filardi AFR, Passos ICF, Mendonça S de AM, Ramalho-de-Oliveira D. Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2021;24(2):421-45. doi: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p421.10>.
24. Norman AH, Tesser CD. Medicina de família e prevenção quaternária: uma longa história. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2502-10 [acesso em 8 fev 2023]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2502>.
25. Santos SCR, Viegas AIF, Morgado CIMO, Ramos CSV, Soares CND, Roxo HMCJ, et al. Prevalência de burnout em médicos residentes de Medicina Geral e Familiar em Portugal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1430](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1430).
26. Silveira FF, Borges L de O. Prevalência do síndrome de burnout entre médicos residentes. *Psicol Ciênc Prof*. 2021;41:e221076,1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221076>.
27. Soares LR, Lopes TM de O, Silva MAO, Ribeiro MVA, Almeida Júnior MP de, Silva RA, et al. Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitário. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):77-82. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100011>.
28. Hoelz L, Campello L. Relação entre síndrome de burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. *Rev Bras Med Trab*. 2015;13(2):126-34 [acesso em 8 fev 2023]. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/14/pt-BR/relacao-entre-sindrome-de-burnout--erro-medico-e-longa-jornada-de-trabalho-em-residentes-de-medicina>.
29. Medscape lifestyle report 2017: race and ethnicity, bias and burnout [acesso em 8 fev 2023]. Disponível em: <https://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2017/overview>.
30. Projeto Pedagógico da Residência de Medicina de Família e Comunidade. [acesso em 18 jan 2024]. Disponível em: <https://prmfucfpb.blogspot.com/>.
31. Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado na formação médica: conceitos, desafios e possibilidades. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(1):236-45. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154>.
32. Marco MAD, Vessoni AL, Capelo A, Dias CC. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(32):217-27. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100018>.
33. Carneiro JMT, Dib LA da R. O uso da internet em surveys: oportunidades e desafios. *Raep*. 2011;12(4):641-70 [acesso em 17 fev 2023]. Disponível em: <https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/14>.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.