

Gabriela Góes Costa

ESTRATÉGIAS FORMATIVAS EM COMUNICAÇÃO CLÍNICA

Um Catálogo para Preceptoria de
Graduandos de Medicina na
Atenção Primária à Saúde





UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE INOVAÇÃO E TECNOLOGIAS APLICADAS A ENSINO E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CRIATIVIDADE E INOVAÇÃO
EM METODOLOGIAS DE ENSINO SUPERIOR
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO

Gabriela Góes Costa

ESTRATÉGIAS FORMATIVAS EM COMUNICAÇÃO CLÍNICA:
Um Catálogo para Preceptoria de Graduandos de Medicina na Atenção
Primária à Saúde

BELÉM- PARÁ

2026

Gabriela Góes Costa

ESTRATÉGIAS FORMATIVAS EM COMUNICAÇÃO CLÍNICA:
Um Catálogo para Preceptoria de Graduandos de Medicina na Atenção
Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior do Núcleo de Inovação e Tecnologias Aplicadas a Ensino e Extensão da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ensino. Área de Concentração: Metodologias de Ensino-Aprendizagem. Linha de Pesquisa: Criatividade e Inovação em Processos e Produtos Educacionais (CIPPE)

Orientadora: Fernanda Chocron Miranda

BELÉM-PARÁ

2026

Gabriela Góes Costa

ESTRATÉGIAS FORMATIVAS EM COMUNICAÇÃO CLÍNICA:
Um Catálogo para Preceptorial de Graduandos de Medicina na Atenção
Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior do Núcleo de Inovação e Tecnologias Aplicadas a Ensino e Extensão da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ensino. Área de Concentração: Metodologias de Ensino-Aprendizagem. Linha de Pesquisa: Criatividade e Inovação em Processos e Produtos Educacionais (CIPPE)

Orientadora: Fernanda Chocron Miranda

RESULTADO: (x) Aprovado () Reprovado

DATA: 15/04/2026.

COMISSÃO EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 FERNANDA CHOCRON MIRANDA
Data: 15/06/2026 11:35:13-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Fernanda Chocron Miranda [orientadora –PPGCIMES/UFPA]

Documento assinado digitalmente
 JESSICA RODRIGUES BORGES LEAO
Data: 16/06/2026 07:07:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Jessica Rodrigues Borges Leão [examinadora externa – UNB]

Documento assinado digitalmente
 YUJI MAGALHAES IKUTA
Data: 17/06/2026 16:17:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Yuji Magalhães Ikuta

Documento assinado digitalmente
 MARIANNE KOGUT ELIASQUEVICI
Data: 15/06/2026 11:58:24-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Marianne Kogut Eliasquevici [PPGSA/UFPA]

Prof. Dra. Marianne Kogut Eliasquevici [examinadora interna – PPGCIMES/UFPA]

BELÉM-PARÁ

2026

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

C837e Costa, Gabriela Góes.
 Estratégias Formativas Em Comunicação
Clínica: Um Catálogo para Preceptoria de Graduandos de
Medicina na Atenção Primária à Saúde / Gabriela Góes Costa. —
2026.

177 f. : il. color. + 1 catálogo (47 f. : color.)

Orientador(a): Prof^a. Dra. Fernanda Chocron Miranda
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo
de Inovação e Tecnologias Aplicadas a Ensino e Extensão,
Programa de Pós-Graduação Criatividade e Inovação em
Metodologias de Ensino Superior, Belém, 2026.

Acompanhado do catálogo: "Estratégias Formativas em
Comunicação Clínica: catálogo para preceptores"

1. Competências Médicas. 2. Comunicação Clínica. 3.
Medicina de Família e Comunidade. 4. Catálogo. 5. Ensino
Superior. I. Título. II Título: Estratégias Formativas em
Comunicação Clínica: catálogo para preceptores"

CDD 371.102

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por acompanhar a minha jornada a cada instante e me ajudar a compreender que cada desafio desse caminho fez quem eu sou hoje.

Aos meus pais que, desde que me entendo como ser humana, sempre me incentivaram a estudar como forma de crescimento pessoal e profissional.

Ao meu futuro esposo que, diversas vezes, literalmente e figurativamente, sentou-se do meu lado para me ajudar a estudar, ouviu minhas explicações, reflexões, ideias e angústias, sempre cuidando de mim com muito amor.

À minha orientadora, Dra. Fernanda Chocron, por ouvir não só minhas ideias, leituras, métodos e planejamento, mas, também, meu choro. Por me acolher tão bem que me ajudou a ressignificar tantos momentos difíceis e que me fez ter certeza de que só poderia ter sido Deus que direcionou meu caminho para encontrar alguém tão gentil, atenciosa e humana.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente, Mari, Adilton, Alexia, Laíse, Tarlison, Andrea, José e Elson. Sem eles, essa pesquisa não existiria da forma como existe. Agradeço por todo o empenho com a formação dos alunos que passaram pela UBS Caiçaua.

Aos alunos que deixaram um pouco de si e levaram um pouco do trabalho que fazemos com a nossa comunidade. Graças a eles, o cuidado se multiplicou para todos que precisavam.

À Dra. Gabriela Amin, por ter confiado no meu trabalho e me dado a oportunidade de ser educadora. E ao Dr. Cezar Caldas que incentivou a minha participação no PPGCIMES.

Aos meus professores do PPGCIMES, os quais jamais esquecerei, porque todos contribuíram de forma extremamente significativa na minha formação.

Aos meus colegas de turma e de outras turmas, Livia Dorice, Carol, Ana Sarges, Ana Sophia, Daciléia, Fabio, Luciana, Marcelo, Victor, Lanna, Doane, Emanuelle, Francine, Livia Dacier e todos com quem tive a oportunidade aprender em conjunto.

Aos meus bichinhos, Cacau, Frajola e Nina, que também foram companhias incansáveis nas cansativas noites de escrita e estudo.

A todos que contribuíram de alguma forma, meu muito obrigada!

RESUMO

Frente ao alto nível de presença de recursos tecnológicos no dia a dia da sociedade, uma competência médica mantém-se irreprodutível: a Comunicação Clínica. As Diretrizes Nacionais Curriculares do curso de graduação de Medicina reforçam essa importância, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS), o cenário propício para o desenvolvimento dessa competência, pois é estruturada com longitudinalidade e permite o estabelecimento de uma relação terapêutica. Diante disso, foi objetivo central dessa pesquisa desenvolver um catálogo de estratégias formativas sobre Comunicação Clínica para preceptoria durante o Internato em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Pará (UFPA). Orientada por esses objetivos, essa pesquisa teve caráter aplicado, perspectiva qualitativa e postura transdisciplinar. O percurso metodológico contemplou pesquisa bibliográfica e aquisição de dados primários e secundários de registros de avaliações produzidos por estudantes do estágio curricular de Medicina de Família e Comunidade II da UFPA, além da elaboração e experimentação prática de diferentes estratégias formativas com duas turmas de Internato, recebidas na Unidade Básica de Saúde Caiçaua, em Santa Bárbara do Pará. Essas estratégias tiveram caráter dialógico, com participação de Agentes Comunitários de Saúde e pacientes residentes na comunidade. Os dados dessas experimentações foram coletados a partir de um portfólio eletrônico e por meio de entrevistas individuais. Os resultados das referidas experimentações foram fundamentais para o desenvolvimento do produto educacional “Estratégias formativas em Comunicação Clínica: catálogo para preceptores” que intenta apresentar conceitos teóricos e socializar experiências práticas voltadas ao desenvolvimento da competência Comunicação Clínica no âmbito do curso de Medicina, oferecendo subsídios conceituais e orientações sobre estratégias formativas para preceptores que trabalham em Unidades Básicas de Saúde. O Produto Educacional proposto tem potencial de adoção em contextos educacionais diversos e pode contribuir para que outros preceptores implementem estratégias que fomentem o desenvolvimento da competência Comunicação Clínica entre seus alunos por meio de aprendizagens significativas, de construção de vínculo com a comunidade e de processos autorreflexivos sobre a sua própria prática profissional.

Palavras-chave: Competências Médicas. Comunicação Clínica. Medicina de Família e Comunidade. Catálogo. Ensino Superior.

ABSTRACT

In the context of the high prevalence of technological resources in contemporary society, one medical competency remains irreplaceable: Clinical Communication. The National Curricular Guidelines for undergraduate medical education reinforce its importance, highlighting Primary Health Care (PHC) as a particularly suitable setting for the development of this competency, given its longitudinal structure and its emphasis on establishing therapeutic relationships.

Accordingly, the primary objective of this study was to develop a Catalog of Educational Strategies on Clinical Communication for Preceptorship during the Family and Community Medicine Internship at the Federal University of Pará (UFPA). Guided by this objective, the research adopted an applied approach, with a qualitative perspective and a transdisciplinary orientation. The methodological pathway included a literature review and the collection of primary and secondary data from evaluation records produced by students enrolled in the Family and Community Medicine II clerkship at UFPA. It also involved the design and practical implementation of various educational strategies with two internship cohorts hosted at the Caiçua Primary Health Care Unit, in Santa Bárbara do Pará. These strategies were dialogical in nature and included the participation of Community Health Workers and patients from the local community. Data from these interventions were collected through an electronic portfolio and individual interviews. The results of these experiences were fundamental to the development of the educational product entitled “Educational Strategies in Clinical Communication: A Catalog for Preceptors,” which aims to present theoretical concepts and disseminate practical experiences focused on the development of Clinical Communication competency within undergraduate medical education. It provides conceptual foundations and guidance on educational strategies for preceptors working in Primary Health Care settings.

The proposed educational product has the potential to be adopted in diverse educational contexts and may support other preceptors in implementing strategies that foster the development of Clinical Communication competency among their students through meaningful learning, community engagement, and self-reflective processes regarding their own professional practice.

Keywords: Medical Competencies; Clinical Communication; Family and Community Medicine; Catalog; Higher Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Prevalência mensal de adoecimento em uma comunidade e o papel dos vários serviços de saúde.	30
Figura 2 – Pirâmide de Miller.	33
Figura 3 – Versão revisada da Pirâmide de Miller.	34
Figura 4 – Modelo conceitual não hierárquico dos atributos da competência médica.	34
Figura 5 - Sete perfis que reúnem as competências esperadas para um médico.	35
Figura 6 – Tipos de avaliação conforme os níveis da Pirâmide de Miller.	47
Figura 7 – Relação candidatos por vagas para cada grupo de concorrência para o curso de Medicina na UFPA Belém.	56
Figura 8– Eixos transversais do Curso de Medicina da UFPA	58
Figura 9 – Esquema gráfico das atividades que ocorrem na UBS Caiçaua	60
Figura 10 – Unidade Básica de Saúde Caiçaua em Santa Bárbara do Pará	62
Figura 11 – Ponte para acesso a comunidade Caiçaua em Santa Bárbara do Pará	63
Figura 12 - Mapa da comunidade Caiçaua e Paraíso do Tamatateua (a direita) e suas relações geográficas com o rio e o centro da cidade.	64
Figura 13 – Localização do CRAS e UBS na comunidade Caiçaua	66
Figura 14 – Gráfico das respostas a pergunta “Você sabia o que deveria aprender/desenvolver no momento de prática?”	70
Figura 15 – Orientações de preenchimento para avaliação no sistema <i>Elentra</i> .	79
Figura 16 – Níveis de confiabilidade a serem atribuídos	80
Figura 17 – Campos para <i>feedback</i> disponível no sistema.	80
Figura 18 – Campo de <i>feedback</i> do aluno ao preceptor	81
Figura 19 – Resumo gráfico das avaliações	81
Figura 20 – Resumo gráfico no painel do médico residente na plataforma Scorion	82
Figura 21 – Exemplo de um formulário de avaliação	82
Figura 22 - Visualização de um conjunto de procedimentos e os níveis de supervisão na plataforma EPASS	84
Figura 23 – Gráfico interativo de desempenho ao longo do tempo	85
Figura 24 – Gráfico representando a evolução de um residente de Anestesiologia em seu terceiro ano.	86
Figura 25 – Gráfico box-plot para agregar diferentes avaliações.	87
Figura 26 – Versão adaptada do Communication Assessment Tool	91
Figura 27 – Versão brasileira do Calgary-Cambridge Observation Guide	92
Figura 28 – Versão brasileira do <i>Patient-Doctor Relationship Questionnaire</i> (PDRQ-9)	93
Figura 29 – Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP)	95
Figura 30 – Proporção das pessoas atendidas por um médico que relataram avaliações altas, concordância entre médico e pessoas atendidas e a explicação fornecida ao médico do estudo.	96
Figura 31– Formulários dos diferentes avaliadores	103
Figura 32 - Apresentação inicial do Portfólio	103
Figura 33– Resultado comparativo das avaliações dos alunos por avaliador	104
Figura 34 – Gráfico de desempenho na consulta a partir da autoavaliação	105
Figura 35 – Recurso visual de avaliação para pacientes.	108
Figura 36 – Resposta escrita de um dos alunos às perguntas “O que acredita que fez bem?”, em verde, e “O que acredita que precisa melhorar?” em amarelo	110
Figura 37 – Resposta escrita de um dos alunos às perguntas “O que acredita que fez bem?”, em verde, e “O que acredita que precisa melhorar?” em amarelo	111

Figura 38 – Respostas de paciente por escrito as perguntas “O que acredita que o estudante fez bem?”, em verde, e “O que acredita que o estudante precisa melhorar?” em amarelo	112
Figura 39 – Feedback da avaliação dos Agentes Comunitários de Saúde em visitas domiciliares (primeira aplicação).	121
Figura 40– Respostas com ícones visuais para resposta às perguntas da Avaliação Breve da Comunicação (versão pacientes).	126
Figura 41 – Gráfico de médias de avaliação por avaliador	126
Figura 42 – Gráfico de médias de características do atendimento por questão na autoavaliação	127
Figura 43 – Simulação do Gráfico de desempenho por avaliadores no período de avaliação	128
Figura 44- Respostas por escrito dos alunos às perguntas “O que acredita que fez bem?”, em verde, e “O que acredita que precisa melhorar?” em amarelo	129
Figura 45 – Feedback da avaliação dos Agentes Comunitários de Saúde em visitas domiciliares (segunda aplicação).	133
Figura 46 – Capa do Produto Educacional	136
Figura 47 – Descrição inicial presente na apresentação de cada estratégia formativa	139

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde	27
Quadro 2 - Principais determinantes de resultado (mortalidade geral, mortalidade por doença cardíaca, mortalidade por câncer, mortalidade neonatal, duração da vida, baixo peso ao nascer) em 50 estados dos EUA.	28
Quadro 3 - Escala de atribuição e supervisão de educação médica de graduação e pós-graduação	36
Quadro 4 – Competências do Graduando que mencionam a comunicação clínica nas DCN 2025.	42
Quadro 5 – Instrumento de avaliação da ESP – RS.	52
Quadro 6 – Instrumento de avaliação com base no Mini-CEx e avaliação de atitudes.	53
Quadro 7 – Questionários de avaliações para pacientes baseados na ABIM.	53
Quadro 8 – Descrição dos critérios de avaliação para autoavaliação e avaliação dos pares.	54
Quadro 9 – Descrição de habilidades questionadas no formulário	68
Quadro 10 – Características da situação vivenciada em consulta	75
Quadro 11- Exemplos de <i>feedback</i> personalizado gerais e detalhados	84
Quadro 12– Instrumentos validados para avaliação em Comunicação Clínica	88
Quadro 13 - <i>Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form</i> versão autoavaliação.	89
Quadro 14 - Avaliação 360 de Comunicação e Habilidades Interpessoais	93
Quadro 15 - Dias com realização de avaliações no mês de setembro e outubro.	99
Quadro 16 - Questionário de Avaliação (Preceptor)	101
Quadro 17 – Diálogo em sessão de feedback durante o estágio	116
Quadro 18 – Avaliação Breve da Comunicação (versão autoavaliação*)	124
Quadro 19 – Quadro resumo da estrutura do Produto Educacional	137

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIM	<i>American Board of Internal Medicine</i>
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ACGME	<i>Accreditation Council for Graduate Medical Education</i>
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMF	Avaliação de Múltiplas Fontes
APS	Atenção Primária à Saúde
CASMUC	Centro de Atenção da Saúde da Mulher e da Criança
CEPS	Centro de Processos Seletivos
ABCom	Avaliação Breve da Comunicação
CCOG	Calgary-Cambridge Observation Guide
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CAT	Communication Assessment Tool
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares do Curso
EPA	<i>Entrustable Professional Activities</i>
EUA	Estados Unidos da América
GKCSAF	<i>Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form</i>
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituições de Ensino Superior
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
Mini-CEX	<i>Mini Clinical Evaluation Exercise</i>
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i>
DOPS	Observação direta de habilidades processuais
PDRQ-9	<i>Patient-Doctor Relationship Questionnaire</i>
PCCP	Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PE	Produto Educacional
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPGCIMES	Programa de Pós-Graduação Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior
PMpB	Programa Médicos pelo Brasil
PSF	Programa Saúde da Família
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
RMB	Região Metropolitana de Belém
SUS	Sistema Único de Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
TBL	Team Based Learning
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
UFPA	Universidade Federal do Pará
VD	Visita domiciliar
WBA	<i>Workplace Based Assessment</i>

SUMÁRIO

1 MOTIVAÇÕES E PERCURSO DA PESQUISA	12
1.1 Direcionamentos e objetivos da pesquisa.....	13
1.2 Caráter da pesquisa e procedimentos metodológicos.....	17
1.3 Estrutura da dissertação.....	20
2 ENSINO-APRENDIZAGEM E MEDICINA.....	22
2.1 Atenção Primária à Saúde como elemento estruturante dos Sistemas de Saúde e da Educação Médica	25
2.2 Currículo por competências	30
3 COMUNICAÇÃO CLÍNICA	38
3.1 Motivações para o debate e origens conceituais	38
3.2 Práticas avaliativas potenciais	44
4 LÓCUS DA PESQUISA.....	56
4.1 Breve histórico da formação em Medicina da Universidade Federal do Pará	56
4.2 A UBS Caiçaua	61
4.3 Experiências formativas de discentes no cenário de prática da UBS Caiçaua.....	66
5 PISTAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO EDUCACIONAL	74
5.1 Configuração da proposta inicial com ênfase na Avaliação de Múltiplas Fontes.....	74
5.2 Mapeamento de portfólios eletrônicos para avaliação de competências.....	77
5.3 Aprofundamento sobre a avaliação da Comunicação Clínica.....	87
6 EXPERIMENTAÇÕES PRÁTICAS DE ESTRATÉGIAS FORMATIVAS.....	99
6.1 Primeira Experimentação	99
6.2 Segunda experimentação.....	122
7 CATÁLOGO COMO PRODUTO EDUCACIONAL.....	136
7.1 Formato e estrutura.....	137
7.2 Estratégias formativas: escolhas realizadas.....	139

7.3 Potencialidades e contribuições	141
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	147
APÊNDICES	156
ANEXOS.....	173

1 MOTIVAÇÕES E PERCURSO DA PESQUISA

Meus pais são professores, mas nunca havia pensado em seguir essa carreira até meados da minha graduação em Medicina, realizada na Universidade Federal do Pará (UFPA), de 2016 a 2021. No meio da preocupação de cumprir as horas complementares do curso, decidi entrar no projeto de monitoria de um professor que ministrava aulas sobre o sistema cardiovascular. Foi a primeira experiência que eu tive no processo de ensino-aprendizagem em que eu não me senti tratada como um “depósito” de informações. Nesse momento, encontrei meu lugar. Me sentia muito feliz e motivada em contribuir com as aulas e com os trabalhos em grupos. A partir disso, decidi me lançar à monitoria de outras disciplinas, cinco no total, mas dessa vez com interesse pessoal na docência, o que se tornou uma meta de longo prazo.

Apesar de meu interesse pela docência e pela prática profissional médica, devo reconhecer que durante a minha formação de graduação, tive muitas experiências que considere negativas, nas quais eu sentia não estar aprendendo, desenvolvendo ou mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes. O sentimento era de que a minha presença em certos cenários era apenas protocolar ou meramente ilustrativa, a ponto de ninguém perceber ou se importar caso eu não estivesse ali. Fruto de uma cultura de hierarquização de posições na Medicina, ao invés de futuros colegas de profissão, os alunos eram considerados seres permanentemente inferiores e, portanto, subjugados no ambiente de prática. E, mesmo nos semestres mais avançados da formação, o aprendizado não parecia ser uma prioridade para quem deveria ensinar.

Estar inserida nesse ambiente me causou diversas frustrações e questionamentos sobre os métodos de ensino aos quais eu era submetida e sobre a maneira com que as pessoas eram cuidadas. As práticas nas quais eu sentia algum tipo de desenvolvimento eram aquelas que estimulavam a independência dos alunos e nos faziam pensar sobre o que fazer. Hoje, após estudar sobre o assunto, questiono-me se o prazer de participar das atividades de monitoria estaria relacionado à sensação de um aprendizado que seria útil, que serviria para ensinar e contribuir com a formação dos meus colegas.

Após minha formatura, comecei a trabalhar como médica na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Caiçaua, em Santa Bárbara do Pará e, pouco tempo depois, em agosto de 2023, iniciei minha jornada profissional na docência a partir do acolhimento de discentes do módulo de Medicina de Família e Comunidade (MFC II) do último ano da graduação em Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) na UBS Caiçaua. Com muitos altos e baixos, essa

experiência tem me mostrado a cada dia, de que esse é o meu caminho de atuação profissional, o da interface entre Medicina e Ensino.

Diante disso, ingressei no Curso de Mestrado Profissional em Ensino do Programa de Pós-Graduação Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior (PPGCIMES) da UFPA, e a minha grande motivação tem sido conceber e experimentar uma proposta formativa de ensino-aprendizagem que gere satisfação pessoal aos alunos, ao sentir que seu esforço é valioso para a população e que estar ali é realmente útil e favorável à sua formação. Também intenciono sensibilizar os alunos a respeito do papel que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem na vida dos profissionais que atuam nela e no cuidado em saúde das pessoas, algo que tanto me encantou quando me formei.

Inicialmente, quando recebi as primeiras turmas de alunos na UBS Caiçaua, eu planejei minha preceptoria de forma empírica tentando fomentar o aprendizado dos estudantes, tal como eu gostaria de ter tido na graduação. Para isso, tentei trabalhar com a aproximação das práticas do Internato com a vida real da profissão. Isso me permitiu experienciar diferentes atividades na minha prática como educadora, que aliviaram as principais frustrações na minha época de estudante, tendo sempre em mente a minha motivação inicial.

Juntamente com os demais profissionais de saúde que atuam na UBS (Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeira, Equipe e-multi), traçamos objetivos voltados a fomentar a autonomia e a proatividade entre os discentes, que se mostraram tão importantes quando trabalhei como médica pela primeira vez. Além disso, tentamos oferecer oportunidades de participação em experiências as mais variadas possíveis, com atores diversos, incluindo outras fontes de conhecimento, como os outros membros da equipe de saúde da família, já que o trabalho em equipe é um pilar importantíssimo dentro da APS.

1.1 Direcionamentos e objetivos da pesquisa

Diante das motivações, direcionei a minha proposta de investigação no PPGCIMES, de modo que, mesmo com as eventuais mudanças no projeto de ingresso, os princípios para conduzi-lo permanecem os mesmos. Em especial, a compreensão que, em abordagens centradas no aluno, o aprender é individual. Da mesma forma, na prática de saúde centrada na pessoa, o processo de saúde e doença são totalmente particulares.

Sobre isso, Pendleton *et al.* (2011, p. 12) destacam que “as experiências de aprendizagem devem combinar com as mensagens de ensino, de forma que a consulta centrada na pessoa é mais bem ensinada se usada abordagem centrada no aprendiz”.

Diante disso, entendo hoje que minha prática profissional como médica é essencialmente centrada na pessoa e, dentro da área de Ensino, reconheço que suas bases advêm principalmente da perspectiva Humanista. Rogers (2017) entende uma aprendizagem significativa por aquela que modifica algum parâmetro da existência do indivíduo, de forma que não se limita a adquirir um conhecimento, mas altera um comportamento, atitude ou personalidade. O aprendizado na prática clínica também deve ser gerador de mudanças, em comportamentos e atitudes.

Frente a essas descobertas pessoais e profissionais, vejo com muito potencial de aprendizagem significativa uma prática que pode influenciar positivamente na saúde de uma população historicamente marginalizada e privada do acesso à saúde, como a que lidamos diariamente na UBS.

A despeito dessas compreensões, diversos questionamentos atravessaram meu percurso no PPGCIMES, cada um deles serviu para refletir sobre a minha prática como preceptora em uma UBS, entendendo lacunas na formação dos alunos que recebi e de que forma poderia melhorar o seu ensino-aprendizagem.

Relembro que ao me formar e seguir meu caminho pela Atenção Primária à Saúde, em pouco tempo, passei a ver de forma diferente toda a potencialidade desse nível de atenção à saúde, tanto para formação profissional quanto para a saúde pública. Perguntava-me: por que não vi toda essa potência durante os seis anos da minha graduação?

Desde 1994, com a criação do Programa Saúde da Família, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido orientado pela Atenção Primária à Saúde (APS) e as Diretrizes Curriculares do Curso (DCN) de Medicina também acompanham essa evolução ao estabelecerem uma formação por competências e com base nos princípios do SUS e da Medicina de Família e Comunidade (Brasil, 2025). Assim, demonstra a relevância desse cenário para a formação do médico.

Dentro desse cenário, direcionamentos importantes durante o Exame de Qualificação delimitaram o tema de maior relevância para abordar nessa pesquisa, considerando os princípios que mencionei. Frente ao desenvolvimento tecnológico de novas ferramentas digitais de apoio diagnóstico, análise de exames complementares e até mesmo registro em prontuário por meio de inteligência artificial, uma competência médica mantém-se irreprodutível: a Comunicação Clínica, sendo a forma como se relacionam as pessoas no processo de cuidado, bem como a empatia, a relação terapêutica e a escuta ativa.

Diversos estudos têm mostrado a relevância de uma comunicação adequada nas relações de saúde, resultando em melhores desfechos para o paciente e mais satisfação pessoal para o médico, com destaque para Loureiro, Cavaco e Ferreira (2015). Além disso, as DCN 2025, em relação à anterior, passaram a destacar mais o aspecto comunicacional da relação médico-paciente. Elas estabelecem que o perfil do egresso do curso de Medicina deve demonstrar “competências comunicacionais nas dimensões verbal, não verbal e escrita, com ênfase na escuta qualificada, na interpretação e na interação respeitosa com indivíduos, famílias e equipes” (Brasil, 2025, p.9).

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFPA (2024) não menciona o desenvolvimento de competências específicas de comunicação ou escuta qualificada, sendo ainda uma lacuna importante da educação médica. Dentro do módulo que atuo como preceptora, a falta de *feedback* formal do preceptor ou a ausência da partilha de uma reflexão sistematizada, feita em conjunto com o estudante, sobre a prática vivenciada também desperdiça oportunidades de aprendizado únicas. Portanto, mais um questionamento me atravessa, a partir dessa nova ênfase definida para nossa investigação: como colaborar para o aprimoramento da Comunicação Clínica de um futuro médico, se esse tema não for considerado durante a sua formação?

A reflexão sobre esse último questionamento se aprofundou durante o meu processo de pesquisa, sobretudo, quando iniciei a primeira experimentação conduzida com o processo educacional idealizado e voltado à implementação de um projeto de Avaliação de Múltiplas Fontes (AMF) na UBS Caiçaua. Nessa etapa, percebi a complexidade da estratégia formativa proposta e identifiquei lacunas em minha própria prática como preceptora, no que tange à comunicação conduzida com os estudantes e com os pacientes, sobretudo, durante situações de atendimento de rotina na unidade.

Conforme detalho ao longo deste trabalho, essa vivência prática na UBS, envolvendo diretamente a equipe multiprofissional e os estudantes de Medicina da UFPA, foi fundamental para entender que o esforço formativo que desejava propor não deveria se restringir a um único processo de avaliação, mas sim, a um conjunto de estratégias formativas que têm potencial de favorecer o desenvolvimento da competência da Comunicação Clínica pelos discentes. Durante as experimentações do processo centrado na AMF, me percebi recorrendo a procedimentos e ações que, empiricamente, já fazia como preceptora, mas não as reconhecia como estratégias formativas também valiosas à Comunicação Clínica.

Foi então que entendi que o maior apoio ao aprendizado dos alunos, poderia advir da sistematização e da potencialização de estratégias formativas que já realizava e que aprofundei conhecimentos ao longo da formação de mestrado, incluindo a AMF. Para isso, reconfigurei, ao lado da orientadora, a proposta de produto educacional para um catálogo de estratégias formativas para preceptores voltadas ao desenvolvimento da Comunicação Clínica para futuros médicos.

Tal como detalhado no Capítulo 6 e 7 desta dissertação, o Catálogo reúne e descreve um conjunto de sete estratégias formativas acionadas e já experimentadas por nós em nossa prática como preceptora, bem como recomenda seis iniciativas internacionalmente validadas e defendidas na literatura científica consultada, e que também podem ser úteis a preceptores dos cursos de graduação de Medicina no Brasil.

Como elemento central desse catálogo de fomento à competência da Comunicação Clínica, está em destaque a avaliação dos alunos nos cenários de prática. A importância desse elemento no produto educacional surgiu ao longo do meu processo formativo no PPGCIMES e estrutura boa parte do método dessa pesquisa. Já que a avaliação é um conceito que foi ressignificado para ter o propósito de apoiar a aprendizagem dos alunos e não somente um meio para gerar notas (Russel; Airaisian, 2014).

Diante das vivências e da reconfiguração da proposta de produto educacional que deriva desta pesquisa, ao lado da orientadora, traçamos a seguinte **questão-foco**: *Como fomentar o desenvolvimento da competência Comunicação Clínica durante a formação do Internato de Medicina de Família e Comunidade entre graduandos da UFPA?*

Para atender a este questionamento, foi delineado o seguinte **objetivo geral**: *desenvolver um Catálogo de Estratégias Formativas sobre Comunicação Clínica para Preceptoria durante o Internato em Medicina de Família e Comunidade da UFPA*. Para atendimento do objetivo geral, configurei os seguintes objetivos específicos:

- Sistematizar e socializar estratégias formativas realizadas e experimentadas ao longo de nossa trajetória como preceptora.
- Fornecer subsídios teórico-práticos em Comunicação Clínica para preceptores que atuam com estudantes na Medicina na APS.
- Potencializar o desenvolvimento da Comunicação Clínica a partir de *feedbacks* estruturados e orientados por uma pluralidade de perspectivas, fontes e estratégias.
- Fomentar a autorreflexão e novas posturas avaliativas quanto ao desenvolvimento da competência Comunicação Clínica pelos discentes.

- Incentivar e valorizar a participação da comunidade e da equipe de saúde no processo de formação de recursos humanos no SUS.

1.2 Caráter da pesquisa e procedimentos metodológicos

Orientada por esses objetivos, essa pesquisa teve caráter aplicado com vistas à intervenção em uma realidade e adota a perspectiva qualitativa, pois propõe a trabalhar “com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2007, p. 21). Para isso, partimos de uma postura transdisciplinar que, para Scholz e Steiner (2015), objetiva a articulação de diferentes modos de conhecer para lidar com o fenômeno estudado, incluindo diferentes perspectivas, orientadas para o impacto social que a pesquisa almeja.

Do ponto de vista do método, essa é uma investigação-ação, uma vez que “se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela.” Ou seja, a pesquisa é realizada na sua própria aplicação e desenvolve-se na prática profissional e para ela. Esse método é composto por quatro fases: (1) Planejar uma melhora da prática, (2) Agir para implementar a melhora planejada, (3) Monitorar e descrever os efeitos da ação, (4) Avaliar o resultados da ação (Tripp, 2005, p. 446)

A primeira fase para o desenvolvimento da pesquisa se deu no meu próprio local de atuação profissional, buscando identificar e compreender necessidades mais proeminentes de aprendizagem entre os estudantes que realizam o Internato de Medicina de Família e Comunidade na UBS Caiçaua. Para isso, realizei buscas em documentos orientadores do curso, sendo eles: As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, os Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFPA (2010 e 2024) e do Plano de Ensino do módulo para análise específica do contexto em que seria aplicado o produto educacional.

A partir disso, segui para aquisição de dados secundários a partir de documentos de registros de avaliações produzidos em semestres da turma de Medicina da UFPA, que realizou parte do estágio curricular de Medicina de Família e Comunidade II no primeiro semestre de 2024 na UBS Caiçaua, onde atuo como médica, com o fim de analisar o contexto de avaliação e necessidades educacionais. Esses dados foram adquiridos por solicitação minha aos alunos para envio voluntário dos portfólios para que eles pudessem ser lidos e verificados em busca de “pistas” para a situação-problema, normalmente eles são entregues ao final da disciplina para a coordenadora do módulo como critério avaliativo. Ao todo, foram reunidos 16 portfólios que contribuíram sobremaneira para análise contextual e reconhecimento do lócus dessa pesquisa.

Ao final do segundo semestre de 2024, com outra turma, foi adotado um outro tipo de coleta de dados. Idealizei um formulário on-line de preenchimento anônimo que incluísse dados de autoavaliação e avaliação da prática na UBS Caiçaua. Para a construção desse instrumento, foi usado como base a Matriz de Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) de 2020. Essa matriz foi criada com o objetivo de orientar o desenvolvimento de competências para os médicos formados em especialização para MFC, mas foi escolhido nesse caso por ser uma fonte mais atualizada e clara de competências necessárias para o desenvolvimento na área. Também foram utilizadas as Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (Demarzo *et al*, 2011) e as DCN de 2014 para estruturar o formulário.

Após a identificação do contexto de atividades realizadas e as bases teóricas que apoiaram o desenvolvimento da pesquisa, identifiquei processos de avaliação no ensino por competências e recursos correlatos de portfólios eletrônicos, como ferramentas que poderiam facilitar esses processos. Essa busca foi realizada pela plataforma Google Scholar, com os termos seguintes termos: "electronic portfolios" "medicine" "EPAS" (Entrustable Professional Activities), sendo selecionados quatro artigos por terem como público da pesquisa estudantes de graduação ou residentes de Medicina de Família e Comunidade.

Posteriormente, mesmo não utilizando mais a avaliação por meio de EPAs, utilizei as experiências com portfólios eletrônicos encontradas como referências para a elaboração da proposta inicial – sendo a Avaliação de Múltiplas Fontes esse recurso estruturante do processo –, conforme explicito em mais detalhes no Capítulo 5.

Como produto educacional, inicialmente investi na elaboração de uma proposta de Avaliação de Múltiplas Fontes (AMF) para adoção na própria UBS onde atuo como médica preceptora. Essa proposta tinha por objetivo avaliar de várias competências utilizando a AMF para o aprendizado, com feedback estruturado em um portfólio eletrônico, e as fontes avaliadoras, os próprios alunos, eu, como preceptora e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A partir do Exame de Qualificação, ocorrido em maio de 2025, e a definição pela ênfase na competência Comunicação Clínica, segui para uma busca bibliográfica em Dohms, Tibério e Collares (2021) e Stewart et al (2017) de instrumentos de avaliação que tivessem como foco o fomento a aprendizagem desse tema por estudantes de Medicina.

A segunda fase da pesquisa envolveu experimentações, tendo como público da pesquisa uma amostra por conveniência, a primeira ocorrida entre os dias 11 de setembro e 16

de outubro de 2025, tendo a participação de oito alunos da FAMED da UFPA que estavam realizando o estágio do Internato no módulo de Medicina de Família e Comunidade II, também participaram oito ACS. Realizei uma sessão de feedback no período intermediário do estágio e outra no final, tendo realizado entrevistas semiestruturadas e realizada gravação em áudio desse momento, após obtido o consentimento de cada aluno participante da pesquisa.

O instrumento escolhido para a experimentação inicial foi o Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP) (Stewart et al, 2017) e foi operacionalizado para aplicação pela plataforma Google Forms e Google Planilhas, este último que reuniu os dados de avaliação dos alunos coletados no formulário em um Portfólio, que permitiu monitorar e descrever os efeitos da ação realizada posteriormente em uma terceira fase (Tripp, 2005). Essa planilha foi criada ao lado de um desenvolvedor de software que colaborou na automação dos dados e gráficos. O processo de programação desenvolvido na confecção da planilha está descrito no Apêndice A.

A segunda experimentação foi realizada, entre os dias 30 de outubro e 26 de novembro de 2025, com outra turma de sete alunos no mesmo contexto, tendo apenas sete ACS participando. Para esse momento, utilizei outro instrumento avaliativo da comunicação clínica, elaborado por mim em virtude das diversas dificuldades e limitações encontradas ao longo da primeira experimentação no meu contexto de atuação, tal como relato detalhadamente no Capítulo 6.

O Questionário de Avaliação Breve da Comunicação foi idealizado para ser um instrumento de fácil aplicação, que não demanda um tempo excessivo entre as consultas, favorecendo o seu uso em cenários de alta demanda assistencial. Também foi adicionado de descrições para cada nível de desempenho no intuito de auxiliar a avaliação. A versão para pacientes contém emojis e sinalização por cor para uma coleta de dados mais objetiva e para pacientes analfabetos.

As afirmativas buscam avaliar a disponibilidade do aluno para ouvir o paciente, o entendimento do que o paciente comunicou, de forma verbal e não verbal e a checagem da compreensão do paciente no compartilhamento de informações pelo aluno. O questionário Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP) (Stewart et al, 2017), utilizado na primeira experimentação, inspirou a elaboração desse instrumento.

Durante o período de experimentações práticas, foi fundamental a manutenção de um Diário de Pesquisa, alimentado ao final de cada semana, e que me permitiu registrar as etapas realizadas, adversidades, reflexões e soluções encontradas. O material produzido nesse diário contribuiu para a construção dos resultados desta pesquisa e, sobretudo, para a reconfiguração

do Produto Educacional, dando centralidade à elaboração de um catálogo de estratégias formativas sobre Comunicação Clínica, no qual a AMF é apenas uma das propostas recomendadas.

A análise de dados foi feita de forma quantitativa por meio da planilha automatizada no Google Planilhas, que tratava os dados a partir do Google Formulários, o que também facilitou o feedback. Já os dados coletados por gravação de áudio em entrevistas foram transcritos por Inteligência Artificial no software TurboScribe.

Em relação às limitações metodológicas, reconheço a presença de potenciais vieses que são inerentes ao desenho da pesquisa, como vieses de resposta, como o viés de aquiescência e de desejabilidade social. O primeiro ocorre quando o entrevistado apresenta um comportamento que concorda com o que o entrevistador apresenta em vários sentidos, sendo sempre positivo. Já o viés de desejabilidade social, “entende-se a tendencia de um participante do estudo em apresentar a si mesmo [...] de uma forma que seja totalmente aceitável, mas não totalmente correspondente à realidade” (Bispo Junior, 2022, p.2)

Para mitigar o impacto desses vieses, a coleta de dados foi realizada de forma individual, com alunos e pacientes, bem como a apresentação dos resultados de cada aluno só poderia ser visualizado por meio de sua senha e entrevistas entre preceptora e aluno, o que possivelmente reduziu a pressão por respostas socialmente aceitáveis entre o grupo.

A triangulação de fontes, intrínseco a AMF, permitiu a visualização mais fidedigna do desempenho dos alunos, sendo uma técnica importante para identificar respostas enviesadas. Para tentar diminuir o viés de aquiescência do paciente, o recurso visual com emojis tornou a avaliação mais intuitiva, apesar disso, reconheço que o papel de médica e preceptora carrega um status de hierarquia social construído culturalmente difícil de contornar.

Vale ressaltar que a pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPA, sob o registro CAAE: 85694424.9.0000.0018, e que os aspectos éticos seguidos estão disponíveis no Apêndice C.

1.3 Estrutura da dissertação

Para apresentar as vivências e os resultados obtidos ao longo desta pesquisa, essa dissertação está dividida em oito capítulos. Após essa introdução, apresento os conceitos que a embasaram a investigação e estruturaram o desenvolvimento do produto educacional, explicitando a evolução da educação médica e a sua relação com a APS. Depois, abordo sobre como o ensino por competências têm ocasionado mudanças na formação médica.

No capítulo seguinte, discuto a respeito da relevância da Comunicação Clínica para a construção de uma boa relação médico-paciente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), contexto central para a proposta de intervenção que orientou esta pesquisa. Assim como discorro sobre práticas avaliativas com potencial para desenvolver essa competência em estudantes de Medicina, com destaque a Avaliação de Múltiplas Fontes.

Para melhor embasar nossa proposta, caracterizamos no Capítulo 4 o lócus de pesquisa, que contempla breve histórico da Faculdade de Medicina da UFPA e o papel do Internato em Medicina de Família e Comunidade, considerando o que é vivenciado nesse cenário, sobretudo no que tange aos processos avaliativos vivenciados pelos discentes durante sua prática profissional no internato na UBS Caiçaua, onde atuo profissionalmente como médica e preceptora.

No Capítulo 5, relato importantes passos metodológicos percorridos, que foram fundamentais para o processo de elaboração e reconfiguração do produto educacional. Para tal, além de descrever a proposta inicial submetida ao Exame de Qualificação, reúno recursos correlatos para avaliação de competências e realizo um aprofundamento sobre avaliação da Comunicação Clínica, incluindo instrumentos e métodos, que contribuíram para as escolhas feitas nas experimentações realizadas.

No capítulo seguinte, descrevo com detalhes essas experimentações práticas realizadas com vistas à elaboração do produto educacional no meu cenário de atuação, durante as quais fiz o uso do PCCP e acionei com diferentes estratégias formativas voltadas ao desenvolvimento da Comunicação Clínica. E, também, relato como foi o uso dos instrumentos de avaliação escolhidos ao longo dessas vivências, envolvendo múltiplos atores. Nesse capítulo, estão minhas considerações como preceptora e pesquisadora, além do entendimento dos alunos, ACS e pacientes.

Ao reconhecer a necessidade de reconfigurar a proposta de produto educacional que resulta desta pesquisa, descrevo no Capítulo 7 o produto educacional elaborado diante das reflexões articuladas aos conceitos teóricos discutidos. O Catálogo “Estratégias formativas em Comunicação Clínica: catálogo para preceptores” é apresentado a partir de sua estrutura, conteúdo, potencialidades e contribuições para o fortalecimento de práticas que favoreçam o desenvolvimento da Comunicação Clínica na formação médica

Encerro a dissertação no Capítulo 8, no qual reúno considerações finais, não com o intuito de concluir, mas para sintetizar os principais aprendizados, reconhecer limitações da pesquisa e indicar caminhos futuros para o que ainda pode ser explorado.

2 ENSINO-APRENDIZAGEM E MEDICINA

Durante a minha graduação, tive um ensino que era chamado de tradicional, aulas expositivas e divisão dos semestres em ciclos básico, clínico e internato. Como Aguiar e Ribeiro (2009) descrevem, a formação médica foi historicamente organizada a partir do contexto do século XX, com um padrão dividido em Ciclo Básico, Ciclo Clínico e Internato. O primeiro se baseia em disciplinas biomédicas, com alta carga de conhecimentos teóricos, que como o nome indica, seriam a “base” para os ciclos seguintes. O Clínico seria voltado ao ensino das patologias, divididos por especialidades focais. Já o Internato se mantém ao longo dos anos como período essencialmente prático.

No entanto, as mesmas autoras criticam o que seriam os conhecimentos “básicos” necessários, pois são normalmente as disciplinas de biologia da célula, anatomia, fisiologia dos sistemas, entre outras, mas poucas vezes inclui a antropologia, psicologia e o estudo da Comunicação social como “básicos” para a formação do médico (Aguiar; Ribeiro, 2009).

Foi possível entender melhor como se desenvolveu esse percurso formativo que vivi a partir do estudo de Almeida Filho (2010), que descreve que em 1910, Abraham Flexner, pesquisador social e educador, publicou um livro de análise e recomendações para o ensino médico nos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá que, posteriormente, seria conhecido como Relatório Flexner. O financiador desse relatório, Henry S. Pritchett, descreveu que a formação médica da época era deficitária e a intenção do estudo era sua melhoria, o que demonstra que, há mais de um século, é a cíclica intenção de reformulação do currículo médico.

O relatório foi um marco na reorganização das escolas médicas e universidades. No Brasil, foi implementado a partir da Reforma Universitária em 1968, promovida pelo Regime Militar, que instituiu mudanças que perduram até os dias atuais (Almeida Filho, 2010). Dentre esses elementos de mudança, pode-se citar a criação de departamentos de disciplinas no lugar das cátedras vitalícias e a divisão do ensino em básico, profissionalizante e o ensino em enfermarias hospitalares, o que daria início aos hospitais universitários. No entanto, hoje reconhece-se que alguns elementos, apesar de progressistas para a época, não sustentam mais a demanda profissional nos dias de hoje (Machado; Wu; Heinzle, 2018).

As disciplinas, ainda que tivessem a intenção de contribuir para a formação de um profissional completo, tinham pouca interação entre si e apenas eram justapostas, bem como o ciclo básico e o clínico. Dessa forma, fragmentava-se o aprendizado e valorizava-se a

especialização focal ao invés de oferecer um ensino generalista (Machado; Wu; Heinzle, 2018).

Apesar desses elementos, Almeida Filho (2010) mostra que o relatório, mesmo na década de 1910, já destacava pontos que hoje entende-se como essenciais para a formação profissional: a importância da prática no ensino médico e a transição do foco individual para uma formação mais social e preventiva.

Desde o fim da II Guerra Mundial, já iniciava o avanço da medicina preventiva nas escolas médicas, de forma que conteúdos até então exclusivos da formação de sanitaristas começaram a ser introduzidos na educação médica (Almeida Filho, 2010).

Na pesquisa de Lima *et al* (2023), foi buscado o projeto pedagógico de 258 escolas médicas e isso revelou que 22,5% delas ainda utilizam matrizes curriculares fragmentadas em disciplinas isoladas e aulas expositivas. Para Pereira e Lajes (2013), ainda há a herança do biologicismo e mecanicismo, não só no ensino, mas na assistência, fruto do caráter científico rígido à Medicina iniciado com o Relatório Flexner. Isso resultou na ênfase dada ao cuidado hospitalar, especialização do conhecimento, medicalização, negação do saber popular e práticas alternativas do cuidado, tendo influenciado outras áreas da saúde como Enfermagem, Nutrição e Odontologia.

Um momento decisivo importante para mudanças de paradigmas na educação médica ocorreu na VIII Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde, e que evidenciou a formação falha dos profissionais de saúde, tanto tecnicamente quanto eticamente do ponto de vista do desenvolvimento de uma consciência social (Pereira e Lajes, 2013).

A Conferência resultou na Declaração de Alma-Ata que definiu como meta ampliar os serviços de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000, por meio do desenvolvimento Atenção Primária em todos os países, abordando o conceito ampliado de saúde. Assim, a saúde passa a ser um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (Brasil, 2002, p. 2) e não apenas a ausência de uma doença.

No Brasil, esses conceitos só foram realmente estabelecidos após dois marcos históricos no país, sendo o primeiro a promulgação da Constituição em 1988 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), inaugurado pelo artigo “saúde é direito de todos e dever do Estado”. O segundo foi a criação do Programa Saúde da Família (posteriormente Estratégia Saúde da Família), em

1994, que operacionalizou o sistema de saúde coordenado pela Atenção Primária¹. Com a transformação do sistema de saúde, o perfil do médico a ser formado também precisava ser revisto, por meio de reformulação da forma e dos conteúdos apresentados, bem como as metodologias para tal. Esse movimento desencadeou diversas políticas de educação médica e saúde pública, segundo Machado, Wuolacq e Heinzle (2018).

Iniciou-se esforços governamentais para a adequação das diretrizes curriculares nacionais, a partir de 2001, tanto para a Graduação em Medicina quanto para outros cursos da área da saúde. A maior mudança nesse período foi a inclusão do Ministério da Saúde, além da Educação, também como responsável pela formação de recursos humanos do SUS, demonstrando assim, uma visão de que a educação médica não era somente uma questão educacional, mas sim uma questão de saúde pública. Treze anos depois, novas diretrizes foram instituídas evidenciando ainda mais a indissociação da educação com a saúde pública, incluindo as Instituições de Ensino Superior (IES) como contribuintes do sistema público de saúde (Machado *et al*, 2021).

Além dos saberes e recursos tecnológicos, as mudanças ao longo do tempo na concepção do processo saúde-doença, de biologicista a biopsicossocial, também orientaram a construção das práticas do ensino médico (Freitas, Ribeiro, Barata, 2018).

Os pontos principais da Diretriz Curricular Nacional mais recente abordam princípios compatíveis com os próprios princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo assim a base da formação a partir de então, com ênfase na integralidade do cuidado, trabalho em equipe e multiprofissional, além de metodologias de ensino inovadoras (Machado *et al*, 2021).

Diante disso, exponho no próximo tópico como esse nível de Atenção à Saúde tem sido cada vez mais importante para o ensino-aprendizagem na Medicina. Além da relevância do tema para a pesquisa.

¹ Em contraste, a Atenção Secundária corresponde a um nível de atenção à saúde com maior densidade tecnológica e atendimento especializado, além de exames complementares e tratamentos mais complexos, como em um ambulatório de especialidades focais (cardiologia, endocrinologia etc.). Já a Atenção Terciária corresponde a maior densidade tecnológica dos três e inclui internação hospitalar, cirurgias complexas e tratamentos intensivos. Nesse nível, abrange hospitais de grande porte e unidades de terapia intensiva (UTI) (Gusso; Lopes; Dias, 2019).

2.1 Atenção Primária à Saúde como elemento estruturante dos Sistemas de Saúde e da Educação Médica

Nesta sessão, destaco a relevância teórica do cenário dessa pesquisa, o ensino em uma Unidade Básica de Saúde, componente da Atenção Primária à Saúde (APS)², que pode ser caracterizada por ser a porta de entrada do cidadão ao seu cuidado em saúde isto é, toda e qualquer situação de saúde ao longo do tempo, com o foco sobre a pessoa e seu bem-estar, não sobre sua enfermidade. Os cidadãos são vinculados a um centro de saúde e são acompanhados longitudinalmente, estimulando o vínculo (Starfield, 1998).

Segundo Fausto e Matta (2007), um dos primeiros registros da utilização da APS como coordenadora dos sistemas de saúde foi em 1920, na Inglaterra. Essa iniciativa influenciou diversos países, incluindo forte repercussão em países mais pobres. O objetivo era ir contra o modelo de cunho curativo, biologicista e individual que gerava altos custos para o governo com baixa resolutividade e construir um sistema pautado em integralidade, prevenção de doenças e um cuidado mais próximo dos indivíduos e famílias.

O registro abaixo descreve algumas características dos serviços da APS, que após mais de 100 anos mantém-se atual:

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (Ministry of Health (Inglaterra), 1920 *apud* Fausto; Matta, 2007, p. 44)

No contexto do Brasil, Fausto e Matta (2007) descrevem que uma das primeiras aproximações com esse modelo assistencial ocorreu nos anos de 1960 a partir de departamentos de Medicina Preventiva, vinculado a escolas médicas, que promoviam integração da formação com o cuidado comunitário. Diversas outras medidas ao longo das décadas contribuíram para a garantia da APS na Constituição Federal de 1988 que estabeleceu como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) as próprias diretrizes da APS:

² A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil estabelece os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS) como termos equivalentes. O último é a forma consagrada nas publicações internacionais. Já o termo Atenção Básica é o mais utilizado no país. Por isso, nesse trabalho escolhi por utilizar ambos como sinônimos, deixando a parte a discussão histórica e conceitual envolvendo os termos.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (Brasil, 1988)

Nos anos de 1990, foram instituídos os Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente tornaram-se as formas de organização da APS no SUS. Como mostram os autores Fausto e Matta (2007, p. 63), “É indiscutível que sua formulação tenha provocado a reestruturação e o fortalecimento das diretrizes da atenção primária no âmbito da política nacional de saúde”.

A PNAB no Brasil (2017, p.1) tem como objetivo considerar “a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural” e define a Atenção Primária à Saúde da seguinte forma, guardando muita semelhança com a descrição inicial:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissionais e dirigida a população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, p. 2).

Por ser o primeiro contato do usuário com o SUS, aborda os problemas mais comuns de uma ampla variedade de condições de saúde dentro de uma comunidade. Oferece prevenção, cura e reabilitação. E por sua atuação ser dentro de território estabelecido, há melhor avaliação dos determinantes de saúde (Starfield, 1998).

No Brasil, conceitualmente a Atenção Primária à Saúde operacionaliza os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que são os Princípios de (1) Universalidade, (2) Equidade, (3) Integralidade, e as Diretrizes de (a) Regionalização e Hierarquização; (b) Territorialização; (c) População Adscrita; (d) Cuidado centrado na pessoa; (e) Resolutividade; (f) Longitudinalidade do cuidado; (g) Coordenação do cuidado; (h) Ordenação da rede; e (i) Participação da comunidade. O Quadro 1 resume cada princípio.

Quadro 1– Princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde

Universalidade	Acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade. Sendo o primeiro contato com o Sistema de Saúde com a promoção de vínculo e acolhimento.
Equidade	Cuidado em saúde com reconhecimento das diferenças e necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais.
Integralidade	Conjunto de serviços que atendem necessidades de várias naturezas, incluindo questões biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças.
Regionalização e Hierarquização	Estabelecimento de fluxos e referências entre as Redes de Atenção a Saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde como ponto de comunicação.
Territorialização	Atuação planejada e descentralizada de ações em saúde com foco em um território específico e nos determinantes da saúde das pessoas que constituem o espaço geográfico definido.
População adscrita	População que está presente no território da UBS com a qual se é responsável e deve ser estimulado vínculo.
Cuidado centrado na pessoa	Ações que de forma singularizada que desenvolvam autonomia para construção do cuidado junto às pessoas de acordo com suas necessidades e potencialidades.
Resolutividade	A Atenção Primária à Saúde deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando também o cuidado com outros pontos da Rede.
Longitudinalidade do cuidado	Continuidade da relação de cuidado e construção de vínculo dos profissionais com os usuários ao longo do tempo, de forma a possibilitar conhecer e considerar, dentro do cuidado em saúde, as histórias de vida das pessoas.
Coordenação do cuidado	Elaboração, acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos das Redes de Atenção a Saúde, sendo responsável pelo cuidado de forma horizontal, contínua e integrada.
Ordenação da rede	Planejamento de ações e programação de serviços de saúde com base nas necessidades encontradas no território.
Participação da comunidade	Estímulo à participação das pessoas e competência cultural no cuidado, para ampliar autonomia das pessoas e coletividades do território.

Fonte: adaptado pela autora com base na PNAB (Brasil, 2017).

Destaco a relevância da Comunicação Clínica em todos os princípios, especialmente presente na relação médico-paciente, vínculo e na centralidade na pessoa. Já em relação ao financiamento da Atenção Primária à Saúde, o modelo que iniciou em maio de 2025 valoriza

os seus princípios e diretrizes, encaminhando níveis diferentes de recursos conforme a vulnerabilidade local, acompanhamento longitudinal, vínculo com a Unidade de Saúde e satisfação das pessoas que utilizam os serviços, demonstrando a importância da avaliação (Brasil, 2024).

Chama atenção o estímulo a participação da comunidade que será convidada a avaliar o atendimento por meio do aplicativo “Meu SUS Digital”. As UBS que tiverem avaliação dos usuários receberão incentivo extra independentemente do resultado da avaliação. Essa medida tem o “objetivo primordial de promover a ampliação da participação dos usuários, visando à qualificação dos serviços de saúde, em consonância com seus interesses e suas necessidades em saúde” (Brasil, 2024, p.2).

Barbara Starfield (2002) mostra diversos estudos relacionando a presença de uma APS mais fortalecida e melhores indicadores da população, além de menos gastos gerais com saúde em diversos países, desde aqueles com maiores rendas e menos desigualdade até os mais pobres e desiguais. Também compara determinantes de saúde com a presença de médicos da APS, visualizado no Quadro 2.

Quadro 2 - Principais determinantes de resultado (mortalidade geral, mortalidade por doença cardíaca, mortalidade por câncer, mortalidade neonatal, duração da vida, baixo peso ao nascer) em 50 estados dos EUA.

Médicos especialistas	Mais: todos os resultados (mortalidade) piores
Médicos de atenção primária	Menos: todos os resultados (mortalidade) piores
Leitos hospitalares	Mais: total (mortalidade) mais alto, doença cardíaca e mortalidade neonatal
Escolaridade	Sem relação
Renda	Mais baixa: maior mortalidade por doença cardíaca e câncer
Desemprego	Mais alto: mortalidade total mais alta, menor duração média de vida, mais casos de baixo peso ao nascer
Urbano	Mortalidade mais baixa (todos os resultados), maior duração média de vida
Poluição	Mortalidade total mais alta
Estilo de vida	Pior: mortalidade total e por câncer mais alta, menor duração média de vida
Minoria	Mortalidade total, maior mortalidade neonatal, maior taxa de baixo peso ao nascer, menor duração média de vida

Fonte: adaptado de Shi (1994) *apud* Starfield (2002)

Assim, Starfield (2002) determina que a APS se mantém como prática chave para um sistema de saúde mais eficaz e eficiente, com mais equidade e satisfação do usuário e menos custos em geral com melhores resultados em saúde. Mesmo em diferentes contextos, com mais

ou menos recursos financeiros, a APS tem a capacidade de adaptar-se e manter esses resultados.

Apesar disso, ainda existem muitos desafios para o alcance da meta instituída em 1978, que determina saúde para todos os povos do mundo na Declaração de Alma-Ata. Dentre esses desafios, está a formação de profissionais da saúde que não se direciona para o desenvolvimento da APS. Ainda existe dificuldade de fixação de profissionais em áreas mais vulneráveis e há uma remuneração menor quando comparada a outras carreiras na saúde. A formação de recursos humanos é uma necessidade central para obter todas as potencialidades que a APS pode fornecer, para tal é preciso qualidade técnica e uma grande quantidade de profissionais treinados em atenção primária (OPAS, 2018).

Starfield (2002) descreve que a influência à superespecialização³ dos profissionais da área da saúde, que é visto em vários países e o aumento e acúmulo significativo de conhecimentos na área levam a fragmentação dos cuidados como forma de conseguir lidar com o volume de informações, incluindo uma tendência a inferioridade do generalista.

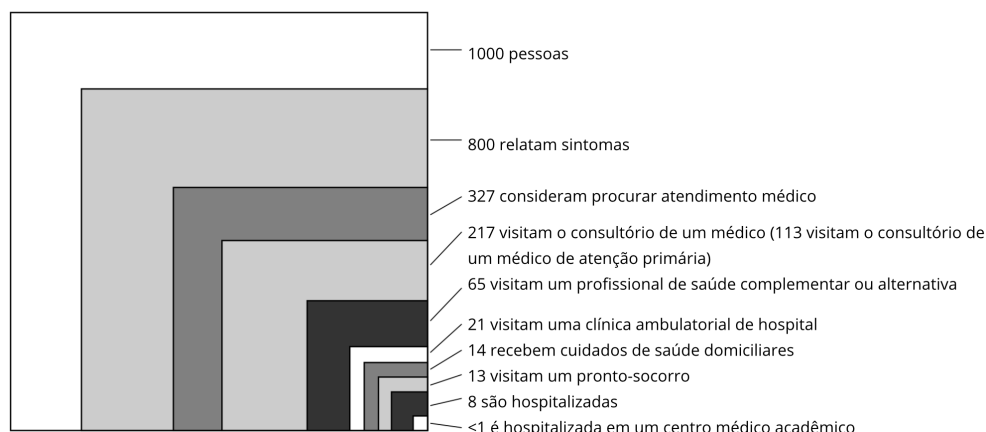
Como mostra Starfield (2002, p. 31) há “um crescente estreitamento de interesses e competências e um enfoque sobre enfermidades ou tipos de enfermidades específicas em vez de sobre a saúde geral das pessoas e comunidades”. A atenção subespecializada, chamada Atenção Secundária, é mais cara e menos acessível. Um grande desafio para a mudança desse paradigma seria o “currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais”.

Mais de vinte anos depois da publicação de Barbara Starfield, ainda percebo dentro da profissão médica, como é abordado de forma pejorativa a formação do Médico de Família e Comunidade ao diminuir o trabalho dentro da APS.

Green e colaboradores (2001) apresentaram um estudo de revisão da ecologia dos serviços e cuidados em saúde que mostrou de que forma a APS, o cuidado especializado focal e a educação médica se relacionam. O estudo incluiu homens, mulheres e crianças e calculou a prevalência de adoecimento mensalmente nessa população residente nos EUA em 1996, como pode ser visualizado na Figura 1.

³ Starfield utilizou o prefixo “super” e nessa dissertação acrescento a palavra “focal” quando falo de especialidades médicas para diferenciar da especialidade de Medicina de Família e Comunidade. Os médicos formados nessa área também devem ser valorizados como especialistas, com foco no cuidado abrangente da pessoa, em contraste ao foco na doença ou em sistemas isolados que outras especialidades médicas possuem.

Figura 1 – Prevalência mensal de adoecimento em uma comunidade e o papel dos vários serviços de saúde.



Fonte: Green *et al*, 2001.

A partir desse estudo, pode-se inferir, de forma indireta, que o ensino médico dentro do hospital universitário está limitado a uma amostra populacional restrita, resultando em uma exposição limitada a um conjunto de enfermidades, quando menos de um em cada 1000 indivíduos foi hospitalizado em um Hospital Universitário. O que traz à tona uma das justificativas às críticas do modelo Flexneriano, centrado em subespecialidades e hospitais citado anteriormente.

Com necessidade de mudança de paradigma dentro da educação médica, o ensino por competências tem sido uma outra forma de olhar para o processo de aprendizagem em diversas áreas. Por isso, debruço sobre o tema no tópico seguinte.

2.2 Currículo por competências

Ao me aprofundar no estudo do ensino por competências, destaco o excerto de Zabala e Arnau (2010) que salientam que o processo de direcionamento de um ensino focado em transmissão de conteúdo para uma abordagem centrada no aluno é um processo lento, mas acreditam que essa mudança de direção seja irreversível. Os autores também creem que o conceito de competências trata sobre uma formação integral e para toda a vida. E que sua adoção pode melhorar o ensino de forma geral para todos.

Como se pode ver em Perrenoud (2002, p.19), competência é definida como

“aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando de uma forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio.”.

Ao reunir, os conceitos de competência no campo educacional, outros autores e instituições, Zabala e Arnau (2010) interpretam o conceito da seguinte forma:

É a capacidade ou habilidade para realizar tarefas ou atuar frente situações diversas, de forma eficaz, em um determinado contexto. É necessário mobilizar atitudes, habilidades e conhecimentos ao mesmo tempo e de forma inter-relacionada. (Zabala; Arnau, 2010, p. 43).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da Graduação em Medicina em 2014 definiram competências contextualizadas ao seu uso dentro do campo da educação médica, e determinam ações esperadas do egresso com base em várias diretrizes para a formação do médico. Já nas novas DCN em 2025, a conceituação permaneceu a mesma, reservando espaço para atualização de quais competências eram esperadas ao egresso do curso. Assim, é exposto:

Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2014, p.4)

O ensino por competências também orientou a construção do currículo médico e as mudanças na concepção do processo saúde-doença ao longo do tempo, que evoluiu de biologicista a biopsicossocial. Muito além dos fatores de mudança já esperados dos saberes científicos, educacionais e dos novos recursos tecnológicos (Freitas; Ribeiro; Barata, 2018).

Na Medicina, segundo Aguiar e Ribeiro (2009), historicamente há muito reconhecimento da expertise profissional, isto é, da experiência prática, incluindo a atuação profissional junto à docência. Essa concepção relaciona-se com o ensino por competências, de forma que estimula a experiência prática do graduando. No entanto, nem sempre se vê essa correspondência dentro dos currículos. Como citam as autoras:

Prevalece a noção de que o conhecimento profissional rigoroso se baseia na racionalidade técnica e que a formação está orientada para solucionar problemas instrumentais pela aplicação da teoria. Porém, os problemas da prática, no mundo real, não se apresentam em recortes bem delineados; ao contrário, os problemas se apresentam como cada vez mais complexos e indeterminados (Aguiar; Ribeiro, 2009, p. 2)

Por ser baseado em competências o currículo deve, portanto, ser orientado pelos resultados do ensino para o perfil de profissional que se deve atingir com base nos papéis sociais a exercer. E para tal, Santos (2011) também pontua que a primeira parte da confecção desse modelo de currículo são esses resultados, seguido dos processos educacionais necessários para

atingi-los, tendo como princípio a aprendizagem centrada no aluno e uma relação não hierárquica com o professor.

Esses princípios orientaram as mudanças nas duas décadas do século XXI no currículo médico e, por meio da organização curricular, o egresso precisa desenvolver a capacidade de articular conhecimentos, habilidades e atitudes. Esses parâmetros modificam todo o ciclo ensino-aprendizagem-avaliação. E, por isso, pressupõe integração de metodologias de ensino-aprendizagem, práticas, contextos e métodos de avaliação orientada para capacitação dos futuros profissionais de saúde (Santos, 2011).

Aguiar e Ribeiro (2009) também criticam os modelos tradicionais de organização curricular ao destacar que é inegável a complexidade, singularidade e imprevisibilidade dos contextos reais, o ensino médico não poderia continuar seguindo os índices dos livros-texto da área. E por isso, a importância dos conceitos teóricos é a aplicação em contexto real. A compreensão da competência sem o contexto estabelecido nega a dimensão social e relacional desse conceito. E como exemplo, as autoras mencionam os *checklists*, como listas de tarefas e subtarefas cuja realização pode ser avaliada totalmente descontextualizada e com uma visão behaviorista.

Dessa forma, Aguiar e Ribeiro (2009) destacam que se deseja ensinar baseado em competências, seu entendimento não pode ser como o desempenho de uma tarefa verificado em um *checklist*, sem o cuidado de contextualizar a mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes. Por isso, competência é algo inferido e precisa ser avaliado a partir de critérios pactuados que podem fazer com que o sujeito se aproprie e transforme sua profissão. E pactuar critérios de avaliação em conjunto também é refletir sobre o que é relevante e o que constitui o conhecimento profissional.

Assim, persiste a ênfase no processo e ao que deve ser ensinado ao despejar sobre os alunos grande volume de conteúdo acreditando que deve ser transmitido todo o conhecimento necessário para a vida profissional por completo, ao invés de “formar profissionais preparados para a constante mudança das bases materiais e cognitivas de seu trabalho, e para enfrentar novas demandas da sociedade” (Aguiar e Ribeiro, 2009, p.3).

Como exemplo dessa ênfase, Franco *et al* (2014) encontraram em 70 planos de ensino de diversas disciplinas de um curso de Medicina que a maioria ainda mantinha foco em conteúdos ao invés dos objetivos e desenvolvimento de competências, ainda que essa fosse a recomendação no país desde 2001. Mesmo os planos que mencionavam competências priorizavam competências que se referiam a saberes tecnicistas. Quase dez anos depois, Lima

et al (2023) ainda encontraram 22,5% de projetos pedagógicos de cursos de Medicina que não mencionam aprendizagem ativa centrada no aluno.

Já quando se fala sobre a relação entre teoria e prática, muitos acreditam que aprendemos uma ideia primeiro e depois somos capazes de aplicá-la. Mas, Aguiar e Ribeiro (2009) relatam estudos sobre aprendizagem de adultos que demonstram que a contextualização de quando se aplica o conhecimento já o transforma, bem como transforma as ideias e os próprios sujeitos. E a cada contexto diferente, mais esse conhecimento se altera. As autoras mencionam ainda a Pirâmide de Miller (1990) (Figura 2) bastante utilizada como base para avaliação de competências dentro da Medicina, que envolve uma estrutura hierarquizada de níveis, sendo a base “Sabe”, caracterizado como conhecimento; acima dela “Sabe como”, sendo a competência; “Demonstra como”, que seria a performance e “Faz”, sendo a ação.

Figura 2 – Pirâmide de Miller.

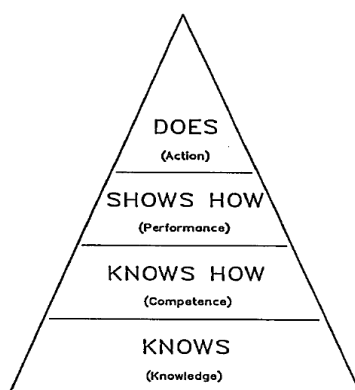


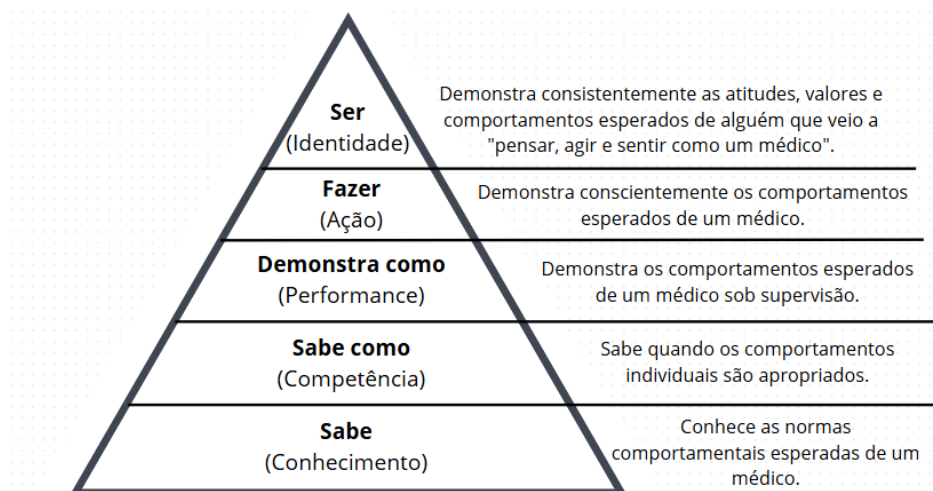
Figure 1. Framework for clinical assessment.

Fonte: Miller, 1990.

Ao mesmo tempo, as autoras também reúnem críticas ao seu modelo, por reforçar graficamente uma hierarquia da base “Saber” como aos conhecimentos necessários para desempenhar ações (o “Fazer”), o que pode distanciar a relação de aquisição de conhecimentos durante as ações (Aguiar; Ribeiro, 2009).

Cruess *et al* (2016) publicaram uma revisão da pirâmide de Miller (Figura 3), apesar de considerarem adequada para o conhecimento da época e reconhecerem o impacto da pirâmide no campo da avaliação na educação médica ao redor do mundo. A sequência de “Saber” até “Fazer” contribuiu para definição de Marcos de Competência (*milestones*) em muitas áreas. No entanto, os autores percebem o crescimento da importância da identidade profissional na formação do médico e a necessidade de atualização congruente.

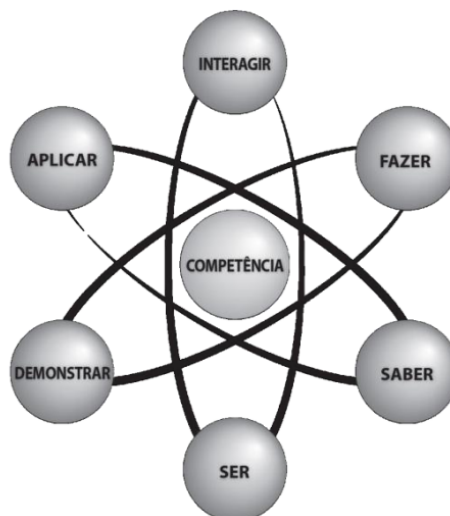
Figura 3 – Versão revisada da Pirâmide de Miller.



Fonte: Cruess et al (2016), tradução livre da autora.

Gotijo, Alvim e Reis (2018) destacam que a pirâmide não é uma boa representação da integração de conhecimentos, habilidades e atitudes e a mobilização desses recursos. Dessa forma, propõem um novo modelo não hierárquico (Figura 4) que represente a complexidade do processo avaliativo na formação médica. Incluem o “Ser”, que compreende a formação ética e o profissionalismo, ainda que este seja um conceito em transformação comumente envolve compromisso e integridade do profissional. “Interagir” também foi incluído para ressaltar a importância das relações na formação do médico.

Figura 4 – Modelo conceitual não hierárquico dos atributos da competência médica.



Fonte: Gotijo, Alvim e Reis (2018).

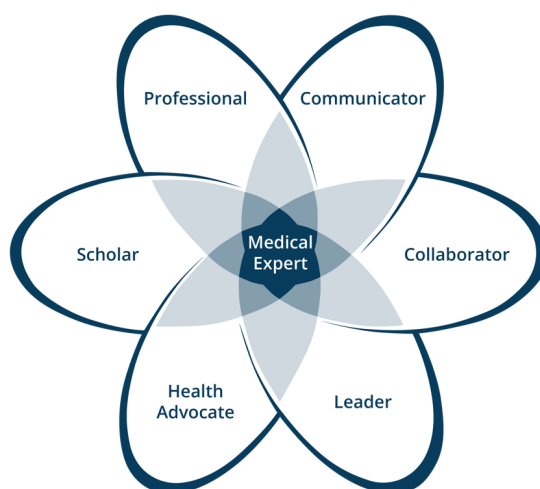
Freitas, Ribeiro e Barata (2014, p.7) ao entrevistarem alunos do último semestre da Graduação em Medicina encontraram que também entre os estudantes existe a ideia de hierarquização na construção de competências, entendendo que “a teoria deve preceder a prática e parecem não perceber que a construção de competência é algo processual, em que ambos os cenários (teoria e prática) contribuem para aquisição diferenciada de competências”.

Como evolução da aprendizagem baseadas em competências, Pereira Junior (2015) conta sobre como estudos seguintes desenvolveram o conceito de Marcos de Competências, ou *Milestones* em inglês. Esse conceito descreve os conhecimentos, habilidades e atitudes, isto é, a estrutura da competência, esperados para cada nível de formação do estudante de Medicina e evidenciam o desenvolvimento progressivo destes.

Diante disso, os Marcos de Competências se expandiram para diversas especialidades e definem em todas as etapas de formação e em todos os níveis uma subcompetência. Ainda segundo Pereira Junior, os “Marcos aumentam a compressão acerca das competências”, pois descrevem-nas de forma mais específica e descreve “as subcompetências como progressões que devem ser demonstradas”. Além disso, podem representar para os alunos da Graduação e Residência médica um roteiro de aprendizagem (Pereira Junior, 2015, p. 29).

Alguns *frameworks* de competências na área de Medicina se tornaram estruturante em diversas instituições nacionais e internacionais, a exemplo do ACGME (EUA) e do CanMEDS, este último que é um quadro desenvolvido no Canadá que descreve competências e as identifica utilizando sete perfis profissionais, em tradução livre, especialista, comunicador, colaborador, líder, acadêmico, profissional e defensor da saúde (Figura 5) (Frank et al, 2015).

Figura 5 - Sete perfis que reúnem as competências esperadas para um médico.



Fonte: Frank et al, 2015

Posteriormente, foi desenvolvido por Olle ten Cate (2019) o termo Atividades Profissionais Confiabilizadoras, ou em inglês *Entrustable Professional Activities* (EPAs). Estas podem ser definidas como responsabilidades ou tarefas que determinam uma boa prática médica a ser realizada entre médico e paciente. Sua aplicação iniciou na pós-graduação em residências médicas e, mais recentemente, incorporou o aprendizado na Graduação em Medicina.

Enquanto os Marcos de Competência descrevem as competências durante a formação profissional, principalmente na pós-graduação, as EPAs são formas de traduzir um conjunto de competências dentro de uma prática profissional. Ten Cate (2013) define que competências são descrições do médico, enquanto as EPAs são descrições do trabalho do médico.

Como resultado objetivo, Ten Cate desenvolveu uma escala que determina em qual nível de supervisão para realização de uma tarefa um aluno está e é uma forma de avaliação de competências nesses alunos (Quadro 3).

Quadro 3 - Escala de atribuição e supervisão de educação médica de graduação e pós-graduação

-
1. Não é permitido praticar a EPA:
 - a. Conhecimento/habilidades inadequadas; não é permitido observar (ex.: ausência de conhecimento sobre biossegurança)
 - b. Conhecimento adequado, algumas habilidades; permitido observar
 2. Permitido praticar EPA somente sob supervisão totalmente proativa:
 - a. Como coatividade com o supervisor,
 - b. Com o supervisor na sala disposto a intervir se necessário
 3. Permitido praticar EPA somente sob supervisão reativa ou solicitação de supervisão:
 - a. Com supervisor imediatamente acessível, com todos os achados e decisões duplamente checados,
 - b. Com supervisor imediatamente acessível, com verificação de achados-chave e decisões duplamente checados,;
 - c. Com supervisor à distância (ex. telefone), com achados e decisões prontamente revisados.
 4. Permitido praticar EPA sem supervisão
 - a. Com monitoramento a distância (ex.: verificar questões do estudante no próximo dia),
 - b. Sem monitoramento
 5. Permitido supervisionar outros em prática de EPA
-

Fonte: Ten Cate, 2019

Utilizei os conceitos das EPAS no caminho inicial desta pesquisa, que podem ser conhecidos no Capítulo 5, no qual explico detalhadamente como eles foram utilizados para a elaboração da proposta submetida ao Exame de Qualificação.

No capítulo seguinte, discuto a respeito da relevância da Comunicação Clínica para a construção de uma boa relação médico-paciente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Além disso, discorro sobre práticas formativas que, por meio da avaliação podem favorecer o desenvolvimento da Comunicação Clínica.

3 COMUNICAÇÃO CLÍNICA

3.1 Motivações para o debate e origens conceituais

“Você não quer fazer o que eu digo. Não posso fazer mais nada”

Essa frase pode parecer muito comum e até mesmo adequada para alguns colegas médicos quando se trata de tratamento de pacientes ambulatoriais. Ao ouvir exemplos semelhantes na graduação, sempre me perguntei se realmente não era possível fazer mais nada. A premissa dessa frase envolve o médico como detentor do conhecimento completo sobre a vida do paciente e, este, passivo deve seguir as “ordens” porque o médico supostamente saberia o que era melhor para ele do que ele mesmo.

Quando iniciei minha carreira como médica dentro da APS, o maior aprendizado prático que tive durante esse período é como a forma como você se comunica com o paciente⁴ pode mudar todo o cuidado de saúde. A Comunicação Clínica “melhoram significativamente a prestação de cuidados de saúde e revelam-se instrumentos poderosos de diagnóstico e tratamento” (Loureiro; Cavaco; Ferreira, 2015, p.2). Segundo Stewart et al (2017), a consulta médica é o encontro de dois especialistas, um especialista na história das doenças, mecanismos fisiopatológicos e o outro especialista em si mesmo, em sua experiência e seu corpo.

Perceber isso e, posteriormente, estudar sobre isso transformou a minha prática, porque entendi que não era suficiente saber medicações, doses e exames, nada disso serviria se não houvesse a construção de uma relação por meio da comunicação.

Balint, médico e psicanalista húngaro, filho de um médico generalista, em 1957 cunhou um conceito que fundamenta sua teoria sobre a relação médico-paciente: o médico como “medicamento”. Isto corresponde a capacidade de influenciar de forma inconsciente o processo de cuidado, em diferentes “doses”, que podem ser terapêuticas ou danosas, tal qual um remédio prescrito. Hoje entende-se também que outros profissionais de saúde também tem a capacidade de interferir na relação terapêutica (Leão, 2025)

Em uma compreensão mais ampla da Comunicação, Peruzzolo (2006) conta que o termo Comunicação, originário do latim *Communicare*, tem um sentido original que remete a “pôr diante de”, “por em comum”, “partilhar”. Em diferentes áreas, esse termo adquire diferentes significados. Na biologia, é a produção de informações necessárias a sobrevivência da espécie

⁴ Autores da área preferem o termo “pessoa”, ao invés de paciente, como uma forma de afastar a ideia de passividade do sujeito e, também, de considerar todos os âmbitos da saúde, não somente o biológico, mas o psicológico e social. No entanto, nesta dissertação uso o termo “paciente” pela consagração do termo, sem ignorar os conceitos que a palavra carrega.

em sua relação com o mundo. Para a computação, é um ato mecanicista de produzir, transmitir e reagir a informações.

No entanto, na sociedade atual, a comunicação se desloca da necessidade de sobrevivência da espécie e adquire uma posição de escolha do indivíduo. Diante disso, Peruzzolo (2006, p. 20, 44) entende que Comunicação é um termo com diversas definições conceituais e muitos autores concordam que comunicar é a uma técnica para a produção de algo, seja “produzir influências, interações, partilhas e trocas”. Nesse sentido, a comunicação é uma relação e que ela “se faz no tempo e no espaço, mas cujo sentido está na relação” dos comunicantes, através de um meio material, que é a mensagem. Portanto é uma ação de busca de interações.

É importante destacar que faz parte da relação de comunicação um pacote de representações: a representação do *eu*, que interpreta as informações recebidas conforme sua experiência e a representação que o sujeito emissor faz do sujeito receptor (Peruzzolo, 2006). Para que haja uma comunicação clínica adequada e, portanto, a construção de uma boa relação, é necessário desconstruir a noção tradicional de representação de que o médico tem uma superioridade hierárquica e comanda essa relação. Assim, deslocando o centro para o paciente.

Adela Cortina (2001) destaca que “é pelo reconhecimento mútuo, na sociedade, que os seres humanos se tornam pessoas” (p.33) e, de forma análoga, acrescento que, com contexto de cuidado em saúde é reconhecendo-se como iguais que pacientes se tornam pessoas.

Sobre a representação do eu, Martino (2010) discorre que a identidade está intrinsecamente associada a comunicação e é construída a partir de narrativas que expõem três perspectivas: a sua visão pessoal, a de quem o observa e aquela da sociedade ao qual se está inserido. A visão pessoal da identidade é reflexo de uma representação de si mesmo com forte influência da memória. Os costumes e experiências adquiridas ao longo da vida associam uma característica de mutabilidade a esta visão.

Já noção de identidade a partir de um observador é produzida e transformada em uma mensagem, sendo o processo de produção a construção desta identidade. A identidade oriunda de um observador pode ter influências culturais e ser com frequência interferida pelas relações de comunicações. Por fim, a visão do meio ao qual se insere possui forte influência dos grupos sociais presentes em nossa sociedade, com influência política, religiosa, cultural, entre outros (Martino, 2010).

Ao visitar conceitos teóricos de diferentes dimensões da Comunicação, destaco que esses conceitos se vinculam de maneira muito apropriada aos estudos da relação médico-

paciente e da comunicação clínica. Iniciado por Ian McWhinney e desenvolvido posteriormente por Moira Stewart e colaboradores (2017), uma abordagem chamada Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) busca dar ênfase a comunicação que apoia a relação de colaboração dentro do cuidado de saúde. Sobre a representação da figura do médico nessa abordagem expõem:

Primeiramente, a noção hierárquica de que o profissional está no comando e de que a pessoa que busca cuidado é passiva não se sustenta nessa abordagem. Para ser centrado na pessoa, o médico precisa ser capaz de dar poder a ela, compartilhar o poder na relação, o que significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos dele.

(Stewart et al, 2017, p. 31).

Na abordagem centrada na pessoa, o primeiro objetivo do médico deve explorar e, também, descobrir *o outro* por meio de uma comunicação efetiva e não somente a doença, mas a saúde e a experiência individual com a enfermidade, de forma a conhecer as suas percepções, sentimentos e ideias sobre o que está acontecendo (Stewart et al., 2017). Nessa descoberta do outro, o significado das mensagens é influenciado tanto por quem a produz quanto quem a recebe. E, portanto, continua Peruzzolo (2006), é impossível separar a informação de quem a interpreta.

Por isso, o primeiro objetivo do MCCP é explorar a saúde, doença e a experiência da doença. Sendo que o conceito de saúde, nesse contexto, parte de “um recurso para viver” e é definida pela percepção da pessoa sobre o que significa saúde. Já a doença é uma “construção teórica, ou abstração, pela qual os médicos tentam explicar os problemas das pessoas em termos de anormalidades [...] de órgãos e tecidos” (Stewart et al, 2017, p. 68)

Por sua vez, os sentimentos, ideias e alterações na funcionalidade de alguém que se sente doente corresponde a experiência da doença e essa é totalmente individual. Sobre a mesma abordagem, Pendleton et al (2011, p.64) escreve que “os pacientes chegam à consulta com “problemas” mais do que com doenças”. Para atingir a compreensão desses três aspectos da pessoa, é necessária uma comunicação efetiva e estabelecer uma boa relação. Sobre o aprendizado de habilidades de comunicação que explora a experiência com a doença, Pendleton et al (2011, p. 96) dispõe:

Se for definido que o aprendiz gostaria de explorar as ideias do paciente sobre seu problema, a primeira tentativa pode ser perguntar "O que você acha que está errado com você?", resultando na resposta previsível "Me diga você, você é o médico". Perguntas mais habilidosas precisam ser ensaiadas com antecedência, "Que pensamentos têm passado na sua cabeça?" O aprendiz precisa ser encorajado a tentar mais de uma vez e a identificar o reforço positivo que os pacientes podem lhe dar. Dessa forma, uma "competência consciente" se desenvolverá.

Além disso, esses conceitos podem ter diferentes associações, como expõem Stewart et al (2017), pessoas com doenças sem sintomas não experienciam a doença. Enquanto outras pessoas podem sentir-se doentes e não estarem. Saúde e doença também podem coexistirem. É importante que o médico identifique isso.

[...] mesmo quando a doença está presente, pode não justificar adequadamente o sofrimento daquela pessoa, pois a proporção do desconforto que sente não se refere apenas à extensão do dano aos tecidos, mas também ao significado pessoal dado à saúde e à experiência da doença.
(Stewart et al, 2017, p.68)

O Segundo componente do MCCP é entender a pessoa como um todo, ao compreender todos os aspectos da sua vida, pessoais, sociais e comunitários e associar isso aos conceitos de saúde, doença e experiência da doença. O terceiro passo é definir o problema, estabelecer objetivos do plano terapêutico e estabelecer o papel de cada um nesse processo. O quarto componente fortalece a relação entre pessoa e o médico, por meio da “compaixão, a empatia, o compartilhamento do poder, a cura e a esperança.” (Stewart et al, 2017, p. 35).

Carrió (2012) também aborda a consulta centrada na pessoa e explica a importância de, intencionalmente, dar espaço para que o paciente se expresse. Sobre isso, menciona um conceito denominado Ocupação verbal. E demonstra que a satisfação do paciente com uma consulta está diretamente relacionada ao tempo ocupado por sua fala. Em razão disso, mesmo realizando consultas longas, profissionais da saúde podem não permitir que o paciente participe ou elabore reflexões sobre sua saúde.

Para além da satisfação do paciente, competência em comunicação clínica também reflete na capacidade de coleta de dados da história e exame físico, resultando em melhora significativa dos diagnósticos e tratamento (Loureiro; Cavaco; Ferreira, 2015). Carrió (2012) também explica que problemas de comunicação complicam diagnósticos, pois dificultam a coleta de dados para elaboração de uma hipótese e, por sua vez, certas situações clínicas, como por exemplo a depressão, complicam a manifestação de outras doenças e da própria comunicação.

Loureiro, Cavaco e Ferreira (2015) citam que muitos estudos têm sido realizados demonstrando a melhora na relação médico-paciente em curto e longo prazo, bem como melhora nos indicadores de saúde de uma população se esta for assistida por profissional de saúde com formação dedicada a comunicação.

Pendleton et al (2011) descreve estudos em que a satisfação dos pacientes com a consulta, que envolvia o receber informações e orientações sobre suas preocupações influenciava nos sintomas e dava mais senso de controle sobre a enfermidade estudada.

Sobre isso, me lembro que certa vez durante o estudo de cefaleias no livro-texto de Neurologia de Nitrini e Bacheschi (2015, p. 305), um trecho marcou tanto em minha memória que ao escrever essa dissertação ele retorna de 2019 para essas páginas para exemplificar como comunicar-se bem também é terapêutico, como descreveu Balint em 1957.

[...] a explicação que o médico oferece a ele [o paciente] também é muito importante. A pergunta “O que o paciente com cefaleia quer do seu médico?” foi feita a 100 paciente e 50 médicos. Estes, em sua maioria, responderam que os doentes buscavam alívio da dor, entretanto, dois terços dos pacientes, na verdade buscavam explicação quanto a sua dor. Muitos deles convivem com dor e, por motivos eventuais, passam a temer ser portadores de um tumor ou aneurisma cerebral. Assim, muitas vezes, a explicação oferecida pelo médico quanto a dor é suficiente para satisfazê-lo; até mesmo independentemente da conduta a ser tomada por ele.

Dada a importância da construção de uma boa relação por meio da comunicação, as novas DCN (2025, p. 7) enfatizam que o perfil do médico egresso deve incluir um “cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, com compreensão ampliada dos determinantes sociais da saúde” que coincidem com os conceitos aqui discutidos, e representam desafios importantes do século XXI, em especial com a incorporação de tecnologias emergentes.

Ainda que exista um senso comum de que a Comunicação Clínica seria uma competência nata que compõe características comportamentais de uma pessoa, na realidade ela pode ser desenvolvida, por meio de conhecimentos, habilidades e mudança atitudinal (Campos, Leão, Dohms, 2021)

Quando descreve as competências esperadas do médico ao finalizar a graduação, as DCN (2025) (Quadro 4) mencionam as competências em comunicação de uma forma muito mais evidente que as diretrizes anteriores (Brasil, 2014).

Quadro 4 – Competências do Graduando que mencionam a comunicação clínica nas DCN 2025.

VIII – [...] demonstrando competências comunicacionais nas dimensões verbal, não verbal e escrita, com ênfase na escuta qualificada, na interpretação e interação respeitosa com indivíduos, famílias e equipes [...].

XII – exercitar a empatia, a escuta qualificada, a comunicação eficaz e a capacidade de trabalho colaborativo, estabelecendo relações respeitosas e construtivas com pacientes, familiares, equipes de saúde e a comunidade, onde a atuação deve ser pautada por uma prática humanizada, centrada na pessoa [...].

§ 6º O graduado deve estar apto para promover o diálogo, a escuta qualificada e a compreensão mútua como fundamentos essenciais da prática clínica [...].

Fonte: Brasil, 2025.

As novas diretrizes, assim como a anterior, reforçam o destaque a conceitos que são comparáveis aos princípios da Medicina de Família e Comunidade. Em especial, a Comunicação, sendo um tema essencial nessa especialidade. Dos livros que estudei para escrever sobre Comunicação Clínica nessa dissertação, todos nasceram de pesquisadores da área de Medicina de Família, sejam nacionais ou internacionais.

Esse assunto está presente na Matriz de Competências na formação desta especialidade (CNRM, 2020), nas Atividades Profissionais Confiabilizadoras (EPAs) que é referência para a formação de Médicos de Família e Comunidade (Cunha et al, 2025) e nos Grupos de Trabalho da Sociedade Brasileira de MFC.

A construção da relação longitudinal entre médico e paciente é o terreno fértil para a aplicação de uma comunicação efetiva que objetiva, entre outras coisas, construir confiança entre esses sujeitos que podem manter uma relação de cuidado em saúde por décadas. Dessa forma, considerando a orientação centrada no indivíduo, família e comunidade que o graduado em Medicina precisa exercer (Brasil, 2025), entendo que a MFC tem muito a contribuir com essa formação.

Apesar de todas os ideais da relação entre Médico de Família e Comunidade com o seu paciente, a formação do graduando dentro desse âmbito tem diversas dificuldades. A integração do estudante dentro das UBS, onde podem vivenciar esses aprendizados, enfrenta subfinanciamento, desorganização, ausência preceptores qualificados e o distanciamento da equipe de saúde (Souza et al, 2025)

Mostrando a relevância do tema, quando se trata dos *frameworks* de ensino por competências mais relevantes dentro da educação médica mundial, o CanMEDS e o ACGME, ambos abordam com destaque competências relacionadas a comunicação como princípios essenciais (*Core Competencies*).

O CanMEDS (Frank et al, 2015), do Canadá, é dividido em perfis (*roles*) com competências principais e específicas, com um nível de desempenho de seis níveis: Entrada para Residência, Transição para Disciplina, Fundamentos da Disciplina, Núcleo da Disciplina, Transição para Prática, Experiência Avançada (tradução livre).

O perfil de Comunicador envolve as seguintes competências principais, tendo o documento norteado original a presença de subcompetências que descrevem cada item aqui listado. (Frank et al, 2015, p. 6, tradução livre):

1. Estabelece relações terapêuticas profissionais com pacientes e suas famílias.
2. Elicita e sintetiza informações precisas e relevantes, incorporando as perspectivas dos pacientes e suas famílias.
3. Compartilha informações e planos de saúde com pacientes e suas famílias.
4. Envolve os pacientes e suas famílias no desenvolvimento de planos que reflitam as necessidades e objetivos de cuidados de saúde do paciente.
5. Documenta e compartilha informações escritas e eletrônicas sobre o encontro médico para otimizar a tomada de decisões clínicas, a segurança do paciente, a confidencialidade e a privacidade.

Já o *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*, dos Estados Unidos da América, define seis áreas que o médico formado precisa desenvolver competência ao longo de sua formação, em cinco níveis de desempenho: Cuidado do Paciente, Conhecimento Médico, Habilidades Interpessoais e de Comunicação, Profissionalismo, Aprendizagem e Aperfeiçoamento Baseados na Prática, Prática Baseada no Sistema (Correa et al, 2025).

Enfatizo como a comunicação e a construção de uma relação estão sempre intrinsicamente ligadas, como Peruzzolo (2006) discutiu em sua obra.

No contexto brasileiro de formação médica, Souza et al (2025) discutem as lacunas na condução de entrevistas clínicas que sejam eficientes dentro da complexidade da APS e aponta que a tradução e validação de instrumentos e guias nesse assunto são importantes, mas é necessário adaptar esse e outros recursos que possam ser utilizados na realidade brasileira.

O desenvolvimento das competências comunicacionais pode ser fortalecido futuramente pela ênfase conferida ao tema pelas novas DCN de Medicina. Para tal, acredito que a utilização de estratégias de avaliação formativa, associadas a processos sistemáticos de feedback, pode contribuir de maneira significativa para o aprimoramento desse tema.

No tópico seguinte, discorro sobre os aspectos teóricos da avaliação dentro do ensino por competências, em especial uma estratégia formativa chamada Avaliação de Múltiplas Fontes ou Feedback 360, e como isso pode contribuir com o desenvolvimento da comunicação clínica.

3.2 Práticas avaliativas potenciais

Quando eu estava na Graduação em Medicina, qualquer avaliação (em sua maioria somativa) era um momento de muita tensão na minha turma. Esse sentimento se repetiu por todos os semestres até o fim do curso. Quando entrei Mestrado, apesar de estar numa turma com pessoas de diferentes áreas de formação, a mesma preocupação diante de uma avaliação

estava presente. Isso se tornou uma preocupação importante quando pensei em fazer o meu produto educacional um processo de avaliação.

Percebo que o processo de avaliação tem uma carga de significados construídos ao longo da nossa vida, dentro e fora da academia. Questionei-me, durante a elaboração da proposta inicial que utilizava a avaliação como estratégia formativa, como o público dessa pesquisa poderia reagir ao serem apresentados a ela: “mais uma avaliação?”. Seria mais uma forma de estarem “errados”, julgados e ser uma fonte de sentimentos ruins? Além da própria avaliação do processo, foi importante trabalhar novos significados para o que eu e os discentes entendemos por avaliação.

A importância de ressignificar o que seria uma avaliação e a falsa dicotomia do certo e errado foram conceitos significativamente trabalhados na disciplina de Criatividade do PPGCIMES. Jo Boaler (2018) contrasta a “Mentalidade de Crescimento” com a “Cultura de Desempenho, na qual os erros não são valorizados – ou pior, são punidos.” (p.12). Estudantes com Mentalidade de Crescimento compreendem que o aprendizado vem com trabalho árduo e com a oportunidade de errar.

Sobre esse tema, as novas Diretrizes do Curso de Medicina (Brasil, 2025, p. 13) também evidenciam esse aspecto destacando a “oportunidade de identificação e análise do erro como instrumento pedagógico de aprimoramento profissional”. Santos (2011) descreve que a avaliação determina um papel central no currículo baseado em competências e não pode ser considerada um simples desfecho com o objetivo de mensuração de resultados, mas sim como uma questão de desenho instrucional e planejado desde o início e considerando o contexto em que é aplicada.

Frente à evolução de conceitos, objetivos, práticas na educação médica, a avaliação precisa evoluir em conjunto, como parte inerente do processo formativo. A avaliação permeia todos os procedimentos, o que corrobora a importância de se estudar e aprimorar a avaliação, especialmente dentro dos contextos de ensino-aprendizagem práticos do período final da Graduação em Medicina.

Dada a relevância da avaliação pro ensino por competências e o uso dela como estratégia formativa, vi a necessidade imperativa de me debruçar nos conceitos teóricos da avaliação dentro do ensino por competências. Também dou ênfase a uma estratégia formativa denominada Avaliação de Múltiplas Fontes ou Feedback 360 que, mesmo após posterior reconfiguração do meu produto segue sendo um elemento importante nessa pesquisa, sendo aplicada por mim no meu contexto de atuação profissional.

Sobre avaliação na educação médica, Schuwirth e Van Der Vleuten (2011, p. 2) demonstram que é necessário que haja avaliação para a aprendizagem ao invés da avaliação da aprendizagem. Os autores defendem avaliações programáticas que unem os dois conceitos e influenciem, de fato, no desenvolvimento de competências de estudantes de medicina.

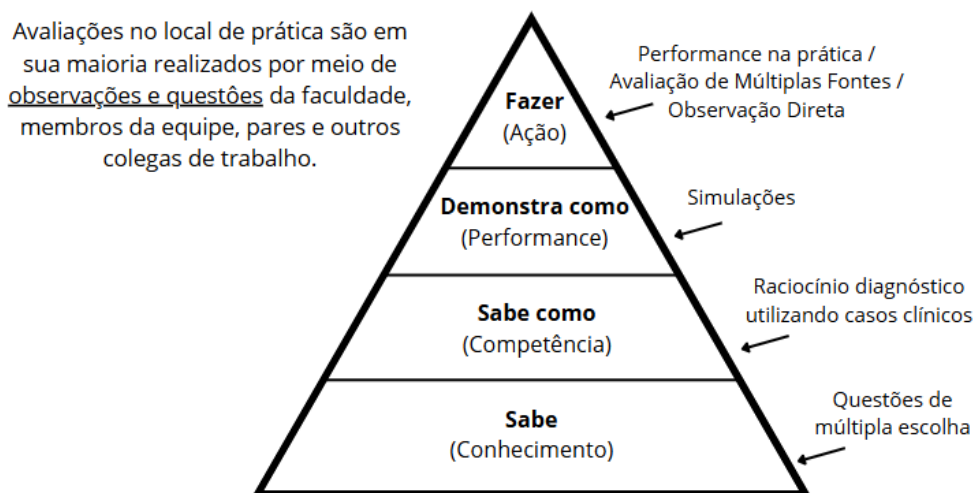
Os autores explicam que a avaliação deve inferir a competência de um aluno que alia conhecimentos, habilidades e atitudes, no momento adequado, para executar uma tarefa da prática clínica. Por isso, a avaliação não pode ser a simples reunião de números em uma média final, pois não reflete a realidade do aprendizado, tampouco a realidade da profissão. Explorando esse conceito, utiliza da seguinte analogia:

Isso pode parecer complexo, mas na verdade não é. Especialmente para aqueles que praticam ou praticaram medicina, a analogia é simples. Nenhum médico converteria as respostas do paciente durante a anamnese em números, calcularia a média e depois somaria essa média à média dos valores laboratoriais para determinar se o paciente está saudável ou não, etc. Em vez disso, ele/ela utiliza as informações relevantes da anamnese, do exame físico, dos resultados laboratoriais, dos laudos anatomopatológicos, etc., para determinar se são necessários diagnósticos adicionais, qual terapia ou conduta iniciar e se o paciente está saudável ou não. Essa é exatamente a relação n:n que sugerimos usar em programas de avaliação.

Para Holmboe e Iobst (2020), uma avaliação válida no contexto da educação médica é uma responsabilidade social entre discentes, docentes, pacientes, instituições e sociedade.

Em documento nacional para orientar os programas de residência dos EUA, os autores retomam a Pirâmide de Miller, de forma ampliada (Figura 6), indicando que apesar dos três primeiros níveis serem importantes focos de avaliação, um programa de residência médica deve focar no último “Does” (faz) e que a avaliação do “Fazer” deve ser realizada primariamente no contexto de prática profissional, por meio de métodos como Observação Direta e Avaliação de Múltiplas Fontes (Holmboe; Iobst, 2020).

Figura 6 – Tipos de avaliação conforme os níveis da Pirâmide de Miller.



Fonte: Holmboe; Iobst, 2020, tradução livre da autora.

Quando observar o “Fazer” e/ou o “Ser” é importante na formação de novos médicos, os métodos de avaliação devem contextualizados e serem planejados para esse fim. Nesse cenário, surge o termo Avaliação no Local de Trabalho ou Local de Prática (em inglês, *Workplace Based Assessment* – WBA). Esse tipo de avaliação reúne estratégias diversas, como discussão baseada em casos clínicos, avaliação de múltiplas fontes e observação direta da performance com instrumentos específicos (Oliveira et al, 2022).

3.2.1 Avaliação de Múltiplas Fontes

A Avaliação de Múltiplas Fontes (AMF) ou *feedback* 360 graus, é um tipo de avaliação de desempenho essencialmente formativa. O seu objetivo é estimular a reflexão do indivíduo avaliado sobre sua própria performance e ser utilizado como base para aprimoramento profissional (Lockyer; Sargeant, 2022).

Esse tipo de avaliação é difundido na área da psicologia organizacional, principalmente a partir dos anos de 1990 (Moreno; dos Santos; Pais, 2021). Iniciou no ramo da indústria para avaliar competência em trabalhadores. Após perceber-se que a avaliação de um único supervisor era muito restrita (Donnon *et al*, 2014).

A AMF nesse contexto busca avaliar um trabalhador informando-o sobre os resultados posteriormente. As fontes nesse caso podem ser subordinados, pares e supervisores, incluindo também a autoavaliação, além de clientes ou pacientes (Moreno; dos Santos; Pais, 2021)

Já dentro da área da saúde, segundo Donnon *et al* (2014) é uma ferramenta muito utilizada na América do Norte e na Europa entre as mais diversas especialidades. Holmboe e Iobst (2020) explicitam que os instrumentos de mensuração na área devem ser preenchidos tanto pela equipe de saúde e pares que interagem com o aluno, como pacientes e famílias, de forma a avaliar suas experiências.

Lockyer e Sargeant (2022) explicam a AMF praticada pelo *Medical Council of Canada* sendo composto por quatro estágios:

- (1) aqueles que interagem com o indivíduo fornecem informações sobre o comportamento deste no ambiente profissional e os dados são coletados, incluindo sua autoavaliação;
 - (2) essas informações são agregadas de forma confidencial;
 - (3) a análise dos dados é entregue ao indivíduo em um relatório;
 - (4) o indivíduo avaliado desenvolve um plano de ação ao lado de alguém de confiança que o ajuda a revisar as informações.
- (Lockyer e Sargeant (2022, p. 7, tradução livre)

O *Medical Council of Canada* estruturou o uso da AMF em diretrizes nacionais para uso de uma ferramenta chamada MCC 360, específica para avaliação de médicos residentes. A instituição explicita as quatro etapas dentro desse contexto. A coleta de dados da autoavaliação, avaliação dos pares e supervisores e pacientes são integradas com os mesmos temas. Consiste em 30 itens que abordam três dos papéis do *framework* de competências canadense, chamado CanMEDS, colaborador, comunicador e profissional (Lockyer; Sargeant, 2022).

Os itens da pesquisa são classificados por uma escala de cinco pontos que vão de discordo totalmente para concordo totalmente, incluindo um ponto "neutro" no qual o avaliador não concorda nem discorda. Há também uma opção "incapaz de avaliar" para casos em que a pessoa não tem as informações necessárias. Além disso, todas as pesquisas oferecem uma oportunidade para comentários em texto livre. Os entrevistados são solicitados a descrever uma coisa que o médico faz particularmente bem e uma coisa que eles acham que poderia ser feita melhor (Lockyer; Sargeant, 2022).

Os médicos que serão avaliados podem escolher quem serão seus avaliadores dentro do serviço em que atuam, assim podem indicar quem os acompanhou por tempo suficiente para avaliar seu trabalho. Os médicos são orientados a escolher avaliadores que podem fornecer visões diferentes sobre seu desempenho, visando o propósito formativo (Lockyer; Sargeant, 2022).

Os dados coletados são agregados em forma de um relatório, promovendo a confidencialidade das informações, que inclui gráficos, médias, comparações, comentários livres e orientações de como ler o relatório. Também são fornecidos comentários na íntegra,

para os quais os avaliadores são orientados a fornecer *feedback* útil e específico (Lockyer; Sargeant, 2022).

Segundo Souza (2024, p.21), outros autores recomendam que o preceptor que irá comunicar o resumo das avaliações realize a função de omitir “fragmentos passionais, restritivos, vexatórios ou não construtivos”.

Como último passo, os autores das diretrizes do MCC 360 explicam que os médicos devem encontrar-se com um facilitador ou um indivíduo de confiança, que pode ser um supervisor ou colega, para refletirem em conjunto sobre o relatório, identificar oportunidades de melhoria e co-desenvolver um plano de ação. Orienta-se que seja um plano de ação com metas nos próximos seis a 12 meses (Lockyer; Sargeant, 2022).

As diretrizes também fornecem uma sugestão de perguntas norteadoras para o plano de ação, que envolvem:

- Descreva uma mudança específica e observável que você pretende fazer como resultado do *feedback*. Qual é sua meta?
 - Como você e seus pacientes se beneficiarão dessa mudança?
 - Quais ações específicas você precisa tomar? Quais recursos você precisará? Que aprendizado você precisará realizar? Quem você envolverá no trabalho?
 - Quando você começará? Quando você espera ver resultados?
 - O que atrapalhará a realização da mudança? Como você superará isso? Quais fatores o ajudarão?
 - Como você medirá o sucesso? O que lhe dirá que você atingiu sua meta?
- (Lockyer; Sargeant, 2022, p.9, tradução livre).

A AMF é considerada uma das maneiras mais efetivas de se avaliar o profissionalismo médico e o cuidado centrado no paciente, bem como habilidades interpessoais e de comunicação. Mas é especialmente importante para avaliação das habilidades de trabalho em equipe (Holmboe; Iobst, 2020).

Segundo os autores, exceto por um incidente importante ou deficiências claras que se mostram na presença do supervisor, médicos em geral não são bons avaliadores de um comportamento profissional do estudante, ainda que existam diversas ferramentas para tal (Holmboe; Iobst, 2020).

Estudos mostram que, em geral, avaliações de médicos e de enfermeiros de um mesmo estudante não se correlacionam. Mas o nível de classificação da AMF tem sido relacionado com reclamações de pacientes e denúncias de negligência (Holmboe; Iobst, 2020).

Enquanto diferentes fontes podem focar em diferentes características do avaliado, o relatório da AMF promove uma avaliação mais completa e compreensível. Isso pode contribuir

para que o médico “monitore, desenvolva, mantenha e melhore sua competência” (Donnon *et al*, 2014, p.2)

Donnon *et al* (2014) conclui que a maioria dos instrumentos estudados em revisão sistemática exigiu um mínimo de oito colegas médicos, oito colegas de trabalho de outras áreas e 25 pacientes para atingir confiabilidade e generalização adequadas.

Já Holmboe e Iobst (2020) se referem a estudos antigos que indicam a necessidade de 45 respostas de pacientes para uma avaliação confiável. Mas reconhece a dificuldade de alcançar esses números para avaliação de residentes e para estes, outros estudos sugerem números mais baixos, 20-40 respostas, para os pós-graduandos.

Uma avaliação, como diz Russel e Airasian (2014), que reúne informações com confiabilidade ou consistência é aquela que consegue demonstrar informações típicas do comportamento de um aluno. Os autores citam o exemplo de uma balança: se nos pesarmos duas vezes na mesma balança, esperaríamos que o resultado fosse igual nos dois momentos. Caso sejam diferentes, normalmente não confiaríamos na informação fornecida pela balança.

Coletar diversas informações sobre o comportamento ou desempenho aumenta a confiabilidade das informações de avaliação, no entanto, não há aquela totalmente confiável e sim em graus, continuam os autores:

Nenhuma informação de avaliação sozinha fornece mais do que uma amostra limitada do comportamento de um estudante, [por isso] não se pode esperar que nenhum [...] instrumento de avaliação forneça informações perfeitas e sem erros. Alguns tipos de informações de avaliação são mais confiáveis que outros. (Russel; Airasian, 2014, p. 28-29)

Em revisão de diversos trabalhos avaliando as características da AMF, Donnon *et al* (2014) concluíram que quando o instrumento inclui a autoavaliação, dos pares, colegas de trabalho e pacientes abordando vários domínios, além de confiável, esse tipo de avaliação também se mostrou válido, viável e passível de generalização.

Russel e Airasian (2014) descrevem como a generalização de uma avaliação é importante para tomada de decisões. Em geral, os avaliadores fazem generalizações a partir de amostras de desempenho e comportamento de um aluno. Essas generalizações acontecem o tempo inteiro, informal e formalmente.

Um professor pode observar alguns comportamentos de um aluno na sala de aula e inferir que “ele é desmotivado”, por exemplo. Avaliações formais também são observações de amostras que produzem inferências. A lógica é de que aquele aluno que acerta todas as questões

provavelmente se sairá bem em questões semelhantes em prova ou outros contextos (Russel; Airasian, 2014).

Donnon *et al* (2014) também encontraram validade entre as avaliações dentro da AMF e entre a AMF e outros instrumentos de avaliação. Para Russel e Airasian (2014), a validade de uma avaliação é a característica mais importante, pois ajuda o professor a tomar decisões adequadas, o que é o fim de qualquer avaliação.

“A validade está relacionada à relevância das informações coletadas para a decisão que precisa ser tomada” e “sem ela, a decisão pode ser inadequada ou até prejudicial.”. Por exemplo, avaliar quantos irmãos um aluno tem e a partir dessa informação decidir em qual grupo irá ficar. Quanto mais irmãos, mais avançado o grupo. Por mais confiáveis que as informações sobre os irmãos sejam, essa decisão não será válida (Russel; Airasian, 2014, p. 26).

Holmboe e Iobst (2020, p. 36) abordam a viabilidade da AMF que necessita de um certo esforço e coordenação em um estágio longitudinal ou cenário específico onde possam ser realizadas as avaliações pela equipe de saúde. Em relação a aceitação, o AMF pode ser “útil e impactante” se usado corretamente. Sobre isso adiciona:

Pesquisas mostraram que a eficácia da AMF para o desenvolvimento profissional requer que o receptor do *feedback* analise os resultados com um mentor, consultor ou colega de confiança. Essa conversa sobre os resultados permite a criação de sentido para o aluno e a criação de um plano de aprendizagem individualizado mais eficaz. A comparação das percepções dos alunos sobre si mesmos em comparação com as opiniões de outros pode desencadear uma introspecção e mudança significativas se os resultados forem diferentes (Holmboe; Iobst, 2020, p.36, tradução livre da autora).

Para Van der Vleuten (1996), a ausência de quaisquer dos seguintes elementos, confiabilidade, validade, aceitabilidade, impacto educacional e custo, a utilidade de um instrumento de avaliação será zero.

Sob a ótica da psicologia organizacional, a *Harvard Business School* fornece algumas orientações valiosas que podem ser usadas em vários contextos, inclusive da saúde, para um bom funcionamento da AMF. E inicia pela escolha do que mensurar, que deve ser comprovadamente relevante para desempenho e não sobre o que *se acredita* ser relevante. (Zenger; Folkman, 2012, grifo da autora)

Também vale a pena dedicar um tempo para explicar de forma adequada, para todos os participantes, o que estão fazendo e o resultado disso. Bem como deixar claro que não haverá violação de confidencialidade. É importante que a pesquisa não necessite de mais de 20 minutos para ser concluída, para evitar fadiga e mau preenchimento (Zenger; Folkman, 2012). O que é

essencialmente importante no contexto de avaliação durante a prática de alunos em serviços de saúde.

A apresentação dos resultados em um relatório final deve ser feita de forma compreensível e construtiva para que se possa criar um plano pessoal de desenvolvimento (Zenger; Folkman, 2012).

Muito difundida ao redor do mundo, tanto no campo empresarial e organizacional e aplicada a avaliação de médicos, no Brasil também existe registro de experiências de AMF na educação médica. A partir desse ponto, narro experiências de uso de AMF nesse contexto.

Souza (2024) analisa a ferramenta utilizada pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP – RS) para avaliação de residentes de Medicina de Saúde da Família, elaborada com base em questionários validados em língua inglesa. No sistema de avaliação estudado, busca-se entre 8-15 avaliadores, entre componentes da equipe de saúde e pacientes. Os itens correspondentes as duas categorias encontram-se na Quadro 5.

Quadro 5 – Instrumento de avaliação da ESP – RS.

Avaliação 360 graus – Cidadão usuário
Por favor, escolher uma nota de 0 a 5 ao residente em cada quesito abaixo: 0= Nunca, 1= Raramente, 2= Algumas vezes, 3= Muitas vezes, 4= Quase sempre, 5= Sempre e X= Não sei)
1. O profissional foi educado, atencioso e respeitoso
2. Falou comigo sem eu me sentir inferior a ela(e)
3. Me senti livre e estimulada(o) a fazer perguntas ou tirar minhas dúvidas
4. Me senti ouvida(o)/compreendida(o) quanto às minhas preocupações e meus problemas
5. Compreendi e consenti com as orientações recebidas
6. O que foi bom? O que poderia ser melhor? Comentários adicionais
Avaliação 360 graus - Equipe
1. É discreto e respeita a ética do ambiente de trabalho
2. Mostra-se paciente e espera o momento mais adequado de agir com a equipe e paciente
3. Participa de forma apropriada e eficaz em diálogos com a equipe de saúde no formato de interconsulta ou consulta conjunta
4. Se mostra solícito (disponível) e buscando acrescentar/somar.
5. Consigo compartilhar minhas ideias voltadas aos pacientes e à comunidade
6. Se expressa (verbalmente, expressão corporal e no registro em prontuário) com clareza, concisão e em momentos adequados com colegas de trabalho da equipe e pacientes
7. Se comporta com tentativas de prevenir, negociar ou resolver conflitos entre profissionais de saúde
8. Se mostra responsável, entusiasmado e motivado
9. Demonstra integridade, honestidade, empatia e respeito pelos demais
10. O que foi bom? O que poderia ser melhor? Tem comentários adicionais, contribuições sobre as questões acima

Fonte: Souza, 2024. Fornecido pela ESP – RS.

O preceptor não tem questionário específico, mas tem critérios avaliativos. Ele é responsável por coletar e organizar os dados, além de fornecer devolutiva ao médico residente. Dentre as funções do preceptor, este deve coletar a autoavaliação dos residentes, selecionar

relatos e entendimentos em conjunto com o discente. Por fim, estimula a reflexão e nova autoavaliação para então, construir pactuações para a melhoria do aprendizado.

Outra experiência encontrada de AMF foi desenvolvida por Sousa (2015) para residentes e clínica médica e cardiologia em Natal, Rio Grande do Norte. Os médicos estudantes eram avaliados por o instrumento Mini-CEx e acrescido de avaliação referentes à atitudes adaptados de Tariq, Motiwala e Sajjad (2014), ambos consistindo em graduações de 1 a 9 (Quadro 6). Junto da avaliação objetiva por instrumentos, realizou-se *feedback* pelo preceptor e equipe de saúde.

Quadro 6 – Instrumento de avaliação com base no Mini-CEx e avaliação de atitudes.

Itens (Mini-CEX)	Insatisfatório	Satisfatório	Superior	Não avaliado
1. Anamnese	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
2. Exame Físico	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
3.Habilidades Clínicas (procedimentos)	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
4.Raciocínio Clínico	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
5.Humanismo/Ética e Profissionalismo	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
6.Explicações e orientações ao paciente	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
7.Organização/eficiência	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
8.Competência Profissional Global	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
Atitude (Tariq; Motiwala; Saijad, 2014)				
Compaixão e respeito	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
Comunicação e atitudes em relação aos pacientes e suas famílias	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
Comunicação e atitudes em relação aos pacientes e suas famílias	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
Comunicação e relacionamento com a equipe Multiprofissional	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
Trabalho em equipe	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	
Pontualidade e Disponibilidade	1 / 2 / 3	4 / 5 / 6	7 / 8 / 9	

Fonte: Sousa, 2015.

Já a avaliação por pacientes (Quadro 7), pares e sua autoavaliação (Quadro 8) foi realizada por meio de instrumentos adaptados da *American Board of Internal Medicine* (ABIM), apesar de não validados em português, seguem os mesmos princípios de graduação de 1 a 9 (Sousa, 2015).

Ao final, os pares poderiam dissertar a partir das frases “Destaque o melhor aspecto do colega, enquanto médico residente” e “Destaque um aspecto do colega que precisa ser melhorado pelo mesmo, enquanto médico residente” (Sousa, 2015).

Quadro 7 – Questionários de avaliações para pacientes baseados na ABIM.

Instrumento utilizado por Sousa, 2015.	Instrumento utilizado por Fabricio <i>et al</i> , 2020
Fala tudo para você sobre sua doença (dá as informações sobre a sua doença)/ E verdadeiro/ aberto e franco/ não esconde coisas que você deveria saber.	Ele/ela informa você sobre sua doença?

Cumprimenta calorosamente/ Chama pelo seu nome / é gentil/ Não é grosseiro ou rude	Ele/ela o chama pelo seu nome gentilmente?
Trata você no mesmo nível / não trata como criança	Ele/ela o trata gentilmente?
Deixa você contar sua história/ Escuta o que você fala/Não te interrompe quando você fala	Ele/ela escuta o que você diz?
Mostra interesse em você como pessoa? / Não fica chateado quando você está falando	Ele/ela está interessado/a em você como pessoa?
Tem o cuidado de falar o que vai fazer quando está examinando e fala o que encontrou após terminar de examinar?	Ele/ela explica o que vai acontecer e diz o que foi encontrado após a conclusão dos exames?
Conversa sobre possibilidades de tratamento?/ Pergunta sua opinião / Permite que você decida sobre as possibilidades de exames e tratamento?	Ele/ela fala sobre possibilidades de tratamento?
Estimula você a fazer perguntas? / Responde suas perguntas de um modo que você entende?/ nunca evita suas perguntas?	Ele/ela o incentiva a fazer perguntas?
Usa palavras que você possa entender quando explica sobre sua doença e o tratamento?/Explica qualquer termo médico na sua linguagem?	Ele/ela usa palavras que você pode entender?
Mostra-se disponível para novas explicações ou ajudar em outros momentos?	Ele/ela está sempre disponível para ajudar?

Fonte: Sousa, 2015

Quadro 8 – Descrição dos critérios de avaliação para autoavaliação e avaliação dos pares.

- 1. Respeito:** O empenho pessoal para honrar as escolhas e direitos das outras pessoas, especialmente em relação à equipe de trabalho
- 2. Conhecimento Médico:** Adequado entendimento teórico com integração à prática clínica
- 3. Manejo no atendimento ambulatorial:** Capacidade de diagnosticar e tratar pacientes ambulatoriais realizando um atendimento global.
- 4. Integridade:** Compromisso com a honestidade e confiança na avaliação e demonstração das competências e habilidades
- 5. Aspectos Psicossociais da doença:** Reconhecer e é sensível aos aspectos psicossociais do paciente e sua doença
- 6. Manejo de múltiplos problemas complexos:** Capacidade e habilidade de cuidar de pacientes com múltiplos problemas
- 7. Compaixão:** Acolhe, ajuda e conforta os paciente e familiares.
- 8. Responsabilidade:** Responsabilidade pelas suas ações (Não culpa pacientes ou outros membros da equipe)
- 9. Manejo de pacientes hospitalizados:** Capacidade de diagnosticar, tratar e gerenciar ações para o melhor atendimento aos pacientes internados. Está atento às questões de biossegurança.
- 10. Resolução de problemas:** Avaliar criticamente informações, riscos e benefícios; Identifica questões importantes ou tomar decisões oportunas
- 11. Habilidades:** Desempenha com habilidade anamnese, exame físico e procedimentos.
- 12. Competências gerais:** Avaliação global do colega de residência
- 13. Relacionamento com a equipe de saúde:** Trata com respeito e igualdade todos os membros da equipe envolvida diretamente ou indiretamente com a atenção ao paciente. Reconhece os aspectos positivos dos membros da equipe e discute sobre o que precisa ser melhorado

Fonte: Sousa, 2015

Um dos passos importantes do trabalho de Sousa (2015) foi capacitar a equipe para utilização do Mini-CEX. Mas de 24 residentes, apenas quatro conseguiram finalizar a “avaliação 360 graus”. E uma das limitações do estudo foi não ter conseguido analisar essas avaliações e por isso não descreve a experiência vivida por cada médico avaliado.

Fernandes *et al* (2012) ao versarem sobre o desenvolvimento do Currículo por Competências na residência de Anestesiologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará descrevem os tipos de avaliação.

Dentre eles está a Avaliação de Múltiplas Fontes, aplicada semestralmente e respondidos por “um cirurgião e uma enfermeira do centro cirúrgico, a secretária do serviço de Anestesiologia, uma técnica de enfermagem da anestesia, a médica intensivista chefe da UTI pós-operatória e uma enfermeira da UTI pós-operatória. Os itens do instrumento para avaliação 360° sofrem alterações de acordo com o avaliador” (Fernandes *et al*, 2012, p. 133).

Apesar de mencionar a avaliação, não descrevem quais são os instrumentos utilizados. Também é possível identificar que não há participação de pacientes, pares ou da autoavaliação.

Em outro uso da AMF, Fabricio *et al* (2020) no Rio Grande do Norte, em um estudo piloto, implementaram o instrumento com residentes de ginecologia e obstetrícia. Médicos e enfermeiros avaliavam por meio do Mini-Cex. A avaliação dos pares e a autoavaliação eram feitos por meio do instrumento da ABIM, de forma mais sucinta, como consta na Tabela 7.

No estado do Pará, Bastos (2019) aplicou a AMF em um programa de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia com 15 médicos estudantes na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, com o objetivo de construir um guia para implementação desse tipo de avaliação. Os preceptores também utilizaram o Mini-CEX para avaliação dos residentes, e os demais (próprio residente, pares e pacientes) utilizaram os instrumentos da ABIM, tal qual Sousa (2015).

Em todas as experiências que citei com uso da AMF no Brasil, as análises das avaliações se restringiram a dados unicamente quantitativos, comparando a média de avaliação entre as fontes. Nenhum dos trabalhos avaliou o impacto ou as subjetividades do uso da ferramenta no processo de ensino-aprendizagem. Friso esse aspecto, dada à importância do entendimento dessas experiências para a configuração de nossa proposta de pesquisa, que parte de um olhar necessariamente qualitativo e voltado à valorização de vivências avaliativas individuais e múltiplas para o desenvolvimento da competência da Comunicação Clínica.

Para melhor embasar nossa proposta, caracterizo no capítulo a seguir o *lôcus* de pesquisa, que contempla breve histórico da Faculdade de Medicina da UFPA e o papel do Internato em Medicina de Família e Comunidade, considerando o que é vivenciado nesse cenário, sobretudo no que tange aos processos avaliativos vivenciados pelos discentes durante sua prática profissional no internato na UBS Caiçaua, onde atuo profissionalmente como médica e preceptora.

4 LÓCUS DA PESQUISA

4.1 Breve histórico da formação em Medicina da Universidade Federal do Pará

A história da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará (FAMED UFPA) envolve a própria história do ensino médico no Brasil. Fundada em nove de janeiro de 1919, na cidade de Belém, essa foi a sétima escola médica criada no país, pela carência de médicos na Amazônia durante o período da Gripe Espanhola. Foi federalizada e constituiu o núcleo formador da Universidade Federal do Pará em 1957 (UFPA, 2024).

Ao longo de mais de cem anos, mais de 9.000 médicos e médicas são egressos da FAMED em Belém, assim como eu. Anualmente, abre 152 novas vagas de ampla concorrência e de ações afirmativas, sendo a maior quantidade de vagas disponibilizadas para o curso no Estado, demonstrando a contribuição na formação de médicos no Pará. Também é um dos cursos de medicina do país que mais oferta vagas anuais. Em 2017, o curso foi aberto também no Campus Altamira (UFPA, 2024).

A relação candidatos/vaga costuma ser uma das maiores da UFPA em Belém e os últimos dados disponíveis do processo seletivo de 2024, realizado em 2023, mostra uma concorrência de 112 candidatos por vaga, com variação dessa relação nas vagas reservadas para ações afirmativas, como mostra a Figura 7 abaixo retirada do site do Centro de Processos Seletivos (CEPS) da UFPA.

Figura 7 – Relação candidatos por vagas para cada grupo de concorrência para o curso de Medicina na UFPA Belém.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ											26-01-2024		
PROCESSO SELETIVO 2024											Página: 10		
DEMANDA DE CANDIDATOS POR GRUPO DE VAGAS													
Curso			A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
107	MEDICINA (BAC/EXT/INTEGRAL/ENTRADA 1/2) BELEM		Vagas	74	2	6	2	26	4	6	2	26	4
			Inscritos	8288	205	4722	137	1756	53	2586	83	1080	38
			Demanda	112.0	102.5	787.0	68.5	67.54	13.25	431.0	41.5	41.54	9.5
*Participam do grupo de concorrência A: Todos os grupos de inscrição													
*Participam do grupo de concorrência B: Grupos 2, 4, 6, 8 e 10													
*Participam do grupo de concorrência C: Grupos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10													
*Participam do grupo de concorrência D: Grupos 4, 6, 8 e 10													
*Participam do grupo de concorrência E: Grupos 5, 6, 9 e 10													
*Participam do grupo de concorrência F: Grupos 6 e 10													
*Participam do grupo de concorrência G: Grupos 7, 8, 9 e 10													
*Participam do grupo de concorrência H: Grupos 8 e 10													
*Participam do grupo de concorrência I: Grupos 9 e 10													
*Participam do grupo de concorrência J: Grupo 10													
*Nos casos em que não houve candidatos(as) inscritos(as) estas vagas serão ocupadas por candidatos(as) que optaram por outros grupos de inscrição obedecendo a ordem presente no edital deste processo seletivo.													
GRUPO DE CONCORRÊNCIA													
A: Vagas Ampla Concorrência			B: Vagas PCD			C: Vagas Escola			D: Vagas Escola PCD			E: Vagas Escola PPI	
F: Vagas Escola PPI PCD			G: Vagas Escola Renda			H: Vagas Escola Renda PCD			I: Vagas Escola Renda PPI			J: Vagas Escola Renda PPI PCD	
GRUPOS DE INSCRIÇÃO													
1: Candidatos(as) que cursaram parte ou todo o ensino médio em escola privada, com ou sem bolsa.			2: Candidatos(as) que cursaram parte ou todo o ensino médio em escola privada, com ou sem bolsa, e que são PCD.			3: Candidatos(as) que atendem os requisitos da Cota Escola.			4: Candidatos(as) que atendem os requisitos da Cota Escola e que são PCD.			5: Candidatos(as) que atendem os requisitos da Cota Escola/PPI.	
6: Candidatos(as) que atendem os requisitos da Cota Escola/PPI/PCD.			7: Candidatos(as) que atendem os requisitos da Cota Escola/Renda.			8: Candidatos(as) que atendem os requisitos da Cota Escola/Renda/PCD.			9: Candidatos(as) que atendem os requisitos da Cota Escola/Renda/PPI.			10: Candidatos(as) que atendem os requisitos da Cota Escola/Renda/PPI/PCD.	

Fonte: CEPS UFPA.

A FAMED UFPA carrega em sua estrutura física os princípios de especialização e fragmentação médica adotados no passado, com dois hospitais universitários, Hospital Universitário João de Barros Barreto e Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza e o Centro de Atenção da Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) que é um centro de ambulatório de subespecialidades médicas em Pediatria e Ginecologia, como Alergologia pediátrica, Cardiopediatria, Reumatologia pediátrica e Mastologia (UFPA, 2024).

Os esforços de adaptação do currículo para ter a Atenção Primária à Saúde como estruturante datam de 2009 e se mantêm através do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) que garantiu acesso a todos os estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde do Distrito DAGUA. O DAGUA é uma divisão administrativa do município de Belém que engloba os bairros Jurunas, Condor, Guamá, Cremação, Canudos e Terra Firme, sendo o Distrito mais populoso de Belém. E é onde o próprio Campus na capital se localiza desde 1968, assim como os dois hospitais universitários e outros serviços especializados.

A maior atuação nesse distrito se dá em um Eixo Longitudinal do curso denominado Atenção Integral a Saúde do indivíduo, família e comunidade, que acontece ao longo dos primeiros quatro anos de curso, em caráter progressivo de complexidade.

O curso está disposto em doze períodos de forma integral e modalidade presencial. Seu corpo docente é composto por 202 docentes, entre especialistas, mestres e doutores. O atual Projeto Pedagógico do Curso (PPC) foi aprovado em setembro de 2024, dez anos após as DCN e substitui o documento de 2010 pautado nas DCN de 2001. No entanto, ainda se mantem vários aspectos do antigo documento.

O perfil do egresso define um profissional capaz de atuar nos diversos níveis e contextos de atenção à saúde, na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, de forma ética, integral, com responsabilidade social, cidadania e defesa do SUS. Destaca que o egresso deve ser “promotor da saúde integral do ser humano, em especial, aquele inserido na Amazônia”. Como competências gerais, define: (1) Atenção à saúde, (2) Tomada de decisões, (3) Comunicação, (4) Liderança, (5) Administração e gerenciamento.

Como seu objetivo formador, a FAMED:

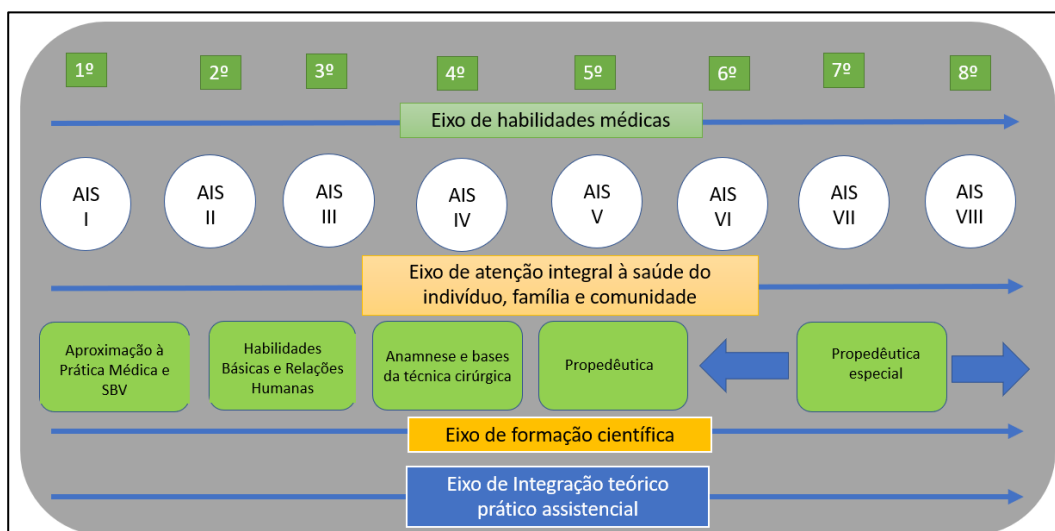
[...] tem buscado cumprir sua função social de formar e qualificar profissionais médicos, zelando pela sua formação humanística e ética, de modo a contribuir para o pleno exercício da cidadania, da promoção da saúde, e a melhoria da qualidade de vida da população, particularmente do Amazônida (UFPA, 2024, p. 3).

A FAMED estabelece-se com um papel fundamental no processo de transformação da realidade de saúde da população que vive na Amazônia, com atividades assistenciais de ensino, pesquisa e extensão, em níveis primários, secundários e terciários, de forma ampla e com contribuições em várias localidades no estado do Pará. Menciona também no Projeto Pedagógico do Curso (2024) que a oportunidade de inserção do aluno em todas essas atividades contribui para uma formação holística e humanística.

A grade curricular é formada por blocos temáticos transversais, que nos primeiros dois anos, representam abordagem das ciências básicas, como anatomia e fisiologia e nos dois anos seguintes um enfoque clínico separado por sistemas orgânicos, como sistema digestório, sistema endócrino, entre outros.

Esses blocos transversais são perpassados por eixos longitudinais ao longo dos quatro anos (Figura 8), que correspondem a Habilidades Médicas, responsável pelo ensino de anamnese médica, exame físico, entre outros; Formação Científica, que aborda metodologia científica e sistemas de informação; Casos Motivadores, que consistem em discussões de casos clínicos e Atenção Integral a Saúde do Indivíduo, Família e Comunidade que trata de temas de saúde pública e saúde coletiva. Os dois últimos anos correspondem ao Internato.

Figura 8– Eixos transversais do Curso de Medicina da UFPA



Fonte: PPC FAMED UFPA, 2024

Em relação às metodologias, a FAMED considera em seu PPC que conseguiu adaptar as novas teorias de ensino-aprendizagem, apesar de seu desenvolvimento sobre “fortes bases tradicionais” (p. 9), pois inclui em várias disciplinas a estratégia de *Team Based Learning* (TBL) e o Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) no eixo de Casos Motivadores.

Sobre a avaliação dentro do curso de Medicina da UFPA, o PPC lista como instrumentos utilizados: avaliações em práticas simuladas como o *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*; e em ambientes reais com o *Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)*, além de provas escritas com questões objetivas e/ou analítico-discursivas. Também menciona as modalidades diagnóstica, formativa e somativa e dá destaque para a avaliação formativa.

4.1.1 Internato em Medicina de Família e Comunidade

Entre suas muitas exigências, a formação em Medicina demanda a realização de um estágio curricular obrigatório de formação em serviço, chamado de Internato, que deve compreender no mínimo 35% da carga horária total do curso, isto é, os dois últimos anos da graduação.

Trata-se de um período-chave para o desenvolvimento do futuro profissional nas “portas de entrada” do SUS, pois as DCN estabelecem que haja 30% da carga horária do internato dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) e voltadas para a área de Medicina de Família e Comunidade (MFC), além dos serviços de Urgência e Emergência. Além disso, entre 95% e 85% da carga horária por estágio deve ser de atividades eminentemente práticas. (Brasil, 2025).

As DCN também preveem que os cursos de Medicina devem “desenvolver e manter ações pedagógicas permanentes de formação e desenvolvimento dos profissionais da rede de saúde envolvidos na formação médica”, com o objetivo de aprimorar tanto o ensino quanto a assistência à população nos cenários do SUS (Brasil, 2025, p. 13).

Na Universidade Federal do Pará (UFPA), o PPC estabelece que o internato tem caráter 90% prático e parte da carga horária obrigatória do internato na APS é cumprida em UBSs de cenário rural, em três unidades de saúde no município de Santa Bárbara do Pará, localizado a 50 km da capital paraense e em uma UBS situada em uma comunidade ribeirinha.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Brasil descreve que “todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica” (Brasil, 2017, p. 2). Essa diretriz reflete a indissociabilidade entre educação pública e saúde pública, evidenciando o papel estratégico das UBS não apenas como locais de assistência, mas também como ambientes de aprendizagem e desenvolvimento de práticas integradas que fortalecem o SUS.

Nesse contexto, fui convidada a ser preceptora dos alunos do Internato, de forma voluntária, na UBS em que atuo, com a tarefa de promover experiência prática na APS para alunos do último semestre de graduação em Medicina, no módulo de Medicina de Família e

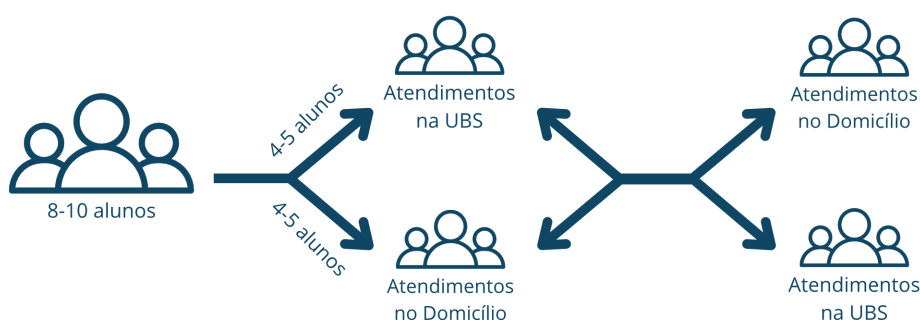
Comunidade II. Com a liberdade inerente ao internato, nessa ambiência, tentei fomentar que os alunos acompanhassem o serviço funcionando de maneira real. Para isso, utilizei de maneira norteadora a valorização da autonomia do aluno. De forma a garantir experiências diversas que pudessem simular o máximo possível, a autonomia do médico em sua atuação.

Desde os primórdios da medicina, em que o ensino ainda era informal, os discípulos aprendiam na relação com os mais experientes. Atualmente, um preceptor, dentro da educação médica formal, ensina a clinicar e integra conceitos da teoria e da prática, dentro do próprio ambiente de trabalho (Botti; Rego, 2008). Em posse desses conceitos, assumi essa tarefa com afinho.

No encontro inicial, são repassadas informações importantes sobre a comunidade, sobre os atendimentos e atividades. E é proposto aos alunos que assumam a postura de médicos. Ao longo de todo o período de prática a equipe busca mostrar o quanto a presença dos alunos é relevante ali e o quanto um trabalho de qualidade é necessário para aquela população carente.

Para realização das práticas formativas previstas pela coordenação do módulo de MFC II, os alunos são organizados em grupos de oito a dez componentes, que atuam por rodízio de seis semanas em um dos cenários de prática já mencionado, definido por sorteio. Especificamente na UBS Caiçaua, os discentes são divididos em dois grupos, seja para acompanhar as visitas com os ACS seja para permanecer na UBS realizando atendimentos (Figura 9).

Figura 9 – Esquema gráfico das atividades que ocorrem na UBS Caiçaua



Fonte: elaborado pela autora, 2026

O objetivo é que eles tenham a experiência de colaborar diretamente com os ACS das comunidades, que desempenham importante papel no atendimento prestado à população. Durante as visitas, cada aluno pode realizar suas consultas sozinho, com a restrição de condutas sem a checagem da preceptora, somente podendo oferecer orientações não

terapêuticas. Dessa forma, eles podem ter a experiência de cuidado domiciliar, que é uma das competências da formação na especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

Alternadamente, um grupo permanece na UBS e os discentes realizam atendimentos ambulatoriais individuais na unidade com os pacientes agendados e/ou de demanda espontânea. A cada dois dias, as atividades alternavam entre os dois grupos formados.

Ao final de cada dia, todas as consultas domiciliares são repassadas em uma sessão em grupo, que inicia com o relato do caso, incluindo história, exame físico e condições sociais encontradas *in loco*, seguido da conduta elaborada pelo aluno para discussão e tomada de decisão, na qual todos podem contribuir. Esse costuma ser um dos momentos mais ricos do dia, pois envolve pesquisa de referências e informações científicas e colaboração entre os pares, que frequentemente têm experiências extracurriculares diversas que são úteis para as diversas situações encontradas, inclusive com a busca e contato de outros professores e profissionais para auxílio no caso.

Ao final do módulo, após vivenciarem práticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com diferentes preceptores, os alunos são convidados a escrever um portfólio de experiências, de forma livre. Esses portfólios fazem parte da avaliação final da disciplina.

Para melhor evidenciar as características desse importante cenário de prática para os discentes de internato da UFPA, a seguir fazemos uma breve descrição da UBS Caiçaua, meu local de atuação profissional.

4.2 A UBS Caiçaua

Localizada na área rural do município de Santa Bárbara do Pará, há 50 km da Região Metropolitana de Belém (RMB), a Unidade Básica de Saúde Caiçaua (UBS Caiçaua) é campo de prática da Faculdade de Medicina da UFPA desde 2013, sendo incluída no processo de acolhida de discentes no ano de 2023 (Figura 10).

Figura 10 – Unidade Básica de Saúde Caiçaua em Santa Bárbara do Pará



Fonte: Acervo da autora, 2022

O município de Santa Bárbara tem cerca de 21 mil habitantes, formado por uma população de baixa escolaridade e baixa renda, em média 1,6 salários-mínimos por habitante (IBGE, 2022), e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), de 0,627, é considerado médio, como outros municípios localizados no interior do Pará.

Especificamente no caso da comunidade do Caiçaua, essa se distancia cerca de 4 km do centro de Santa Bárbara e tem acesso por estrada de terra (Figura 11) e pontes sobre os igarapés, sendo rodeada por rios e ilhas.

Figura 11 – Ponte para acesso a comunidade Caiçaua em Santa Bárbara do Pará

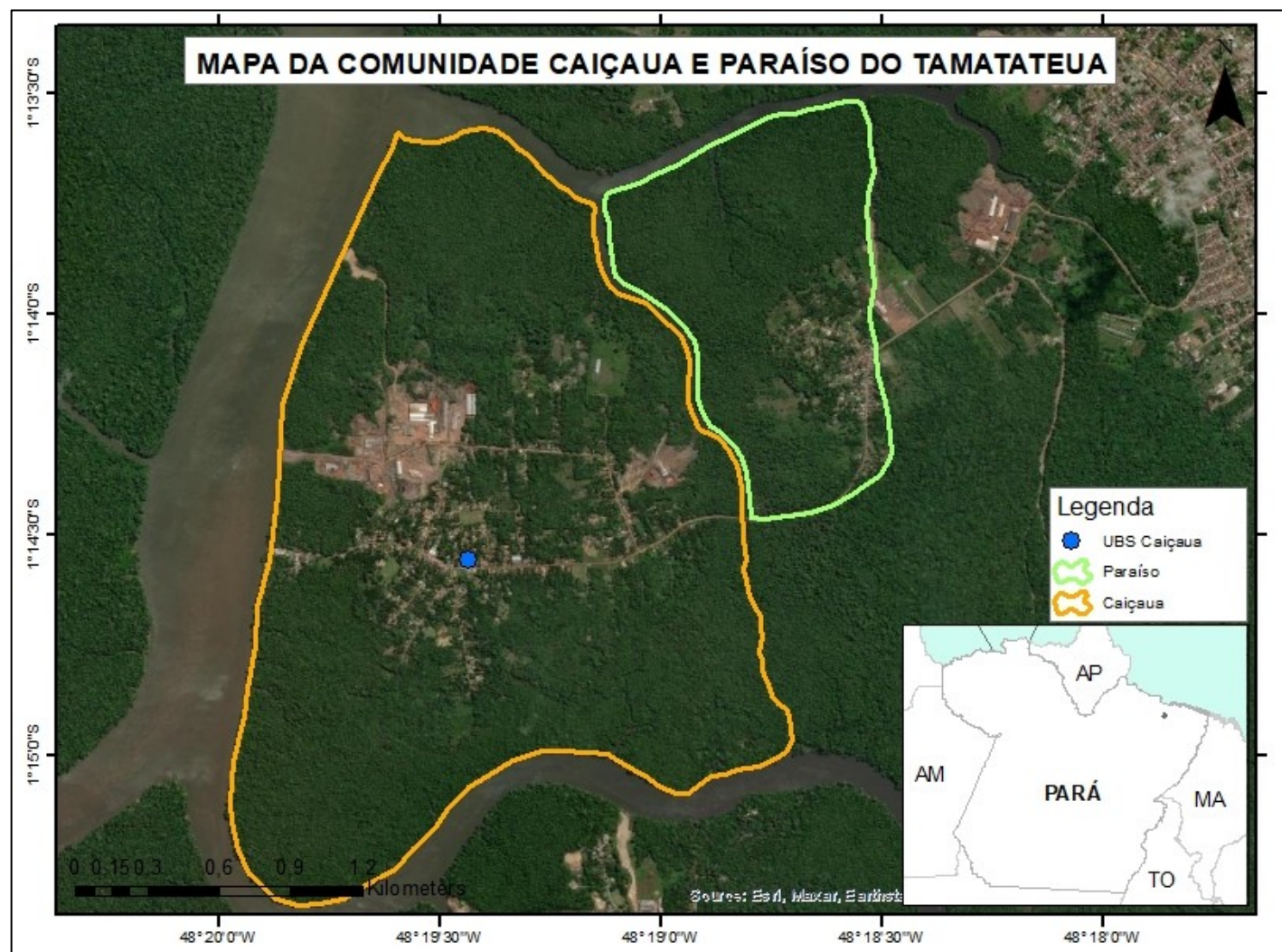


Fonte: acervo da autora, 2025

A economia da região se dá pela presença de seis serrarias onde trabalha boa parte dos homens em idade produtiva, com regime de trabalho formal e informal. Além disso, também contribuem pequenos comércios, venda de mariscos e açaí. A comunidade faz fronteira com o município de Benevides, mais precisamente a região do Murinim, a qual tem grande relação geográfica e histórica e é separada pelo Furo das Marinhas, que faz contato com a Ilha de Mosqueiro.

Inclui, como área de abrangência da UBS, a comunidade Paraíso do Tamatateua, também cercada por igarapés e geograficamente semelhante ao Caiçaua, como se pode observar na Figura 12.

Figura 12 - Mapa da comunidade Caiçua e Paraíso do Tamatateua (a direita) e suas relações geográficas com o rio e o centro da cidade.



Fonte: Arcgis, 2025. Produzido por Paulo Ronny Soares Rodrigues (CREA-PA 1516412494).

Até dezembro de 2025, a população cadastrada no território de atuação da UBS era de 2.272 pessoas. Nesse contingente, encontram-se pessoas diretamente vinculadas às comunidades de Caiçaua e Paraíso do Tamatateua, que são pequenas e permeadas pelas relações de parentesco entre os moradores, que mantêm laços estreitos de convivência, próprios de uma dinâmica de vida comunitária, onde todos se conhecem. Dentro do território adstrito, há 905 domicílios, a maioria com condições precárias de saneamento, dos quais 806 utilizam água sem tratamento, 54 têm a queimada como destino do lixo da moradia e 19 não possuem energia elétrica.

Entre as características da população atendida pela UBS está ainda o fato de advirem de comunidades historicamente excluídas social e geograficamente. Seja pelo isolamento do seu território, que antigamente só se atingia por barco e, hoje em dia, apesar de estrada de terra implantada, ainda se distancia dos grandes centros. Seja pela dificuldade de acesso a serviços básicos, já que boa parte da população tem baixa escolaridade, sendo muitos analfabetos e baixa condição socioeconômica, sendo dependentes de políticas públicas de transferência de renda, como o Bolsa Família.

O contexto assistencial de saúde teve início, segundo relato dos funcionários da equipe da UBS, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1999. Sendo que dois agentes que foram aprovados neste processo seletivo ainda exercem suas funções na unidade de saúde, que agora conta com mais seis ACS.

Todos esses profissionais residem na comunidade e tem um vínculo muito importante com a população, que é visitada periodicamente. Na UBS Caiçaua todas as moradias e famílias são acompanhadas periodicamente pelos ACS, o que também contribui para a relação estreita formada com a equipe de saúde.

É importante entender o papel essencial do ACS dentro do funcionamento das UBS e da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Em 2023, ganharam o status de profissionais da saúde, tendo sido oferecido pelo Ministério da Saúde um curso técnico de formação para maior qualificação na área.

As atribuições desses profissionais da saúde incluem a adscrição de indivíduos, famílias e territorialização, atuando como uma parte do vínculo entre a comunidade e a Unidade de Saúde. Além de procedimentos com aferição de pressão arterial, glicemia capilar, temperatura, cobertura passiva de feridas, se houver treinamento prévio e sendo supervisionadas por membro da equipe de nível superior (Brasil, 2017).

Até 2022, a unidade não contava com médico fixo. Os profissionais médicos costumavam comparecer duas vezes na semana somente para atendimentos individuais, o que gerava importante falta de longitudinalidade, vínculo e muitos desafios ao trabalho em equipe. Quando em maio de

2022, um dos programas de provimento médico do Governo Federal, o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), priorizou a fixação do médico na comunidade implementando carga horária adequada para o desenvolvimento do trabalho contínuo de qualidade segundo os princípios da APS.

Em 2026, a equipe de saúde é composta por mim, médica, enfermeira, oito agentes comunitários de saúde, técnica de enfermagem, dentista e auxiliar de saúde bucal. Além disso, há disponível a equipe E-multi, que é a equipe multiprofissional da APS, composta atualmente por nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. Estes últimos comparecem à unidade para atendimento a cada 15 dias.

Vale ressaltar ainda que a unidade de saúde fica localizada ao lado do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), outro importante ponto de atendimento da população das comunidades, com o qual a equipe da UBS Caiçaua mantém relação bem próxima de trabalho e colaboração (Figura 13).

Figura 13 – Localização do CRAS e UBS na comunidade Caiçaua



Fonte: Google Maps, 2026

Como médica e preceptora da UBS Caiçaua, considero este um espaço privilegiado de colaboração na formação dos futuros médicos e a partir disso, relato a seguir, evidências iniciais sobre estratégias formativas relevantes que acontecem nesse cenário de prática.

4.3 Experiências formativas de discentes no cenário de prática da UBS Caiçaua

Em atendimento às diretrizes da FAMED, o módulo de MFC II, atualmente, conta com a avaliação por meio de um portfólio reflexivo e uma avaliação com questões de múltiplas escolhas ao final do período. A avaliação por portfólio, documentada no Plano de Ensino, não dispõe de critérios explicitados. E deve entregue ao final do módulo, sem o componente dialógico inerente a esse método de avaliação, evidenciando seu caráter somativo. Já a avaliação por

questões, citada no documento, se refere a prova final do 12º semestre que contempla conteúdos teóricos dos módulos do semestre em curso, MFC II, Ginecologia e Obstetrícia II e Pediatria II.

Durante os momentos de prática na UBS Caiçaua, antes da realização da pesquisa fornecia aos alunos *feedbacks* de maneira informal e não estruturada. Nesse cenário, é requerida da FAMED uma avaliação somativa com o uso do instrumento Mini-CEX. Apesar disso, em seus portfólios, os alunos relatam a aquisição de habilidades, conhecimentos e vivências únicas, caracterizando uma autoavaliação muito rica.

Diante dos relatos obtidos ao longo de nosso tempo atuando como preceptora de estudantes, identifiquei evidências importantes e que foram fundamentais para configurarmos a primeira proposta de intervenção pensada no âmbito de nossa formação de mestrado.

Especificamente nos portfólios gerados pela turma do primeiro semestre de 2024, os discentes destacaram, em sua maioria, a aquisição de habilidades não somente tecnicistas, mas relacionais, mencionando trabalho em equipe multiprofissional, comunicação, empatia e construção de vínculos, também descritas como "habilidades humanas".

Também houve menção da capacidade de aplicação prática dos conteúdos aprendidos ao longo do curso. Foi notável a valorização da aquisição de competências em detrimento da aquisição de conteúdo. Ainda que os estudantes não saibam conceitualmente o que seria uma competência, empiricamente refletiram sobre a sua importância no aprendizado. Como destaca Fabiana (nome fictício⁵), no trecho abaixo:

“E acho que consegui absorver **muito mais que habilidade técnicas e conteúdos** de medicina. Ganhei **valiosas lições de companheirismo, trabalho em equipe** e multiprofissional, **comunicação, resolução de problemas, empatia**, noções da vulnerabilidade socioeconômica em que estamos inseridos e **inspiração** de médicos que se doam e amam o que fazem.” (Fabiana 2024, grifo da autora)

Vários alunos também evidenciaram o impacto de aprendizagens relacionadas à autonomia, termo citado em quase todos os portfólios e o quanto isso também contribuiu para a imersão na realidade do SUS e na confiança e segurança para exercer a profissão ao formar, como descreve Anabela (nome fictício):

"o módulo de Medicina de Família e Comunidade II se apresenta como a chave necessária para o encerramento desse ciclo ao **proporcionar autonomia e confiança** para os formandos, tudo isso os transportando para um cenário de prática no qual **se confrontam as realidades** e os mostram que a medicina é bem mais do que hospitais e equipamentos técnicos. [...] possibilita o **aprimoramento estudantil não apenas no âmbito técnico**, através de casos de alta complexidade e situações em saúde diversas

⁵ Foram preservadas as identidades dos alunos e ACS participantes, assim, todos os nomes usados nessa dissertação são fictícios, criados com base na inicial do nome verdadeiro.

com restrição de recursos, mas ainda no **âmbito interpessoal ao fortalecer as habilidades de comunicação e trabalho em equipe**. [...] **experiência interpessoal** também foi única e a **relação médico-paciente** foi muito debatida e promovida [...] além do cultivo imenso pelos preceptores do **desenvolvimento da autonomia, segurança e comunicação efetiva** na prática médica.” (Anabela, 2024, grifo da autora)

Por fim, destaco também a contribuição do período eminentemente prático em cenários reais. Naturalmente, o final do curso costuma ser um período de insegurança e questionamentos sobre a capacidade profissional de atuar sem a supervisão de um professor. Ítalo (nome fictício) demonstra isso no trecho abaixo:

“Saímos desse pequeno intervalo de 6 semanas **muito melhores do que entramos**, com inevitavelmente muitas falhas, mas tantas quanto sanadas. Mas principalmente um pouco melhores do que antes. Com toda certeza, **um pouco mais seguros**” (Ítalo, 2024, grifo da autora)

Ao final do segundo semestre, já com outra turma, realizei uma pesquisa por meio de formulário *on-line* em relação às atividades práticas desenvolvidas na UBS Caiçaua. Dos 75 alunos que frequentaram a unidade, foram 39 os respondentes. Essa pesquisa envolveu perguntas de autopercepção de desenvolvimento de competências e avaliação das práticas educacionais realizadas.

Objetivamente, foi perguntado se "Você desenvolveu ou aprimorou uma capacidade ou habilidade nova durante as práticas?". Os alunos responderam cada um dos seis itens com uma graduação de quatro itens que foi de “bem desenvolvido” até “não desenvolvi tal habilidade”. Todas as perguntas incluíram a opção “não sei ou não desejo responder”. Os itens estão descritos no quadro abaixo (Quadro 9).

Quadro 9 – Descrição de habilidades questionadas no formulário

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Planejar e avaliar a utilização dos recursos de saúde no contexto da atenção primária2. Planejar e valorizar uma abordagem centrada na pessoa3. Estabelecer uma comunicação efetiva entre o médico e o paciente.4. Formular condutas, determinada pelas melhores evidências disponíveis, pela prevalência e pela incidência dos problemas de saúde da comunidade5. Avaliar problemas de saúde agudos e crônicos apoiados em um conceito ampliado de saúde.6. Reconhecer e avaliar o contexto familiar e comunitário de seus pacientes.7. Avaliar o desenvolvimento de sua prática considerando o contexto cultural em que está inserido; |
|---|

Fonte: Questionário de avaliação de MFC II, adaptado de Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (Demarzo et al, 2011).

Como resultado, quase todos os respondentes consideraram que desenvolveram “muito bem” ou “adequadamente” as competências listadas. Apenas um aluno respondeu que desenvolveu “parcialmente” a capacidade de formular condutas.

Quanto à afirmativa “Estabelecer uma comunicação efetiva entre o médico e o paciente”, 34 responderam que desenvolveram “muito bem” e cinco alunos responderam que desenvolveram “adequadamente” essa competência.

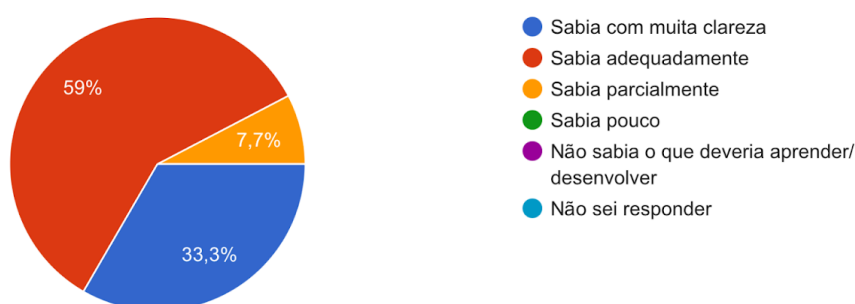
Quando perguntados se a prática na UBS Caiçaua foi diferente de outros locais de prática, no sentido de avaliar o caráter inovador das atividades, em uma escala de cinco níveis, a maioria respondeu "totalmente diferente" (56,4%) ou "adequadamente diferente" (35,9%). Também com o propósito de avaliar se a experiência na unidade teve algum grau de singularidade foi questionado em que nível os alunos aprenderam algo novo pela primeira vez no curso, "muito alto" e "alto" obtiveram 84% das respostas.

As DCN definem que o cuidado em saúde em associação com o trabalho interprofissional em equipe deve ser desenvolvido com uma relação colaborativa e respeitosa, promovendo uma construção colaborativa do conhecimento (Brasil, 2025).

Por isso, foi questionado "Você considera que a prática foi um ambiente de diálogo horizontal (ou seja, de igual para igual) entre equipe, pacientes e preceptora?". O resultado foi de 92,3% alunos que consideraram "bastante horizontal", o nível mais alto da escala disponibilizada. E "Você sentiu-se aprendendo com autonomia?". Nenhum aluno respondeu que aprendeu com pouca ou nenhuma autonomia. Sendo que 82,1% aprenderam com "bastante autonomia".

Sabe-se a importância de o aluno ter clareza dos objetivos de ensino-aprendizagem durante o processo educacional. As Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina determinam isso como parte de uma boa prática. Como pode-se visualizar na Figura 14, apenas um terço dos alunos sabia com muita clareza o que deveria aprender durante as práticas, o que pode dificultar o alcance dos objetivos e deve ser um ponto de atenção para melhoria.

Figura 14 – Gráfico das respostas a pergunta “Você sabia o que deveria aprender/desenvolver no momento de prática?”



Fonte: Formulário de Avaliação do módulo de MFC II, Google Forms, 2024.

Em relação às competências de trabalho em equipe e interdisciplinaridade. Quando perguntado “Em que nível você desenvolveu a habilidade de trabalhar em equipe durante o período na UBS Caiçaua?”, a maioria respondeu muito alto (64,1%) ou alto (28,2%). Enquanto ao nível de interdisciplinaridade, 64,1% responderam muito alto e 33,3% alto.

A cada turma, crio um grupo de mensagens no Whatsapp que faz parte de uma Comunidade, dentro do aplicativo. Esse grupo ajuda a repassar informações sobre o funcionamento das práticas com antecedência para que os alunos possam se preparar adequadamente, atualiza sobre novidades no período de estágio, por exemplo, funcionamento da unidade e é um espaço de estudo não formal.

Há, nos grupos, compartilhamento de questões com os temas abordados para reflexão, matérias relevantes a um grupo específico. E, hoje, a comunidade conta com diversos ex-alunos que também compartilham materiais. Nesse formulário foi perguntado “O que achou da comunidade no WhatsApp?”. E de forma geral, os respondentes a avaliaram de forma positiva.

Foi citado por eles, a facilidade de comunicação e como isso contribuiu com a organização das práticas na UBS Caiçaua, além do compartilhamento de materiais que auxilia em outros módulos do Internato. Um dos alunos comentou:

A comunidade do WhatsApp otimizou o contato entre nós, discentes, e a nossa preceptora e foi essencial para o fornecimento de orientações, para o estudo continuado de casos clínicos mais complexos e para o compartilhamento de diretrizes e protocolos clínicos dos casos clínicos discutidos ao longo dos dias de prática.
(Resposta anônima, Formulário de Avaliação do módulo de MFC II, 2024)

Foram realizadas duas perguntas abertas, não obrigatórias, que tiveram respostas com conteúdo semelhante entre si e em comparação ao portfólio da turma do semestre anterior, foram elas "De que forma acredita que o período de práticas na USF Caiçaua contribuiu para

seu futuro profissional?” com resposta dos 39 alunos e "Caso deseje acrescentar algo, criticar, desabafar ou elogiar, fique à vontade" com 21 respostas.

De forma geral, grande parte dos comentários citou a palavra “autonomia” e destacaram a oportunidade de ter essa autonomia nas consultas, definindo condutas e realizando visitas domiciliares de forma independente, sendo uma experiência enriquecedora, permitindo um contato mais próximo com os pacientes e suas famílias. A experiência na UBS foi vista como uma oportunidade única para aplicar os conhecimentos teóricos em um ambiente real, com casos clínicos variados e complexos.

A importância da atuação em equipe multiprofissional e a colaboração entre os profissionais de saúde foi um ponto-chave durante a prática. Os alunos também valorizaram a chance de conhecer a realidade da Atenção Primária à Saúde em um município e comunidade com características únicas. E, com isso, perceberam a importância de conhecer a comunidade e seus determinantes sociais para a prática médica. A qualidade da preceptoria foi elogiada, com destaque para a orientação, o apoio e a troca de conhecimentos, como podemos ver nos dois comentários abaixo.

Com certeza, apesar do curto período passado na unidade, as práticas foram de suma importância. Um ambiente totalmente diferente com os quais estávamos acostumados, vimos necessidades diferentes e abordagens que não eram extraordinárias mas era tudo que podíamos fazer pelos pacientes. Além disso, vimos pela primeira vez um equipe em uníssono, realmente unidade em prol do bem estar da comunidade. (Resposta anônima, Formulário de Avaliação do módulo de MFC II, 2024)

O estágio na USF Caiçua foi, sem dúvidas, o rodízio mais proveitoso da faculdade. Tivemos autonomia para atender os pacientes e definir condutas como nunca antes. Além disso, aprendemos sobre como **trabalhar de forma horizontal dentro da equipe multiprofissional e como isso impacta no cuidado do paciente**. Outro ponto importante foi a vivência rural, que é muito incipiente ainda na faculdade de medicina como um todo e nos ensina a atuar de acordo com os recursos disponíveis e considerando o contexto social do paciente. Acredito que a prática na Medicina de Família e Comunidade deveria ocupar o último semestre inteiro da faculdade. (Resposta anônima, Formulário de Avaliação do módulo de MFC II, 2024)

Alguns pontos menos citados e possivelmente negativos, como a limitação de recursos humanos e estruturais, demonstram a limitação deste instrumento, pois pode ser que os estudantes tenham se concentrado mais nos aspectos positivos da experiência, como a autonomia e o aprendizado prático, e tenham considerado de forma positiva a capacidade de adaptação e a busca por soluções criativas diante das limitações vistas como desafios superados e não como pontos negativos. Assim como demonstram os trechos abaixo.

A **vivência no território enriqueceu a minha visão** sobre as dificuldades socioeconômicas dos pacientes que encontrarei no futuro, desenvolvendo a habilidade de ajustar/adaptar o plano terapêutico para a realidade do paciente. (Resposta anônima, Formulário de Avaliação do módulo de MFC II, 2024, grifo da autora)

O **contato próximo com uma realidade** tão singular em que as condições de saúde e acesso a recursos são limitados permitiu que eu pudesse **aprimorar minha atuação como profissional**, ao buscar por soluções com o pouco que era disponível no cenário. além de permitir um contato único com particularidades culturais, sociais e econômicas da comunidade nos fazendo buscar por condutas resolutivas e centradas no paciente. (Resposta anônima, Formulário de Avaliação do módulo de MFC II, 2024, grifo da autora)

Dentre todas as respostas, nenhum aluno mencionou espontaneamente o processo avaliativo do módulo, que é estruturado para ser somativo. De fato, esse tópico não foi perguntado, entretanto, alguns comentários versam sobre a avaliação formativa que ocorre de maneira não estruturada no dia a dia da prática na UBS. Os alunos a nomeiam como orientação para buscar melhorar os atendimentos ou demonstração de condutas sem constrangimento e pontuaram como aspectos que contribuíram muito para a sua formação, inclusive para diminuir inseguranças sobre seu desempenho. Os trechos abaixo exploram essas ideias:

Tive bastante autonomia durante o período e **fui orientado** de maneira excelente a buscar melhorar meus atendimentos, relação médico-paciente e manejo dos casos na Atenção Básica (Resposta anônima, Formulário de Avaliação do módulo de MFC II, 2024, grifo da autora).

A preceptoria é excelente sempre nos dava autonomia, sugestões e **demonstrava as condutas sem nos constranger**. Foi ótima a prática (Resposta anônima, Formulário de Avaliação do módulo de MFC II, 2024, grifo da autora).

As práticas de Caiçua contribuíram no sentido de exercitar meu raciocínio clínico e assim **diminuir minhas inseguranças** e desenvolver minha **autonomia** no atendimento em atenção primária (Resposta anônima, Formulário de Avaliação do módulo de MFC II, 2024, grifo da autora).

Os depoimentos acima demonstram o interesse e a capacidade de autoavaliação e reflexão dos estudantes sobre a aquisição de competências e de avaliação da prática, sendo o discente um sujeito autônomo e com voz sobre o seu próprio processo de aprendizagem. A importância da autonomia e das relações estabelecidas com a equipe de saúde também se mostraram recorrentes nos dois semestres em que realizei avaliações, tendo sido comentada por vários alunos.

Diante do entendimento do valor da prática formativa com autonomia e da importância das relações horizontais para o aprendizado do estudante de Medicina, a seguir, relato três importantes passos metodológicos percorridos ao longo desta pesquisa, fundamentais ao processo de elaboração da proposta e reconfiguração do produto educacional que deriva desta investigação, a saber: (i) configuração da proposta inicial com ênfase na AMF; (ii) mapeamento de portfólios eletrônicos para avaliação de competências; e (iii) aprofundamento sobre avaliação da Comunicação Clínica.

5 PISTAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO EDUCACIONAL

5.1 Configuração da proposta inicial com ênfase na Avaliação de Múltiplas Fontes

Diante das vivências na UBS Caiçaua e, sobretudo, das inquietações que as experiências formativas empiricamente vivenciadas com os discentes, colaborando com a orientadora, chegamos a uma primeira propositura de produto educacional, que tinha como ênfase a avaliação de diversas competências no ensino da Medicina. Desenvolvi um projeto de Avaliação de Múltiplas Fontes a partir da ferramenta de avaliação de competências no internato baseada em EPAs elaboradas por Neumann, Gerbase, Blank e Capp (2019).

A proposta seria, naturalmente, testada e implementada onde atuo como médica preceptora durante o internato em Medicina de Família e Comunidade II da UFPA. O objetivo era potencializar o processo formativo já realizado, e consequentemente o ensino-aprendizagem na APS, a partir da disponibilização aos alunos de feedbacks mais estruturados e orientados por uma pluralidade de perspectivas, que vão além do meu olhar exclusivo como preceptora responsável pela prática profissional do estudante na UBS.

A escolha pelas EPAs ocorreu pois cada uma contém um conjunto de comportamentos esperados em diferentes níveis de confiabilidade, isto é, níveis de autonomia para realização de tarefas complexas.

Essas descrições de comportamentos e tarefas para alunos do internato de Medicina serviram de fonte de atribuições e referências para avaliação do nível de proficiência desses estudantes. Todas essas informações inicialmente foram a base para a construção do protótipo dos instrumentos avaliativos que incluíam três a quatro perguntas para seis EPAs para cada fonte avaliadora, que seria eu, como médica preceptora, o próprio aluno, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), os colegas de turma e o paciente.

O instrumento de avaliação, em seu desenvolvimento inicial, pretendia fornecer aos alunos informações sobre o seu nível de aptidão em várias áreas e com a contribuição de várias perspectivas, uma vez que cada EPA reúne várias competências em uma descrição de comportamento observável, com níveis crescentes de proficiência e a AMF oferece essa ampliação da observação por vários indivíduos.

Dentro da análise da avaliação, foi considerado separar as consultas por Domínios (saúde da criança, saúde reprodutiva e saúde da mulher, saúde da pessoa idosa, saúde mental, doenças crônicas não transmissíveis), que buscam incluir a abordagem ampla da MFC. Em cada entrada de avaliação seria discriminado qual o Domínio abordado. Assim, o aluno poderia

visualizar no aplicativo seu desempenho geral e de forma específica em cada um dos temas selecionados.

O instrumento dentro da aplicação para *web* também incluiria outras variáveis de processamento, como o nível de supervisão realizado no caso e complexidade do caso, que pode incluir complexidade clínica ou social (Quadro 10). Todos os instrumentos pretendiam integrar-se por meio de escala *Likert* de cinco pontos, incluindo a opção “Não foi possível avaliar”. Além do *feedback* subjetivo, com o qual poderiam contribuir por meio de duas perguntas: O que você achou bom no atendimento? O que você acha que pode melhorar?

Quadro 10 – Características da situação vivenciada em consulta

Domínio abordado: ○ Saúde da criança ○ Saúde reprodutiva e saúde da mulher ○ Saúde da pessoa idosa ○ Saúde mental ○ Doenças crônicas não transmissíveis
Atendimento: () Domiciliar () UBS
Complexidade do caso: () baixa () média () alta
Presença de vulnerabilidade ()
Cor autodeclarada: () Branco () Pardo () Preto () Amarelo () Indígena
Nível de supervisão da consulta (maior parte): ○ Conduzido totalmente pela preceptoria ○ Preceptoria presente disposta a intervir ○ Preceptoria reavalia todos os achados e decisões ○ Preceptoria reavalia apenas achados e decisões mais relevantes ○ Preceptoria revisa achados e decisões

Fonte: elaborado pela autora

Em relação aos momentos de coleta de dados, a cada atendimento observado de um aluno, eu, como preceptora iria fornecer entradas no aplicativo pontuando o desempenho do aluno durante a consulta ou procedimento. Assim como os alunos, os pacientes também seriam convidados após o atendimento a contribuir avaliando o atendimento do discente de forma anônima e reservada, sempre na presença da preceptora, caso desejem tirar dúvidas ou não sejam capazes de realizar a leitura dos itens.

Visitas domiciliares realizadas em companhia do Agente Comunitário de Saúde ocorrem para os alunos em dias alternados com os atendimentos na UBS, este momento também teceria sua avaliação dentro da aplicação, com os mesmos princípios de avaliação. Ao final do dia de prática, seria realizada uma sessão clínica com o relato dos casos das visitas domiciliares,

onde é definida a conduta por meio da avaliação da preceptora e considerações dos alunos. Seguido desse momento, os pares seriam convidados a avaliar aqueles que passaram em visita e fizeram a apresentação oral do caso.

Ao final do rodízio, o planejamento da proposta era de que todos os alunos teriam um momento individual e reservado para discutir o relatório de avaliação produzido pelo *software* desenvolvido. Pretendia elaborar com os alunos dentro um plano de ação, com todos os comentários realizados diariamente (*feedback*) sobre os pontos de melhoria.

Utilizando-se como base os relatórios encontrados na pesquisa bibliográfica dos portfólios eletrônicos, pretendia-se disponibilizar as análises dos dados de forma gráfica. Os resultados da avaliação poderiam ser filtrados pelas variáveis coletadas. Assim o aluno poderia ver e entender em quais casos seu desempenho foi melhor e qual precisa melhorar. Por exemplo, poderá ver que nos atendimentos de Saúde Mental, teve uma nota mais baixa em relação as outras, mas que eram casos considerados mais complexo.

No entanto, apesar de essa proposta inicial ter muitos pontos interessantes apontados pelos avaliadores que atuaram no Exame de Qualificação, esta também tinha limitações a considerar. O primeiro ponto foi como engajar os alunos e outros preceptores em mais um processo avaliativo sem gerar mais carga de trabalho para esse público. Era importante evitar que a avaliação virasse somente mais um *checklist* sem o propósito formativo que se imaginou sem a organização necessária do processo.

Também foi destacado que um foco importante do trabalho era o *feedback* e este deveria ser melhor estruturado proporcionando possibilidades de autorreflexão. Diante disso, foi posto que a qualidade do *feedback* iria contribuir para romper com a cultura de avaliação presente e mencionada no capítulo teórico. Logo, deveria pensar se a grande quantidade de competências a serem avaliadas influenciaria na qualidade do *feedback*.

Nessa proposta inicial, havia 27 perguntas para que eu respondesse após um atendimento. Os outros avaliadores (autoavaliação do aluno, ACS, colegas de turma e paciente) também teriam um número expressivo de perguntas a serem respondidas, o que por si só poderia não ser um problema em outros contextos, mas no contexto assistencial em que atuo não seria viável, como aprendi nos próximos passos dessa pesquisa.

Sobre isso, também foi pontuado a dificuldade de elaborar instrumentos novos de avaliação e o contraste com o pouco tempo restante para a conclusão da pesquisa para a defesa da dissertação, considerando que ainda seria desenvolvido um processo complexo de avaliação e feedback que envolveria várias coletas de dados.

Outro ponto relevante, foi abordar a presença da tecnologia, em especial, a inteligência artificial (IA), nas atribuições dos médicos. Existem programas de IA que oferecem diagnóstico após a inclusão de dados clínicos, bem como sistemas que apresentam os tratamentos disponíveis com detalhes para cada condição. Além disso, IA que capta o diálogo da consulta e realiza todo o registro clínico em prontuário, sem que o médico precise escrever nada.

A partir dessa discussão, refletimos em conjunto, o que “resta” a nós, humanos? Pensamos na comunicação e todas as suas particularidades de observação, empatia e emoções. Sendo uma área para a qual já tinha muito apreço, acatei a ideia de focar a Avaliação de Múltiplas Fontes em uma só competência, a Comunicação Clínica.

No tópico a seguir, descrevo experiências de Instituições de Ensino Superior envolvendo a adoção de portfólios eletrônicos, que nos auxiliaram tanto na concepção do processo educacional com ênfase em AMF acima descrita, quanto na experimentação prática da referida proposta em nosso contexto de atuação profissional.

5.2 Mapeamento de portfólios eletrônicos para avaliação de competências

Inicialmente mapeei portfólios eletrônicos que pudessem servir de inspiração para a reunião dos dados das avaliações dos alunos. Foi dada preferência a portfólios que abordavam avaliação de competências por meio de EPAs, mas não de forma restritiva. Posteriormente, a busca desses recursos também serviu de referência para o desenvolvimento do Portfólio que reuniu todas as respostas da AMF aplicada no meu contexto de atuação.

Portfólio é um instrumento de avaliação muito utilizado nas escolas médicas do Brasil e do mundo, com a proposta de um processo de ensino-aprendizagem dialógico entre docentes e estudantes, que segundo Cotta e Costa (2016) tem por objetivo reunir as produções do estudante, construídas por ele próprio, ao longo de um tempo determinado para evidenciar seu processo de aprendizagem.

Dentro do seu contexto norte americano, Dallaghan *et al* (2020) define dois tipos de portfólios: *reflective portfolios* e *comprehensive portfolios*, distinção não encontrada nos trabalhos brasileiros. O primeiro teria o objetivo primário de desenvolver habilidades de reflexão nos alunos, enquanto o segundo é integrado ao currículo como parte do sistema de avaliação.

Em ambos os tipos de portfólios, o autor afirma que é crítico que haja orientação da faculdade para o seu uso e sem investimento da instituição no corpo docente, o portfólio não terá tanto impacto no aluno quanto poderia (Dallaghan *et al* 2020).

Para Cotta e Costa (2016), o portfólio reflexivo encontra-se no âmbito da formação por competências e da avaliação formativa, tendo várias potencialidades, pois inclui coleções sobre opiniões, dúvidas, dificuldades, reações, sentimentos e situações vividas pelo aprendiz. O que faz do portfólio, um instrumento centrado no aluno que estimula a autonomia.

Apesar das potencialidades, Fassina, Mendes e Pezzato (2021) encontraram falta de compreensão de alguns alunos sobre a utilização do portfólio que o entendiam apenas para um simples registro de atividades realizadas. E que, solicitar o portfólio somente o final do percurso formativo causa perda do seu caráter formativo e do potencial instrumento de autorreflexão.

Ao realizar uma revisão de artigos que tratam do uso dessa ferramenta nas faculdades de Medicina no Brasil, Garcia e Nascimento (2019) encontraram diversas fragilidades incluindo predomínio de aspectos descritivos, ausência de padronização no seu uso e “muito despreparo por parte dos professores e na aceitação dos estudantes” (p. 172), resultado em falta de orientação e de *feedback* por parte dos docentes. Declaram:

Trabalhoso e requerente de tempo, dedicação e apoio institucional, o portfólio deve ser considerado não de forma pontual, mas no contexto do ensino e como uma atividade complexa, baseada em elementos de aprendizagem que se encontram relacionados. (Garcia; Nascimento, 2019, p. 172)

Por conta dessas possíveis fragilidades, é importante ter em mente o papel que os portfólios têm na educação médica, já que eles podem contribuir para a avaliação como uma plataforma de *feedback* formal e direto ao aprendiz, idealmente incluindo *feedback* dos próprios pares. Também é importante ter um propósito claro para todos envolvidos no cenário de aprendizagem (Dallaghan *et al*, 2020).

Em relação as ferramentas digitais, Dallaghan *et al* (2020) expõe que aproximadamente metade das escolas médicas do EUA usa algum tipo de sistema de portfólio, sendo a maioria digital. Já Jenkins *et al* (2024) conta que algumas das escolas médicas que usam portfólio eletrônico utilizam softwares já existentes como o Moodle e o REDCap, no entanto, esses recursos digitais nem sempre são suficientes para a utilização de todos os aspectos desejáveis.

Apesar do uso disseminado, para van der Schaaf *et al*, (2016) os portfólios eletrônicos com frequência são inefetivos e tem seu impacto limitado nos casos em que eles não acompanham as características do contexto ou das tarefas realizadas no local de prática ou fornecem uma avaliação muito geral e limitada. Para os autores, é preciso aliar o uso do portfólio eletrônico com análise do aprendizado, *feedback* e reflexão dos aprendizes.

Em busca de compreender o papel dos portfólios que são direcionados para o ensino por competências e utilizam EPAs como estrutura da avaliação, foram encontradas quatro experiências que inspiram a criação do recurso digital que irá operacionalizar o processo educacional em desenvolvimento e serão descritas a seguir.

- *Queen's University* no Canadá

Schultz, Griffiths e Lacasse (2015) contam a experiência na *Queen's University* de Ontario, no Canadá, dentro do programa de Residência médica em Medicina de Família, sobre a inclusão, em 2013, das EPAs nas notas de campo que já existem eletronicamente desde 2011 com o sistema *Elentra*, mas iniciou no papel em 2009 e corresponde a breve notas que documentam a performance de um residente no ambiente clínico.

Em um manual para os estudantes da *Queen's University*, podemos ver as orientações de preenchimento do sistema utilizado. Seu sistema de avaliação é formado de três critérios iniciais, que podem ser vistos em “*Objective Sets*”, que consistem no domínio em prática, uma EPA e um momento do encontro clínico (Figura 15).

Figura 15 – Orientações de preenchimento para avaliação no sistema *Elentra*.

The screenshot displays the Elentra assessment system interface. On the left, under 'Objective Sets', there are three dropdown menus: 'DOCC3: Care of Adults', 'EPA11: Care of the Adult with an Acute Serious Issue', and 'POES: Investigation'. Below this, under 'Assessment Tools', there is a search bar labeled 'Search Evaluation Tools...' and a section titled 'Family Medicine Field Note Smart Tag Form' which states '0 assessments completed on this learner.' At the bottom, there are two buttons: 'Preview This Form' and 'Begin Assessment'. A blue callout box with a downward arrow points to the 'Begin Assessment' button, containing the text: 'Click on "Begin Assessment" to start the rest of the field note'.

Fonte: <https://familymedicine.queensu.ca/>

O critério quantitativo da avaliação é dado pela escala de supervisão de ten Cate. Pela descrição do manual, é possível compreender que descritores comportamentais serão vinculados ao nível atribuído para deixar claro ao residente e possibilitar questionamentos posteriores em caso de desacordo (Figura 16).

Figura 16 – Níveis de confiabilidade a serem atribuídos

***DFM Field Note Entrustment Scale**

Four radio buttons are displayed horizontally, each corresponding to a level of supervision:

- Flagged for Follow-up
- Requires close supervision
- Requires minimal supervision
- Ready for independence; supervision for refinement

Select the level of entrustment that is appropriate. Behavioural descriptors will eventually be linked to the entrustment scale to make it clear what level of supervision the resident requires if there is some uncertainty (further development in Elentra required).

Fonte: <https://familymedicine.queensu.ca/>

Há ainda espaço para avaliação qualitativa, com campos específicos para “Continue (pontos fortes)”, “Mude (ou faça menos)” e “Considere (próximos passos)” (Figura 17).

Figura 17 – Campos para *feedback* disponível no sistema.

Words like "try", "because", "consider", "next time", "suggest", in your narrative support behaviourally specific teaching tips that promote learning

Continue (strengths)

You did a nice thorough history in this patient presenting with chest pain. Continue thinking about broad ddx to start and narrowing your differential with your history and physical exam.

Change (or do less)

Consider (next steps)

Next time, think about a stress test when there is an **exertional** component to the chest pain.

Comments

Write in the feedback you received from your preceptor. Remember, you can leave this blank if you are using the field note to request feedback.

Fonte: <https://familymedicine.queensu.ca/>

O sistema permite ainda que o estudante possa reagir ou comentar o *feedback* do avaliador, podendo explicitar se a avaliação fornecida foi útil (Figura 18). Assim, fornecendo um “feedback do feedback”.

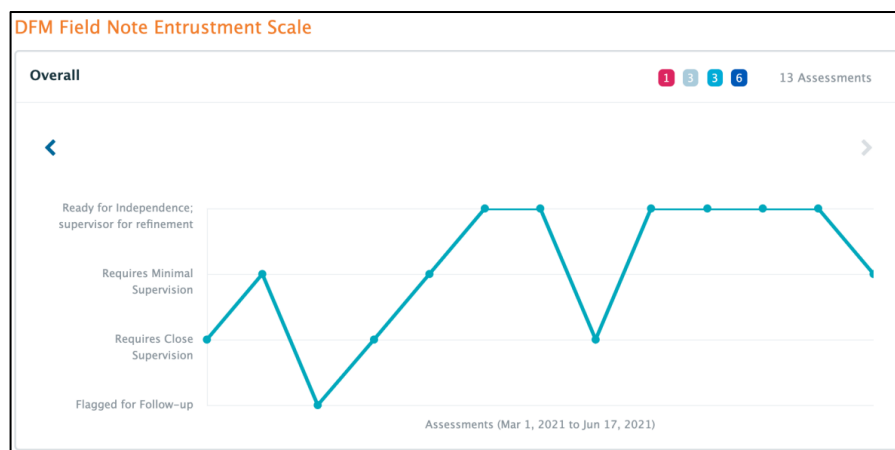
Figura 18 – Campo de *feedback* do aluno ao preceptor

The screenshot shows a 'Family Medicine Field Note' form. At the top, there are tabs for 'Smart Tag Form', 'DOCC6', 'EPA24', 'PTYPE4', 'P29', 'POE6', 'SD/FMR5', 'SD/FMR3', and 'SD/FMR2'. Below these is a 'View Details' link and the text 'Assessed By Tara McGregor'. A large text box contains the comment 'reinforced what I did well'. To the right of the text box is a star rating system with five stars, the first three of which are filled. A blue callout box at the top right says 'You can give feedback to your preceptor if a field note or other assessment was particularly helpful by giving a “thumbs up”' with an arrow pointing to the star rating. Another blue callout box at the bottom left says 'Write your comments as to why it was helpful in this box then click submit' with an arrow pointing to the text box. At the bottom right of the form are 'Close' and 'Submit' buttons.

Fonte: <https://familymedicine.queensu.ca/>

Por fim, pode-se gerar um resumo gráfico das avaliações e seus resultados conforme a escala de supervisão (Figura 19).

Figura 19 – Resumo gráfico das avaliações



Fonte: <https://familymedicine.queensu.ca/>

- Universidade da Cidade do Cabo, na África do Sul.

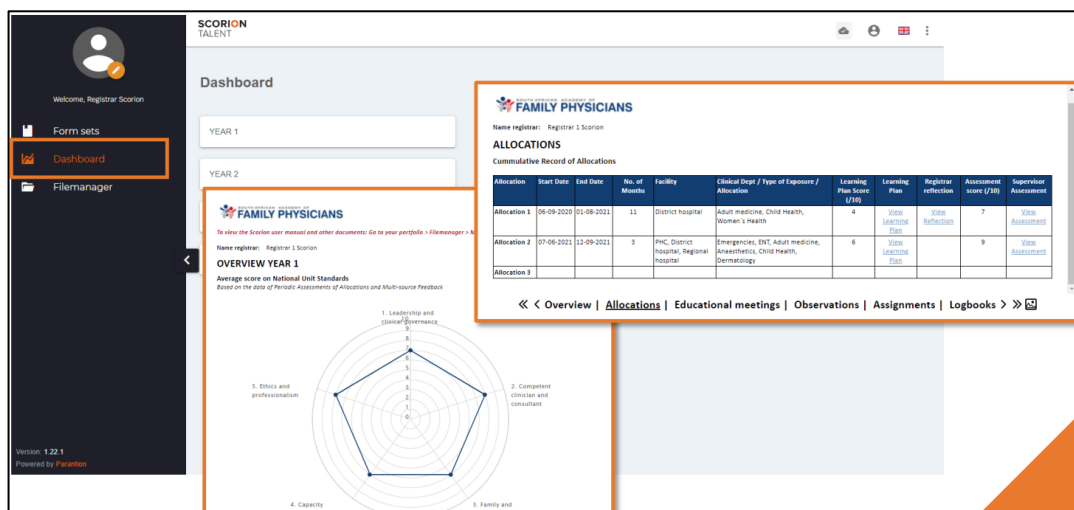
Jenkins *et al* (2024), relatam o desenvolvimento da migração do portfólio nacional, utilizado para certificação de médicos residentes, para o formato digital. Os autores buscaram alternativas que pudessem suprir todas as suas necessidades de registro de avaliação e encontraram duas plataformas principais: *EPASS* e *Scorion*, este último sendo a plataforma

escolhida para o portfólio eletrônico do programa de Residência em Medicina de Família da África do Sul.

De forma muito semelhante a experiência anterior, cada formulário de avaliação é vinculado as EPAS e é possível exibir as avaliações quantitativas e qualitativas de cada EPA utilizando os níveis de supervisão de 1 a 5. Também existe uma estrutura de *feedback* com três perguntas: o que foi bem feito? O que poderia ter sido feito melhor? O que o aluno precisa fazer em seguida (plano de ação)?

A plataforma *Scorion* também oferece um resumo das avaliações de forma gráfica (Figura 20) e com a possibilidade de filtrar por cada ano e experiência, como pode ser visto no manual de preenchimento da *South African Academy of Family Physicians*.

Figura 20 – Resumo gráfico no painel do médico residente na plataforma Scorion



Fonte : <https://saafp.org/wp-content/uploads/2022/10/ManualScorionSAAFP.pdf>

- Universidade Utrecht, na Holanda

Van der Schaaf *et al* (2016) em seu estudo sobre o portfólio eletrônico e a análise de aprendizado na educação médica, veterinária e licenciatura mostra a utilização da plataforma EPASS na Universidade Utrecht, a qual pertence o percurso do conceito de EPA, Olle ten Cate.

A plataforma reúne diversos instrumentos de avaliação, formulários, uploads de arquivos, registros de atividades, desempenho e progresso do aluno, como avaliações baseadas em competências, *feedback* de várias fontes, e reflexão (Figura 21).

Figura 21 – Exemplo de um formulário de avaliação

Short Practice Observation "Vital parameters"

No photo available

Student: [redacted]
 Hospital: [redacted]
 Assessed on: 03-09-2015, Completed on: 03-09-2015
 Status: Not validated

epa.velden_met_uitroepteken

Attachments: No

Context

EPA: EPA 1a: Vital parameters

Department: * Neurology

Function supervisor: * Resident

Observed: *
 Heart rate
 Respiratory rate
 Blood pressure

Recommendation: * This student is ready for the execution of this EPA: *
 Together with a supervisor
With a supervisor physically present
 Supervisor immediately available; findings actions
 tasks double checked
 Supervisor immediately available; no review of findings tasks

Feedback

Strong points: *
 You kept calm in a stressful situation; systematic approach

Attention suggested: *
 Always count the heart rate for >60 seconds

Fonte: van der Schaaf *et al*, (2016)

A plataforma contém dois módulos, módulo JIT (“just-in-time”), com as avaliações mais detalhadas e o módulo VIZ (“progress visualizations”) para visualização do progresso como um todo. Também é utilizada uma programação para traduzir as informações em uma análise do aprendizado de forma a traduzir *feedback* que contém palavras como "excelente" e "muito bem" em declarações formais de avaliação, como "este *feedback* foi positivo com 80% de confiança". Segundo, as informações de contexto do portfólio (por exemplo, informações sobre o local de trabalho e os avaliadores) são usadas e traduzidas em uma observação como: "a avaliação foi feita em um ambiente difícil com 80% de confiança" (van der Schaaf *et al*, 2016, p. 363)

Em seguida, a plataforma do aluno reúne as declarações acima com informações adicionais do portfólio e traduz em novas declarações como “este aluno está provavelmente (com uma confiança 80%) no nível de desempenho mais alto para esta competência”. Também

é possível receber análises para tomada de decisões, o que pode ser visto com a seguinte mensagem “Neste ponto, é provavelmente sensato (com uma confiança da ordem de 80%) avisar o aluno sobre uma aparente falta de habilidades processuais e o treinamento corretivo responsivo a ser buscado” (van der Schaaf *et al*, 2016, p. 364).

O sistema é capacitado ao ponto de fornecer “alertas de frustração” pode ser baseado em muitas fontes de informação no portfólio, como uma queda repentina nas pontuações, uma falta de busca de *feedback*, inconsistência no portfólio e entre outros.

Na plataforma, as avaliações são operacionalizadas por meio das EPAs e julgadas a partir dos níveis de supervisão descritos na Tabela 3. Na imagem abaixo (Figura 22) podemos ver uma lista de procedimentos da ginecologia e obstetrícia e os níveis de supervisão atribuídos. Os dados do portfólio podem, por exemplo, ser baseados em: testes escritos ou eletrônicos, testes de habilidades em simulações, observação direta de habilidades processuais (DOPS), mini exercícios de avaliação clínica (mini-CEX), discussões baseadas em casos, *feedback* de múltiplas fontes (MSF), avaliações de produtos (van der Schaaf *et al*, 2016).

Figura 22 - Visualização de um conjunto de procedimentos e os níveis de supervisão na plataforma EPASS

Competence requests						
Theme: No filter						
Group: No filter						
1/3						
Number of rows per page: 25 Go to page: 1						
Medical procedure	Number	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
vacuum delivery	55					
consultation for common gynecological problem	53					
spontaneous vertex birth	52					
IUD insertion	35					
caesarean section	27					
attendance at obstetrics clinic low-risk	24					
performance of episiotomy	24					
gynecological ultrasound	23					
vaginal hysterectomy	13					
1/3						
Number of rows per page: 25 Go to page: 1						

Fonte: van der Schaaf *et al* (2016)

Já em relação ao *feedback*, é possível visualizá-lo de forma mais geral ou de forma detalhada, visto na Quadro 11.

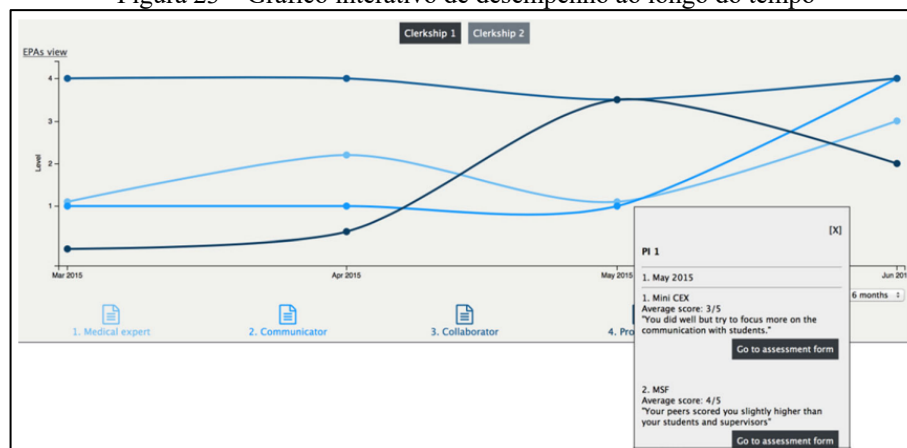
Quadro 11- Exemplos de *feedback* personalizado gerais e detalhados

Feedback geral	Exemplo
Melhora	Há espaço para melhorias para esta EPA. Por favor, clique na mensagem para ver como você pode melhorar seu desempenho.
Positivo/Negativo	Você recebeu recentemente pontuações altas (baixas) para esta EPA. Por favor, clique aqui para ver como você pode melhorar (mais).
Supervisor	Seu supervisor adicionou alguns comentários de melhoria nesta EPA.
Tendência	Você atualmente tem uma tendência de pontuações decrescentes para esta EPA.
Grupo	Comparado com o seu grupo, você recebeu pontuações mais altas do que seus colegas nesta EPA.
Feedback detalhado	Exemplo
Melhoria	Você está no nível 2 em sua Competência em Exame Físico. Para atingir o próximo nível seu exame e pesquisa devem ser razoavelmente completos e tecnicamente adequados. A visão geral do exame e a consistência são razoavelmente desenvolvidas
Supervisor	Você está se saindo bem, mas pode fazer mais anotações durante o processo de exame
Tendência	Você estava no nível 3 em sua Competência em Exame Físico e caiu para o nível 2 durante sua última avaliação. Para atingir o próximo nível, seu exame e pesquisa devem ser razoavelmente completos e tecnicamente adequados. A visão geral do exame e a consistência são razoavelmente desenvolvidas

Fonte: van der Schaaf *et al* (2016), tradução livre.

A semelhança da experiência das demais plataformas, também é possível uma visualização gráfica interativa da evolução do aluno ao longo do tempo (Figura 23)

Figura 23 – Gráfico interativo de desempenho ao longo do tempo



Fonte: van der Schaaf *et al*, (2016),

- Sistema de Dados do Conselho de Acreditação para Educação Médica (ACGME), nos EUA.

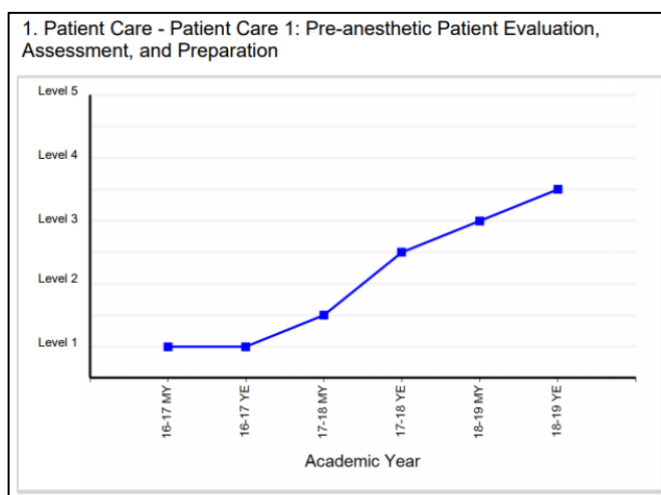
A educação baseada em competência é a base para o sistema de acreditação semestral de programas de residência da ACGME, nos EUA, coletando informação de milhares de

estudantes. Para operacionalização dessa avaliação nacional, a instituição dispõe de um sistema que disponibiliza diversos relatórios sobre os Marcos de Competência para cada estudante.

Não é denominado de portfólio, mas contribui para novas referências em análise de dados de avaliação de competências.

O relatório consiste em diferentes tipos de relatórios, um deles exibe graficamente a tendência de progressão individual em cada Marco de Competência, além da visualização individual. Também é possível verificar os detalhes referentes a cada subcompetência nos níveis atribuídos (Figura 24).

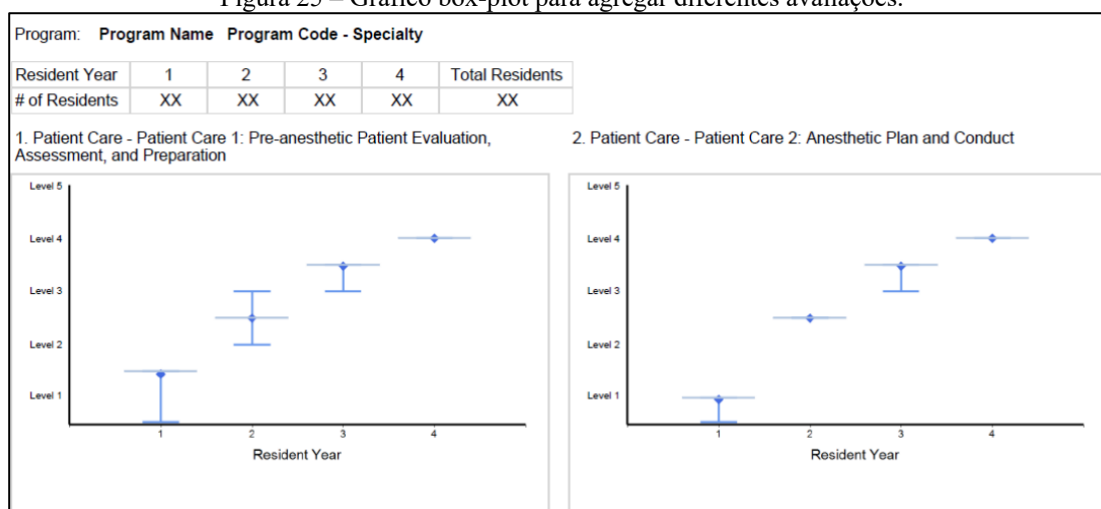
Figura 24 – Gráfico representando a evolução de um residente de Anestesiologia em seu terceiro ano.



Fonte: Edgar *et al*, 2020.

Outro relatório, ao final do ano acadêmico, mostra gráficos box-plot (Figura 25) que representam os resultados reunindo todos os alunos do programa de residência e, também, o relatório nacional para a especialidade, este que inclui ainda valores de probabilidade. Essas informações podem ajudar diretores de programas de residência a buscar os estudantes que podem estar tendo dificuldades.

Figura 25 – Gráfico box-plot para agregar diferentes avaliações.



Fonte: Edgar *et al*, 2020.

Entendo que a forma de coleta dos dados é semelhante em todas as plataformas. Mas a análise e apresentação dos resultados são realizadas de diferentes maneiras, com *feedbacks* quantitativos e qualitativos, além da identificação de tendências de desempenho que podem oferecer a possibilidade informações valiosas para tomada de decisões dentro do processo formativo do estudante.

Destacamos que esse mapeamento de portfólios nos permitiu identificar recursos correlatos ao que essa pesquisa propunha no que tange à AMF, sendo estes utilizados como referência para o desenvolvimento do Portfólio utilizado nas etapas de experimentação prática realizadas nesta pesquisa, conforme detalhado no Capítulo 6.

A seguir, relato as bases que levaram ao aprofundamento sobre processos avaliativos da Comunicação Clínica e apresento exemplos de instrumentos validados dentro da área da Medicina que podem ser utilizados para avaliar competências comunicacionais, por diferentes atores.

5.3 Aprofundamento sobre a avaliação da Comunicação Clínica

Ao direcionar essa pesquisa para a comunicação clínica, entendo a necessidade de buscar instrumentos validados de avaliação desse tema para uso na pesquisa. Instrumentos validados são importantes porque foram construídos com método sistematizado e auxiliam na troca e comparação de informações entre pesquisadores ao redor do mundo e na divulgação científica (Coluci *et al*, 2015).

Dohms, Tibério e Collares (2021) discutem sobre a formação em competências de Comunicação Clínica e sugerem um programa de formação nesse tema com seis fases. A

primeira, é uma fase de Instrução, com apresentação de referencial teórico. A segunda fase sendo Modelagem, com observação de vídeos ou *role-play*, seguido da terceira fase que seria a Prática, que pode ser realizada com pacientes simulados ou pacientes reais. A avaliação, nesse contexto, deve ser programática, incluindo aspecto formativo e somativo. Deve haver também incorporação da prática reflexiva e, também, treinamento de docentes.

Para auxiliar na avaliação formativa estruturando o feedback, os autores reúnem diversos questionários validados, com versão brasileira, que podem servir para esse fim. A busca de um instrumento para uso dentro dessa pesquisa iniciou nesse ponto (Quadro 12)

Quadro 12– Instrumentos validados para avaliação em Comunicação Clínica

- Behavior Change Counseling Index (BECCI):
- Berlin Global Rating (BGR)
- Calgary-Cambridge Observation Guide
- Communication Assessment Tool (CAT)
- Conectar, Identificar & Compreender, Acordar, Ayudar (CICAA)
- Consultation and Relational Empathy Measure (CARE)
- Consultation Observation Tool (COT):
- Four Habits Coding Scheme
- Kalamazoo Essential Elements Checklist (KCS)
- Leicester Assessment Video Consultation
- Maastricht History-taking and Advice Scoring (MAAS-Global)
- Mini Clinical Examination (Mini-CEX)
- Neighbor
- Observing Patient Involvement (OPTION)
- Palliative care clinical evaluation exercise (CEX)
- Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)
- Patient-Practitioner Orientation Scale – English (PPOS)
- Questionnaire on the Quality of Physician-Patient Interaction (QQPPI)
- Roter Interaction Analysis System (RIAS)
- Royal College of Physicians
- SEGUE Framework
- Standardized Patient Satisfaction Questionnaire (SPSQ)
- Structured Communication Adolescent Guide

Fonte: Adaptado de Dohms, Tibério e Collares (2021)

Inicialmente, selecionei os questionários que tinham coerência com o tema da pesquisa, tinham validação brasileira e, de preferência, tivessem versões para diferentes avaliadores (professores, pacientes, autoavaliação). No entanto, aqueles que não cumpriam esses critérios também inspiraram e ajudaram no entendimento de avaliação de comunicação. A seguir, destaco os instrumentos mais relevantes encontrados.

Um dos questionários estudados foi o *Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form* (GKCSAF), desenvolvido pelo *Institute of Ethical and Professionalism* da *Harvard Medical School*, validado no Brasil por Anna Amaral (2015), que utilizou suas quatro versões com equipe multiprofissional de Pediatria e atores que representavam pais de pacientes simulados.

Sete temas são abordados: construção do relacionamento, abertura de discussão, coleta e compartilhamento de informações, entendimento da perspectiva do paciente e de seus familiares, chegada a um acordo, demonstrar empatia, transmissão de informações precisas e conclusão do atendimento, sendo atribuídas pontuações em escala de cinco pontos (Quadro 13).

Quadro 13 - *Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form* versão autoavaliação.

A. Constrói uma relação (inclui o seguinte): - Cumprimenta e demonstra interesse pelo paciente e por sua família - Usa palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversa - Fale em tom pausado, faz contato visual e assume postura corporal que demonstra cuidado e preocupação - Responde explicitamente às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito a ideias e sentimentos deles
B. Abre a discussão (inclui o seguinte): - Permite ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-los - Incentiva que o paciente e sua família verbalizem todas as preocupações deles. - Explica e/ou negocia o que será abordado naquela consulta médica
C. Recolhe informações (inclui o seguinte): Dirige-se ao paciente e a família utilizando perguntas em aberto - Se necessário, esclarece detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não” - Resume a situação e dá oportunidade a família para corrigir e acrescentar informações - Segue eficazmente para perguntas adicionais
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte): - Pergunta sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter alguma relação com a doença atual - Esclarece questões levantadas pelo paciente e sua família relativas a crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento.
E. Compartilha informações (inclui o seguinte): - Leva em consideração o entendimento da família e do paciente sobre os problemas e o desejo por mais informação - Explica usando linguagem acessível à família
F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte): - Inclui a família em escolhas e decisões até o ponto que desejam - Certifica-se que houve entendimento em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento - Pergunta sobre a aceitação do diagnóstico e/ou das formas de Tratamento
G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte): - Pergunta se o paciente e a família têm outras dúvidas ou preocupações - Faz um resumo da situação - Informa quando o progresso do tratamento será discutido - Fornece meios de contato apropriados caso surjam novas perguntas a serem esclarecidas - Agradece ao paciente e à família e encerra a consulta
H. Demonstra empatia (inclui o seguinte): - O comportamento do médico é apropriado à natureza da conversa - Demonstra compaixão e preocupação - Identifica/qualifica/respeita as reações emocionais da família e do paciente - Responde de maneira apropriada as manifestações emocionais do paciente e da família

I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte): - Transmite com precisão a gravidade relativa à condição do paciente - Considera a opinião de outros médicos que já trataram o paciente - Comunica claramente a evolução esperada para a doença - Apresenta e explica claramente as opções para cuidados futuros - <u>Dá informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões</u>
O que o médico faz melhor? (Por favor assinale 3 alternativas) ☐ Constrói uma relação ☐ Abre a discussão ☐ Recolhe informações ☐ Compreende a perspectiva do paciente e da família ☐ Compartilha informações ☐ Chega a um acordo ☐ Conclui o diálogo ☐ Demonstra empatia ☐ Transmite informações precisas Por que você escolheu estas 3 alternativas?
O que ele poderia ter feito melhor? (Por favor assinale 3 alternativas) ☐ Construído uma relação ☐ Aberto a discussão ☐ Recolhido informações ☐ Compreendido a perspectiva do paciente e da família ☐ Compartilhado informações ☐ Chegado a um acordo ☐ Concluído o diálogo ☐ Demonstrado empatia ☐ Transmitido informações precisas Por que você escolheu estas 3 alternativas?

Fonte: Amaral, 2015.

A partir das pontuações atribuídas por cada avaliador nas situações simuladas, foi realizada uma análise estatística para verificar se as características psicométricas do instrumento brasileiro se aproximavam do instrumento original e os resultados foram positivos. As descrições presentes em cada item auxiliam o avaliador a determinar sua pontuação (Amaral, 2015).

Apesar de já possuir versões prontas e validadas para vários avaliadores, o que era algo que buscava nos questionários, também procurava um questionário que fosse de preenchimento mais breve e considere que onze itens objetivos e mais dois por escrito pudessem demandar muito tempo na dinâmica de atendimento na UBS.

Outro instrumento estudado foi a versão adaptada para português do Communication Assessment Tool (CAT), que foi criado por Makoul, Krupat e Chang (2007) nos Estados Unidos, ele é composto de 14 itens com uma pontuação variando de um a cinco. Na pesquisa de Sheyla Rocha (2018), o CAT foi traduzido e validado em uma aplicação com 28 residentes e quatro avaliadores médicos em atendimento simulado (Figura 26).

Figura 26 – Versão adaptada do Communication Assessment Tool

ANEXO 6: Versão adaptada do Communication Assessment Tool (CAT)

Estação n° ____ – Instrumento de Avaliação da Comunicação pelo Paciente Simulado

Avaliador: _____

Residente: _____

A comunicação com os pacientes é uma parte muito importante da consulta médica de qualidade. Gostaríamos de saber como você se sentiu sobre a maneira como seu/a médico (a) se comunicou com você. Suas respostas são sigilosas, portanto, seja o mais sincero possível. Muito obrigado.

1	2	3	4	5
Ruim	Aceitável	Boa	Muito boa	Excelente

Por favor, use esta escala para classificar como o médico se comunicou com você. Circule sua resposta para cada item abaixo.

O Médico	Ruim					Excelente
1. Me cumprimentou de modo a me deixar à vontade	1	2	3	4	5	
2. Me tratou com respeito	1	2	3	4	5	
3. Demonstrou interesse por minhas opiniões sobre minha saúde	1	2	3	4	5	
4. Compreendeu minhas principais preocupações com a saúde	1	2	3	4	5	
5. Prestou atenção em mim (olhou para mim, me ouviu com atenção)	1	2	3	4	5	
6. Deixou que eu falasse sem me interromper	1	2	3	4	5	
7. Me deu todas as informações que eu pedi	1	2	3	4	5	
8. Falou usando palavras que eu consegui entender	1	2	3	4	5	
9. Verificou se eu entendi tudo	1	2	3	4	5	
10. Me incentivou a fazer perguntas	1	2	3	4	5	
11. Me envolveu nas decisões tanto quanto eu queria	1	2	3	4	5	
12. Discutiu os próximos passos, incluindo planos de acompanhamento	1	2	3	4	5	
13. Demonstrou cuidado e interesse	1	2	3	4	5	
14. Passou comigo a quantidade de tempo necessária	1	2	3	4	5	

Copyright © 2007 – Gregory Makoul, PhD – All rights reserved

Fonte: Rocha, 2018.

Rocha (2018) também relacionou o desempenho em comunicação com as habilidades clínicas em outro instrumento, tendo uma correlação forte e significativa. Os itens descritos têm semelhanças com o GKCSAF, é de fácil compreensão, mas tem uma maior quantidade de itens a serem marcados. Em relação ao público, o CAT só coleta respostas da percepção dos pacientes, o que demandaria adaptação para os outros públicos em caso de uso em uma Avaliação de Múltiplas Fontes.

Dohms, Collares e Tibério (2021) traduziram um instrumento canadense denominado Calgary-Cambridge Observation Guide (CCOG), de 28 itens, separado em temas que correspondem ao percurso de um atendimento: Iniciando a consulta, Exploração dos problemas, compreendendo a perspectiva dos pacientes, estruturando a consulta, construindo a relação e encerrando a consulta (Figura 27).

Figura 27 – Versão brasileira do Calgary-Cambridge Observation Guide

INICIANDO A CONSULTA	Não (0)	Sim, mas (1)	Sim (2)
1. Cumprimenta o paciente. 2. Apresenta-se e menciona a sua função. 3. Demonstra respeito. 4. Confirma os motivos de consulta. 5. Negocia a agenda (motivos de consulta). OBTENDO INFORMAÇÕES Exploração dos problemas 6. Encoraja o paciente a contar sua história. 7. Muda apropriadamente de questões abertas para fechadas. 8. Escuta atentamente. 9. Facilita respostas verbais e não verbais do paciente. 10. Utiliza perguntas e comentários facilmente compreensíveis. 11. Esclarece as declarações do paciente. 12. Define cronologia dos problemas. Compreendendo a perspectiva do paciente 13. Determina e reconhece as ideias do paciente sobre a causa do problema. 14. Explora as preocupações do paciente sobre o problema. 15. Estimula que o paciente verbalize como se sente. 16. Percebe e responde às pistas verbais e não-verbais. Estruturando a consulta 17. Resume ao final de uma linha específica de investigação. 18. Progride usando frases de transição entre os tópicos. 19. Estrutura uma sequência lógica. 20. Usa o tempo de maneira eficiente. Construindo a relação 21. Demonstra comportamento não verbal apropriado. 22. Se lê ou escreve, isto não interfere com o diálogo/comunicação. 23. Não demonstra preconceito ou julgamento. 24. Demonstra empatia e apoio ao paciente. 25. Demonstra confiança. ENCERRANDO A CONSULTA 26. Encoraja o paciente a discutir mais algum ponto adicional. 27. Encerra a consulta com um breve resumo. 28. Pactua com o paciente os próximos passos.			

Based on Kurtz et al. (1).

(Tradução e adaptação transcultural com permissão da autora Suzanne Kurtz.)

Fonte: Dohms; Collares; Tibério, 2021

A pontuação contém apenas três respostas: “Sim”, “Sim, mas...” e “Não”. No entanto, os autores verificaram que os avaliadores tiveram dificuldade de indicar se o item foi totalmente ou parcialmente cumprido, por isso sugerem que antes do uso do questionário, os avaliadores definam parâmetros para cada item (Dohms; Collares; Tibério, 2021).

Sua validação foi realizada com 35 preceptores que atuavam na Atenção Primária a Saúde que assistiram vídeos de médicos residentes em um ambiente simulado e avaliaram o processo de utilizar o questionário. Além disso, foi feita uma análise estatística das propriedades do instrumento (Dohms; Collares; Tibério, 2021).

Um dos questionários *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9), originalmente holandês, foi utilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil para avaliação de desempenho de médicos dentro do Programa Mais Médicos e foi validado por Wollman et al (2017) com pacientes atendidos por médicos participantes do Programa (Figura 28).

Figura 28 – Versão brasileira do *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9)

Apresentação
Eu vou ler pra você/Você vai ler nove frases sobre o relacionamento que você tem com o Dr. _____ (MÉDICO DA PESSOA). Por favor, eu quero que você me diga/marque o quanto você concorda com cada uma dessas frases, de acordo com as seguintes alternativas:
Opções de resposta
1 = Não concordo 2 = Concordo um pouco 3 = Concordo 4 = Concordo muito 5 = Concordo totalmente
Itens do instrumento
Meu médico me ajuda. Meu médico tem tempo suficiente para mim. Eu confio no meu médico. Meu médico me entende. Meu médico se dedica a me ajudar. Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas. Eu consigo conversar com o meu médico. Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece. Eu acho fácil ter acesso ao meu médico.

Fonte: Wollmann et al, 2017.

Esse instrumento foi desenvolvido para ser utilizado com pacientes e dentro de questões relacionadas a uma boa relação médico-paciente, também questiona sobre o desempenho em comunicação e pontua em uma escala de um a cinco (Wollmann et al, 2017).

Buscando outros instrumentos, encontrei Tariq et al (2014) que descrevem a validação e o uso de um questionário para comunicação e habilidades interpessoais com diferentes avaliadores com uso do Feedback-360 (outra denominação da Avaliação de Múltiplas Fontes), incluindo a autoavaliação. Destacam, ainda que a autoavaliação é um ponto fundamental da autorregulação do aluno. No Quadro 14, estão os critérios avaliados e a pontuação correspondente.

Quadro 14 - Avaliação 360 de Comunicação e Habilidades Interpessoais

Itens
Habilidades de comunicação e atitude em relação à equipe/enfermagem
Habilidades de trabalho em equipe
Compaixão e respeito
Habilidades de comunicação e atitude em relação aos pacientes e seus familiares
Educação e orientação dos pacientes
Pontualidade e disponibilidade
Confiabilidade

Competência profissional geral

Avaliação de 1 a 7

(Sendo, 1 = ruim, 4 = mediano e 7 = excelente).

Por favor, marque UC quando não for possível comentar sobre alguma categoria específica.

Rating 1 – 7 (1 being poor, 4 being average and 7 being excellent). Please mark UC when unable to comment on any particular category.

Items	1	2	3	4	5	6	7	UC
Communication skills and attitude towards staff/nurses								
Teamwork skills								
Compassionate and respectful								
Communication skills and attitude towards patients and their families								
Educating and counseling patients								
Punctuality and accessibility								
Reliability (dependability)								
Overall professional competence								
Comments (if any):								

Fonte: Tariq et al, 2014.

Especificamente, em uma avaliação da percepção do cuidado centrado na pessoa, Stewart et al (2017) concordam que a forma que mais faria jus a essa centralidade seria permitir que o paciente descrevesse sua experiência com médico. Mas as formas de avaliação estruturadas em questionários são essenciais para pesquisa e a para o ensino.

Para isso, Stewart et al (2017) desenvolveram um questionário para um estudo de comunicação entre médico e paciente dentro da Medicina de Família e Comunidade. Esse estudo deu origem ao Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP), instrumento de nove itens com versões para o paciente e para a autoavaliação do médico. Esses itens compreendem avaliação de três, dos quatro componentes dos Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP): explorando a experiência da doença, entendendo a pessoa como um todo, elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas (Figura 29).

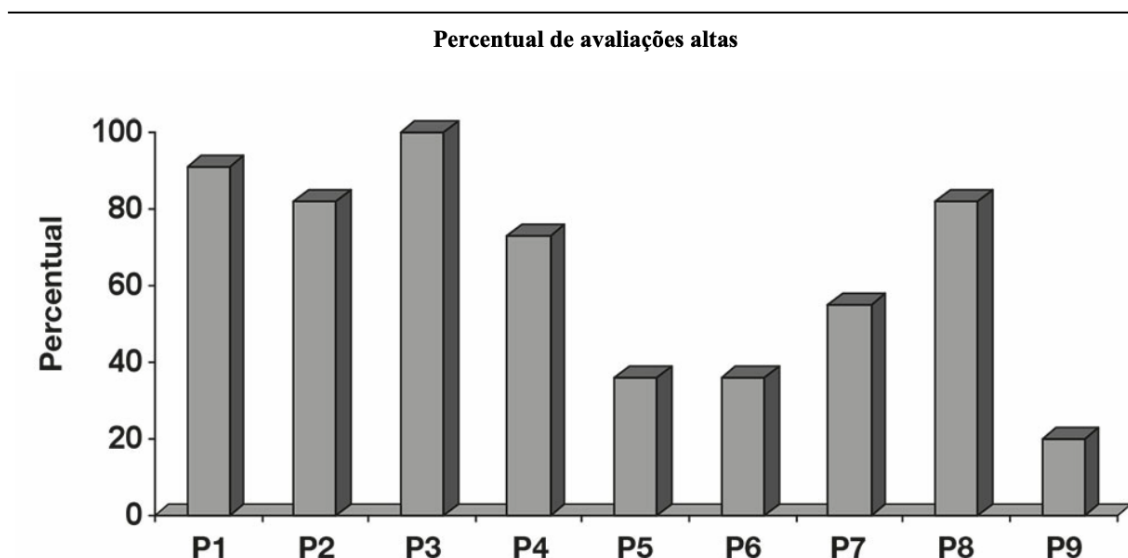
Figura 29 – Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP)

Por favor, marque (✓) a alternativa que melhor representa sua resposta.				
1. Até que ponto o problema principal da pessoa atendida foi discutido hoje?	Completamente ☐	Bastante ☐	Um pouco ☐	Nem um pouco ☐
2. Qual a sua satisfação quanto à discussão sobre o problema da pessoa?	Muito satisfeito ☐	Satisfeito ☐	Pouco satisfeito ☐	Insatisfeito ☐
3. Até que ponto você escutou o que a pessoa tinha a lhe dizer?	Completamente ☐	A maior parte ☐	Um pouco ☐	Nem um pouco ☐
4. Como você explicou o problema à pessoa?	Completamente ☐	Bastante ☐	Um pouco ☐	Nem um pouco ☐
5. Até que ponto você e a pessoa discutiram o papel de cada um? (Quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspectos do cuidado?)	Completamente ☐	Bastante ☐	Um pouco ☐	Não discutimos isso ☐
6. Como você explicou o tratamento para a pessoa?	Muito bem ☐	Bem ☐	Mais ou menos ☐	Nem um pouco ☐
7. Você e a pessoa avaliaram se esse tratamento seria possível de ser realizado por ela? Discutimos isso...	Completamente ☐	Bastante ☐	Um pouco ☐	Nem um pouco ☐
8. Você acha que entendeu a pessoa bem hoje?	Muito bem ☐	Bem ☐	Mais ou menos ☐	Nem um pouco ☐
9. Até que ponto você discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde da pessoa?	Completamente ☐	Bastante ☐	Um pouco ☐	Nem um pouco ☐

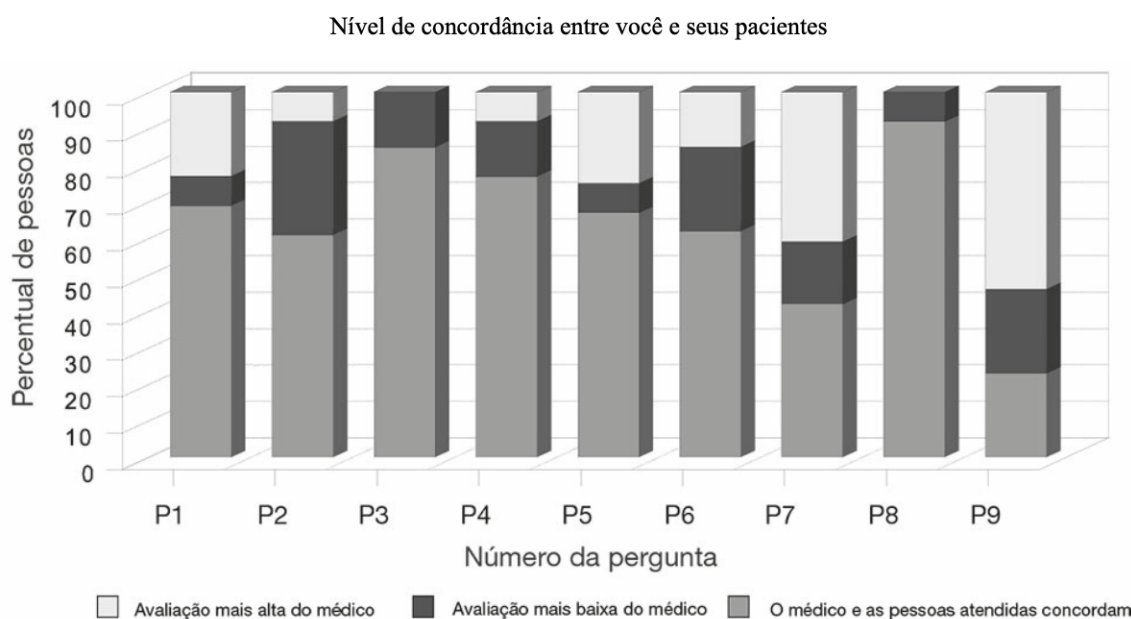
Fonte: Stewart et al, 2017

O questionário apresenta os nove itens com respostas graduadas de forma descritiva, com quatro possibilidades de resposta, ao invés de numeral. A correspondência de perguntas e respostas nas duas versões (paciente e médico) permite, além de avaliar o desempenho de forma geral, verificar concordância entre as respostas. Stewart et al (2017) mostram como utilizaram isso em seus estudos (Figura 30).

Figura 30 – Proporção das pessoas atendidas por um médico que relataram avaliações altas, concordância entre médico e pessoas atendidas e a explicação fornecida ao médico do estudo.



*Resumo: A grande maioria das pessoas ficou totalmente satisfeita com a comunicação durante a consulta, como visto nas perguntas 1, 2, 4 e 8. Todas as pessoas ficaram completamente satisfeitas quanto à sua forma de escutá-las durante a consulta; parabéns! Nas outras perguntas, uma minoria ficou completamente satisfeita. A porcentagem mais baixa foi para a pergunta 9 (20%). Apesar de poder haver motivos legítimos para não discutir questões pessoais ou familiares que possam afetar a saúde, essa é uma área que não foi examinada completamente. Menos da metade das pessoas ficou completamente satisfeita com o quanto os papéis de cada um foram discutidos (5) e o quanto você lhes explicou o tratamento (6). Isso pode ter-se dado em consequência de algo que você e a pessoa não conseguiram abordar ou que apenas tiveram tempo de discutir superficialmente. Além disso, 46% das pessoas não sentiram que a questão da capacidade que cada pessoa tem de efetuar o manejo do tratamento foi discutida completamente.



A barra CINZA (parte de baixo) representa o percentual de pessoas atendidas para quem as avaliações do médico e da pessoa foram concordantes. Você concordou com 64% das pessoas em média. Em geral, seu nível de concordância é bastante inconsistente. O nível mais alto de concordância, 92%, foi para a pergunta 8 (“O seu médico o entendeu hoje?”), sendo que o nível para a pergunta 3 (“Até que ponto o médico escutou o que você

tinha a dizer?") ficou em segundo, bem próximo ao primeiro. O nível de concordância mais baixo, 23%, foi para a pergunta 9 ("Até que ponto o médico discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar sua saúde?"). Agora, examinando a barra PRETA (no meio), você avaliou sua comunicação abaixo do valor indicado, em média, por 18% das pessoas atendidas. A principal fonte de discordância ocorreu na pergunta 2 ("Qual a sua satisfação quanto à discussão do problema?"), para a qual a sua avaliação foi menor do que a de 31% das pessoas. Pode haver muitas razões para isso: você e as pessoas atendidas podem ter interpretado as questões de forma diferente; você pode ter subestimado o impacto do que efetivamente discutiu; e/ou você pode não ter muita confiança em si mesmo nessa área de comunicação durante a consulta. Não houve nenhuma outra discordância digna de nota nessa direção. Observando a barra BRANCA, você avaliou sua comunicação em média 18% acima do que as pessoas. As perguntas 7 ("O médico analisou se esse tratamento seria possível de ser realizado por você?") e 9 ("Até que ponto o médico discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar sua saúde?") mostram discordância substancial nessa direção (42% e 54% respectivamente).

Fonte: Stewart et al, 2017, p. 434, 435.

Com relação ao seu uso, os autores demonstram que existe uma relação significativa com a avaliação da comunicação centrada na pessoa, visto da indissociabilidade dos conceitos, como discuti no Capítulo 2 dessa dissertação. O público estudado com o uso do instrumento já foi diverso entre especialidades médicas, além de pacientes reais e pacientes simulados (Stewart et al, 2017).

Marcela Dohms (2018), em sua tese de doutorado, utilizou o PCCP para avaliar médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade. Os residentes tiveram consultas com pacientes simulados registradas em vídeo seguido do preenchimento de diferentes instrumentos de avaliação de comunicação, entre eles o PCCP. Os pacientes simulados também foram convidados a preencher os instrumentos.

Em seu estudo, foram realizadas sessões de vídeo-feedback e aulas teórico-práticas com um grupo e seu desempenho, antes e depois dessa intervenção, foi comparado a um grupo controle que participou apenas de aulas teórico-práticas. A partir disso, sobre o uso do questionário concluiu que ele pode ser de maior utilidade para feedback individual, por meio das concordâncias entre avaliadores (Dohms, 2018).

O PCCP foi o questionário validado escolhido para compor o processo de Avaliação de Múltiplas Fontes que pudesse fomentar o ensino da Comunicação Clínica. Por conta da sua natureza centrada no paciente, possuir duas versões para diferentes avaliadores e parecer de fácil compreensão, considerei que esse instrumento poderia atender as necessidades desta pesquisa. E fez parte da primeira experimentação que relato em seguida.

Em suma, instrumentos validados e reconhecidos internacionalmente são muito importantes para pesquisa na área da educação médica, pois muitos dos questionários citados podem ser utilizados em contextos simulados, retrospectivos e em ambiente de prática real. Considero importante que o educador faça a escolha consciente sobre o uso dos instrumentos,

respeitando as possibilidades e as especificidades do seu cenário de atuação profissional como preceptor.

No capítulo seguinte, descrevo as experimentações práticas realizadas no meu cenário de atuação, durante as quais fiz o uso do PCCP e acionei diferentes estratégias formativas voltadas ao desenvolvimento da Comunicação Clínica. Ao longo dessas vivências, envolvemos múltiplos atores e, nessa troca, reconheci a necessidade de reconfigurar a proposta de produto educacional que resulta desta pesquisa.

6 EXPERIMENTAÇÕES PRÁTICAS DE ESTRATÉGIAS FORMATIVAS

6.1 Primeira Experimentação

Diante das orientações da banca do Exame de Qualificação, das escolhas feitas após o aprofundamento em Comunicação Clínica e de seus instrumentos, planejei uma experimentação piloto do Processo Educacional (PE) idealizado inicialmente com os discentes que realizaram o estágio de Medicina de Família e Comunidade no Internato da UFPA na UBS Caiçaua.

A primeira experimentação do PE contou com oito alunos participantes, seis do sexo feminino e dois do sexo masculino, que registraram sua concordância em participar da pesquisa por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE D). Todos cursando o 12º semestre do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará.

O período de desenvolvimento se deu do dia 11 de setembro de 2025 e encerrou no dia 16 de outubro de 2025, tendo disponível quatro dias de prática na semana, sendo que feriados e outras atividades da Faculdade de Medicina e da Unidade Básica de Saúde (UBS) influenciaram no tempo disponível para a aplicação, que foram, ao final, 17 dias. Não foi possível realizar todas as avaliações planejadas em todos os dias de prática, sendo descrito quais foram no Quadro 15.

Para o feedback, foram realizados dois momentos de facilitação com cada aluno individualmente. O primeiro momento ocorreu no dia 29 de setembro, por volta da metade do estágio e o segundo no dia 16 de outubro, último dia do estágio.

Quadro 15 - Dias com realização de avaliações no mês de setembro e outubro.

Setembro						
Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
				11	12	13
14	15 Auto. Preceptora Paciente ACS	16 Auto. Preceptora Paciente ACS	17 Preceptora Paciente	18 Preceptora Paciente ACS	19	20
21	22 Preceptora Paciente ACS	23 Auto. ACS	24 Auto. Preceptora Paciente ACS	25 Auto. Paciente ACS	26	27
28	29 Momento de feedback individual	30 Auto Preceptora Paciente				

Outubro						
Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
			1 Auto.	2 Auto.	3	4
5	6 Auto.	7 Auto.	8	9 Auto.	10	11
12	13	14 Auto. Preceptora	15 Auto.	16 Paciente ACS Momento de feedback individual		

Legenda: Auto.: Autoavaliação.; ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Durante o período de prática, segundo o prontuário eletrônico da unidade de saúde, em média, os oito alunos entraram em contato com cerca de 20 pacientes por dia, sendo 56% do sexo feminino e 44% do sexo masculino, com 12% dos atendimentos sendo em visitas domiciliares com os oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalham na unidade. O protótipo do PE foi aplicado com todos os citados, já que todos aceitaram participar da pesquisa.

Também escolhi utilizar uma plataforma gratuita, simples e acessível para a execução do questionário avaliativo, o *Google Forms*, que também se conecta automaticamente com o *Google Planilhas*. A planilha⁶ reunia gráficos e as respostas em texto. Isso foi uma forma de automatizar a coleta de dados, uma vez que seriam diversas informações coletadas em diferentes momentos. Seria inviável realizar tal processo inteiro no papel com posterior transcrição para tabulação em uma planilha semelhante. Assim, usei a tecnologia e o acesso a smartphones que já são tão comuns atualmente.

Os ACS já utilizam *tablets* dentro do seu trabalho, por isso não mencionaram dificuldade de operar o formulário. Além disso, facilidade de uso e a localização na *web*, permitiu acesso em qualquer local conectado a internet, celular ou computador, dentro ou fora

⁶ Link da planilha da primeira experimentação: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1skQ_nR-FXJ10_Xaa0WWWcf0Vl8dQvSMV4RJDZOpPFio/edit?usp=sharing. Utilizando as senhas de 1 a 8, é possível visualizar o portfólio de todos os alunos. Os nomes reais foram substituídos pelos mesmos nomes fictícios utilizados na dissertação.

da unidade. Também permitiu o compartilhamento da planilha com os alunos, descrita mais a frente.

Eu e os ACS nos reunimos antes de iniciar a prática com os alunos para apresentar a eles o instrumento inicial que incluía duas partes (Quadro 16), sendo a primeira reunindo informações gerais e características do atendimento e a segunda parte o questionário de Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa – PCCP (Stewart *et al.*, 2014). Além disso foi explicado como seria a dinâmica de avaliação.

Nesse momento de reunião inicial, foi pontuado por eles que a falta de acesso a internet na casa dos pacientes seria uma dificuldade para preenchimento do formulário, então o formulário para avaliação do paciente foi impresso para posterior registro *online*. Os formulários de avaliação do ACS eram preenchidos no retorno a UBS, onde havia conexão com internet.

Quadro 16 - Questionário de Avaliação (Preceptor)

PARTE I – Características da consulta	Respostas
Nome do Aluno avaliado (Quem está sendo avaliado?)	
Domínio abordado (Qual dos itens corresponde ao assunto principal da consulta?)	• Saúde da criança • Saúde reprodutiva e saúde da mulher • Saúde da pessoa idosa • Saúde mental • Doenças crônicas não transmissíveis • Outro:
Complexidade do caso (Como você avalia a complexidade do caso ou da consulta?)	• Baixa • Média • Alta
Presença de vulnerabilidade (Você considera que a pessoa atendida está em vulnerabilidade de alguma natureza?)	• Sim • Não
Nível de supervisão da consulta (Essa consulta foi conduzida em sua maior parte...)	• Conduzido totalmente pela preceptoria • Preceptoria presente disposta a intervir • Preceptoria reavalia todos os achados e decisões

PARTE II - PCCP	Respostas
Até que ponto o problema principal da pessoa atendida foi discutido hoje?	• Completamente • Bastante • Um pouco • Nem um pouco • Não sei responder
Qual a sua satisfação quanto à discussão sobre o problema da pessoa?	• Muito satisfeito • Satisfeito • Pouco Satisfeito • Insatisfeito

	• Não sei responder
Até que ponto o estudante escutou o que a pessoa tinha a lhe dizer?	• Completamente • Bastante • Um pouco • Nem um pouco • Não sei responder
Como o estudante explicou o problema à pessoa?	• Completamente • Bastante • Um pouco • Nem um pouco • Não sei responder
Até que ponto o estudante e a pessoa discutiram o papel de cada um? (Quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspectos do cuidado?)	• Muito bem • Bem • Mais ou menos • Não discutimos isso • Não sei responder
Como o estudante explicou o tratamento para a pessoa?	• Muito bem • Bem • Mais ou menos • Nem um pouco • Não sei responder
O estudante e a pessoa avaliaram se esse tratamento seria possível de ser realizado por ela? Discutiram isso...	• Completamente Bastante • Um pouco • Nem um pouco • Não sei responder
Você acha que o estudante entendeu a pessoa bem hoje?	• Muito bem • Bem • Mais ou menos • Nem um pouco • Não sei responder
Até que ponto o estudante discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde da pessoa?	• Completamente • Bastante • Um pouco • Nem um pouco • Não sei responder
O que acredita que o estudante fez bem?	
O que acredita que o estudante precisa melhorar?	

Fonte: Adaptado de Stewart *et al*, 2014.

No *Google Forms*, cada avaliador possuía um formulário (Figura 31) com as perguntas sobre as características da consulta e também o questionário de 9 itens adaptados para cada fonte avaliadora do PCCP, adicionado de duas questões abertas ao final: O que acredita que o estudante fez bem? O que acredita que o estudante precisa melhorar?

Figura 31– Formulários dos diferentes avaliadores

The figure shows four Google Forms side-by-side, each for a different evaluator. Each form has a title, a description, and a list of questions with radio button options.

- Autoavaliação:** Title: Autoavaliação. Description: Este formulário é um instrumento de autoavaliação, utilizado por profissionais de saúde comunitária para avaliar seu desempenho. Questions: 1. Qual o seu nome? (Radio buttons: Maria, Joana, Ana, Carla, Luciana, Soraia, Jéssica, Tatiana). 2. Qual a sua idade? (Radio buttons: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70+).
- Agente Comunitário de Saúde:** Title: Agente Comunitário de Saúde. Description: Este formulário é um instrumento de autoavaliação, utilizado por profissionais de saúde comunitária para avaliar seu desempenho. Questions: 1. Qual o seu nome? (Radio buttons: Maria, Joana, Ana, Carla, Luciana, Soraia, Jéssica, Tatiana). 2. Qual a sua idade? (Radio buttons: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70+).
- Paciente:** Title: Paciente. Description: Este formulário é um instrumento de autoavaliação, utilizado por pacientes para avaliar seu desempenho. Questions: 1. Qual o seu nome? (Radio buttons: Maria, Joana, Ana, Carla, Luciana, Soraia, Jéssica, Tatiana). 2. Qual a sua idade? (Radio buttons: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70+).
- Preceptor:** Title: Preceptor. Description: Este formulário é um instrumento de autoavaliação, utilizado por preceptores para avaliar seu desempenho. Questions: 1. Qual o seu nome? (Radio buttons: Maria, Joana, Ana, Carla, Luciana, Soraia, Jéssica, Tatiana). 2. Qual a sua idade? (Radio buttons: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70+).

Fonte: Acervo da pesquisa (Google Forms), 2025

As informações inseridas nos formulários por sua vez alimentavam a planilha citada que serviu de Portfólio para mim e para os alunos. Ao final, foram contabilizados 80 formulários preenchidos de autoavaliação, 17 de pacientes, 12 de ACS e 10 feitos por mim, preceptora.

A planilha foi utilizada como um Portfólio que reuniu as informações de todos os formulários em uma análise gráfica. Foi idealizada ao lado de um colaborador especialista em automação de planilhas.

Os alunos tiveram acesso ao Portfólio ao final do módulo, o qual utilizavam uma senha individual para filtrar somente os dados próprios e limitar o acesso a informações de avaliação dos colegas de turma (Figura 32). Dessa forma, não seria possível um aluno verificar a avaliação de outro aluno.

Figura 32 - Apresentação inicial do Portfólio

The figure shows the initial presentation of the Portfolio. It has a title, a description, and a password field. Below the password field, it shows a summary of evaluations and a list of evaluations.

Portfólio

Esta planilha é um relatório dinâmico do seu desempenho nas avaliações realizadas durante o seu estágio na UBS Caiçua. Ela também faz parte de um produto educacional de Mestrado Profissional em Ensino.

Fique livre para consultar todos os gráficos, **basta inserir a senha no campo abaixo** disponibilizada pela preceptora.

Qual a sua senha? 5

Você foi avaliado 13 vezes por meio de autoavaliação, 3 vezes pela preceptora, 2 vezes por pacientes, 1 vezes por ACS e 0 vezes pelos seus colegas de turma.

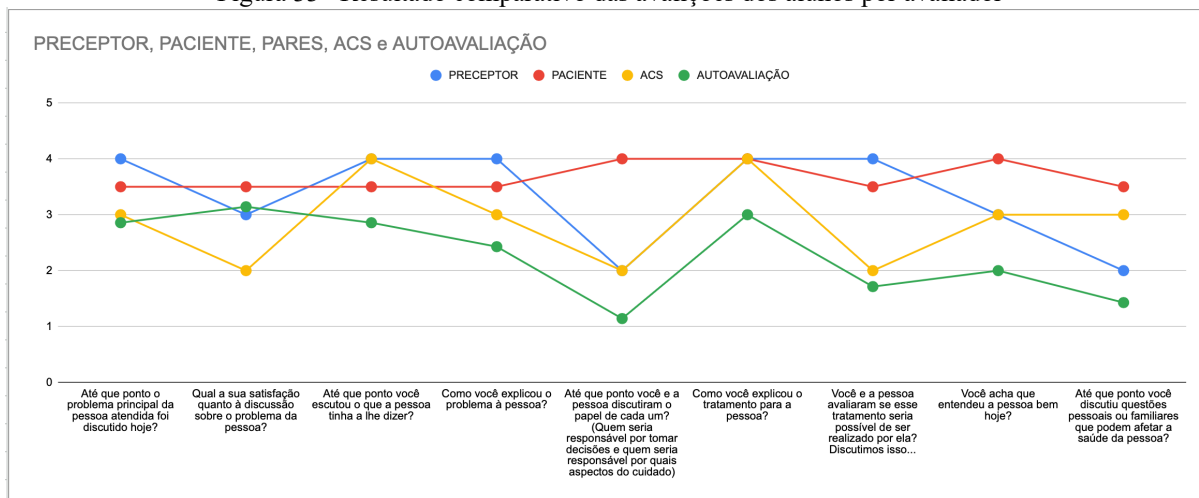
Você, Stela, fez autoavaliação em 13 consultas, nas quais atendeu:

- 13 pessoas de 2 anos até 65 anos,
- 5 pessoas em situação de vulnerabilidade,
- 1 caso de alta complexidade,
- sendo 0 na UBS e 2 em domicílio.

Fonte: Acervo da pesquisa (Google Planilhas), 2025

Também foi mostrado aos alunos, nesse Portfólio, um gráfico que reunia as respostas de todos os avaliadores de forma comparativa (Figura 33). Para a confecção desse gráfico, as respostas nominais (p. ex. Muito bem, Bem, Mais ou menos, Nem um pouco, Não sei responder) foram transformadas em numerais, sendo 4, 3, 2, 1 respectivamente e 0 para “Não sei responder”, de forma a não constar no gráfico. Se houvesse mais de uma avaliação, o gráfico mostra a média das respostas.

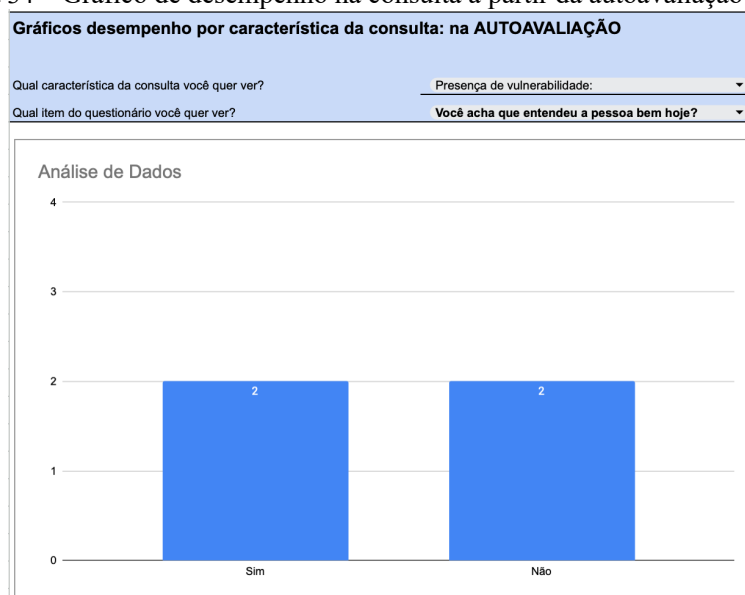
Figura 33– Resultado comparativo das avaliações dos alunos por avaliador



Fonte: Acervo da Pesquisa – Google Planilhas, 2025

Uma limitação desse gráfico é a falta da organização dos dados ao longo do tempo. Dessa forma, não é possível saber se o aluno melhorou seu desempenho, há apenas a mistura de dados desde a primeira consulta até as últimas em uma média. Também houve a tentativa de mostrar os dados das avaliações filtrados por características da consulta, no entanto, não foram feitos comparativos. Além disso, nem todos os gráficos apareceram por conta da pouca quantidade de avaliação e a limitação técnica do Google Planilhas, sendo um artifício pouco usado (Figura 34).

Figura 34 – Gráfico de desempenho na consulta a partir da autoavaliação



Fonte: Acervo da pesquisa (Google Planilhas), 2025

As respostas das perguntas abertas finais do formulário: “O que acredita que o estudante fez bem?” e “O que acredita que o estudante precisa melhorar?” Recebeu um local separado dos dados quantitativos.

Durante o período da primeira aplicação, em paralelo, foi produzido um diário que acompanhou descrições das atividades realizadas. Esse diário preenchido de forma livre, semanalmente, foi de suma importância para comunicação com a orientadora, registro das atividades, reflexões e soluções de problemas encontradas em conjunto para atingir o resultado final do PE, descrito no próximo capítulo. O ato de escrever e refletir sobre o que pode ser melhorado me ajudou muito a observar os processos de forma mais concreta e a visualizar com mais clareza o momento adequado de realizar mudanças.

Durante a aplicação, encontrei diversas dificuldades que foram moldando as escolhas seguintes do PE. Entre os desafios, imaginei que apesar do grande volume de pessoas a serem envolvidas na avaliação, esperava que a primeira aplicação demonstrasse a viabilidade de coletar uma quantidade significativa de avaliações em um curto espaço de tempo. E que, por meio de uma grande quantidade de dados, isso favorecesse o ensino-aprendizagem dos estudantes, a partir da apresentação de *feedbacks* mais estruturados e representativos sobre a vivência profissional realizada.

No entanto, a primeira dificuldade, já exposta no primeiro dia, foi justamente o acompanhamento das consultas que mostrou o desafio de coletar um número grande de informações com alto fluxo de atendimento a pacientes na UBS.

Como exemplo dessa situação, acompanhei uma acadêmica em uma consulta bastante complexa, envolvendo uma paciente com múltiplas condições. A consulta teve duração superior a uma hora, durante a qual busquei observar aspectos como a comunicação da estudante, as perguntas realizadas, a investigação diagnóstica e as explicações fornecidas à paciente. A duração longa não foi uma surpresa, visto a complexidade do caso somada a falta de experiência da aluna naquele cenário, pois era seu primeiro dia.

No entanto, após algum tempo, enquanto permanecia na sala com a acadêmica, outros alunos que atendiam simultaneamente outros pacientes começaram a encerrar suas consultas e me chamaram. Senti, nesse momento, a necessidade de permanecer no consultório inicial para realizar uma avaliação mais justa e completa, o que acabou gerando um acúmulo de espera para os demais, alunos e pacientes. O que, na minha percepção, é um dilema ético importante da pesquisa, visto que a aplicação do PE não deve gerar qualquer prejuízo para os participantes da pesquisa.

Devido a essa intercorrência, percebi que não seria viável realizar outra avaliação naquele dia. Quando me dirigi aos demais consultórios, por exemplo, as consultas já haviam sido concluídas, de modo que não tive condições de avaliar diretamente aspectos fundamentais, como a comunicação ao longo da consulta, restringindo minha análise principalmente à conduta e à explicação do tratamento na finalização do atendimento.

Essa dinâmica provocou atrasos sucessivos: os atendimentos da manhã se estenderam diversas vezes além do previsto, o almoço ocorreu tardiamente, a discussão de casos iniciou e terminou fora do horário planejado, ultrapassando inclusive o horário de expediente da UBS. Essa situação gerou desconforto, pois impactou também a rotina dos profissionais do posto, que precisaram permanecer além do horário de trabalho. Apesar da compreensão e colaboração de todos, considerei esse prolongamento prejudicial, uma vez que interferiu diretamente na organização coletiva.

Essa situação influenciou diretamente no planejamento inicial, que era de realizar feedback individual semanalmente e na quantidade de avaliações realizadas, especialmente por conta de desgaste pessoal, uma vez que exercia ali tripla função: médica, preceptora e pesquisadora. O desafio, portanto, foi incorporar as avaliações de maneira viável e sustentável dentro dessa dinâmica complexa de papéis. O reflexo disso foram os últimos dias de prática sem avaliações minhas e estas tendo a menor quantidade, como pode ser visto no quadro 15.

Conclui que precisava ajustar a dinâmica de acompanhamento das consultas e que não iria conseguir acompanhar todas ou a maioria as consultas do dia, tendo ocorrido posteriormente um ajuste para ao menos uma avaliação minha ao dia.

No entanto, o tamanho do formulário a ser preenchido também influenciou na questão de tempo. Nessa primeira experimentação, eram 16 itens a serem preenchidos e percebi que isso não era compatível com a disponibilidade de tempo que tinha para essa tarefa. Como indicado pela banca no Exame de Qualificação, o PE não poderia ser mais um item a ser somado a carga de trabalho do preceptor e dos alunos na UBS.

Focar em ao menos uma avaliação ao dia melhorou um aspecto limitador da aplicação do PE, pois, inicialmente, ainda não havia conseguido integrar as diferentes perspectivas sobre uma mesma consulta. Pretendia que, enquanto o aluno avaliasse de uma forma, eu oferecesse outra visão e o paciente acrescentasse ainda uma terceira de um mesmo atendimento.

Na forma como estavam acontecendo as avaliações, esses olhares distintos, em vez de se complementarem, acabaram se diluindo em uma espécie de média geral. Reconheço que esse resultado tem valor, mas não corresponde exatamente à ideia inicial de construir uma análise integrada e articulada das percepções.

Já em relação aos atendimentos em Visitas Domiciliares, o grupo de oito alunos que estava realizando o estágio foi organizado em subgrupos de quatro pessoas: o grupo A realizou visitas na segunda e terça-feira, enquanto o grupo B o fez na quarta e quinta. Dessa forma, no primeiro dia, um aluno realizava a consulta do paciente durante a qual conversava com e escutava suas demandas, conduzia a investigação diagnóstica e realizava o exame físico. No período da tarde do mesmo dia, era realizada uma reunião na qual o aluno relatava o que havia investigado, examinado, quais hipóteses diagnósticas considerava e quais condutas julgava necessárias. No dia seguinte, fazia um retorno com o que havia sido organizado como pedidos de exame, receitas e orientações.

Abordando a participação dos ACS nas primeiras semanas, percebi que não estavam ocorrendo avaliações em todas as consultas, algumas justificadas pela preferência do paciente. Também foi colocado por um deles que o formulário era longo e que o paciente frequentemente não compreendia algumas perguntas, necessitando de mais tempo para reformular as perguntas durante a coleta de dados. A parte aberta foi dita como mais fácil e os pacientes deram suas opiniões sobre os atendimentos.

Quanto a avaliação realizada pelos pacientes dentro da UBS, apesar de oferecer as opções de resposta previstas no questionário, percebi que os pacientes frequentemente

respondiam de maneira diferente do esperado, como se não compreendessem plenamente o que estava sendo perguntado. Em algumas situações, pareciam interpretar questões distintas como se fossem variações de uma mesma pergunta, respondendo sempre de forma positiva, “foi muito bem”, “atendeu bem”, como se eu estivesse indagando repetidamente a mesma pergunta.

As respostas foram invariavelmente elogiosas, destacando que o estudante teria sido “muito atencioso” e “muito bom” no atendimento. Diante disso, passei a questionar se tais manifestações poderiam estar relacionadas a outros fatores, como a compreensão da pergunta, o receio de que sua avaliação pudesse prejudicar os alunos, a gratidão por terem sido atendidos, ou até mesmo a influência exercida pela minha presença no momento da coleta das respostas.

Um dos artifícios que utilizei para aprimorar o processo de avaliação com os pacientes foi a utilização de recursos visuais mais intuitivos e breves, já que ao finalizar a consulta muitos pacientes demonstram pressa para ir embora, o que reforçou a necessidade de um instrumento de avaliação mais ágil. Esse recurso uniu graduação por cor, palavra e emojis e, também, foi disponibilizado aos ACS (Figura 35).

Figura 35 – Recurso visual de avaliação para pacientes.

	MUITO BEM	
	BEM	
	POUCO	
	NEM UM POUCO	

Fonte: Acervo da Pesquisa, 2025

Além da apresentação visual das respostas mencionada na semana anterior, também precisei simplificar as perguntas do questionário, porque percebi muita dificuldade de compreensão por parte dos pacientes. Tive o mesmo feedback de duas ACS, também tiveram que falar de forma mais simples cada pergunta. Abaixo deixo uma tabela com a frase original e a adaptada por mim. A pergunta “O estudante falou sobre o que cada um deveria fazer?” foi a que mais gerou dúvida, mesmo simplificada. Com essas ponderações iniciais, já refletia se esse questionário seria, de fato, a melhor opção para o meu contexto assistencial e de ensino.

O processo de feedback foi ajustado para ocorrer em um momento intermediário do estágio. Para tanto, fiz análise de todos os comentários escritos, organizei todos os dados na

planilha e elaborei um documento com os principais pontos que desejo abordar com cada estudante.

Nessa etapa de análise dos feedbacks escritos coletados, percebi a necessidade de moderar alguns comentários. Um dos registros não foi suficientemente assertivo ao indicar pontos de melhoria, permanecendo em um nível mais subjetivo e centrado em características pessoais do aluno, em vez de apontar atitudes ou comportamentos específicos que poderiam ser aprimorados.

Considereei que esse tipo de colocação poderia gerar desconforto e criar um clima inadequado entre os avaliadores. Diante disso, optei por ajustar os registros, removendo apenas as observações que se referiam a características individuais e mantendo aquelas que efetivamente destacavam atitudes passíveis de melhoria.

Esse encontro individual tinha por intenção ser um espaço em que os alunos se sintam à vontade para falar livremente. Formulei três perguntas norteadoras, com o objetivo de iniciar o diálogo, e realizei a gravação da discussão, com a permissão escrita de todos, de modo a registrar suas contribuições:

- o Como foi para você se avaliar?
- o Como foi saber que você estava sendo avaliado?
- o Como foi receber essas informações?

Um ponto que se destacou durante o processo de avaliação foram os feedbacks escritos como respostas as perguntas abertas, que pareceram ter grande impacto para os alunos, pois se mostraram o momento da reunião em que houve maior tempo de conversa.

No entanto, emergiu uma questão relevante: os comentários, apesar de formalizarem o processo avaliativo e irem além do registro verbal, acabaram perdendo o contexto da experiência clínica em si. Isso pois em mais de uma ocasião, os próprios alunos me perguntaram: “Qual foi essa consulta mesmo?” “Deixe-me ver se consigo lembrar por que escrevi isso.” Esse distanciamento evidenciou uma desconexão entre o feedback registrado e a situação real que o originou.

Dessa forma, percebi que, ao mesmo tempo em que o registro escrito representava um avanço em termos de estruturação do feedback, ele também descontextualizava a experiência, tornando o retorno menos significativo.

Além disso, durante a avaliação desses comentários, vi bastante ênfase em aspectos relacionados a conhecimentos técnicos em suas autoavaliações. Como por exemplo:

“Diagnóstico diferencial”, “exame físico osteoarticular”. “afecções na otorrinolaringologia”, “Preciso melhorar exame físico específico do osteoarticular e condutas.”

Outro aluno limitou-se a escrever apenas uma palavra nesses campos, apesar de outros conseguirem desenvolver melhor suas respostas (Figura 36). Entendo que não foi bem compreendido por todos o foco no aspecto comunicacional da avaliação e faltou mais preparo para esse momento.

Figura 36 – Resposta escrita de um dos alunos às perguntas “O que acredita que fez bem?”, em verde, e “O que acredita que precisa melhorar?” em amarelo

Autoavaliação:	
O que acredita que fez bem?	O que acredita que precisa melhorar?
Nome do paciente: TTLB Resposta: Explicar sobre o decorrer de seu tratamento e resposta ao mesmo	Nome do paciente: TTLB Resposta: Segurança ao elaborar as condutas ideais
Nome do paciente: MLS Resposta: Anamnese	Nome do paciente: MLS Resposta: Conduta
Nome do paciente: EMFB Resposta: Anamnese	Nome do paciente: EMFB Resposta: Conduta
Nome do paciente: SSS Resposta: Anamnese	Nome do paciente: SSS Resposta: Exame físico
Nome do paciente: DVSL Resposta: Conduta	Nome do paciente: DVSL Resposta: Diagnóstico
Nome do paciente: MLS Resposta: Anamnese	Nome do paciente: MLS Resposta: Exame físico
Nome do paciente: ABS Resposta: Anamnese	Nome do paciente: ABS Resposta: Exame físico

Fonte: Acervo da pesquisa (Google Planilhas), 2025

Apesar disso, uma das alunas respondeu com foco em comunicação e sobre a relação médico-paciente. Durante o período do estágio ela contou que já tinha mais experiência com medicina centrada na pessoa e comunicação clínica (Figura 37).

Figura 37 – Resposta escrita de um dos alunos às perguntas “O que acredita que fez bem?”, em verde, e “O que acredita que precisa melhorar?” em amarelo

Autoavaliação:	
O que acredita que fez bem?	O que acredita que precisa melhorar?
Nome do paciente: FMM Resposta: Ouvir as demandas do paciente	Nome do paciente: FMM Resposta: Permitir que o paciente faça parte da construção do plano terapêutico
Nome do paciente: MJCL Resposta: Dialogar sobre as expectativas da terapêutica	Nome do paciente: MJCL Resposta: Incluir o paciente nas decisões terapêuticas de modo mais contínuo
Nome do paciente: KCMS Resposta: Esmiuçar a história	Nome do paciente: KCMS Resposta: Incluir o paciente na construção do plano terapêutico
Nome do paciente: MRF Resposta: Avaliar o nível de compressão da paciente sobre o próprio diagnóstico	Nome do paciente: MRF Resposta: Abordar melhor as questões sociais e familiares
Nome do paciente: AAJ Resposta: Acolhimento das demandas	Nome do paciente: AAJ Resposta: Pactuação de agenda
Nome do paciente: MVS Resposta: Debater questões familiares	Nome do paciente: MVS Resposta: Delimitar queixas
Nome do paciente: ACTP Resposta: Pactuação de agenda	Nome do paciente: ACTP Resposta: Abordar questões sociofamiliares
Nome do paciente: ESSM Resposta: Melhorei na explicação do plano terapêutico	Nome do paciente: ESSM Resposta: Incentivar o relato de um paciente pouco comunicante
Nome do paciente: RCC Resposta: Investigar a questão socioemocional do paciente	Nome do paciente: RCC Resposta: Abordar melhor o papel de cada um no plano terapêutico.

Fonte: Acervo da pesquisa (Google Planilhas), 2025

Já a avaliação dos pacientes, foi interessante observar que, mesmo sem que o paciente fosse informado explicitamente de que se tratava de um instrumento voltado à avaliação da comunicação e atitudinais da relação médico-paciente, muitos espontaneamente abordaram esses aspectos como questões relevantes. Termos como “escuta” e “explicação” apareceram com frequência, o que revela que a dimensão comunicacional é percebida de forma natural e significativa pelos pacientes (Figura 38).

Figura 38 – Respostas de paciente por escrito às perguntas “O que acredita que o estudante fez bem?”, em verde, e “O que acredita que o estudante precisa melhorar?” em amarelo

Paciente:	
O que acredita que o estudante fez bem?	O que acredita que o estudante precisa melhorar?
Nome do paciente: CLA Resposta: Ela foi bem atenciosa e falou de forma clara e ouviu meu problema e deu orientação de tratamento	Nome do paciente: CLA Resposta: olha no meu ponto de vista acho que nada, gostei do atendimento
Nome do paciente: ML Resposta: O atendimento foi bom e perguntou bem e explicou o tratamento bem	Nome do paciente: ML Resposta: Perguntar mais sobre a família e sobre o problema da tireoide que era o problema e não explicou bem como estava exame mais claro
Nome do paciente: KLAS Resposta: Ele ouviu bem a gente, explicou a situação e também incentivou a fazer atividade física	Nome do paciente: KLAS Resposta: so um pouco a timidez fora isso ele atendeu bem
Nome do paciente: BCC Resposta: Ela foi bem em tudo, perguntas e respostas e gostou muito de se consultar com ela	Nome do paciente: BCC Resposta: Nao, acha que está completa

*Cada linha corresponde a avaliação de um aluno diferente.

Fonte: Acervo da pesquisa (Google Planilhas), 2025

Isso contrasta com as respostas dos alunos que sabem que a pesquisa se concentra no tema da comunicação clínica, mas quando descrevem seus pontos fortes ou aspectos a melhorar, suas reflexões frequentemente falam sobre conteúdos técnicos — como condutas terapêuticas, diagnósticos diferenciais e prescrições — apesar de mencionarem elementos ligados à comunicação, como escuta ativa, empatia ou clareza nas explicações.

Essa diferença de enfoque entre pacientes e alunos me levou a refletir sobre a influência do modo como o estágio é iniciado. O que me levou em ajustes do desenho metodológico da segunda experimentação, ao começar o período de estágio com uma discussão mais teórica sobre o que constitui uma boa comunicação clínica e quais são os componentes de um bom desempenho comunicacional. Esse momento teve por o objetivo de sensibilizar os alunos para observar e refletir mais profundamente sobre essas dimensões durante suas autoavaliações.

Durante essa primeira experimentação, entendo que essa questão até foi abordada, mas diluída durante os feedbacks individuais, e não foi o suficiente para ter melhoras nas autoavaliações e reflexões.

Embora o desenvolvimento da competência Comunicação seja essencialmente prático e experiencial, uma introdução teórica estruturada poderia servir como um norte conceitual, permitindo que os alunos compreendessem melhor o que observar em si mesmos e nos seus atendimentos.

Na tentativa de melhorar esse aspecto no processo de AMF durante a experimentação, elaborei em novas estratégias formativas, como esse momento teórico, que pode ser visto com

mais detalhes na sessão 6.2. Esse foi o passo inicial de compreender que o PE poderia ser algo muito mais amplo.

Outra situação também me gerou muitos questionamentos. Durante um atendimento, em geral, o estudante conduz a consulta, finaliza sua investigação e, em determinado momento, dirige-se a mim com suas hipóteses: “Doutora, acredito que o diagnóstico seja ‘*este*’ e a conduta ‘*aquela*’”. Nesse instante, ocorre uma breve discussão, na qual procuro orientar e direcionar a conduta para o que considero mais adequada, bem como de que forma compartilhar decisões com o paciente. Em algumas situações, porém, o aluno não apresenta nenhuma proposta, cabendo a mim indicar a conduta.

O que observei nas avaliações (e reflexões) realizadas é que, por vezes, o paciente acaba direcionando sua fala a mim, que já o acompanho e a orientação ao estudante sobre o tratamento acaba se misturando com a explicação oferecida ao paciente, uma vez que ambos estão presentes no mesmo ambiente. Assim, ainda que eu diga ao aluno, por exemplo, que deve prescrever determinado medicamento e esclarecer ao paciente que ele pode alterar a cor da urina, o paciente também escuta essa orientação, o que frequentemente me levava a direcioná-la a ele de forma direta. Nesse processo, entendo que o aluno perde a oportunidade de elaborar, por conta própria, como faria a orientação, como explicaria os efeitos e como confirmaria a compreensão do paciente.

Reconheço, entretanto, que essa questão envolve também a segurança do paciente. É fundamental garantir que o tratamento seja compreendido da melhor forma. De fato, em determinadas ocasiões, o estudante demonstra insegurança ou desconhecimento sobre o que dizer, o que me leva ainda mais a tomar as rédeas totalmente.

Houve um caso específico em que a paciente era bastante comunicativa e insistente em obter uma medicação que desejava muito, sem indicação clara. A aluna que conduzia o atendimento não chegou a negociar com a paciente, apenas concordou em prescrever o medicamento sem resistência, o que, em minha avaliação, comprometeria a segurança. Assumi, então, a negociação, explicando que aquele fármaco não era a primeira opção e detalhando seus riscos. Essa foi uma interação comunicacional complexa e entendo que não permiti que a estudante vivenciasse diretamente.

Diante disso, surgem questionamentos sobre como registrar a avaliação de uma competência: como registrar o desempenho em comunicação, se eu, como preceptora, realizei grande parte? E como encontrar o equilíbrio? Se me direciono ao paciente, posso suprimir a participação do aluno; se me dirijo apenas ao estudante, pode acontecer de o paciente não tenha

pleno entendimento. Há preceptores que costumam sair da sala com o aluno para discutir a conduta e depois retornar, mas essa alternativa demandaria mais tempo — o que já é um desafio constante na dinâmica alta pressão assistencial que ocorre dentro de muitas Unidades Básicas de Saúde.

Assim, a estratégia que encontrei para lidar com essa questão, ao longo da semana, foi aguardar o estudante concluir sua fala ao finalizar a consulta, para somente então acrescentar os pontos que considere necessários. Exceto em pontos que precisava intervir imediatamente por segurança do paciente, que foram mínimos. Ao exercitar essa postura, inclusive de distanciar fisicamente do binômio aluno-paciente, consegui respeitar o espaço do aluno antes de intervir.

6.1.2 Considerações dos participantes da Primeira Experimentação

Seguindo o planejamento da experimentação inicial, tive um primeiro momento individual com cada aluno por volta da metade do período do estágio obtive muitas considerações importantes para o andamento da pesquisa e o desenvolvimento do PE.

Jonas comentou que não tinha tido experiências anteriores de visita domiciliar e isso foi uma experiência nova que inicialmente foi difícil, mas sentiu melhora ao longo dos dias. Também mencionou em um dos formulários que queria sentir-se mais seguro e durante o momento de conversa explicou que segurança para ele seria saber todas as perguntas que seriam importantes de serem feitas.

Ao ser perguntado como foi se avaliar, disse que era uma novidade e foi difícil por vezes não sabia o que escrever. Contou que tem muito mais facilidade de encontrar aquilo que precisa melhorar do que aquilo que faz bem. Já ser avaliado é um costume dentro da graduação.

A aluna Raiane também mencionou insegurança em suas avaliações e ao elaborar sobre isso, explicou que “às vezes eu sei o que eu tenho que fazer, mas eu tenho medo de, não sei, abordar”, mas não lembrava o porquê exatamente havia escrito isso no formulário de um dos atendimentos.

Ela mencionou ainda que apesar de sentir-se um pouco ansiosa com avaliações, a forma como estava se desenvolvendo os feedbacks estava sendo tranquilo e que tinha sido bom colocar certas reflexões em palavras. Também comparou o módulo de MFC com outros módulos do internato.

Eu acho que aqui [na UBS Caiçua] a gente tem uma visão bem ampla, assim, da Atenção Primária. Então, é algo que ajuda muito a construir os raciocínios, porque querendo ou não, durante boa parte da faculdade a gente vê tudo fragmentado, né? Aí

chega aqui e a gente consegue juntar. Aí, como a gente veio de um módulo de G.O. (Ginecologia e Obstetrícia) que estava com pouquíssimas práticas, a gente mal estava tendo interação com o paciente. Era algo mais cirúrgico ou da enfermaria. Quando a gente chegou aqui, eu estava meio até com medo de “Meu Deus, será que eu ainda lembro como ter essa interação?” Ter essa, essa forma de falar com paciente melhor, né? Aí eu acho que com o decorrer do tempo eu fui pegando melhor e lembrando um pouco, pegando melhor esse jeito (Raiane, reunião de feedback parcial, 2025).

A aluna Adriana comentou que precisa melhorar no aspecto de compartilhar as decisões terapêuticas com o paciente, o que pode ser reflexo da formação pouco centrada na pessoa. Mas destaquei o fato de ter considerado que ela desempenhou bem esse papel, apesar de ela não ter essa percepção. Também foi notado pela ACS que a avaliou que a aluna tem uma boa escuta ativa.

A aluna mencionou que na primeira avaliação sentiu-se muito nervosa e acredita que isso a atrapalhou na consulta, mas começou a ter autorreflexão sobre seu desempenho após a necessidade de se autoavaliar. Por fim, também focou nas deficiências e aspectos a melhorar durante o atendimento. Considerou que isso contribuiu para sua evolução.

Paola também fez a mesma pontuação e disse que está buscando reconhecer mais seus pontos fortes, pois “a gente sabe que a gente tem mais autocobrança do que autoconhecimento”. Mas saber que estava sendo avaliada não resultou em nervosismo durante a consulta (Paola, reunião de feedback parcial, 2025).

Quando reuni com Rogério, pontuei que em seu gráfico que reunia a média de avaliação de todas as fontes, a linha da autoavaliação era a mais baixa de todas. Ele respondeu “parece até uma autossabotagem”, “eu sempre achava que eu estava pior que na realidade” (Reunião de feedback parcial, 2025).

Pontuo que essa não é uma experiência individual, Tariq et al (2014) avaliaram residentes em Clínica Médica de forma semelhante em uma Avaliação 360 de comunicação e habilidades interpessoais e os médicos estudantes tiveram a tendência de subestimar seu desempenho em relação a outros avaliadores.

Já em relação às perguntas do questionário PCCP, Rogério também ficou em dúvida, perguntou de que forma aplicar o que estava sendo exigido no formulário durante a consulta. Isso mostrou que estava havendo preenchimento sem a compreensão adequada do que seria cada item.

Também mencionou insegurança e associou isso com o fato de ter sentido que o ensino de prescrições de medicamentos foi prejudicado ao longo da graduação. E a mesma dificuldade de reconhecer seus pontos positivos e reconhecer mais facilmente suas deficiências, bem como ser avaliado do que se autoavaliar, como disseram seus colegas.

Já para Stela (reunião de feedback parcial, 2025), não houve dificuldade em se autoavaliar ou de reconhecer seus pontos fortes em seu atendimento. No caso dela, seu gráfico mostrou todas as avaliações bem concordantes entre si. Considerou ainda que o “feedback é muito válido [...] porque vai apontando aquilo que a gente no momento não consegue enxergar” e “me ajuda a melhorar os pontos que ainda precisa”.

Ela destacou ainda que depois que começou a atender os pacientes com mais frequência durante as práticas conseguiu ver evolução e mais fluidez no seu atendimento. E perguntou sobre como poderia melhorar em uma consulta em específico, onde pontuei que o problema do paciente não foi abordado totalmente e faltou verificar os aspectos pessoais e familiares, resultando no seguinte diálogo (Quadro 17):

Quadro 17 – Diálogo em sessão de feedback durante o estágio

Stela: Mas a senhora pode me contar o que necessariamente dessa consulta, dessa avaliação? Quais são os pontos que eu preciso melhorar um pouco mais? Da aquela consulta (RRS).
Eu: Isso que eu pontuei, a abordagem do problema foi que, para mim, o problema principal dele era aquela dor no braço.
Stela: Sim, sim.
Eu: E aí, como eu te falo da minha visão? Porque ele já vem em várias consultas com essa dor no braço e ele veio mais uma vez. Então aquele pareceu para mim o principal problema dele, certo? E aí, no final, aquilo se diluiu com as outras coisas, com a hérnia e tudo. E aí, quando tu terminou, aí eu fui abordar o braço.
Stela: Ah, tá.
Eu: Entendeu? Foi mais ou menos assim. Para te explicar. Mas também tem todas essas subjetividades, né?
Stela: Sim. E a questão pessoal e familiar?
Eu: Ele trabalha num comércio carregando coisa. O braço é muito importante para aquele trabalho, né? E às vezes isso também faz parte de entender a experiência com a doença. Isso foi nessa consulta.
Stela: Foi o que eu senti falta também da minha parte, né? Dos diagnósticos diferenciais e do próprio exame. Eu acho que articular que eu ainda não tenho domínio.
Eu: Uhum.
Stela: Mas é o que vai me chamando a atenção. Aí, quando eu chego em casa, eu vou dar uma lida aí.

Fonte: Acervo da pesquisa, reunião de feedback parcial, 2025.

Nesse trecho, a aluna entende melhor o feedback e, ao final, reflete que concordou com a avaliação e expõe o que faz com aquela informação.

Com a aluna Nayara, tive dificuldade, e até um pouco de constrangimento, de expor a discordância das notas dos outros avaliadores, que foram mais baixas em comparação a minha e a dela. Principalmente, porque discordava que a aluna tivesse um desempenho inferior e por ter sentido que ela pessoalizou as críticas da ACS que a avaliou. Considerei um desafio conversar sobre isso. Percebi como é desafiador dar feedback.

Essa aluna, diferente dos anteriores, teve mais facilidade para reconhecer suas qualidades e deficiências em equilíbrio. E destacou que essa forma de avaliação de múltiplas fontes tinha uma utilidade importante.

Eu acho útil para corrigir algumas coisas. Por exemplo, eu tinha a impressão de que eu tinha falha em alguns lugares. E eu tinha mesmo, né? E isso é bom, porque é claro que a gente acorda alguns dias um pouco mais disposto a fazer algumas abordagens em dias um pouquinho menos disposto. E eu acho que, apesar disso, essa média dos atendimentos ajuda a gente a entender onde estamos errando de uma forma que não é pontual (Nayara, reunião de feedback parcial, 2025).

Nayara também mencionou a complexidade do aspecto socioeconômico dentro da comunidade e as diversas demandas de cunho social que muitos pacientes apresentam.

Tenho um pouco de receio de coisas que eu não tenho como intervir, tipo de abordar coisas que eu não tenho como intervir. São coisas muito difíceis de lidar mesmo. E alguns dos pacientes que eu atendi, não todos, mas alguns deles. Eles eram um pouco complexos demais do ponto de vista de outras questões (Nayara, reunião de feedback parcial, 2025).

Pontuei que a aluna intencionalmente avaliou não só da doença do paciente, mas a experiência com a doença e os prejuízos a sua funcionalidade, pontos importantes do Método Clínico Centrado na Pessoa (Stewart et al, 2017). Ela é envolvida em associações e eventos de educação médica e, por isso, já tinha alguma experiência com o tema de competências e a comunicação dentro da relação médico-paciente. Pontuou que o estudo desses temas fica restrito a dedicação individual em atividades extracurriculares e que gostou desse assunto ter mais relevância no cenário do estágio atual.

[...] são competências que não são tão trabalhadas em outros cenários de prática, mesmo dentro da Atenção Primária. Assim, foi importante para mim, porque é isso que eu sentia falta durante a faculdade e tudo que eu sei sobre isso eu aprendi fora da faculdade. Pra começo de conversa, dentro da minha experiência de formação na UFPA em específico, não sei como é que é de outras faculdades, eu acho que tudo que a gente tem de M CCP [Método Clínico Centrado na Pessoa] ou então de habilidades profissionais, para além de clínicas, comportamentais e atitudinais, não é bem desenvolvido. Tudo que eu aprendi, aprendi por fora. Então é interessante aprender por fora, mas o conhecimento se constrói de uma maneira desorganizada. E aí é por isso que em algumas coisas eu consigo. Assim tenho muitos amigos que são médicos de família e quando a gente conversa sobre medicina, a gente conversa sobre essa doença e experiência da doença, que é uma coisa que eu não fazia. Eu acho que é importante e acho que isso, talvez nessa altura do campeonato, seja mais importante do que uma correção clínica, porque o raciocínio clínico ele se desenvolve depois de seis anos e meio. Entre aspas, né? Mas ele se desenvolve. Mas esse raciocínio de habilidades atitudinais, ele não se desenvolve sozinho (Nayara, reunião de feedback parcial, 2025).

Nayara mencionou também o quanto a perspectiva do paciente, em especial, sua satisfação foi importante dentro da sua formação.

Aí a perspectiva de avaliação do ACS, do preceptor e do paciente, que para mim é muito novo, porque a gente não tem essa avaliação. Ela é muito importante porque às vezes o paciente pode se sentir constrangido e não te falar que ele não entendeu o que você tá falando pra ele. Então tem a oportunidade de que ele fale dentro de um ambiente seguro aos defeitos e qualidades que ele percebeu dele. Mas o paciente, a satisfação dele com o meu atendimento, para mim significa muita coisa (Nayara, reunião de feedback parcial, 2025)..

Em 30 de setembro de 2025, dia de finalização do estágio na UBS Caiçaua, eu e os alunos realizamos novas reuniões de feedback individual. Nesse momento, foi exposto novamente o Portfólio que reuniu as respostas do formulário ao longo do tempo.

Foram mantidas dúvidas sobre o entendimento do questionário, PCCP, principalmente na questão “Até que ponto o estudante e a pessoa discutiram o papel de cada um? (Quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspectos do cuidado?)”. A aluna Nayara considerou complexo estimular a autonomia do paciente sem se desresponsabilizar do cuidado. Ao ser perguntada o que chamou atenção nas respostas e refletir sobre o que a pergunta significa, entendeu que, na realidade, abordou esse ponto nas consultas, mas subdimensionou nas avaliações.

[Chamou atenção] incluir o paciente na decisão de ponto terapêutico. Eu fiquei assim... Como é que eu faço isso? Como fazer isso? Eu acho que, quando a senhora explicou agora, eu acho que eu faço um pouco mais disso do que eu realmente registrei que eu fazia. Então talvez eu tenha subdimensionado um pouquinho. Não que seja excelente, mas eu acho que eu subdimensionei (Nayara, reunião de feedback final, 2025).

Também foi reconhecido por ela uma evolução pessoal no quesito de pactuação de agenda, que envolve priorização de demandas e problemas trazidos pelo paciente e identificados pelo médico.

Por exemplo, eu melhorei, na minha opinião, na pactuação de agenda, o que é importante para mim, o que é importante para o paciente, o que dá para resolver logo e o que vai ter que esperar um pouco para resolver. Eu acho que eu melhorei nisso. E eu melhorei, eu acho que eu melhorei em entender as condições do paciente (Nayara, reunião de feedback final, 2025).

Na sessão de feedback anterior, houve menção de que seu desempenho na questão de “Até que ponto o estudante discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde da pessoa?” estava menor que os demais itens. No momento final, conclui que várias habilidades que denominou “humanísticas” foram exercitadas.

Mas eu consegui fazer isso e testar, assim, colocar à prova essas habilidades. Eu fico muito feliz que elas sejam reconhecidas como habilidades que eu tenho, porque eu lutei por elas. É... E fico feliz de perceber que tem uma coisa que eu achava que eu

não fazia, que talvez eu estivesse fazendo. E... Acho que eu melhorei nessa parte também de abordar as questões familiares dos pacientes, assim, porque é um desafio. Eu acho que é o limite de você ser invasivo ou não, assim, na situação (Nayara, reunião de feedback final, 2025).

Jonas compreendeu que ainda precisa trabalhar mais a comunicação na anamnese fazendo perguntas mais abertas. Mas de forma geral, passou a sentir-se mais seguro, principalmente em visitas domiciliares. E que atender sozinho o ajudou a ter mais confiança nas suas habilidades.

A gente atende bastante mais sozinho, né? Então a gente cria mais confiança, né? Do que atender simplesmente com um outro amigo. E tu vai vendo o jeito de falar, o que dá certo e o que não dá certo. Deu pra atender bastante gente (Jonas, reunião de feedback final, 2025)

Pendleton et al (2011) comentam que a realização de boas consultas deve requerer instrução e prática repetida, tal qual aprender a tocar um instrumento musical. Diferentes oportunidades, reais ou simuladas, permitem que o aprendiz verifique se uma abordagem funciona para ele ou não. E parece ter sido o caso de Jonas, que se sentiu mais confiante conforme realizou mais e mais atendimentos na UBS.

Um dos alunos, Rogério, mencionou que teve dificuldade de estudar aspectos da prática, como por exemplo exame físico direcionado, pois estaria priorizando as provas de residência que aconteceriam em breve. Apesar de reconhecer que já tem deficiência nesse campo. Em relação a sua evolução, acredita que melhorou na naturalidade do atendimento, conseguindo conversas e coletas dados pertinentes da consulta, em comparação ao começo do estágio, em que estaria mais “acanhado”. Sobre as visitas domiciliares, mencionou:

Mas, assim, eu achei bacana a experiência da visita, assim, principalmente no sentido de tentar integrar um pouco a minha realidade com a realidade das UBS, né, no interior. Então, achei bem legal também (Rogério, reunião de feedback final, 2025).

Ele completou dizendo que ficava curioso de ver os pontos de destaque no atendimento que a ACS que o acompanhou percebeu, pois referiu que, às vezes, se sente tão concentrado que em geral não observa alguns aspectos e gostou dessa dinâmica de novos olhares sobre a prática.

Para a aluna Adriana, em sua sessão de feedback final, destaquei que no gráfico que reúne todas as avaliações, a sua era a que tinha um desempenho pior, ela comentou que ainda tem inseguranças e isso a influencia na hora de se autoavaliar. A aluna também mencionou a dificuldade de ter a certeza de que o paciente a compreendeu e durante a sessão conversamos juntas como isso pode acontecer. Comparou também sua evolução em relação a primeira sessão e a final:

Depois da primeira avaliação que a gente teve, eu tive mais cuidado quando eu estava atendendo. Por exemplo, quando o paciente falava e daí eu lembrava um pouco da avaliação. As coisas que são perguntadas na avaliação, eu ia tentando preencher durante a anamnese do paciente. Acho que isso foi uma coisa boa e eu acho que perdeu um pouco do medo também de autonomia mesmo. Antes de começar aqui, eu ficava um pouco mais insegura, por exemplo. Pensava em um diagnóstico e ficava assim, eu acho que não. Então, como a gente consegue atender sozinha, dá essa abertura, essa oportunidade. Então, pra mim foi muito bom pra ficar um pouco mais segura em relação ao diagnóstico, em relação ao tratamento. Então, acho que evoluiu (Adriana, reunião de feedback final, 2025).

Já Raiane contou que teve uma percepção nova durante os atendimentos. Quando um paciente reclamou diretamente com ela, um dizendo que estavam demorando muito para chamá-lo e cobrando que a consulta finalizasse rapidamente. No entanto, ao longo da consulta com ela, ele foi ficando mais calmo e o atendimento fluiu bem, mas, mais do que isso, ela compreendeu que naquele contexto esses comportamentos pareciam algo que ela chamou de “defesa”, pois ele estava preocupado com resultados e exames e com os seus sintomas.

Destaquei o quão positivo foi ter essa percepção e manter seu atendimento adequado, sem que o estresse da situação a abalasse ou a fizesse “devolver na mesma moeda”. Carrió (2012) chama isso de estilo emocional *proativo* e tenta romper um ciclo vicioso de emoções negativas que pessoas com estilo emocional *Reativo* fazem quando são agradáveis com pacientes agradáveis e hostis com pacientes hostis.

Paola comentou que boas contribuições do estágio na UBS Caiçaua foram a Avaliação de Múltiplas Fontes, feedback realizado e as sessões clínicas nas quais eram discutidos os casos clínicos atendidos pelos colegas de turma.

Faz muita diferença pra gente receber esse feedback, porque às vezes a gente se analisa, mas não sabe se tá no caminho certo ou não. Às vezes é mais crítico também pra gente, não sabe a percepção do preceptor ao paciente, aos outros profissionais da equipe. Então, eu acho que esse seu projeto contribui muito pra gente também. E as discussões elas acrescentam bastante também, a gente não se limitar aos nossos pacientes, consegue ver os outros colegas, um caso mais complexo. Aproveitar outras situações (Paola, reunião de feedback final, 2025).

Já em relação à participação dos ACS, contribuíram de forma ativa e com as descrições detalhadas nas suas avaliações. O interessante foi observar que, apesar de não ter sido realizada instrução formal sobre feedback assertivo, termos subjetivos como “ótimo”, “bom”, “ruim” apareceram, mas não foram predominantes, ao invés disso, eram descritos pontos objetivos do que aconteceu na consulta que foi positivo e o que deveria melhorar, como pode ser visto na Figura 39.

Dos 17 dias de prática dos alunos, apenas oito dias tiveram avaliações dos ACS. Alguns dias, não houve disponibilidade deles para a visita domiciliar (VD). Em outros casos, o ACS

que acompanhou a consulta não realizou a avaliação. No prontuário eletrônico, foram registradas 42 VD, mas somente 14 avaliações.

Figura 39 – Feedback da avaliação dos Agentes Comunitários de Saúde em visitas domiciliares (primeira aplicação).

O que acredita que o estudante fez bem?	O que acredita que o estudante precisa melhorar?
Ouvir o paciente	No meu ponto de vista ela abordou muito bem a respeito do problema e a busca por solução.
Ouvir com atenção a respeito dos problemas relatado pela paciente	No momento creio que a estudante ta trabalhando um bom caminho e que será uma ótima profissional
Ele foi bem atencioso e fez as avaliações do pacientes certinho.	Ter um pouco mais de iniciativa e questionar um pouco mais sobre o paciente e os cuidados que precisam ter .
Ele fez uma consulta de excelente de qualidade, fez questionamentos sobre o caso do paciente, orientou e fez com que a paciente entenda a importância de uma boa quantidade de vida e a prática de atividades físicas .	Só um pouco a timidez em fazer algumas perguntas mais delicadas.
Ela realizou uma boa escuta ,tentou explicar pro paciente sobre seu cuidado ,examinou bem foi muito simpática teve paciência em escutar o paciente.	questões que faltaram ser abordadas que acho que seria muito importante, como sua vulnerabilidade pelo fato dele ter várias questões de saúde delicadas ,riscos de queda e entre outros que não foram abordadas na consulta .
A estudante foi muito atenciosa ,usou de palavras com que a paciente entendia , examinou muito bem , foi muito bom o atendimento, não deixou de orientar sobre questões importante foi muito bom teve paciência pra escutar tudo no tempo da paciente ,foi muito atenciosa na questão de doença da paciente,explicou direitinho o tratamento.	Acredito que nesse atendimento não precisa melhorar pois abordou um pouco de cada tema importância pra paciente .
O estudante fez um excelente atendimento,avaliando,escutando,e explicando todas as questões para o paciente. Me	Me colocando no lugar do paciente o estudante está bem preparado para exercer sua função como médico.
Ouvir o paciente e orientou bem	Ficou um pouco em dúvida mais depois conseguiu explicar
Em si, as perguntas adequadas para entender o caso	Na consulta em questão, não vi algo que precise melhorar, pois o estudante foi bem preciso nas perguntas e vi que a mãe do paciente ficou bastante satisfeita com a consulta.
O modo do atendimento foi muito bem ,fez seu uma escuta excelente, examinou ,explicou sobre a importância do tratamento, medicação e a situação problema ,foi atencioso simpático usa palavras fáceis de fácil compreensão.	Mesmo sento bom em diálogo , precisa melhor um pouco mais ,pois tem dificuldade no primeiro contato e precisa se atentar mais nas anotações ,pois nesse atendimento tinha alguém com ele pra fazer isso mas como o atendimento era dele , ele que precisa se atentar nisso .
Nas orientações, na escuta e examinando o paciente	Acredito que ela foi muito bem,a conduta dela foi muito satisfatório
Escutou o paciente atentamente e permitiu que se sentisse confortável na consulta.	Poderia ser mais objetiva nas perguntas para o paciente. E não estender tanto a consulta, apesar que cada caso é um caso.

Fonte: Acervo da pesquisa, Google Planilhas, 2025

Essas reflexões e considerações, como preceptora e público do PE e, também, dos alunos e ACS, acabaram por desencadear diversas transformações positivas no meu papel como preceptora, além das modificações já esperadas no Produto Educacional. O que junto da minha orientadora levou a mudança do foco PE para algo mais amplo, que reunisse todo esse

aprendizado prático *in loco* que obtive ao longo dos anos de estágio dos alunos do internato e as experiências que descrevi acima. Essas experiências e questionamentos, além dos estudos teóricos, moldaram cada escolha descrita no Capítulo 6 que detalha o Produto Educacional.

No tópico seguinte, descrevo uma segunda experimentação em outra turma e, para tal, apliquei diversas modificações provenientes do aprendizado que obtive com a turma descrita anteriormente.

6.2 Segunda experimentação

Uma nova turma de oito alunos iniciou seu estágio na UBS no dia 30 de outubro de 2025, mas apenas sete participaram da pesquisa, sendo três do sexo masculino e quatro do sexo feminino, que encerraram suas atividades no dia 26 de novembro de 2025, tendo 15 dias de prática. Todos registraram seu consentimento por meio de TCLE.

Durante o período de prática, foram registrados 305 atendimentos, sendo cerca de 7% em domicílio e os demais na UBS. Os pacientes atendidos foram em sua maioria do sexo feminino (59%). E os alunos tiveram contato com sete Agentes Comunitários de Saúde, diferente da outra turma, pois uma estava de férias no mês de novembro.

O foco dessa turma foi investir na qualidade das Avaliações de Múltiplas Fontes, ao invés da quantidade. Por isso, foram realizadas algumas modificações na metodologia aplicada.

Em relação ao processo avaliativo, cada estudante teve pelo menos duas avaliações de múltiplas fontes, sendo na UBS uma minha, como preceptora, uma avaliação do paciente e autoavaliação. Já em VD, teve a contribuição do ACS, que acompanhou a consulta, paciente e autoavaliação. Pelo tempo menor de estágio, não foi possível realizar uma sessão de feedback no meio do período do estágio, sendo realizada apenas no final.

Outra modificação, foi a inclusão de uma reunião online com a turma que teve por objetivo apresentar conceitos em comunicação e entrevista clínica de forma a situar melhor os alunos no tema da pesquisa, iniciar as contribuições para desenvolvimento de habilidades de comunicação e apresentar a pesquisa e sua metodologia.

Essa reunião foi realizada três dias após o início do estágio, isso permitiu que eu observasse questões importantes nos atendimentos realizados pelos alunos e a escolha dos temas incluiu isso, além de situações pertinentes já conhecidas do contexto assistencial da UBS. Os temas abordados estão listados abaixo:

- Estado emocional do médico e Lei do eco emocional (Carrió, 2012)
- Delimitação de demandas e definição de agenda da consulta

- Prevenção de demandas aditivas
- Demanda oculta
- A importância do primeiro minuto de escuta (minuto de ouro)
- Coleta de dados: perguntas abertas, fechadas e de resposta induzida.
- Resumo da informação obtida
- Abordagem a adesão medicamentosa
- Abordagem ao acompanhante
- Paciente “difícil” e pouco concreto
- Exame físico orientado por problemas

Essa reunião teve bastante participação dos alunos que expuseram suas experiências tanto nos primeiros dias de atendimento na UBS quanto em outros cenários. Além disso, citaram conceitos dessa discussão em diversos momentos na avaliação e na prática, o que foi indício que foi um momento bem proveitoso.

Duas das alunas, comentaram abertamente na reunião final o quanto esse momento de apresentação de conceitos influenciou sua prática, em especial fazer perguntas de resposta induzida. Sobre isso, a aluna Graziela disse:

Eu acho que, especialmente depois da sua aula, eu, pelo menos, consegui perceber um ponto de mudança de ficar me cobrando de não fazer coisas que [antes] para mim eram automáticas. Essa parte, principalmente de ficar sugestionando, [...] eu fiquei me policiando muito de perceber que eu estava fazendo errado (Graziela, sessão de feedback final, 2025).

A aluna relaciona a sua mudança de percepção sobre como agia em situações de atendimento de pacientes à contribuição da estratégia formativa voltada à apresentação de conceitos sobre Comunicação Clínica.

A partir de momentos individuais de *feedback*, observei que os relatos dos alunos que participaram das experimentações, eram um tipo de evidência ajudou a compreender as contribuições das estratégias formativas empreendidas e o quanto essas são potenciais ao desenvolvimento da Comunicação Clínica.

A seguir relato as outras alterações realizadas na experimentação com a nova turma de alunos que estagiavam na UBS Caiçua e descrevemos a elaboração de instrumentos utilizados.

6.2.1 Questionário de Avaliação Breve da Comunicação

O segundo ajuste levou a criação de um novo questionário de avaliação, com base nas necessidades identificadas na experimentação inicial. Ao invés das nove perguntas sobre o desempenho na consulta, novo questionário foi elaborado com três afirmativas com múltipla escolha, o que eu denominei de Avaliação Breve da Comunicação (ABCom).

Mantive as duas perguntas abertas finais que foram muito bem utilizadas na etapa anterior. (O que acredita que fez bem? O que acredita que precisa melhorar?) A redução ocorreu com o objetivo de diminuir o tempo de preenchimento, o que facilitou a coleta de dados durante os atendimentos, a abordagem aos pacientes e a participação dos ACS (Quadro 18).

Quadro 18 – Avaliação Breve da Comunicação (versão autoavaliação*)

Eu escutei o que a pessoa tinha a me dizer...	
Muito bem	Permiti que o paciente falasse livremente, sem interromper e utilizei perguntas abertas. Utilizei a linguagem verbal e não verbal para demonstrar escuta ativa.
Bem	Demonstrei que ouvi o paciente com atenção e interesse, sem induzir respostas a perguntas. Interrompi em alguns momentos ou deixei de explorar um ponto relevante.
Mais ou menos	Coletei a história, mas interrompi ou adiantei orientações enquanto ouvia o paciente. Foquei mais em informações biomédicas do que na experiência do paciente.
Pouco	Mostrei pouca disponibilidade para ouvir. Fez perguntas fechadas precocemente ou apressou o relato do paciente.
Nem um pouco	Não escutei de fato o paciente. Conduzi a conversa de modo unilateral ou impessoal. Fui desrespeitoso com o paciente.

Eu entendi o paciente hoje...	
Muito bem	Compreendi o que era importante para o paciente, considerando aspectos socioemocionais. Delimitei demandas e resumi informações.
Bem	Compreendi o paciente e suas demandas. Não respondi às "pistas" do paciente ou deixei de perceber nuances emocionais ou aspectos contextuais.
Mais ou menos	Compreendi algumas informações, mas mantive dúvida sobre aspectos relevantes da consulta. Não consegui priorizar ou delimitar demandas.
Pouco	Interpretei incorretamente as informações do paciente, gerando compreensão distorcida.
Nem um pouco	Não compreendi o que o paciente tentou comunicar.

Eu acredito que o paciente me entendeu...	
Muito bem	Comuniquei de forma clara, sem linguagem técnica. E confirmei que o paciente compreendeu as informações.
Bem	Expliquei adequadamente, mas não chequei completamente a compreensão do paciente.

Mais ou menos	Usei linguagem técnica ou pouco clara; o paciente pareceu compreender só em parte.
Pouco	Tive uma comunicação confusa, apressada ou distante; o paciente demonstrou dúvidas (verbalmente ou por linguagem corporal)
Nem um pouco	Não chequei se paciente entendeu o que foi dito. Adotei postura culpabilizadora ou de confrontação.

O que acredita que fez bem
O que acredita que precisa melhorar?

Fonte: Acervo da pesquisa, 2025

*Versões dos demais avaliadores estão disponíveis no Apêndice D.

A escolha das perguntas levou em consideração ingredientes básicos de uma comunicação: emissor, receptor e mensagem, aplicado a um atendimento médico e ao objetivo final desse encontro, que é a compreensão e reconhecimento de ambas as partes. Tem por objetivo principal iniciar um diálogo de “reflexão crítica da própria prática” (Brasil, 2025, p.10) entre avaliador e avaliado e não servir de *checklist* sem contexto ou sem *feedback*.

Também foi inspirada em perguntas do PCCP, sendo elas: “Até que ponto você escutou o que a pessoa tinha a lhe dizer?”, “Você acha que entendeu a pessoa bem hoje?”, “Como você explicou o problema à pessoa?” e “Como você explicou o tratamento para a pessoa?”. Foram utilizadas as mesmas graduações do questionário validado, no entanto foi acrescentado um ponto neutro entre as pontuações positivas e as negativas.

Junto as perguntas, também foi desenvolvido escala de classificação descritiva ou rubricas de avaliação, que auxiliavam os avaliadores a graduar melhor sua percepção, já que essa foi uma dificuldade identificada no relato dos alunos da turma anterior. Também ajudam tanto alunos quanto avaliadores a compreender o que é valorizado no desempenho, permitindo focar nos mesmos elementos (Russel; Airasian, 2014).

As descrições de comportamento tiveram como base o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) (Stewart et al, 2017) e habilidades de comunicação descritas por Carrió (2012). Também estavam associadas aos temas abordados na reunião inicial descrita e todos os critérios foram expostos durante esse momento, para que os alunos soubessem o que era esperado deles.

Partiu-se da descrição do melhor desempenho, com comportamentos claros e observáveis, evitando julgamentos vagos como “foi bom”, permitindo feedback preciso naquilo que precisa melhorar.

Russel e Airasian (2014) explicam que o resumo numérico auxilia a reunião de informações ao final. Algo que foi realizado quando o formulário alimentou o gráfico do portfólio e as categorias descritivas foram traduzidas para níveis de pontuação de um a cinco.

O sujeito do enunciado foi ajustado quando o questionário ABCom foi utilizado para autoavaliação e heteroavaliação (preceptora, ACS e pacientes). Mas para a coleta da avaliação dos pacientes, foram adicionadas reações em emojis com cores distintas, além da retirada das rubricas em cada critério, resultando nas respostas do formulário on-line visto na Figura 40.

Figura 40– Respostas com ícones visuais para resposta às perguntas da Avaliação Breve da Comunicação (versão pacientes).



Fonte: Acervo da pesquisa (Google Planilhas), 2025

O resultado do uso desse recurso visual foi uma maior participação dos ACS, maior facilidade de abordar os pacientes, diminuindo o tempo de coleta e auxílio visual para os pacientes não alfabetizados. Também foi mencionado pelos próprios ACS que foi muito mais fácil a coleta e a avaliação dos pacientes por meio dos emojis.

Diante disso, entendo a necessidade de utilizar instrumentos que já passaram por testes de confiabilidade, validade e outras características psicométricas de questionários com o uso de pesquisas mais direcionadas a isso. No entanto, a minha realidade complexa, imprevisível e mutável demandou a criação desse novo instrumento de coleta que coubesse nela. Pesquisas futuras talvez serão necessárias para avaliar melhor o uso desse questionário.

6.2.2 Portfólio

O portfólio⁷ também recebeu modificações, visto que o formulário que o alimentava também sofreu. O gráfico que reunia todas as visões ficou como mostra a Figura 41. Os feedbacks escritos foram reorganizados para ficarem agrupados por paciente. Mas ele continuou sendo utilizado como apoio para o feedback final.

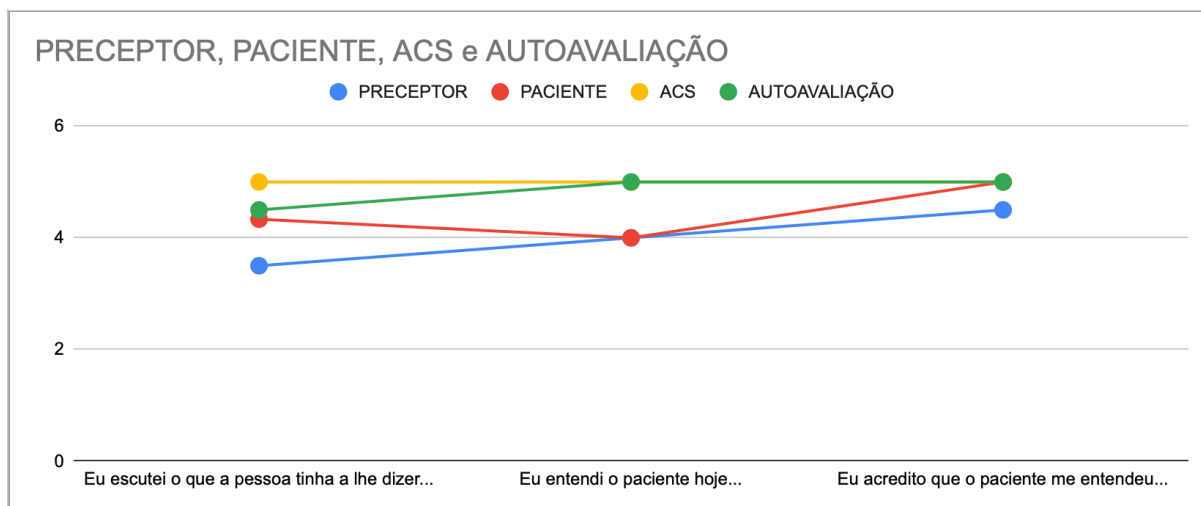
Figura 41 – Gráfico de médias de avaliação por avaliador

⁷ Link para a planilha da segunda experimentação:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1j8VKn_1Pt_F5nAaAl-5n3L4CCegRpMLM1iPTXXems4s/edit?usp=sharing.

Os nomes reais foram substituídos pelos mesmos nomes fictícios utilizados na dissertação. É possível visualizar o portfólio de todos os alunos utilizando as senhas:

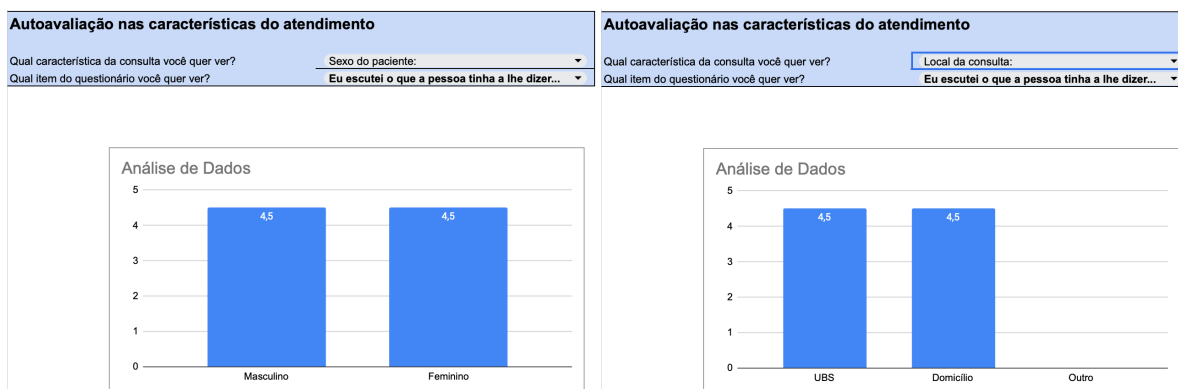
1234, 4321, 5678, 7890, 1213, 1314, 1516, 1718



Fonte: Acervo da pesquisa (Google Planilhas), 2025.

O segundo gráfico, autoavaliação nas características do atendimento, foi ajustado conforme a viabilidade técnica das ferramentas disponíveis no Google Planilhas, sendo possível visualizar nele apenas o desempenho listado na autoavaliação. Neste gráfico pode ser feito um filtro para cada uma das três perguntas da Avaliação Breve da Comunicação (ABCom) conforme o local de atendimento e o sexo do paciente (Figura 42).

Figura 42 – Gráfico de médias de características do atendimento por questão na autoavaliação



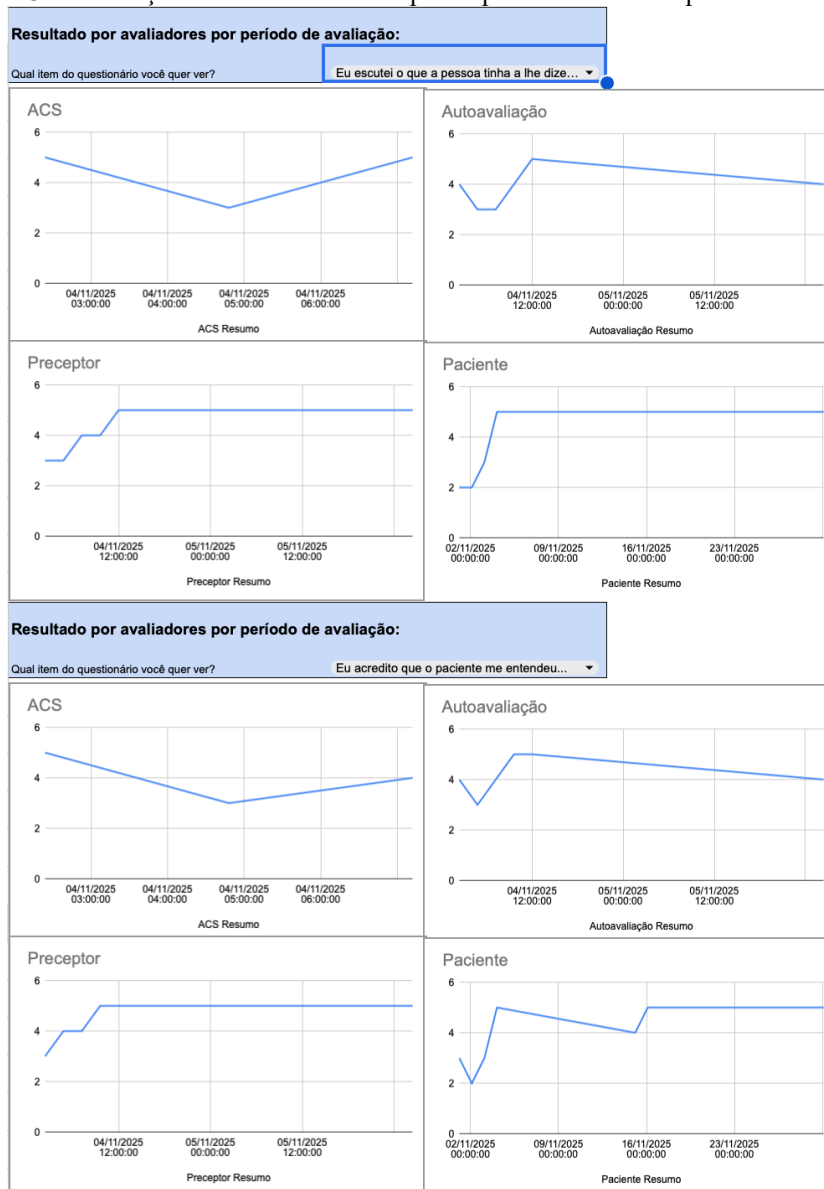
Fonte: Acervo da pesquisa (Google Planilhas), 2025

Em comparação ao Portfólio anterior, acrescentei, junto ao colaborador de programação, um gráfico que pudesse mostrar evolução ao longo do tempo por avaliador, com filtro para cada pergunta da ABCom. Essa visualização temporal não era possível nos outros gráficos.

Para melhor comparação, dispomos os gráficos dos diferentes avaliadores lado a lado. No entanto, por conta da menor quantidade de avaliações realizadas, esse recurso não chegou

a ser utilizado com a turma da segunda experimentação. Na Figura 43, apresento um exemplo de como o gráfico poderia ser mostrado com dados simulados.

Figura 43 – Simulação do Gráfico de desempenho por avaliadores no período de avaliação



Fonte: Acervo da pesquisa (Google Planilhas), 2025

A sessão do formulário on-line referente ao feedback qualitativo por escrito foi separada em uma sessão no Portfólio com as iniciais dos pacientes das referidas consultas, para facilitar recordar do atendimento. Nessa experimentação, as respostas nessa parte foram muito mais contextualizadas com foco em comunicação e na relação estudante-paciente (Figura 44). E permitiram uma conversa mais direcionada para esse aspecto, como discuti no tópico seguinte.

Figura 44- Respostas por escrito dos alunos às perguntas “O que acredita que fez bem?”, em verde, e “O que acredita que precisa melhorar?” em amarelo

Autoavaliação:	
O que acredita que fez bem?	O que acredita que precisa melhorar?
Nome do paciente: ACTDP Resposta: Busquei ativamente dúvidas ou receios da paciente. Avaliei a pega da sua amamentação e parabeneizei sobre a pega correta, buscando deixar a paciente mais a vontade	Nome do paciente: ACTDP Resposta: Paciente pouco receptiva e interativa. Tinha baixa interação social e isso me deixou muito em dúvida sobre o meu processo de acolhimento e da nossa relação médico-paciente
Nome do paciente: YSS Resposta: falar diretamente com o paciente é muito bom pra natureza dessa consulta.	Nome do paciente: YSS Resposta: deixei passar uma informação muito importante, que na verdade foi responsável por conduzir toda a consulta. além disso, foquei no acompanhante em determinado momento, sem ouvir o paciente, o que acho que também foi um erro.
Nome do paciente: JES Resposta: Paciente foi se abrindo aos poucos e compartilhando mais sobre o que sentia e como isso as situações estavam afetando sua vida.	Nome do paciente: JES Resposta: O desconhecimento de algumas questões da realidade do paciente e até mesmo da sua cultura em alguns pontos dificultaram uma conexão ainda melhor com o paciente.

*Cada linha corresponde a resposta de um aluno diferente.

Fonte: Acervo da pesquisa (Google Planilhas), 2025

Nessas respostas selecionadas, destaco como os alunos não só olharam com cuidado sobre a relação estudante-paciente e os sentimentos envolvidos na consulta, mas foram intencionais nesse sentido.

6.2.3 Considerações dos participantes da segunda experimentação

Com essa segunda turma, realizei uma reunião final individualmente com cada aluno para conversar sobre os resultados coletados. Esse momento aconteceu no dia 26 de novembro de 2025 com os sete participantes alunos desse momento da pesquisa.

A primeira aluna, Brenda, durante a reunião contou sobre um momento, após um atendimento no quinto semestre da graduação, em que ouviu de uma professora um questionamento em relação ao seu desempenho naquele dia e “como iria ser uma médica daquele jeito?”, na frente dos demais alunos. Brenda contou que saiu chorando do local de prática e pensou em trancar o curso, acrescentou que isso a marcou por muito tempo nos semestres seguintes, até que pudesse “virar a página”.

Comparando com essa situação, considerou que a forma como o estágio foi desenvolvido na UBS Caiçaua foi muito acolhedora e isso fez muita diferença para o seu senso

de segurança profissional. Ao final, sentia-se muito melhor do que entrou e reconheceu sua evolução.

Ao longo das reuniões ficou evidente que o fato de ter decidido, ao lado da minha orientadora, focar na avaliação de múltiplas fontes de um mesmo atendimento, ajudou a mostrar visões concordantes e discordantes sobre o desempenho de um mesmo momento dos alunos.

As relações entre as avaliações também podem ser vistas com o relato de Caio, que foi o segundo aluno a reunir e destacou que em sua autoavaliação pontuou a incerteza com o entendimento do paciente, fato que teve concordância com a percepção do ACS, que atribuiu nível “mais ou menos” à afirmativa “Eu acredito que o paciente entendeu o aluno...”.

Sobre o desenvolvimento de competências comunicacionais durante o período de estágio, Caio destacou que já era um tema apreciado por ele ao longo do curso e que conseguiu o desenvolver de forma satisfatória.

Eu gostei muito do que eu aprendi, especialmente sobre comunicação. Eu acho que é uma das partes mais importantes, se não a mais importante, da medicina. Eu sempre, desde o início do curso, tentei dar um valor maior anamnese, porque acho que é de onde deriva a parte mais considerável das nossas informações. Além do exame físico e afins, exames complementares. E assim, é muito legal a gente aprender técnicas que a gente consegue usar. Então foram coisas assim, relativamente simples que que você conseguiu passar para gente, mas que abrem muito a nossa cabeça. Toda essa questão de deixar o paciente falar naquele primeiro minuto, ouvir o que ele tem para dizer e aí depois pegar essas queixas dele e ir passando por cada uma delas, fazem com que a gente realmente não só se comunique melhor, mas que o paciente tenha uma aceitação melhor do que a gente está falando com ele. Também, objetivamente, ajuda a gente a chegar a um diagnóstico, a gente entender direito o que o paciente tem. Então eu acho que essas pequenas habilidades, foram vitais de verdade. Assim, para a minha melhora, como como um médico que vai atender um paciente em breve (Caio, reunião de feedback final, 2025).

Nesse trecho, Caio destaca uma informação importante, a anamnese traz a maioria das informações utilizadas no raciocínio diagnóstico, com a importância do primeiro minuto do atendimento. Estudos mostram que a anamnese, quando realizada adequadamente, é responsável por 80% dos diagnósticos (Yehia et al, 2024).

Quando perguntado sobre como foi se autoavaliar nesse contexto, Caio contou que foi de grande valia e reconhece que isso é uma forma de aprendizado, tal como se revisa um assunto para uma prova.

É um exercício que é muito importante, porque a gente faz muitas coisas no automático, né? A gente poder revisar literalmente o que a gente fez, assim como revisar o que a gente estuda para uma prova ou qualquer outra coisa, é a melhor forma de aprender. Se a gente fizer só uma vez e não for revisar aquilo depois, vai sumir da nossa memória. Então, revisar tudo aquilo que a gente fez e poder ver onde a gente errou, onde a gente pode melhorar e até mesmo no que a gente acertou, né? Que nos ajuda a continuar fazendo coisas que estão certas. Ah, e para mim é um dos

melhores instrumentos de aprendizado que tem (Caio, reunião de feedback final, 2025).

Já durante a conversa com a aluna Graziela, destaquei vários pontos positivos da sua comunicação, de como utilizava recursos complexos e mostrava empatia, mas que precisava melhorar no fato de ainda fazer muitas perguntas com resposta induzida e como isso acaba dificultando, principalmente nas pessoas que têm um alto grau de sugestibilidade.

Utilizei o campo aberto para descrever em que momento específico fez isso e como isso afetou sua coleta de dados para diagnóstico. Ela respondeu exemplificando uma consulta em que conscientemente abordou esse aspecto.

[...] deixei eles falarem. E isso ajudou muito. Nessa consulta de hoje eu percebi muita diferença, e principalmente na consulta de saúde mental, ali completamente. [...] ter permitido que ele se comunicasse de maneira aberta sem interrompê-lo permitiu um vínculo dele comigo, mas a possibilidade de entender ele, entender como ele se sentia naquele momento foi muito melhor ter feito uma consulta aberta, o que certamente sim, prolongou a consulta, mas eu não vejo isso como um problema, principalmente nesse contexto, onde o objetivo é literalmente ter essas consultas de atenção integral (Graziela, reunião de feedback final, 2025).

Para aluna Iara, a experiência nesse estágio foi diferente dos demais módulos da graduação, pois pode ter a “oportunidade de fazer uma coisa que às vezes a gente não tem tanto em ambulatorios de especialidade, que a gente é aquele olhar o paciente como um todo” e poder intervir de alguma forma em diferentes aspectos.

Já em relação ao processo de avaliação, destaquei que o desempenho registrado em sua autoavaliação era mais baixo que as demais avaliações. De forma semelhante a outros alunos, Iara contou que tem dificuldade de reconhecer seus pontos fortes e qualidade.

Assim como Natalia, que comentou também sobre sua insegurança inicial e sua autoavaliação mais baixa, mas tem consciência disso e reconhece que é um ponto a melhorar. Além da importância da comunicação na área que pretende seguir.

Eu quero fazer Medicina Paliativa, então, eu sei que eu preciso estar inteiramente dedicada ao paciente. E a comunicação vai ser muito importante, né? É de extrema importância, porque a gente pega em vários pontos da Medicina Paliativa, o erro de comunicação leva um paciente a morrer em desespero. Então, é uma coisa que eu tenho levado muito a sério. Eu sei que eu tenho muitos pontos a melhorar. Eu percebo que, às vezes, até pela minha ansiedade, eu preciso dar uma respirada, porque senão eu quero, às vezes, atropelar, assim. E é uma coisa que eu tenho feito mais de dar uma segurada nessa questão (Natalia, reunião de feedback final, 2025).

Apesar disso, durante o período de estágio, a aluna considerou muito positivo para ela conseguir perceber abertura de alguns pacientes ao longo da consulta. Considera que teve um aprendizado importante em relação a dar espaço para o paciente se expressar livremente.

Às vezes, não dou mais tempo pro paciente, às vezes, pensar. Porque nem todo mundo vai ter um raciocínio tão rápido. Às vezes, aqui, eu vou usar palavras que o paciente não está acostumado. Então, eu via que, às vezes, eu perguntava, eu tinha que esperar o paciente falar. Aí, eu já via pela carinha dele que não tinha ficado tão bom. Aí, eu tentava dar um tempo e reformular pra adequar. E acho que, sem você ter o tempo de atender seu paciente, você não vai perceber isso (Natalia, reunião de feedback final, 2025).

É possível perceber que houve mudança atitudinal nos alunos que participaram do conjunto de estratégias formativas aplicadas nessa experimentação, o momento de discussão sobre conceitos foi essencial para situar os alunos no tema. Os atendimentos diários contribuíram para pôr em teste a comunicação de cada um e avaliação de múltiplas fontes trouxe diferentes perspectivas dessa comunicação, especialmente a autoavaliação pareceu apoiar o desenvolvimento da autoconsciência sobre a prática.

Em relação à participação dos ACS, uma das profissionais que mais contribuía na experimentação anterior esteve de férias durante o segundo período de experimentações, resultando na presença de apenas sete ACS. Devido ao tempo reduzido para as práticas, aos feriados e à reorganização dos atendimentos domiciliares, foram registradas 21 visitas domiciliares e nove avaliações. Observa-se um aumento na proporção de VD avaliadas: enquanto na aplicação anterior, com oito ACS, 33% das visitas foram avaliadas, nesta etapa o percentual alcançou 42%.

Quanto ao conteúdo escrito, apesar de menos descritivas que da anterior, foram pontuados alguns aspectos importantes da comunicação de forma objetiva, como checar o entendimento (“pergunta se entendeu”) e a adaptação da linguagem ao paciente (“conseguiu explicar de maneira simples”) (Figura 45).

Figura 45 – Feedback da avaliação dos Agentes Comunitários de Saúde em visitas domiciliares (segunda aplicação).

Pontos positivos da comunicação: ▾	Pontos negativos da comunicação: ▾
Seu atendimento foi de excelente qualidade e de forma clara	Não identifiquei
Fez bastante perguntas a respeito do ocorrido	Não
Fala com calma , pergunta se entendeu .	Nao teve
Comunicação simples e objetiva	Não teve
O mesmo fez corretamente suas avaliações muito bem explicado	Eu não vi nenhum!
A aluna questionou bastante a respeito das condições de Saúde do paciente	Não teve
A aluna procurou saber como tudo tinha acontecido e tentar ajudar na melhor forma possível	Não teve
Nada a acrescentar	Não houve nenhum
Conseguiu explicar de maneira simples a paciente nos cuidados com a criança.	Não vi pontos negativos, na verdade me surpreendeu a simplicidade da aluna.

Fonte: acervo da pesquisa, 2025

Quando questionado aos ACS participantes da pesquisa suas considerações, foi mencionado que as atividades com os alunos geravam muita satisfação em poder contribuir para a formação de novos médicos, bem como para os pacientes que, inclusive, em alguns casos solicitavam visitas feitas por eles.

Pra mim, foi muito gratificante poder fazer parte dessa experiência. Pude aprender e ensinar um pouco a respeito do meu trabalho como ACS. Pude acompanhar a evolução e crescimento profissional de cada um, com quem tive a oportunidade de fazer nossas visitas aos pacientes. O crescimento foi absolutamente visível, o empenho e dedicação dos alunos sempre dispostos a aprender e ter experiências novas. Eles não tinham medo de enfrentar novos desafios, pois tínhamos a [mesma] finalidade: de formar bom médicos (Mariana, entrevista com ACS, 2026).

ACS Mariana conta que, ao realizarem a VD juntos, os alunos conseguem ver de forma explícita a diferença a atender dentro do consultório e em sua casa. Isso levaria a uma compreensão muito maior da vida do paciente. ACS Ana reforça que houve uma boa relação construída entre a maioria dos alunos, pois estes eram atentos e zelosos, e os pacientes atendidos, que os receberam muito bem.

Em relação a avaliação realizada por eles, foi mencionado que ao apontar pontos positivos e negativos do atendimento, foi possível ver melhor a evolução ao longo do estágio. Quando perguntado sobre como foi convidar os pacientes a avaliarem, recebi como resposta:

A experiência foi muito boa, pois os pacientes contavam o que achavam, como foi o atendimento, o que faltou na opinião deles, o que eles precisavam melhorar pra se tornarem bons médicos. E, no final, o que mais ouvi na avaliação foi que eles precisavam ir mais vezes (Mariana, entrevista com ACS, 2026).

Já em relação as mudanças no questionário, foi observado de maneira positiva as mudanças para perguntas mais simples e objetivas, assim como os emojis para ilustrar a graduação das respostas.

Quando aos formulários, logo de início, fiquei meio apreensivo com o primeiro formulário, mas depois compreendi. Já o segundo ficou bem mais fácil de fazer a avaliação, até mesmo para os pacientes avaliarem (Antônio, entrevista com ACS, 2026).

Os resultados desta pesquisa aqui descritos, que incluem os relatos dos estudantes sobre as visitas domiciliares e os relatos dos ACS acerca do acompanhamento realizado junto aos alunos, evidenciam o grande potencial e a relevância da visita domiciliar realizada em parceria com o agente comunitário de saúde e da inserção dos estudantes na comunidade.

Observou-se, ainda, que os ACS foram capazes de avaliar os estudantes em diversos aspectos de sua atuação, contribuindo de forma clara para seu processo formativo. Essa contribuição ocorreu independentemente da estratégia de Avaliação de Múltiplas Fontes, uma vez que os ACS já participam dessa dinâmica de visitas com os alunos desde o segundo semestre de 2023. Além disso, essa experiência mostrou-se particularmente importante para o desenvolvimento da comunicação clínica na relação entre estudante e paciente.

Considerando os resultados obtidos, evidencia-se o potencial de diferentes estratégias para o desenvolvimento da comunicação clínica dos estudantes. Embora muitas delas tenham sido inicialmente concebidas para apoiar o processo de Avaliação por Múltiplas Fontes, elas demonstraram alcançar efeitos mais amplos no processo formativo.

As diferentes estratégias implementadas ao longo da pesquisa revelaram influência significativa no aprimoramento da Comunicação Clínica, tanto nas interações entre estudantes e pacientes quanto na relação com os demais membros da equipe de saúde.

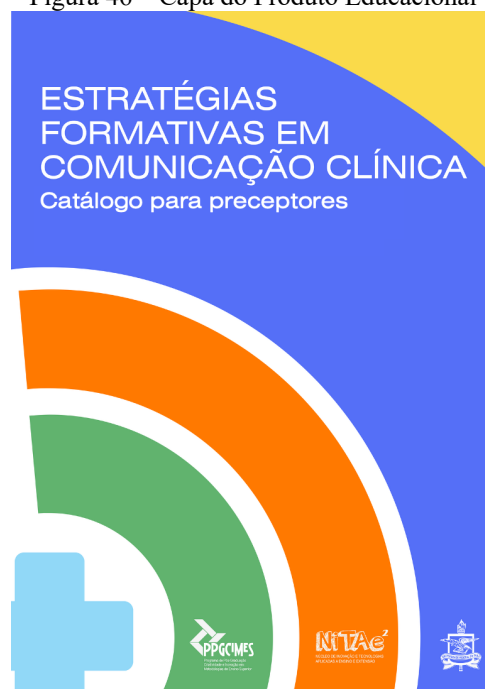
Diante das reflexões apresentadas neste capítulo, articuladas aos conceitos teóricos discutidos, e em diálogo com a orientadora, foi elaborado um **Catálogo denominado “Estratégias formativas em Comunicação Clínica: catálogo para preceptores”**. O material reúne e sistematiza os resultados e as estratégias desenvolvidas ao longo desta pesquisa, com o objetivo de socializá-las com outros pesquisadores e preceptores, contribuindo para o

fortalecimento de práticas que favoreçam o desenvolvimento da comunicação clínica na formação médica. Esse catálogo é apresentado e descrito no capítulo a seguir.

7 CATÁLOGO COMO PRODUTO EDUCACIONAL

Considero que o Produto Educacional (PE), intitulado “Estratégias formativas em Comunicação Clínica: catálogo para preceptores”⁸, idealizado e desenvolvido nesta pesquisa é mais do que a aplicação de um processo, é o reconhecimento, elaboração teórica e socialização dos resultados formativos das estratégias que experimentei como preceptora de graduandos de Medicina no Internato em uma Unidade Básica de Saúde (Figura 46).

Figura 46 – Capa do Produto Educacional



Fonte: Acervo da pesquisa, 2026

Os resultados obtidos ao longo desta pesquisa evidenciaram que a proposta inicialmente apresentada no Exame de Qualificação representava apenas uma parte do que, de fato, viria a se consolidar como PE. Durante a fase de experimentação da pesquisa, tornou-se evidente que a contribuição para a formação dos estudantes de Medicina extrapolava o escopo originalmente previsto, que se concentrava principalmente no processo avaliativo.

Dessa forma, em síntese, o Catálogo reúne, em um recurso digital, diferentes estratégias formativas para outros preceptores que também querem aperfeiçoar sua prática profissional no

⁸ Disponível em <https://drive.google.com/file/d/1iJoKTfnOcLWiZfjaCAj49BDdwQyzaHx9/view?usp=sharing>

âmbito do desenvolvimento de competências em Comunicação Clínica que servirá de alicerce para uma boa relação médico-paciente.

O objetivo desse produto é apresentar conceitos teóricos e, principalmente, socializar experiências práticas voltadas ao desenvolvimento da competência Comunicação Clínica dentro do curso de Medicina, oferecendo subsídios conceituais e orientações sobre estratégias formativas para preceptores que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A escolha do catálogo foi pensada para ser um material de apoio e consulta, no qual as estratégias são de uso flexível e adaptável para diferentes realidades. Essa escolha foi consequência do que aprendi durante a pesquisa, processos sequenciais rígidos ou demasiadamente longos foram pouco adequados para apoiar o desenvolvimento da Comunicação no meu contexto de alta pressão assistencial, que pode se assemelhar a outros cenários de ensino e, possivelmente, pouco replicáveis, dada a sua complexidade.

Diante disso, o produto educacional não foi concebido apenas como uma aplicação direta da proposta inicial, mas foi gestado no próprio campo da prática. As experimentações realizadas, aliadas aos resultados da pesquisa e à revisão bibliográfica, deram origem a um produto que reflete as demandas reais do contexto profissional em que foi desenvolvido. Assim, sua configuração atual não resulta apenas de um planejamento prévio, mas de um processo de construção progressiva, orientado pelas necessidades e possibilidades que emergiram da própria experiência no serviço.

7.1 Formato e estrutura

O formato em arquivo digital já é um modo frequente de reprodução desse tipo de material e foi uma característica presente desde a primeira formulação do PE. Esse formato permite divulgação ampla e facilidade de acesso a todos que tem disponível um dispositivo eletrônico (computador, celular, leitor de livros digitais). O arquivo digital também permite a impressão àqueles que desejarem o material físico.

Dentro do Catálogo, o leitor encontrará informações sobre o contexto do desenvolvimento do material e o cenário das experimentações relatadas. O Quadro 19 resume a estrutura principal do catálogo.

Quadro 19 – Quadro resumo da estrutura do Produto Educacional

Apresentação	Nessa sessão, explico de forma breve o contexto da pesquisa que originou o catálogo e como foi o seu desenvolvimento. Exponho os objetivos do PE e a quem se destina.
---------------------	--

Relatos inspiradores	Trago alguns relatos dos alunos que participaram da pesquisa que evidenciam o impacto na prática que tem o ensino da Comunicação Clínica.
Conceitos importantes	Apresento conceitos teóricos importantes para o entendimento do catálogo e a fundamentação teórica das práticas formativas presentes no catálogo. São eles o Ensino baseado em competências e a Comunicação Clínica
Onde esse estudo foi feito	Apresento o cenário que situou as experimentações encontradas no material, a UBS Caiçaua.
Como usar esse Catálogo	Nessa parte, de forma breve, sugiro como utilizar o Catálogo na prática como preceptor. Exponho ainda a flexibilidade do uso conforme o contexto de atuação individual.
Estratégias Formativas	- Apresentação de conceitos sobre Comunicação Clínica - Avaliação de Múltiplas Fontes - Dinâmicas de integração à equipe multiprofissional - Discussões baseadas em casos clínicos - Portfólio de aprendizagem - Visita Domiciliar e inserção na comunidade - Estratégia complementar: Grupo de mensagens
Outros recursos que apoiam o ensino de comunicação clínica	Aqui sugiro recursos e materiais para quem desejar se aprofundar no tema ou buscar outras estratégias.

Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Após o texto de apresentação do catálogo, que descreve sua origem e o objetivo do PE, além do público a quem se destina, disponho alguns relatos coletados durante a pesquisa que ilustram o impacto das estratégias adotadas na formação desses estudantes. Faço isso com o intuito de inspirar o leitor e mostrar alguns dos resultados de abordar esse tema de forma transversal na prática de alunos de graduação em Medicina. Registros fotográficos de momentos da prática compõem essa sessão.

Uma sessão de revisão teórica breve foi adicionada com um foco em ensino baseado em competências, pois considere que é importante contextualizar a definição de competência, conceito norteador e essencial para compreensão dos objetivos formativos de cada estratégia. Discorro ainda sobre Comunicação Clínica e busco sensibilizar sobre importância do tema dentro da educação médica.

Em seguida, apresento o cenário da pesquisa e de experimentação das estratégias, que foi a UBS Caiçaua e algumas características do seu território de abrangência e equipe. Essa descrição pode ajudar o preceptor a identificar sua realidade como semelhante ou totalmente diversa, de forma a necessitar adaptações na adoção das estratégias.

Então, antes de apresentar cada estratégia, sugiro o uso do catálogo, de forma consultiva e flexível, com incentivo a adaptação de cada processo formativo à realidade de ensino e assistência.

Ao apresentar cada estratégia, disponho um padrão inicial descritivo breve que inclui de que forma essa estratégia pode contribuir com o desenvolvimento da Comunicação Clínica e

um quadro resumo que sugere quais pessoas podem estar envolvidas na estratégia, o tempo mínimo para a execução, recursos necessários e possíveis situações de uso (Figura 47).

Figura 47 – Descrição inicial presente na apresentação de cada estratégia formativa

Como desenvolve a Comunicação? Amplia a compreensão sobre habilidades de comunicação que podem ser aprendidas, praticadas e aprimoradas	👤 Pessoas envolvidas: preceptor como facilitador 🕒 Tempo para desenvolvimento: sessão de aproximadamente 1 hora 📶 Recursos necessários: estrutura física para reunião ou webconferência 📋 Situações de uso: contextos diversos de atendimento a pacientes, do primeiro ao último semestre da Graduação
---	--

Fonte: Acervo da pesquisa, 2026

Após essa descrição inicial, é exposto um texto descritivo sobre a estratégia que inclui suas contribuições formativas descritas na literatura e recomendações de uso. Em seguida, apresento a sessão “A Estratégia na Prática” que conta o processo de aplicação das diferentes estratégias na UBS que atuo como preceptora, durante o período da pesquisa. Também descreve os resultados por meio dos relatos dos alunos participantes e socializa as experiências exitosas. Ao final dessa sessão, é possível encontrar links para aprofundamento teórico e materiais de apoio.

7.2 Estratégias formativas: escolhas realizadas

As estratégias formativas foram apresentadas em ordem alfabética, tanto para remeter à ideia de um catálogo de caráter consultivo quanto para evitar a hierarquização entre elas. A primeira estratégia descrita é a “Avaliação de Múltiplas Fontes”, que deu origem à pesquisa e orientou toda a experimentação realizada ao longo do estudo. Assim, essa estratégia foi apresentada com base na literatura, acompanhada dos resultados obtidos na pesquisa e da descrição de como foi aplicada no contexto específico da UBS.

Em seguida, apresenta-se a estratégia de “Apresentação de Conceitos de Comunicação Clínica”, utilizada, inicialmente, como apoio à Avaliação de Múltiplas Fontes. Essa atividade teve impacto significativo tanto na prática quanto na percepção dos alunos, sendo frequentemente mencionada por eles ao relatarem suas experiências. Na descrição da estratégia, são apresentados inicialmente alguns referenciais da literatura que discutem a importância de momentos teóricos para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, seguidos pela exposição dos conteúdos abordados nesse momento formativo.

Já a “Dinâmica de Integração da Equipe Multiprofissional” é, então, descrita como uma estratégia voltada a promover maior aproximação entre os estudantes e os diferentes profissionais da unidade. Inicialmente, são discutidos os benefícios dessa integração para a formação em saúde. Em seguida, apresenta-se a forma como essa interação foi concretizada no contexto da unidade, envolvendo tanto a equipe da UBS, quanto outros profissionais da equipe e-multi. Destaca-se, nesse contexto, a participação do fisioterapeuta da unidade, que também atua como professor universitário e contribuiu significativamente para a formação dos estudantes que o acompanharam.

Posteriormente, é apresentada a estratégia do “Portfólio de Aprendizagem”. Assim como nas demais estratégias, a descrição inicia-se com uma breve contextualização sobre os diferentes tipos de portfólio e suas possibilidades de uso no ensino em saúde. Em seguida, é detalhada a forma como esse recurso foi utilizado no estudo, por meio de um formato eletrônico que combinava registros objetivos de atividades com reflexões provenientes de múltiplas fontes.

A “Visita Domiciliar e a Inserção na Comunidade” também é abordada como estratégia formativa relevante, pois essa atividade teve grande destaque nos resultados da pesquisa, sendo mencionada por diversos alunos como uma experiência marcante e diferenciada em relação às vivências anteriores durante a graduação. Os relatos indicam que a visita domiciliar proporcionou um contato mais direto com o contexto de vida dos pacientes, ampliando a compreensão dos determinantes sociais da saúde e fortalecendo a dimensão relacional do cuidado.

Por fim, apresenta-se a “Discussão Baseada em Casos Clínicos”. Essa estratégia foi inicialmente utilizada como complemento às visitas domiciliares, permitindo aprofundar a análise das situações vivenciadas pelos estudantes. No entanto, ao longo da prática, mostrou-se útil mesmo nos momentos em que não havia ocorrido visita domiciliar, mantendo-se como um espaço de reflexão produtivo. As discussões foram conduzidas com foco especial na relação médico-paciente — ou estudante-paciente — buscando explorar as dimensões comunicacionais envolvidas nas situações clínicas. Embora se trate de uma estratégia tradicional na educação médica, seu uso neste contexto foi orientado especificamente para o desenvolvimento da comunicação clínica.

Ao final da seção dedicada às estratégias formativas, foi incluída uma última estratégia, classificada como complementar. Essa denominação foi adotada porque tal estratégia não foi explorada de maneira aprofundada ao longo da pesquisa. Ainda assim, como apareceu nos

resultados e foi mencionada pelos próprios alunos, optou-se por incluí-la com o objetivo de socializar esse achado. Sua descrição foi realizada de forma breve, justamente por não se tratar de um elemento central da pesquisa. Apesar disso, considerou-se relevante registrá-la, uma vez que sua menção pode indicar um aspecto adicional da experiência formativa vivenciada pelos participantes.

Ao final do catálogo, são apresentados outros recursos que não foram diretamente experimentados durante a pesquisa, mas que fizeram parte da revisão bibliográfica realizada no âmbito da dissertação e que podem contribuir como ferramentas para o desenvolvimento da comunicação clínica. Nessa seção, são brevemente descritas estratégias como o vídeo-feedback, instrumentos validados para avaliação da comunicação clínica, grupos Balint, a autoavaliação baseada no modelo de Pendleton, além dos métodos Preceptoria em Um Minuto e SNAPPS. Estes últimos apresentam utilidade particular no contexto da estratégia de discussão baseada em casos clínicos, embora possam também ser adaptados para outros momentos de supervisão e ensino na prática clínica.

7.3 Potencialidades e contribuições

O PE “Estratégias formativas em Comunicação Clínica” foi desenvolvido com a intenção de apoiar e inspirar preceptores que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) com subsídios teóricos e práticos para o desenvolvimento da Comunicação Clínica em estudantes de Medicina. E, a partir dos resultados das experimentações realizadas nessa pesquisa, identifiquei potencialidades e contribuições relevantes do seu uso.

Entre as potencialidades, está a aplicabilidade essencialmente prática, por ter sido desenvolvido nesse contexto, valorizando as especificidades reais do cenário de experimentação. O Catálogo foi estruturado da prática para a prática de formação em saúde na APS.

Por esse aspecto prático e consciente do ambiente diverso em que pode ser utilizado, o Catálogo também possui a potencialidade de uso flexível, pois é consultivo e foi pensado para não demandar leitura linear do material por inteiro para compreensão de cada estratégia. Assim, permite que os preceptores que irão utilizar o Catálogo selecionem e adaptem as estratégias facilmente da forma que necessitarem, inclusive integrando a práticas já utilizadas.

Dentre as situações de uso idealizadas, considero que cada estratégia descrita no Catálogo tem a possibilidade de ser aplicada desde o primeiro até o último semestre da Graduação em Medicina, com as devidas adaptações, pois não são dependentes de conteúdos

teóricos ou componentes curriculares. Em relação aos ambientes de utilização, além de Unidades Básicas de Saúde, estão os serviços de Atenção Primária na saúde suplementar e Atenção Domiciliar.

Mas não se limitam a estes, pois algumas das estratégias tem ampla capacidade de uso, como por exemplo, em hospitais universitários, onde o trabalho equipe é um alicerce importante da prática, podendo utilizar a AMF e Dinâmicas de integração à Equipe Multiprofissional. Ambulatórios de especialidades, onde há contato com pacientes, a Apresentação de Conceitos sobre Comunicação Clínica é relevante. E, até mesmo, em práticas com pacientes simulados, um Portfólio de Aprendizagem pode contribuir para reflexão sobre a comunicação e a relação médico-paciente.

A partir disso, ao socializar outras estratégias que apoiam a Comunicação Clínica, o PE tem potencial para incentivar a reflexão sobre as próprias práticas formativas dos preceptores. Essa reflexão pode, ainda, favorecer o reconhecimento e aprimoramento no acompanhamento dos estudantes, assim como ocorreu comigo, como preceptora, ao longo do desenvolvimento dessa materialidade. Sendo esta, a maior contribuição para a minha prática.

Por fim, fornecer subsídios em Comunicação Clínica para preceptores de estudantes de Medicina tem pode contribuir de maneira significativa no desenvolvimento de competências com esses estudantes, considerando conhecimentos, habilidades e atitudes, como mostram os relatos descritos nessa pesquisa.

O impacto disso pode contribuir para ampliar a reflexão sobre relação médico-paciente, fortalecer a integração ensino-serviço na APS e, na área acadêmica, contribui para reforçar o debate sobre a Comunicação Clínica com estudantes de Medicina.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento dessa pesquisa teve por objetivo desenvolver um Catálogo de Estratégias Formativas sobre Comunicação Clínica para Preceptoria durante o Internato em Medicina de Família e Comunidade da UFPA. Para atingir esse objetivo, contei com contribuições importantes dos avaliadores que participaram do Exame de Qualificação, a partir das quais direcionei o foco de intervenção em uma competência médica específica, a saber a Comunicação Clínica. Isto porque, a concepção inicial da pesquisa envolvia a abordagem de diversas competências em um processo de Avaliação de Múltiplas Fontes (AMF), com o intuito de exercitar a avaliação para o desenvolvimento competências e de ofertar um feedback estruturado durante as atividades nos cenários de prática do internato.

Neste momento, entendo que um olhar mais direcionado para a Comunicação Clínica seria mais relevante e viável para o contexto de intervenção – a saber a UBS Caiçaua. Também redirecionei a pesquisa trabalhar com educação baseada em competências, vem de uma virada de direção da educação médica nesse sentido que é irreversível (Zabala; Arnau, 2010)

Apesar disso, o novo foco da pesquisa não mudou o intuito inicial de intervir no desenvolvimento de competências e autorreflexão sobre a própria prática. A relevância da Comunicação Clínica para esses aspectos e para a educação médica é inegável, tanto no cenário internacional quanto nacional, e as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina reforçam isso (Brasil, 2025).

O cenário da pesquisa também se manteve e teve uma importância significativa nas experimentações práticas realizadas ao longo do período do mestrado. O Internato de Medicina de Família e Comunidade da UFPA é realizado no nível da Atenção Primária a Saúde em UBS. E esse nível de atenção é estruturante do nosso sistema de saúde, além de ter grande relevância na formação de recursos humanos para atuar no próprio sistema, o SUS, visto as mudanças ocorridas ao longo do tempo nos currículos das escolas médicas. Por isso, a relevância do cenário da APS para o desenvolvimento desse processo educacional.

Nesse contexto, atuo como preceptora na UBS Caiçaua, unidade de saúde de área rural e, em conjunto com a equipe de profissionais de saúde, foi nesse ambiente que busquei intervir. A formação no Mestrado Profissional deve seguir um caminho que propicie recursos para a compreensão e análise crítica da prática profissional e seu aperfeiçoamento (André, 2017). Considero que segui esse caminho dentro do PPGCIMES, culminando minha formação ao empreender essa pesquisa e que resultou na materialização de um Produto Educacional (PE), a saber “Estratégias formativas em Comunicação Clínica: catálogo para preceptores”.

Como relatado ao longo da dissertação, as primeiras experimentações práticas voltadas à prática a AMF, já com a ênfase na Comunicação Clínica, se mostraram pouco compatíveis com o meu cenário de atuação profissional. Eu, como preceptora, também utilizando a primeira versão do processo educacional pensado, não conseguia empregá-lo e acioná-lo da forma que imaginei. E os alunos, para os quais eu desejava ampliar o desenvolvimento da Comunicação Clínica, não demonstraram estar envolvidos com a experimentação.

A ideia de construir uma análise integrada e articulada das percepções sobre a Comunicação dos alunos por meio de um questionário validado em outros cenários não se concretizou, ao passo que os instrumentos adotados não geravam engajamento e não eram efetivamente compreendidos e/ou apropriados por parte daqueles que os utilizavam. Apesar disso, ficou claro e permaneceu evidente e pujante a relevância de abordar a Comunicação Clínica, já que, mesmo que os alunos não mencionassem esses aspectos em suas autoavaliações, os pacientes falavam sobre isso de forma totalmente espontânea em seus feedbacks.

Esses achados demandaram “passos para trás”, mas não de forma a regredir com a pesquisa, mas sim afastar-se para olhar o todo e fazer ajustes metodológicos necessários e que engrandeceram a minha formação como pesquisadora. Percebi que as personas pesquisadora e preceptora da Gabriela não haviam conversado sobre suas dinâmicas de trabalho. O diário que produzi ao longo dessa experimentação, que trechos compõem essa dissertação, possibilitou esse (re)conhecimento.

Cada desafio e resultado gerou novas conformações para as escolhas seguintes, em uma segunda aplicação. E, dessa vez, com um olhar mais ampliado sobre a minha prática profissional, também direcionado pelo trabalho de orientação, a percepção sobre os resultados não foi mais a mesma, pois identificou-se contribuições muito mais amplas do que as inicialmente esperadas.

Nesse caminho, cada experimentação das estratégias desenvolvidas ao longo da pesquisa me permitiu compreender, analisar e reconhecer um pouco mais da minha prática como educadora. Além disso, os relatos mostraram o quanto é importante intervir com estratégias práticas no desenvolvimento de Comunicação Clínica na APS, dado os seus potenciais para o fomento a aprendizagem significativas e realmente transformadoras. Isso moldou o PE conforme a prática real demandou.

O PE “Estratégias formativas em Comunicação Clínica: catálogo para preceptores” foi elaborado, então, como materialização da resposta às demandas do contexto de aplicação.

Com formato digital e linear, de fácil compartilhamento, o catálogo foi pensado para ser de uso flexível, pois apresenta um conjunto de sete estratégias formativas que podem ser articuladas e/ou executadas forma independente, com valor formativo próprio. No produto educacional, também sugiro ao leitor que faça adaptações e reorientações das estratégias propostas a partir do reconhecimento da atuação do preceptor, tal como o meu cenário de experimentação requisitou.

A sessão “A Estratégia na prática”, presente em todas as estratégias formativas, sistematiza e socializa os resultados de aplicação de cada estratégia, buscando apoiar outros preceptores na elaboração de seus processos formativos que fomentem o desenvolvimento da Comunicação Clínica, favorecendo sua adaptação, aplicação e replicação em outros contextos de APS e de Graduação em Medicina, em especial, mas não somente, em outros ambientes de Internato, já que é o momento de maior inserção dos discentes nos campos profissionais de prática.

Percebo essa sessão como a maior contribuição para a minha atuação profissional, pois socializo minhas experiências como preceptora e, aprimoradas, a partir do processo de troca e de partilha da percepção dos alunos e dos ACS, relatando aquilo de produzi, aprendi e o que obtive de resultados durante a pesquisa.

Apesar das contribuições importantes para o meu contexto, a pesquisa apresenta limitações que devem ser consideradas, pois as estratégias foram aplicadas em apenas um cenário da APS, devendo ser ainda testadas e verificadas as contribuições em diferentes cenários de prática e por outros preceptores. Além disso, por limitações de tempo, não foi possível coletar relatos dos pacientes sobre aspectos relativos a Comunicação Clínica, tendo sido possível compreender algumas percepções de forma indireta por meio do ACS. Além disso, a versão apresentada do PE ainda não foi submetida à validação por pares e/ou especialistas, sendo fundamentais as avaliações que serão recebidas durante a defesa pública do trabalho no PPGCIMES.

Diante disso, caminhos futuros devem ser descobertos a partir do uso do Catálogo por preceptores e docentes em diferentes cenários de prática, considerando suas potencialidades e eventuais limitações. O uso das estratégias no meu campo de atuação também pode gerar novos desdobramentos, assim como novas pesquisas podem surgir a partir da disseminação e do uso do PE.

Por fim, (re)conhecer a APS como espaço privilegiado da formação médica, com uso de estratégias formativas para ampliar o desenvolvimento da competência Comunicação

Clínica por estudantes de Medicina corrobora com experiências de aprendizagem significativas, construção de vínculo com pacientes, equipe e comunidade e reflexão sobre a própria prática que se dão por meio da facilitação de um preceptor.

Espero que o desenvolvimento dessa competência seja aprimorado com o uso do Catálogo por preceptores que, assim como eu, buscam fortalecer as práticas de ensino e assistência em cenários diversos e que, assim, contribuam para a formação qualificada e respeitosa de futuros médicos em nosso país.

REFERÊNCIAS

ANDRE, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. Mestrado profissional e mestrado acadêmico: aproximações e diferenças. *Rev. Diálogo Educ.*, Curitiba , v. 17, n. 53, p. 823-841, abr. 2017 .

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 371-378, set. 2010.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 26, p. 2234-2249, dez. 2010.

AMARAL, Anna Beatriz Costa Neves do. **Utilização da Associação de Opiniões de Múltiplos Avaliadores com a Análise de "Gaps" na Avaliação das Habilidades de Comunicação no Ensino Médico Brasileiro**. 2015. 196 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e Adolescente, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

BASTOS, Carla Alessandra Haber. **Aplicação da Avaliação 360º na Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia de um Hospital de Referência no Pará**. 2019. 70 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2019.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Viés de desejabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n.101, 2022.

BOALER, Jo. **Mentalidades Matemáticas: estimulando o potencial dos estudantes por meio da matemática criativa, das mensagens inspiradoras e do ensino inovador**. Porto Alegre: Penso, 2018.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sergio. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 363-373. 2008

BORGES, Renata; D'OLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.461-72, abr./jun. 2011.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. [S.L.]: [S.N.], 2002. 3 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 30 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, Seção 1, p.38, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução, CNE/CES nº3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, Seção 1, p. 8-11, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução, CNE/CES nº536/2025, de 07 de agosto de 2025. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, Seção 1, p. 160, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 161, de 10 de dezembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.o 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em 25 mar 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 30 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 30 nov 2024

CAMPOS, Carlos Frederico Confort; Leão, Jéssica; DOHMS, Marcela. Comunicação clínica efetiva. In: DOHMS, Marcela; GUSSO, Gustavo. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 64-77

CARRIÓ, Francisco Borrell. **Entrevista Clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 925-936, mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n ° 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2008.

Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 04 jan 2025

COREA, Ricardo; CURRAN, Maggie; ENO, Celeste; GRAESE, Patricia; LIM, Jonathan; NAHMIAS, Jonathan; PHUNG, Annie; ROBINSON, Shanice; STEWART, Nancy H.; SULLIVAN, Andrew J.; WESTERMAN, Mary Elizabeth; EDGAR, Laura; HATLAK, Kate; HOLMBOE, Eric S. **Milestones Guidebook for Residents and Fellows**. [S.l.]: Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), 2025. Disponível em: <https://www.acgme.org/globalassets/pdfs/milestones/milestonesguidebookforresidentsfellows.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2026.

CORTINA, Adela. *Aliança e Contrato*. Madrid: Trotta, 2001.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; COSTA, Glauce Dias da. Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 20, n. 56, p. 171-183, mar. 2016.

CRUESS, Richard L.; CRUESS, Sylvia R.; STEINERT, Yvonne. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. **Academic Medicine**, [S.L.], v. 91, n. 2, p. 180-185, fev. 2016.

CUNHA, Andrea Tabora Ribas da; CARAMORI, Ugo; BRITO, Leonardo de Andrade Rodrigues; PACHECO, Rafaela Alves; PISCO, Cassandra Renault; FREITAS, Fernanda Lazzari; et al. **EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero**. Rio de Janeiro, RJ: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2025. ISBN 978-65-01-39144-1. Disponível em: <https://sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2025/06/EPAs-Nacionais-em-Medicina-de-Familia-e-Comunidade-Marco-Zero-SBMFC-2025.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2026.

DALLAGHAN, Gary Beck; CROW, Sheila M.; COPLIT, Lisa; CUTRER, William B.; LOMIS, Kimberly; WAER, Amy. **Medical Student Portfolios**. [S.l.]: Association Of American Medical Colleges (AAMC), 2020. Disponível em: <https://www.aamc.org/media/22411/download>. Acesso em: 01 fev. 2025.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; ALMEIDA, Rodrigo Cariri Chalegre de; MARINS, João José Neves; TRINDADE, Thiago Gomes da; ANDERSON, Maria Inez Padula; STEIN, Airtton Tetelbom; GUIMARÃES, Fabiano Gonçalves; OLIVEIRA, Felipe Proença de; CARVALHO, Fernanda Plesmann de; SILVA, Flavio Dias. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 143-148, mar. 2012.

DOHMS, Marcela Ceci. **Videogravação de consulta como Instrumento Docente para o Ensino da Comunicação Clínica na Atenção Primária à Saúde**. 2018. 175 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

DOHMS, Marcela; TIBÉRIO, Iolanda de Fátima Lopes Calvo; COLLARES, Carlos Fernando. Brazilian version of Calgary-Cambridge Observation Guide 28-item version: cross-cultural adaptation and psychometric properties. **Clinics**, São Paulo, v. 76 n. e1706, 2021.

DOHMS, Marcela; TIBÉRIO, Iolanda de Fátima Lopes Calvo; COLLARES, Carlos Fernando. Formação em competências de comunicação clínica. In: DOHMS, Marcela; GUSSO, Gustavo. **Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 197-214.

DONNON, Tyrone; ANSARI, Ahmed Al; ALAWI, Samah Al; VIOLATO, Claudio. The Reliability, Validity, and Feasibility of Multisource Feedback Physician Assessment. **Academic Medicine**, [S.L.], v. 89, n. 3, p. 511-516, mar. 2014.

FABRICIO, Teresa Neumann Beserra Dantas. **Experiência de Implantação da Avaliação 360 Graus e Feedback entre Residentes de Ginecologia e Obstetrícia**. 2017. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

FASSINA, Vanessa; MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane Maria. Formação médica na atenção primária à saúde: percepção de estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 45, n. 3, p. 1-8, maio 2021.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.

FERNANDES, Cláudia Regina; FARIAS FILHO, Alberto; GOMES, Josenilia Maria Alves; PINTO FILHO, Washington Aspilicueta; CUNHA, Glauco Kleming Florêncio da; MAIA, Flavio Lobo. Currículo baseado em competências na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 129-136, mar. 2012.

FERREIRA, Maria Eduarda Barbuio; DUTRA, Liz de Lima; CARVALHO, Pablo Kauan Brito; BORSATO, Giovana Luiz; SILVA, Maria Vitória Ramos Santana; PAULA, Mariana Caroline de; LACERDA, Rooney Batista de Sousa; FARIA, Thainá Santos; MAGRI, Micheli Patrícia de Fátima. Vivências de estudantes de medicina em visitas domiciliares: reflexões na formação para interação comunitária. **Cadernos Cajuína**, [S.L.], v. 11, n. 1, e1754, 22 jan. 2026.

FRANCO, Camila Ament Giuliani dos Santos; CUBAS, Marcia Regina; FRANCO, Renato Soleiman. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 38, n. 2, p. 221-230, jun. 2014.

FRANK, Jason R.; SNELL, Linda; SHERBINO, Jonathan (ed.). **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework**. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015. Disponível em: https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf. Acesso em: 22 jan. 2026.

FREITAS, Letícia Silveira; RIBEIRO, Marina Franklin; BARATA, Jaqueline Lara Marques. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as

Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, n. E-1949, 2018.

GARCIA, Maria Alice Amorim; NASCIMENTO, Gabriela Egêa Alvaro do. Aplicação do Portfólio nas Escolas Médicas: estudo de revisão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 43, n. 1, p. 163-174, mar. 2019.

GONTIJO, Eliane Dias; ALVIM, Cristina Gonçalves; REIS, Zilma Silveira Nogueira. Desafio da Avaliação na Formação Médica por Competência. **Revista Internacional em Língua Portuguesa**, [S.l.], n. 33, p. 111-118, 7 nov. 2018.

GREEN, Larry A.; YAWN, Barbara P.; LANIER, David; DOVEY, Susan M. The Ecology Of Medical Care Revisited. **N Engl J Med**, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, jun. 2001

GRIGG, Eliot. Smarter Clinical Checklists. **Anesthesia & Analgesia**, [S.L.], v. 121, n. 2, p. 570-573, ago. 2015.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed / Grupo A Educação, 2018.

HOLMBOE, Eric S.; IOBST, William F.. **Assessment Guidebook**. [S.l.]: Accreditation Council For Graduate Medical Education (ACGME), 2020.

JENKINS, Louis S.; MASH, Robert; MOTSOHI, Ts'Epo; NAIDOO, Mergan; RAS, Tasleem; COOKE, Richard; BRITS, Hanneke. Developing entrustable professional activities for family medicine training in South Africa. **South African Family Practice**, [S.l.], v. 65, n. 1, p. 1-6, fev. 2023.

JENKINS, Louis; MASH, Robert; NAIDOO, Mergan; MOTSOHI, Ts'epo. Developing an electronic portfolio of learning for family medicine training in South Africa. **African Journal Of Primary Health Care & Family Medicine**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 1-4, 28 jun. 2024.

LEÃO, Jéssica Rodrigues Borges. **O estudante, o paciente e a doença: os grupos balint no processo de formação em medicina**. 2025. 119 f. Tese (Doutorado) - Programa de Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2025.

LIMA, Lorrany Junia Lopes de; ANDRADE, Wellen Zane Nunes; PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos; TAKENAMI, Iukary; QUINTANILHA, Luiz Fernando. Panorama nacional dos métodos de ensino das escolas médicas: uma avaliação dos métodos de ensino formalmente adotados pelas instituições brasileiras. **Revista Sustinere**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 80-96, 12 jul. 2023.

LOCKYER, Jocelyn; SARGEANT, Joan. **INTRODUCTION TO MCC 360: a multi-source feedback initiative**. [S.L.]: Medical Council Of Canada, 2017.

LOCKYER, Jocelyn; SARGEANT, Joan. Multisource feedback: an overview of its use and application as a formative assessment. **Canadian Medical Education Journal**, [S.l.], v. 4, n. 13, p. 30-35, mar 2022.

LOUREIRO, Elizabete; CAVACO, Afonso Miguel; FERREIRA, Maria Amélia. 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.

MACHADO, Carolina; OLIVEIRA, José Mauricio de; MALVEZZI, Edson. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. **Interface**, Botucatu, n. 25, v. e200358, 2021.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 42, n. 4, p. 66-73, dez. 2018.

MAKOUL, Gregory; KRUPAT, Edward.; CHANG, Chih-Hung. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. **Patient Educ Couns**, v. 67, n. 3, p. 333-42, Ago 2007.

MARTINO, Luis Mauro Sá. **Comunicação e Identidade: quem você pensa que é?**. São Paulo: Paulus, 2010.

MILLER, George E. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic Medicine**, [S.L.], v. 65, n. 9, p. 63-67, set. 1990.

MOREIRA, J. Antonio.; TRINDADE, Sara Dias. O Whatsapp como dispositivo pedagógico para a criação de ecossistemas educacionais. In: PORTO, C., OLIVEIRA, K.E., and CHAGAS, A., comp. **Whatsapp e educação: entre mensagens, imagens e sons** [online]. Salvador: Ilhéus: EDUFBA; EDITUS, 2017, pp. 49-68.

MORENO, Mariana Lobo; SANTOS, Nuno Rebelo dos; PAIS, Leonor Maria. Empirical Research on Multisource Feedback in Performance Appraisal: A Literature Review. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 21, n. 4, p. 1739-1749, 2021.

NEUMANN, Cristina Rolim; GERBASE, Margaret Weidenbach; BLANK, Danilo; CAPP, Edison (org.). **Avaliação de competências no internato: atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica**. Porto Alegre: UFRGS, 2019.

NITRINI, Ricardo; BACHESCHI, Luiz Alberto (eds). **A neurologia que todo médico deve saber**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

OLIVEIRA Samily Cordeiro de; FIGUEIREDO Elfie Tomaz; PEIXOTO Raquel Autran Coelho. Discussão baseada em casos clínicos. **Femina**. [S.L.] v. 50, n. 1, p. 20-23. 2022

PENDLETON, David; SCHOFIELD, Theo; TATE, Peter; HAVELOCK, Peter. **A Nova Consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PEREIRA JÚNIOR, Gerson Alves. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e a evolução do conceito de competências para marcos de competências e “Entrustable Professional Activities” (EPAs): um entendimento necessário para adequações da formação médica. In: PEREIRA JUNIOR, Gerson Alves; GUEDES, Hermila Tavares Vilar

(org.). **Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas**. São Carlos: Cubo Multimídia, 2021.

PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire; LAGES, Itamar. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, p. 319-338, maio 2013.

PERRENOUD, P. et al. **As Competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002

PERUZZOLO, Adair Caetano. **A Comunicação Como Encontro**. Bauru: Edusc, 2006.

PRADO, Crislaine Loqueti Santos Rainho; PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Lima Fernandes; RODRIGUES, Livia Bezerra. Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2, e220823pt, 2023.

ROCHA, Sheyla Ribeiro. **Tradução, Adaptação Transcultural e Evidências de Validade de duas Escalas de Avaliação de Habilidades de Comunicação em Educação Médica**. 2018. 140 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

ROGERS, Carl R. **Tornar-se pessoa**. Tradução de Manuel José do Carmo Ferreira. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

RUSSELL, Michael K.; AIRASIAN, Peter W. **AValiação EM SALA DE AULA: conceitos e aplicações**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

SANTOS, Lucas Cardoso dos; SIMONETTI, Janete Pessuto; CYRINO, Antonio Pithon. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1601-1611, 2018.

SANTOS, Wilton Silva dos. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 86-89, 2011.

SARAIVA, Ana Tereza Galdino; COSTA, Milena Silva; BARROS, Pedro Garcia Dias de; MENESES, Pedro Lucas Gomes Moreira de. VISITA DOMICILIAR: ferramenta de aprendizagem de estudantes de medicina e de orientação familiar. **Sanare**, Sobral, v. 1, n. 22, p. 102-108, jan. 2023.

SCHOLZ, Roland W.; STEINER, Gerald. The real type and ideal type of transdisciplinary processes: part I – theoretical foundations. **Sustain Sci**, v. 10, n. 4, p.653–667, 2015.

SCHUWIRTH, Lambert W. T.; VLEUTEN, Cees P. M. van Der. Programmatic assessment: from assessment of learning to assessment for learning. **Medical Teacher**, Londres, v. 33, n. 6, p. 478-485, 24 maio 2011.

SOUSA, Julio Cesar Vieira de. **Implementação da Avaliação 360 do Residente no Programa de Residência Médica em Cardiologia e Clínica Médica do Hospital**

Universitário Onofre Lopes (HUOL). 2015. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

SOUZA, Mauro Sergio Furtado de. **Análise da Avaliação 360 Graus na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade:** percepção de cidadãos usuários e preceptores. 2024. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2024.

SOUZA, Ricardo Alexandre de; OLIVEIRA, Ana Flávia Alves de; TIGRE, Carlos Eduardo Moraes; BARROSO, Eduardha Santos Temponi. Roteiro de entrevista clínica voltado para atenção primária: uma abordagem tridimensional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 49, n. 3, p. 1-9, maio 2025.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; McWHINNEY, Ian R.; McWILLIAM, Carol L.; FREEMAN, Thomas R. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TARIQ, Muhammad; BOULET, John; MOTIWALA, Afaq; SAJJAD, Nida; ALI, Syedakauser. A 360-degree evaluation of the communication and interpersonal skills of medicine resident physicians in Pakistan. **Education For Health**, [S.l.], v. 27, n. 3, p. 269, 2014.

TAVARES, Vinicius dos Santos; MELO, Rosane Braga de. Possibilidades de aprendizagem formal e informal na era digital: o que pensam os jovens nativos digitais?. **Psicologia Escolar e Educacional**, [S.L.], v. 1, n. 23, e 183039, jan. 2019.

TEN CATE, Olle. Guia Atualizado sobre Atividades Profissionais Confiáveis (APCs). **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 43, n. 11, p. 712-720, 2019.

TEN CATE, Olle. Nuts and Bolts of Entrustable Professional Activities. **Journal Of Graduate Medical Education**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 157-158, mar. 2013.

TRIPP, David. Action research: a methodological introduction. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA): CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS (CEPS). **Demanda de candidatos por grupos de vagas.** 2024. Disponível em: <https://ceps.ufpa.br/index.php/ps2024/831-demanda-ps2024/1714-dem-defin-ps2024>. Acesso em: 20 dez. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA). Projetos Pedagógicos de Cursos: Medicina. Belém, 2024. Disponível em: <https://www.faculademedicina.ufpa.br/index.php/projeto-politico-pedagogico>. Acesso em: 16 nov 2024.

VAN DER SCHAAF, Marieke; DONKERS, Jeroen; SLOF, Bert; LOON, Joyce Moonen-Van; VAN TARTWIJK, Jan; DRIESSEN, Eric; BADII, Atta; SERBAN, Ovidiu; CATE, Olle

Ten. Improving workplace-based assessment and feedback by an E-portfolio enhanced with learning analytics. **Educational Technology Research And Development**, [S.l.], v. 65, n. 2, p. 359-380, nov. 2016.

VAN DER VLEUTEN, Cornelis. P. M. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. **Advances In Health Sciences Education**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 41-67, jan. 1996.

YEHIA, Aline Camille; VIANA, Priscila Rosse Lopes; MACEDO, Marcus Vinicius Miranda; DIAS, Náthia Cerne de Souza; CAMPOS, Cecília Cruz; JARDIM, Sérgio Nachiluk; GARCIA, Júlia Neri Andrade de Almeida. Anamnese na prática clínica: uma revisão sobre suas aplicações e importância. *Rev Soc Bras Clin Med*, [S. L.], v. 2, n. 22, p. 116-120, fev. 2024.

WOLLMANN, Lucas; HAUSER, Lisiane; MENGUE, Sotero Serrate; ROMAN, Rudi; FELTZ-CORNELIS, Christina M van Der. Cross-cultural adaptation of the PatientDoctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 52, p. 71, 3 ago. 2018.

ZABALA, Antoni; ARNAU, Laia. Como aprender e ensinar competências. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ZENGER, Jack; FOLKMAN, Joseph. **Getting 360 Degree Reviews Right**. (Homepage), 2012. Disponível em: <https://hbr.org/2012/09/getting-360-degree-reviews-right>. Acesso em: 30 jan. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ESTRUTURA DE AUTOMATIZAÇÃO DA PLANILHA DE FEEDBACK 360°

- **Estrutura Geral da Planilha**

A planilha foi organizada em diferentes grupos de abas, cada uma com uma função específica dentro do sistema de automatização. A estrutura geral foi dividida em:

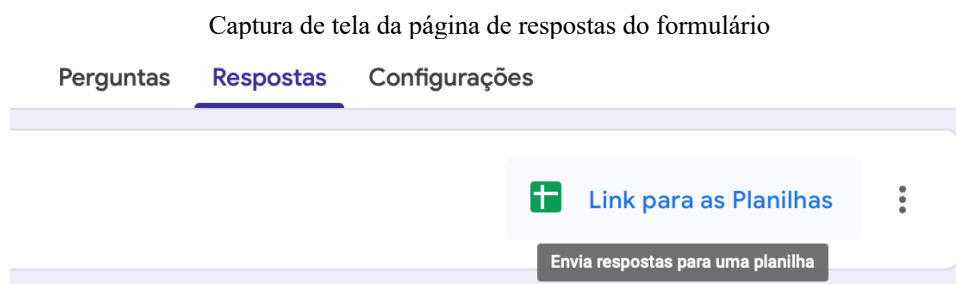
- Abas de coleta de dados;
- Abas intermediárias de conversão e tratamento;
- Abas auxiliares de apoio;
- Abas de filtragem;
- Dashboard final do aluno.

Cada etapa era responsável por uma parte do processamento automático das informações.

- **Coleta Automática das Respostas**

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de formulários digitais criados no Google Forms. Cada formulário foi conectado automaticamente a uma planilha Google Sheets utilizando a função nativa “Vincular respostas à planilha”, sendo escolhido o mesmo arquivo para os cinco formulários. Dessa forma, todas as respostas enviadas pelos participantes eram registradas automaticamente em tempo real. Foram utilizados diferentes formulários conforme o tipo de avaliador:

- Autoavaliação;
- Avaliação por ACS;
- Avaliação por pacientes;
- Avaliação por preceptores.



Fonte: Google Forms, 2026.

As respostas recebidas eram armazenadas inicialmente em abas de banco de dados (BD) bruto, como:

- “BD Aluno Original”;
- “BD ACS Original”;
- “BD PARES Original”;
- “BD PACIENTE Original”;
- “BD Preceptor Original”.

Essas abas funcionavam apenas como armazenamento inicial das respostas, sem alterações manuais.

- **Abas Intermediárias e Conversão das Respostas (Inf. De apoio)**

Após a coleta, os dados passavam por abas intermediárias responsáveis pela organização e padronização das respostas. Uma das principais funções dessas abas era converter respostas qualitativas em valores numéricos, permitindo a realização de cálculos automáticos, médias e indicadores estatísticos.

As respostas dos formulários eram originalmente preenchidas em formato textual, entretanto essas respostas precisavam ser convertidas em números. Para isso, foram criadas tabelas auxiliares contendo equivalências entre texto e valor numérico. Exemplo:

- Muito bem = 5
- Bem = 4
- Mais ou menos = 3
- Pouco =
- Nem um pouco = 1

As abas intermediárias utilizavam funções do Google Planilhas para localizar automaticamente o valor correspondente à resposta textual. Exemplo:

=VLOOKUP(A2,'Inf de apoio'!A:B,2,FALSE)

Dessa forma, respostas qualitativas eram automaticamente transformadas em dados quantitativos. Isso permitiu:

- cálculo de médias;
- comparação entre participantes;
- criação de indicadores;
- geração automática de gráficos;
- análise estatística simplificada.

Além da conversão dos dados, essas abas também reorganizavam colunas, padronizavam informações e preparavam os dados para os dashboards. Exemplos de abas intermediárias:

- “BD Aluno final”;
- “BD ACS final”;
- “BD PACIENTE final”;
- “BD Preceptor final”.

• **Uso das Abas Auxiliares**

As abas auxiliares tiveram papel central em toda a automatização. Essas abas eram responsáveis por:

- armazenar tabelas de equivalência entre texto e número;
- realizar cálculos automáticos;
- calcular médias por categoria;
- calcular médias por tipo de atendimento;
- cruzar informações entre alunos e avaliações;
- auxiliar os filtros do dashboard;
- alimentar indicadores automáticos.

Grande parte das fórmulas mais complexas da planilha ficava centralizada nessas abas, permitindo que o restante do sistema funcionasse de maneira automatizada e reduzindo erros manuais.

• **Filtragem Automática das Informações**

Após o tratamento e conversão dos dados, foram criadas abas específicas de filtragem automática. Exemplos:

- “BD filtrado”;
- “BD ACS filtrado”;
- “BD PACIENTE filtrado”;
- “BD PRECEPTOR filtrado”.

Essas abas utilizavam funções como:

`FILTER()`

`VLOOKUP()`

`IFERROR()`

`AVERAGE()`

As fórmulas permitiam localizar automaticamente apenas os dados relacionados a um participante específico, preparando as informações que seriam exibidas no dashboard final.

• **Dashboard Individual do Aluno**

Foi criada uma aba específica (Painel de dados/Dashboard) que centralizava todas as informações finais do participante. Essa aba funcionava como o painel individual do aluno e reunia automaticamente:

- médias;
- gráficos;
- indicadores;
- comparações entre avaliações;
- resultados consolidados;
- análises quantitativas.

O dashboard era atualizado automaticamente sempre que novas respostas eram enviadas aos formulários. Essa foi a única aba disponibilizada para visualização dos alunos. Todo o restante da estrutura da planilha — incluindo bancos de dados, tabelas auxiliares, fórmulas e áreas técnicas — permanecia oculto (Menu principal > Ver > Páginas ocultas).

• **Controle de Acesso e Proteção das Informações**

Como cada participante deveria visualizar apenas seu próprio feedback, foi desenvolvido um sistema de acesso individual utilizando senhas. Cada aluno recebeu uma senha única vinculada ao seu identificador na planilha. Ao inserir a senha no dashboard, o sistema realizava automaticamente a filtragem das informações correspondentes àquele participante.

Para garantir privacidade e segurança dos dados, também foram utilizados recursos de proteção do Google Sheets, incluindo:

- bloqueio de abas;
- proteção de células;
- ocultação de abas técnicas;
- restrição de edição.

Essas medidas impediram:

- acesso aos dados de outros participantes;
- alteração de fórmulas;
- visualização das áreas internas da automatização.

Dessa forma, cada aluno conseguia visualizar apenas seu próprio feedback individualizado.

• **Automatizações Utilizadas**

As principais estratégias de automatização empregadas foram:

- integração automática entre Google Forms e Google Sheets;
- conversão automática de respostas textuais em valores numéricos;
- uso de tabelas auxiliares;
- filtragem inteligente de dados;
- atualização automática de gráficos;
- cálculo automático de médias;
- consolidação de múltiplas bases de respostas;
- controle de acesso individual;
- proteção das áreas técnicas da planilha.

- **Finalidade da Automatização**

A automatização desenvolvida permitiu:

- reduzir erros manuais;
- acelerar o processamento das respostas;
- transformar respostas qualitativas em indicadores quantitativos;
- organizar grandes volumes de dados;
- gerar análises em tempo real;
- facilitar a interpretação visual das informações;
- garantir privacidade individual dos participantes.

Além de apoiar diretamente esta pesquisa, a estrutura criada apresenta potencial de replicação em outras pesquisas acadêmicas que utilizem formulários digitais e análise automatizada de dados.

- **Possibilidade de Replicação**

Para replicar uma estrutura semelhante, um pesquisador precisaria seguir os seguintes passos básicos:

- Criar formulários no Google Forms;
- Vincular os formulários a planilhas Google Sheets;
- Criar abas para armazenamento bruto das respostas;
- Desenvolver tabelas auxiliares com equivalência entre respostas textuais e valores numéricos;
- Criar abas intermediárias para tratamento automático dos dados;
- Utilizar funções como **FILTER()** e **VLOOKUP()** para filtragem das informações;
- Construir dashboards automáticos;
- Implementar controle de acesso individual por senha;
- Proteger abas e fórmulas da planilha.

Mesmo usuários com conhecimentos básicos em planilhas conseguem reproduzir parte significativa da estrutura desenvolvida, enquanto funcionalidades mais avançadas podem exigir conhecimentos intermediários em Google Planilhas.

Material desenvolvido por Isac Queiroz de Oliveira (desenvolvedor de software) com auxílio de inteligência artificial.

APÊNDICE B – AVALIAÇÃO BREVE DA COMUNICAÇÃO

Avaliação Breve da Comunicação (versão autoavaliação)

Eu escutei o que a pessoa tinha a me dizer...	
Muito bem	Permiti que o paciente falasse livremente, sem interromper e utilizei perguntas abertas. Utilizei a linguagem verbal e não verbal para demonstrar escuta ativa.
Bem	Demonstrei que ouvi o paciente com atenção e interesse, sem induzir respostas a perguntas. Interrompi em alguns momentos ou deixei de explorar um ponto relevante.
Mais ou menos	Coletei a história, mas interrompi ou adiantei orientações enquanto ouvia o paciente. Foquei mais em informações biomédicas do que na experiência do paciente.
Pouco	Mostrei pouca disponibilidade para ouvir. Fez perguntas fechadas precocemente ou apressou o relato do paciente.
Nem um pouco	Não escutei de fato o paciente. Conduzi a conversa de modo unilateral ou impessoal. Fui desrespeitoso com o paciente.

Eu entendi o paciente hoje...	
Muito bem	Compreendi o que era importante para o paciente, considerando aspectos socioemocionais. Delimitei demandas e resumi informações.
Bem	Compreendi o paciente e suas demandas. Não respondi às "pistas" do paciente ou deixei de perceber nuances emocionais ou aspectos contextuais.
Mais ou menos	Compreendi algumas informações, mas mantive dúvida sobre aspectos relevantes da consulta. Não consegui priorizar ou delimitar demandas.
Pouco	Interpretei incorretamente as informações do paciente, gerando compreensão distorcida.
Nem um pouco	Não compreendi o que o paciente tentou comunicar.

Eu acredito que o paciente me entendeu...	
Muito bem	Comuniquei de forma clara, sem linguagem técnica. E confirmei que o paciente compreendeu as informações.
Bem	Expliquei adequadamente, mas não chequei completamente a compreensão do paciente.
Mais ou menos	Usei linguagem técnica ou pouco clara; o paciente pareceu compreender só em parte.
Pouco	Tive uma comunicação confusa, apressada ou distante; o paciente demonstrou dúvidas (verbalmente ou por linguagem corporal)
Nem um pouco	Não chequei se paciente entendeu o que foi dito. Adotei postura culpabilizadora ou de confrontação.

O que acredita que fez bem?
O que acredita que precisa melhorar?

Avaliação Breve da Comunicação (versão preceptor e ACS)

O aluno escutou que a pessoa tinha a dizer...	
Muito bem	Permitiu que o paciente falasse livremente, sem interromper e utilizei perguntas abertas. Utilizou a linguagem verbal e não verbal para demonstrar escuta ativa.
Bem	Ouviu o paciente com atenção e interesse, sem induzir respostas a perguntas. Interrompeu em alguns momentos ou deixou de explorar um ponto relevante.
Mais ou menos	Coletou a história, mas interrompeu ou adiantou orientações enquanto ouvia o paciente. Focou mais em informações biomédicas do que na experiência do paciente.
Pouco	Mostrou pouca disponibilidade para ouvir. Fez perguntas fechadas precocemente ou apressou o relato do paciente.
Nem um pouco	Não escutou de fato o paciente. Conduziu a conversa de modo unilateral ou impessoal. Foi desrespeitoso com o paciente.

O aluno entendeu o paciente hoje...	
Muito bem	Compreendeu o que era importante para o paciente, considerando aspectos socioemocionais. Delimitou demandas e resumiu informações.
Bem	Compreendeu o paciente e suas demandas. Não respondeu às "pistas" do paciente ou deixou de perceber nuances emocionais ou aspectos contextuais.
Mais ou menos	Compreendeu algumas informações, mas manteve dúvida sobre aspectos relevantes da consulta. Não conseguiu priorizar ou delimitar demandas.
Pouco	Interpretou incorretamente as informações do paciente, gerando compreensão distorcida.
Nem um pouco	Não compreendeu o que o paciente tentou comunicar.

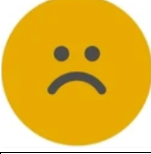
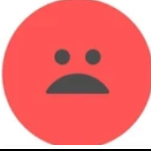
Eu acredito que o paciente entendeu o aluno...	
Muito bem	Comunicou-se de forma clara, sem linguagem técnica. E confirmou que o paciente compreendeu as informações.
Bem	Explicou adequadamente, mas não checkou completamente a compreensão do paciente.
Mais ou menos	Usou linguagem técnica ou pouco clara; o paciente pareceu compreender só em parte.
Pouco	Comunicou-se de forma confusa, apressada ou distante; o paciente demonstrou dúvidas (verbalmente ou por linguagem corporal)
Nem um pouco	Não checkou se paciente entendeu o que foi dito. Adotou postura culpabilizadora ou de confrontação.

O que acredita que o estudante fez bem?
O que acredita que o estudante precisa melhorar?

Avaliação Breve da Comunicação (versão paciente)

O aluno escutou que eu tinha a dizer...		
Muito bem		
Bem		
Mais ou menos		
Pouco		
Nem um pouco		

O aluno entendeu você hoje...		
Muito bem		
Bem		
Mais ou menos		
Pouco		
Nem um pouco		

Eu entendi o que o aluno disse...		
Muito bem		
Bem		
Mais ou menos		
Pouco		
Nem um pouco		

O que acredita que o estudante fez bem?
O que acredita que o estudante precisa melhorar?

APÊNDICE C – ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Como pesquisa que envolve seres humanos e considerando seguir a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, este projeto foi submetido para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFPA em 06/01/2025. E foi aprovada sob o registro CAAE: 85694424.9.0000.0018 (Anexo A).

Como forma de resguardar a segurança, a autonomia e o respeito aos envolvidos na pesquisa, todas as etapas incluíram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) para alunos, pacientes e profissionais da saúde. Para aqueles que não forem capazes de assinar, será oferecido assinatura com a digital por meio de carimbo.

Quanto aos riscos inerentes a pesquisa e os procedimentos para a atenuação destes, a possível exposição de dados sensíveis dos discentes, pacientes e profissionais de saúde foi evitado de forma que todas as suas produções prévias ou coletadas durante a pesquisa serão protegidas com sigilo de autoria. Parte desses instrumentos foi construído de forma anônima com o objetivo de evitar qualquer exposição e constrangimento.

Durante a escrita da dissertação, todos os nomes utilizados são fictícios e foram substituídos conforme a inicial do nome verdadeiro para identificação pela pesquisadora. Os demais recursos digitais também tiveram os nomes substituídos.

Os instrumentos de avaliação dos alunos aplicados ao longo da prática do módulo serão utilizados para aprimoramento do processo ensino-aprendizagem e foram embasados em robusta literatura aqui descrita. Os demais atores da pesquisa, pacientes e profissionais de saúde, foram convidados a avaliar e de nenhuma forma tiveram qualquer direito recusados caso não desejasse participar e, também, não gerou qualquer custo para eles. Suas contribuições também foram coletadas de forma anônima, somente com a presença da preceptora, para evitar constrangimento tanto do paciente quanto do aluno.

O encontro final para análise em conjunto do relatório da AMF aplicada foi comunicado individualmente apenas para o aluno implicado, para que não houvesse qualquer tipo de constrangimento entre pares. Esse encontro também será realizado feedback com base em princípios norteadores e os comentários de outros avaliadores que não tiveram assertividade foram moderados por mim antes da apresentação aos alunos.

Como critérios de inclusão da pesquisa, foram incluídos na pesquisa alunos regularmente matriculados no módulo de Medicina de Família e Comunidade II no ano letivo de 2024 e 2025

que cumpriram carga horária do Internato na UBS Caiçaua, selecionados como amostra por conveniência.

A inclusão dos pacientes que desejaram participar e contribuir na avaliação levou em conta o acompanhamento do cidadão na unidade, além da idade maior de 18 anos para os respondentes. Os profissionais da equipe de saúde que participaram compõem a equipe há mais de um ano e conhecem adequadamente o serviço na UBS.

Foram excluídos aqueles discentes, ainda que matriculados, não frequentaram ao menos 75% do estágio curricular (internato) na Unidade de Saúde da Família Caiçaua no ano letivo de 2025. Dentre os pacientes, foram excluídos aqueles que não tiveram condições de compreensão dos procedimentos avaliativos. Para os ACS, foram excluídos os que não tiveram contato com os alunos durante o período de prática por qualquer tipo de afastamento do serviço.

Todos os alunos concordaram e documentaram por escrito a autorização para registro fotográfico, captação de áudio e vídeo para uso e divulgação, assim como a realizar nas imagens e sons captados, cortes, reduções e edições.

APÊNDICE D - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESTUDANTES

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de mestrado intitulada “ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO FORMATIVA PARA ALUNOS DO INTERNATO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ”, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior (PPGCIMES), do Núcleo de Inovação e Tecnologias Aplicadas a Ensino e Extensão (NITAE²), da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob a orientação da profa. Dra. Fernanda Chocron Miranda.

A pesquisa tem por objetivo propor uma metodologia de avaliação multidimensional para alunos do internato rural em Medicina de Família e Comunidade dentro da graduação da Universidade Federal do Pará. E com isso espera-se contribuir para a melhoria dos processos de avaliação na graduação em Medicina, oferecendo um feedback mais preciso e completo aos estudantes. Além disso, a metodologia proposta pode ser adaptada e aplicada em outros contextos educacionais e, dessa forma, poderá contribuir para a formação de médicos mais competentes e preparados para atuar na Atenção Primária à Saúde, além de oferecer subsídios para a melhoria contínua dos processos de ensino e aprendizagem.

Todos os dados e documentos serão de uso apenas para a pesquisa e não serão divulgadas informações pessoais com a sua identificação, sem que seja requerida sua autorização expressa. Se houver fornecimento de dados confidenciais, serão tratados com sigilo.

Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora responsável ou com a Universidade Federal do Pará. Caso concorde em participar, favor assinar ao final do documento.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes em tipos e gradações variados. Como possível risco está a exposição de dados sensíveis que será evitado de forma que suas produções coletadas serão protegidas com sigilo. Os questionários de avaliação da prática serão totalmente anônimos. E os instrumentos de avaliação aplicados ao longo da prática do módulo serão comunicados individualmente para que não haja qualquer tipo de constrangimento. E de nenhuma forma você terá seus direitos recusados caso não deseje participar e não gerará qualquer custo para os você.

Com a intenção de dissipar tais riscos, a forma com que as dinâmicas de coleta de dados serão trabalhadas deverá evitar qualquer tipo de exposição ou constrangimento de seus participantes e no caso de você apresentar algum desconforto durante o desenvolvimento da pesquisa, será prontamente acolhido(a) pela pesquisadora e terá total liberdade em continuar (ou não) no trabalho.

As informações obtidas por esta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre a participação será assegurada. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos participantes. Portanto, a privacidade será assegurada.

Você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável GABRIELA GÓES COSTA, a qualquer tempo para informação adicional, no endereço: Passagem Tancredo Neves, número 85^a, telefone: (91) 99372-0123 e e-mail: gabrielagoesmed@gmail.com. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (CEP - ICS/UFPA). Rua Augusto Corrêa, nº 01, Campus do Guamá. UFPA, Faculdade de Enfermagem do ICS, sala 13, 2º andar, CEP: 66.075-110, Belém-Pará. Tel.: 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br.

Por fim, registra-se que você receberá uma cópia deste termo em que consta o telefone e endereço da pesquisadora responsável pelo estudo “ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO FORMATIVA PARA ALUNOS DO INTERNATO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ”, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

Eu, _____,
brasileiro(a), inscrito(a) sob o número de CPF _____ e RG _____,
concordo em participar voluntariamente da pesquisa acima referida e declaro que sou maior de 18 anos,
que li as informações contidas neste documento e fui devidamente informado(a) pela equipe da pesquisa
sobre os objetivos, sobre os procedimentos que serão utilizados e sobre a confidencialidade da pesquisa.
Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade.
Por meio desta autorização ora concedida, autorizo, ainda, que sejam tiradas fotos e captação de áudio
e vídeo para uso e divulgação, quando necessário, assim como a realizar nas imagens e sons captados,
cortes, reduções e edições. Esta autorização não gera e não gerará no futuro e não ensejará interpretação
de existir quaisquer vínculos ou obrigações trabalhistas, securitárias, previdenciária, indenizatória, ou
mesmo empregatícia, entre o(a) cedente e a pesquisadora.

Declaro, ainda, que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento. Os resultados obtidos
durante este estudo serão divulgados em apresentações e publicações científicas, desde que meus dados
pessoais não sejam mencionados sem meu consentimento expresso.

Belém-Pará-Brasil, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA: _____

Pesquisadora responsável: GABRIELA GÓES COSTA

CPF: 014.083.442-70

Endereço: Passagem Tancredo Neves, número 85A

Telefones: (091) 99372-0123

E-mail: gabrielagoesmed@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de mestrado intitulada “ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO FORMATIVA PARA ALUNOS DO INTERNATO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ”, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior (PPGCIMES), do Núcleo de Inovação e Tecnologias Aplicadas a Ensino e Extensão (NITAE²), da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob a orientação da profa. Dra. Fernanda Chocron Miranda.

A pesquisa tem por objetivo propor uma metodologia de avaliação multidimensional para alunos do internato rural em Medicina de Família e Comunidade dentro da graduação da Universidade Federal do Pará. E com isso espera-se contribuir para a melhoria dos processos de avaliação na graduação em Medicina, oferecendo um feedback mais preciso e completo aos estudantes. Além disso, a metodologia proposta pode ser adaptada e aplicada em outros contextos educacionais e, dessa forma, poderá contribuir para a formação de médicos mais competentes e preparados para atuar na Atenção Primária à Saúde, além de oferecer subsídios para a melhoria contínua dos processos de ensino e aprendizagem.

Todos os dados e documentos serão de uso apenas para a pesquisa e não serão divulgadas informações pessoais com a sua identificação, sem que seja requerida sua autorização expressa. Se houver fornecimento de dados confidenciais, serão tratados com sigilo.

Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora responsável ou com a Universidade Federal do Pará. Caso concorde em participar, favor assinar ao final do documento.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes em tipos e gradações variados. Como possível risco está a exposição de dados sensíveis que será evitado de forma que suas contribuições para avaliação dos estudantes serão orientadas previamente para execução adequada da avaliação e do feedback. Os instrumentos de avaliação preenchidos ao longo da prática do módulo serão comunicados individualmente para os alunos para que não haja qualquer tipo de constrangimento de sua parte. E de nenhuma forma você terá seus direitos recusados caso não deseje participar, não gerará qualquer custo para você ou qualquer prejuízo laboral.

Com a intenção de dissipar tais riscos, a forma como sua contribuição será coletada serão trabalhadas e apoiadas em robusta literatura para constrangimento de qualquer um dos sujeitos e no caso de você apresentar algum desconforto durante o desenvolvimento da pesquisa, será prontamente acolhido(a) pela pesquisadora e terá total liberdade em continuar (ou não) no trabalho.

As informações obtidas por esta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre a participação será assegurada. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos participantes. Portanto, a privacidade será assegurada.

Você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável GABRIELA GÓES COSTA, a qualquer tempo para informação adicional, no endereço: Passagem Tancredo Neves, número 85^a, telefone: (91) 99372-0123 e e-mail: gabrielagoesmed@gmail.com. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (CEP - ICS/UFPA). Rua Augusto Corrêa, nº 01, Campus do Guamá. UFPA, Faculdade de Enfermagem do ICS, sala 13, 2º andar, CEP: 66.075-110, Belém-Pará. Tel.: 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br.

Por fim, registra-se que você receberá uma cópia deste termo em que consta o telefone e endereço da pesquisadora responsável pelo estudo “ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO FORMATIVA PARA ALUNOS DO INTERNATO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ”, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

Eu, _____,
brasileiro(a), inscrito(a) sob o número de CPF _____ e RG _____,
concordo em participar voluntariamente da pesquisa acima referida e declaro que sou maior de 18 anos,
que li as informações contidas neste documento e fui devidamente informado(a) pela equipe da pesquisa
sobre os objetivos, sobre os procedimentos que serão utilizados e sobre a confidencialidade da pesquisa.
Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade.
Por meio desta autorização ora concedida, autorizo, ainda, que sejam tiradas fotos e captação de áudio
e vídeo para uso e divulgação, quando necessário, assim como a realizar nas imagens e sons captados,
cortes, reduções e edições. Esta autorização não gera e não gerará no futuro e não ensejará interpretação
de existir quaisquer vínculos ou obrigações trabalhistas, securitárias, previdenciária, indenizatória, ou
mesmo empregatícia, entre o(a) cedente e a pesquisadora.

Declaro, ainda, que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento. Os resultados obtidos
durante este estudo serão divulgados em apresentações e publicações científicas, desde que meus dados
pessoais não sejam mencionados sem meu consentimento expresso.

Belém-Pará-Brasil, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA: _____

Pesquisadora responsável: GABRIELA GÓES COSTA

CPF: 014.083.442-70

Endereço: Passagem Tancredo Neves, número 85A

Telefones: (091) 99372-0123

E-mail: gabrielagoesmed@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PACIENTES

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de mestrado intitulada “ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO FORMATIVA PARA ALUNOS DO INTERNATO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ”, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior (PPGCIMES), do Núcleo de Inovação e Tecnologias Aplicadas a Ensino e Extensão (NITAE²), da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob a orientação da profa. Dra. Fernanda Chocron Miranda.

A pesquisa tem por objetivo propor um modo de trabalhar a avaliação dos estudantes de Medicina que realizam atendimento na UBS Caiçaua dentro da graduação da Universidade Federal do Pará. E com isso espera-se contribuir para a melhoria da avaliação na graduação em Medicina, oferecendo orientações melhores sobre o que melhorar aos estudantes. Além disso, essa proposta poderá ser adaptada e aplicada em outros contextos educacionais e, dessa forma, poderá contribuir para a formação de médicos mais competentes e preparados para atuar nas Unidades de Saúde, além de melhorar seu aprendizado.

Todos os dados e documentos serão de uso apenas para a pesquisa e não serão divulgadas informações pessoais com a sua identificação, sem que seja requerida sua autorização expressa. Se houver fornecimento de dados confidenciais, serão tratados com sigilo.

Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora responsável ou com a Universidade Federal do Pará ou com a UBS Caiçaua. Caso concorde em participar, favor assinar ao final do documento.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes em tipos e gradações variados. Como possível risco está a exposição de dados sensíveis que será evitado de forma que suas contribuições para avaliação dos estudantes serão orientadas previamente para execução adequada da avaliação e do feedback em conjunto com a sua médica da UBS Caiçaua. Os instrumentos de avaliação preenchidos ao longo da prática dos alunos serão comunicados individualmente somente para eles para que não haja qualquer tipo de constrangimento de sua parte. E de nenhuma forma você terá seus direitos recusados caso não deseje participar, não gerará qualquer custo para você ou qualquer prejuízo de seu atendimento de saúde.

Com a intenção de dissipar tais riscos, a forma como sua contribuição será coletada serão trabalhadas e apoiadas em robusta literatura para constrangimento de qualquer um dos sujeitos e no caso de você apresentar algum desconforto durante o desenvolvimento da pesquisa, será prontamente acolhido(a) pela pesquisadora e terá total liberdade em continuar (ou não) no trabalho.

As informações obtidas por esta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre a participação será assegurada. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos participantes. Portanto, a privacidade será assegurada.

Você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável GABRIELA GÓES COSTA, a qualquer tempo para informação adicional, no endereço: Passagem Tancredo Neves, número 85^a, telefone: (91) 99372-0123 e e-mail: gabrielagoesmed@gmail.com. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (CEP - ICS/UFPA). Rua Augusto Corrêa, nº 01, Campus do Guamá. UFPA, Faculdade de Enfermagem do ICS, sala 13, 2º andar, CEP: 66.075-110, Belém-Pará. Tel.: 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br.

Por fim, registra-se que você receberá uma cópia deste termo em que consta o telefone e endereço da pesquisadora responsável pelo estudo “ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO FORMATIVA PARA ALUNOS DO INTERNATO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ”, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

Eu, _____,
brasileiro(a), inscrito(a) sob o número de CPF _____ e RG _____,
concordo em participar voluntariamente da pesquisa acima referida e declaro que sou maior de 18 anos,
que li as informações contidas neste documento e fui devidamente informado(a) pela equipe da pesquisa
sobre os objetivos, sobre os procedimentos que serão utilizados e sobre a confidencialidade da pesquisa.
Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade.
Por meio desta autorização ora concedida, autorizo, ainda, que sejam tiradas fotos e captação de áudio
e vídeo para uso e divulgação, quando necessário, assim como a realizar nas imagens e sons captados,
cortes, reduções e edições. Esta autorização não gera e não gerará no futuro e não ensejará interpretação
de existir quaisquer vínculos ou obrigações trabalhistas, securitárias, previdenciária, indenizatória, ou
mesmo empregatícia, entre o(a) cedente e a pesquisadora.

Declaro, ainda, que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento. Os resultados obtidos
durante este estudo serão divulgados em apresentações e publicações científicas, desde que meus dados
pessoais não sejam mencionados sem meu consentimento expresso.

Belém-Pará-Brasil, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA: _____

Pesquisadora responsável: GABRIELA GÓES COSTA

CPF: 014.083.442-70

Endereço: Passagem Tancredo Neves, número 85A

Telefones: (091) 99372-0123

E-mail: gabrielagoesmed@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A - COMPROVANTE DE ACEITE AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFPA

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 7.593.580

maneira inovadora para o aprimoramento da profissional do discente.

Essa pesquisa também pretende beneficiar a comunidade por meio da avaliação do serviço prestado, de forma a desenvolver autonomia e colaboração para melhoria do sistema de forma democrática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata ainda de resolver pendências citadas no parecer nº7.425.032, que depois de ser avaliado por este colegiado, entende-se como,

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2476351.pdf	08/03/2025 16:58:09		Aceito
Outros	instrumentos.docx	08/03/2025 16:55:51	GABRIELA GOES COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GABRIELA.docx	08/03/2025 16:53:16	GABRIELA GOES COSTA	Aceito
Outros	Termoorientador.pdf	05/01/2025 17:53:15	GABRIELA GOES COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CONSENTIMENTO_DA_INSTITUICAO_Gabriela_assinado.pdf	05/01/2025 17:46:01	GABRIELA GOES COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto2025_Gabriela_assinado_assinado.pdf	05/01/2025 17:45:02	GABRIELA GOES COSTA	Aceito
Outros	Insencao_GABRIELA_assinado.pdf	29/12/2024 13:17:34	GABRIELA GOES COSTA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Enc_ao_CEP_GABRIELA_assinado.pdf	29/12/2024 13:15:54	GABRIELA GOES COSTA	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 7.593.580

Orçamento	OrcamentoGABRIELA_assinado.pdf	29/12/2024 13:15:38	GABRIELA GOES COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_pesquisador_GABRIELA assinado.pdf	29/12/2024 13:15:23	GABRIELA GOES COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_GABRIELA.pdf	29/12/2024 13:15:07	GABRIELA GOES COSTA	Aceito
Cronograma	CronogramaGABRIELA_assinado.pdf	29/12/2024 13:13:20	GABRIELA GOES COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 26 de Maio de 2025

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br