

**Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Medicina
Programa de Residência Médica em Medicina de Família e
Comunidade**

Trabalho de Conclusão de Curso

**A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS(AS) RESIDENTES DE
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO SOBRE O
VIDEOFEEDBACK COMO INSTRUMENTO PEDAGÓGICO**

Daniel Demétrio Magalhães

**Ouro Preto-MG
2022**

Daniel Demétrio Magalhães

**A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE OURO PRETO SOBRE O VIDEOFEEDBACK COMO INSTRUMENTO
PEDAGÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para obtenção do título de Médico de Família e Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pastor Alves Pereira

Ouro Preto
2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

M188a Magalhães, Daniel Demétrio.

A percepção dos médicos(as) residentes de medicina de família e comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto sobre o videofeedback como instrumento pedagógico. [manuscrito] / Daniel Demétrio Magalhães. - 2022.
22 f.

Orientador: Prof. Me. Rodrigo Pastor Alves Pereira.
Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Residência Médica. 3. Videofeedback. I. Pereira, Rodrigo Pastor Alves. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 614.4

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



FOLHA DE APROVAÇÃO

Daniel Demétrio Magalhães

A percepção dos médicos(as) residentes de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto sobre o videofeedback como instrumento pedagógico

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

Aprovada em 23 de fevereiro de 2022.

Membros da banca

Mestre - Rodrigo Pastor Alves Pereira - Orientador(a) Universidade Federal de Ouro Preto
Especialista - Nayra da Silva Freitas - Universidade Federal de Ouro Preto
Especialista - Fábio Araújo Gomes de Castro - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

Rodrigo Pastor Alves Pereira, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 23/02/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 09/03/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0289189** e o código CRC **7040EA4E**.

RESUMO

Introdução: A residência de Medicina de Família e Comunidade tem a comunicação clínica como um dos seus pilares. O Método Clínico Centrado na Pessoa busca trazer o paciente para o centro do cuidado. Para isso, são necessárias habilidades de comunicação avançadas, que são aprendidas durante a residência. Um dos instrumentos utilizados é o feedback por videogravação de consultas, considerado padrão-ouro para avaliação e aprendizagem de habilidades de comunicação.

Objetivos: Analisar as percepções dos residentes sobre o uso do videofeedback como instrumento pedagógico. Avaliar as percepções dos residentes acerca da relação do instrumento com a prática clínica. Identificar os sentimentos dos residentes em relação às sessões de videofeedback. Identificar as percepções dos residente acerca das potencialidades e obstáculos ao uso do videofeedback

Metodologia: A pesquisa foi realizada como qualitativa, através de grupo focal com residentes do primeiro e segundo ano da Universidade Federal de Ouro Preto. O grupo foi realizado remotamente através da plataforma Google Meet. O áudio foi transcrito na íntegra para realização de análise temática do conteúdo.

Resultados: Emergiram do grupo cinco categorias: relação com o processo do videofeedback, habilidades de comunicação, habilidades de feedback, autoavaliação e sentimentos. O processo foi avaliado como angustiante e desconfortável, mas o ganho em habilidades de comunicação e de feedback foi avaliado como muito positivo.

Discussão: Embora o videofeedback envolva muitas emoções negativas no processo, os benefícios em habilidades de comunicação e feedback parecem superar muito o desconforto gerado. Desta forma, sugere-se que o uso do instrumento deva ser ampliado, em conjunto com medidas para diminuir a angústia do residente que o utiliza.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Residência Médica; Videofeedback

ABSTRACT

Introduction: The Family and Community Medicine residency has clinical communication as one of its pillars. The Person-Centered Clinical Method seeks to bring the patient to the center of care. This requires advanced communication skills, which are learned during residency. One of the instruments used is the video-recorded feedback of consultations, considered the gold standard for the assessment and learning of communication skills.

Objectives: To analyze residents' perceptions about the use of videofeedback as a pedagogical tool. To assess residents' perceptions about the instrument's relationship with clinical practice. Identify residents' feelings about videofeedback sessions. Identify the residents' perceptions about the potential and obstacles to the use of videofeedback

Methods: The research was carried out as qualitative, through a focus group with residents of the first and second year of the Federal University of Ouro Preto. The group was held remotely through the Google Meet platform. The audio was transcribed in full to carry out a thematic analysis of the content.

Results: Five categories emerged from the group: relationship with the videofeedback process, communication skills, feedback skills, self-assessment and feelings. The process was rated as distressing and uncomfortable, but the gain in communication and feedback skills was rated as very positive.

Discussion: Although videofeedback involves many negative emotions in the process, the benefits in communication skills and feedback seem to far outweigh the discomfort generated. Thus, it is suggested that the use of the instrument should be expanded, together with measures to reduce the anguish of the resident who uses it.

Keywords: Family and Community Medicine; Medical Residency; video feedback

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
MFC	7
MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA	7
RESIDÊNCIA	8
VIDEOFEEDBACK	9
OBJETIVOS	9
METODOLOGIA	9
RESULTADOS	10
RELAÇÃO COM O PROCESSO DE PREPARAÇÃO E GRAVAÇÃO DO VIDEOFEEDBACK	11
APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO	12
HABILIDADES DE FEEDBACK	13
AUTOAVALIAÇÃO	14
SENTIMENTOS	15
DISCUSSÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

INTRODUÇÃO

MFC

A Medicina de Família e Comunidade(MFC) surge como especialidade médica na dentro da mudança de paradigma de adoecimento. Antes hegemônico durante o século XX, o modelo biomédico para explicar o adoecimento se mostrou incapaz de responder às necessidades atuais da saúde na era das doenças crônicas. O advento do modelo biopsicossocial, onde a doença e saúde ocorrem em um tripé físico, mental e social, provocou a mudança de paradigma onde surge a MFC. Desta forma, a MFC aparece para acolher a pessoa como um todo, e entende que o adoecimento não é puramente orgânico, mas possui outros fatores que contribuem para o processo saúde-doença. Também surge como resposta à fragilidade da relação médico-paciente advinda deste mesmo modelo. O médico de família e comunidade se propõe ao acompanhamento integral e longitudinal do paciente e reconhece a influência do contexto familiar e comunitário neste. Desta forma, centraliza-se o cuidado no paciente e nas suas necessidades como pessoa. (1,2)

Para cumprir esse objetivo, a MFC é guiada por nove princípios, sendo eles: o compromisso com a pessoa; entendimento do contexto e da experiência da doença; a consulta como forma de prevenção de doenças e promoção à saúde; a visão do paciente dentro de uma “população de risco”; participação em uma rede comunitária de agências de apoio à saúde; o compartilhamento do mesmo habitat; a realização de visita domiciliar; importância aos aspectos subjetivos da medicina; gerenciamento de recursos. (3)

No Brasil, a MFC influenciou e foi fortemente influenciada pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Na APS espera-se que seja o primeiro acesso do paciente e é onde seu cuidado poderá ser coordenado. Com a ESF, estendeu-se o cuidado do paciente para uma lógica de saúde interligada entre o serviço, a família e comunidade onde ele está inserido. Por isso, é a ESF organizada dentro de limites geográficos definidos e sua respectiva população. Desta forma, o médico de família e comunidade, de acordo com seus princípios, é personagem central neste modelo de atenção. (4, 5). Da mesma forma que a MFC, a APS possui atributos que devem estar presentes no seu funcionamento para cumprir com seus objetivos, sendo esses: atenção no primeiro contato; longitudinalidade; integralidade (ou cuidado abrangente); coordenação do cuidado. (2,6)

Uma APS com seus atributos colocados em prática e com médicos de família e comunidade capacitados em seus princípios são essenciais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), e favorece a tentativa de cuidados em saúde centrados na pessoa.

MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

A MFC, com sua proposta de cuidado centrado no paciente, também coloca em cheque a forma clínica tradicional, que separa as emoções do corpo e os avalia como entes independentes. Nesta forma tradicional, foca-se em descrever as doenças de forma separada do contexto do paciente e suas percepções, emoções e experiências são negligenciadas.

Esta visão torna-se incompatível com o cuidado integral e longitudinal do paciente. Assim, surge a demanda por um método clínico que traga esses aspectos negligenciados para o centro do cuidado em saúde. (3)

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) tem como princípios: exploração da saúde, doença e experiência da doença; entendimento da pessoa como um todo (indivíduo, família e contexto); elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas; e intensificação da relação entre pessoa e o médico. Logo, a MCCP, como seu próprio nome descreve, responde à necessidade de trazer o paciente como pessoa, como todo, para o foco dos cuidados em saúde(7), fortalecendo a autonomia do paciente em relação ao próprio cuidado, e o médico sai da posição paternalista em direção a um equilíbrio no relacionamento. (2)

RESIDÊNCIA

As habilidades necessárias para aplicar de forma eficaz todos os princípios descritos acima requerem conhecimentos específicos, o que caracteriza a MFC como especialidade médica, reconhecida assim em 1986 pelo Conselho Federal de Medicina e em 2002 pela Associação Médica Brasileira (8).

A residência médica é um modelo de formação do especialista que se caracteriza por ensino na prática do serviço de saúde (9). Além da aquisição de habilidades, a residência propicia o crescimento progressivo da responsabilidade profissional, da capacidade de julgamento e avaliação e aperfeiçoamento de um espírito crítico.(10)

Assim, a residência médica em MFC se torna um instrumento formativo importante na qualificação do médico de família e comunidade e, por consequência, da APS. Daí surge a necessidade de uma residência de excelência, com instrumentos pedagógicos de alta qualidade para a formação do MFC.

Dentro dessa lógica, surge também o questionamento: qual a melhor forma de organizar o processo de ensino para o residente? Uma das possibilidades seria o modelo chamado ensino centrado no residente. Nesse modelo, derivado do MCCP(7, 11), é feito um plano conjunto de aprendizagem entre preceptor e residente. O foco é entender as lacunas - o que o residente precisa aprender - e as metas - o que o residente quer aprender(7). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) desenvolveu o chamado currículo baseado em competências, que são divididas em “pré-requisitos”, “essenciais”, “desejáveis” e “avançadas”. (12). Essa organização facilita a identificação de lacunas e metas para desenvolver a aprendizagem do residente.

A residência de MFC da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) surgiu em 2013. Os cenários em que ela está inserida são nas cidades de Ouro Preto e Mariana, cidades históricas de Minas Gerais. A região é um misto urbano-rural. Na parte urbana, há a convivência de prédios e estruturas modernas com construções tombadas coloniais. Neste contexto, é comum as famílias de mais alta renda viverem em construções mais novas, e há também a exploração turística da região tombada. As famílias de renda menor moram em regiões periféricas, com maior vulnerabilidade social. Na região dos distritos, a essência é basicamente rural, com difícil acesso às cidades sedes e aprofundamento da vulnerabilidade social já encontrada nas periferias. É neste contexto que a residência de MFC da UFOP trabalha.

Na residência de MFC da UFOP há uma cesta de instrumentos pedagógicos diversos para treinamento clínico, familiar, comunitário e de MCCP. Na linha da educação centrada no residente, alguns se destacam e são recomendados para aquisição de

habilidades dentro desse contexto. Entre eles, destaca-se o feedback por videogravação de consultas, chamado de videofeedback (11).

VIDEOFEEDBACK

O videofeedback consiste em gravar uma consulta na unidade de saúde, autorizada pelo paciente, para posterior avaliação. É considerado padrão-ouro para avaliação de habilidades comunicativas(2). Este instrumento pedagógico, além de permitir avaliação e aprendizagem mútua entre os pares, mostrou-se eficaz para melhor autoavaliação de discentes (13).

Há muitos estudos mostrando os benefícios do videofeedback. Os participantes destes estudos em sua maioria avaliaram o instrumento como bom, útil e interessante, e foi muito bem recebido pelos alunos. Também notou-se grande incremento na capacidade de auto-observação. As sessões também melhoraram a autoconfiança e autoestima dos alunos. Em um nível mais prático, o videofeedback melhorou de forma estatisticamente significativa as habilidades de controle e rapport nas consultas. Os principais comentários negativos se relacionaram aos sentimentos de ansiedade, estresse, desconforto e irritação que as sessões causavam nos participantes. Mesmo assim, a maioria relata que os benefícios são superiores a carga emocional negativa que os videofeedbacks trazem. Apesar dos bons resultados, o videofeedback ainda não é utilizado de forma ampla(15, 16, 17, 18, 19)

Na UFOP, o videofeedback já é usado de forma rotineira durante o programa de residência. A dinâmica ocorre uma vez por semana por todo o curso da residência. Cada residente filma uma consulta e leva para avaliação, onde ressaltam suas dúvidas e dificuldades daquele encontro. Seguindo os princípios básicos de feedback construtivo, o coordenador da dinâmica e outros residentes contribuem com aspectos positivos e a melhorar, de acordo com as necessidades trazidas pelo residente. Na UFOP, é utilizado o Método de Visualização Global da consulta, que consiste em assistir um trecho ou a consulta inteira e fazer o feedback (2).

Dada a crescente importância e evidência sobre os benefícios do videofeedback e de seu uso consistente no programa de residência de MFC da UFOP, este trabalho busca entender as percepções dos residentes do programa em relação a esse instrumento pedagógico e seu impacto nas habilidades e atitudes nestes decorrentes de seu uso.

OBJETIVOS

O objetivo geral do trabalho é analisar as percepções dos residentes sobre o uso do videofeedback como instrumento pedagógico.

Os objetivos específicos são: avaliar as percepções dos residentes acerca da relação do instrumento com a prática clínica; identificar os sentimentos dos residentes em relação às sessões de videofeedback; identificar as percepções dos residente acerca das potencialidades e obstáculos ao uso do videofeedback.

METODOLOGIA

O estudo foi feito nos moldes de pesquisa qualitativa. O modelo utilizado para a coleta de dados foi de grupo focal. O universo de sujeitos de pesquisa foram os residentes de Medicina de Família e Comunidade da UFOP, selecionados para a devido à familiaridade desta população com o videofeedback e a facilidade do contato do

pesquisador com os mesmos(as). O grupo foi constituído por residentes do 1º(R1) e 2º ano(R2). Convidou-se de forma virtual todos os vinte residentes do programa para participarem do grupo. No convite continha os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O(a) residente que assinou o termo e manifestou interesse na pesquisa foi incluído em uma lista de chamada, composta pela ordem que a resposta chegou. Foi optado, para tentar deixar o grupo mais diverso, por metade dos participantes serem R1 e metade serem R2. Foram convocados os primeiros cinco R1 e cinco R2 da lista de resposta, num total de dez residentes. O grupo se reuniu de forma remota, através da plataforma Google Meeting, pela praticidade da reunião virtual, para estimular a participação dos convocados e também pelo contexto da pandemia da COVID-19. Para melhor funcionamento do grupo, foi imposta a condição de se manter as câmeras ligadas durante toda a duração da dinâmica, e a sessão foi gravada usando a própria plataforma do Google Meeting. O pesquisador também é residente do mesmo programa. A pesquisa preza pelo sigilo dos participantes, que foi garantido durante todo o processo. Apenas o pesquisador e o transcritor do conteúdo do grupo tiveram acesso aos dados dos participantes. Para a publicação deste trabalho, cada residente recebeu de forma aleatória um código que os identifica, com a letra E(de entrevistado) mais um número correspondente. O trabalho também foi enviado ao CEP da Universidade Federal de Ouro Preto.

PERGUNTAS AO GRUPO FOCAL:

1. Quais são suas percepções sobre as sessões de videofeedback?
2. Como é o processo de preparação, gravação e apresentação para vocês?
3. Como as sessões de videofeedback se relacionam com sua prática clínica?
4. Exemplifique situações de casos apresentados e discutidos que modificaram sua prática
5. Quais emoções as sessões de videofeedback despertam em vocês?

TÉCNICA UTILIZADA PARA A ANÁLISE DO MATERIAL DE CAMPO

O grupo focal foi gravado na íntegra e seu conteúdo todo transcrito para análise posterior. Foi empregado o método de análise temática, conforme descrito por Pope (21). Os dados textuais foram revistos exaustivamente à procura de temas que apareceram durante a realização do grupo focal. As falas foram alocadas em unidades textuais, que continham trechos representativos dos discursos dos participantes. Estas unidades foram comparadas e agrupadas dentro dos temas identificados através da revisão dos dados. Desta forma, cada tema foi analisado de acordo com as unidades textuais atribuídas e foram encontrados padrões de resposta do grupo, e também discursos que fugiram do padrão de resposta. Os temas que emergiram da análise e avaliação das unidades textuais atribuídas em cada tema estão expostos detalhadamente na seção de "Resultados".

RESULTADOS

Dos dez convidados para o grupo, seis compareceram, atingindo o número mínimo para que o grupo fosse conduzido. Destes, quatro eram R1 e dois eram R2.. O grupo durou aproximadamente 1h20. De acordo com a codificação descrita, os residentes foram codificados de E1 a E6.

Apesar da divisão entre R1 e R2, a análise não encontrou diferença no conteúdo das respostas dos dois grupos

Cinco categorias emergiram da análise: relação com o processo do videofeedback, habilidades de comunicação, habilidades de feedback, autoavaliação e sentimentos.

RELAÇÃO COM O PROCESSO DE PREPARAÇÃO E GRAVAÇÃO DO VIDEOFEEDBACK

Os residentes falaram sobre sua experiência com o processo de gravação e apresentação das consultas gravadas.

O grupo entendeu que o processo de gravação possui pontos negativos que abrangem diversos aspectos. Um dos pontos de maior consenso foi a dificuldade para gravar o vídeo durante a rotina do trabalho na unidade de saúde. A alta demanda e a percepção de pouco tempo levam a maioria a procrastinar para gravar a consulta e admitem que geralmente gravam quando são “obrigados” (no caso, quando chega o dia fixado no cronograma para a apresentação do residente).

E3: “Eu acho difícil o processo, porque eu fico sempre refletindo “será que eu gravo de manhã? nossa, mas tem 12 pacientes ainda esperando, vou ter que fazer termo, conversar e tal...”

E4: “é um pouco angustiante, porque eu fico com a sensação de que eu tô atrasando a demanda e quando eu vou tentar gravar de manhã e eu vejo que tem muita gente, e aí eu vejo que to perdendo tempo com câmera...”

E6: “Eu acho que isso demanda um certo tempo e que talvez na rotina ali, da correria, a gente não tem, né [...] Então eu sinto que isso é uma coisa que impede um pouco, pelo menos pra mim, de conseguir gravar com mais frequência também, sinto que eu não tenho esse tempo.”

Outro ponto levantado foi que a gravação gera problemas na consulta em si. Segundo o grupo, a gravação pode deixar o paciente desconfortável. Em contraste, o grupo também reconheceu que a medida que a gravação prossegue, parece que tanto o residente quanto o paciente esquecem-se da câmera e a consulta fica mais natural

E1: “E o paciente também tem aquele desconforto inicial quando tá gravando, acho que isso é perceptível...mas ao longo da consulta, a gente esquece, ou o paciente esquece.”

E6: “o vídeo feedback quando é gravado, a gente meio que esquece mesmo... começa meio travado, mas com o tempo, pelo menos eu, chega em um momento em que a gente esquece que o celular tá ali gravando”

Houve também um relato de percepção da piora da qualidade da consulta durante a gravação

E5: “é bastante angustiante pra mim, eu tive uma impressão que a qualidade da minha consulta diminuiu quando eu estava gravando, tinha um componente bem ansioso durante a consulta que eu estava gravando.”

O grupo também revelou uma certa preocupação com que tipo de consulta levar para a sessão de videofeedback. Foi colocado por algumas pessoas que há consultas que gostariam de levar mas não foi possível gravar, e que já levaram consultas que não representavam a sua expectativa com a avaliação do vídeo.

E2: "...todo mundo teve uma consulta que queria muito ter levado e aí não conseguiu gravar ou então estava em uma semana que teve pouca coisa no posto, e essa dificuldade, em achar a consulta certa a ser gravada, a ser apresentada."

E4: "aconteceu comigo exatamente o que a E2 falou, de gravar um perfeito e quando fui ver, não estava gravando."

Porém foi colocado que todos os videofeedbacks trouxeram grandes aprendizados, independentemente do tipo de consulta levada.

E4: "E a gente aprende tanto quando a gente grava, então é melhor uma consulta mais ou menos, que a gente gravou só porque tinha que gravar, do que nenhuma, sabe?"

E2: "Mas ao mesmo tempo, todos que nós levamos, aparentemente foram muito úteis pra todo mundo no final...então eu fico pensando sobre isso "teria a consulta certa mesmo?"

APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO

O grupo avaliou como o videofeedback aprimora o aprendizado das habilidades de comunicação, principal objetivo da ferramenta.

O grupo teve consenso em avaliar que as sessões são positivas. Foram pontuadas diversas vezes que o videofeedback traz muito aprendizado e que os residentes saem contemplados em suas dúvidas com as avaliações realizadas de suas consultas, e também das consultas dos colegas.

E2: "Então eu acho que quando a gente está apresentando é muito rico, a gente fica focado nas nossas duvidas, é legal ter um espelho da nossa consulta também..."

E5: "Eu acho que o vídeo feedback é uma atividade muito importante e é muito interessante como que a visão de outras pessoas enriquece no nosso processo de aprendizado"

Foi colocado que o videofeedback é o que mais se aproxima da realidade das consultas e, por terem a oportunidade de verem suas próprias consultas e as consultas dos colegas com feedback do facilitador e dos pares, há um grande aprendizado.

E1: Eu acho que o vídeo feedback é uma atividade mais próxima da nossa realidade de consulta

E3: "E também feedbacks concretos, não só pra mim, mas pras outras pessoas que eu me identifico, com dificuldades parecidas e que eu consigo levar aquelas dicas e sugestões que surgiram no vídeo feedback, pro dia a dia."

O benefício que o grupo mais citou foi o do aprendizado de expressões, perguntas e frases úteis e eficazes para utilizar na sua prática clínica.

E3: "..várias vezes surgiram coisas muito legais e eu levei 'anotadinho' e falei "não, na próxima consulta eu vou tentar usar isso" e foi aumentando o repertório de comunicação, de como comunicar as coisas, como fazer as perguntas..."

E4: “...como se cada um de nós tivesse tipo uma maletinha de ferramentas e aí a gente vai acrescentando as ferramentas lá dentro”

E6: “tem algumas situações em que a gente não faz a menor ideia do que fazer e às vezes nessa troca, a pessoa sabe uma ‘frasezinha’ ou uma expressão pra usar, que vai fazer toda a diferença, que você talvez conseguiria contornar uma situação que é difícil com muita facilidade”

Como os feedbacks são bem específicos para as situações que aparecem nas gravações, são concretos e passíveis de serem realizados durante as consultas.

E4: “E acho que um ponto importante, é que, como a gente vê consultas da vida real, fica mais provável da gente aproveitar aquelas dicas, né?”

Foram relatados alguns exemplos específicos de melhora na comunicação, como, por exemplo, o reenquadramento das demandas na consulta, habilidade de comunicação tida como avançada . Foi relatado que aprenderam várias formas de fazer isso, como acolher o paciente e repactuar a agenda das necessidades de saúde, que ajudaram na rotina de atendimentos.

E2: “Eu lembro uma coisa que foi muito comum, muito frequente: reenquadrar queixas, que aí o facilitador deu uns três jeitos de você tentar reenquadrar e aí eu falava ‘nossa, vou tentar usar isso aqui agora’”

Outro exemplo foi o aprendizado de onde usar a ferramenta de sumarização, que consiste em resumir de forma organizada a fala do paciente na consulta

E4: “ E essa parte também de pacientes que já vem com um primeiro tempo de fala muito grande [...] vem o lembretinho de algum momento do vídeo, principalmente quando está recente e fala tipo “vamos sumarizar aqui”

Foi consenso que todas as sessões tiveram bons resultados e houve respeito por quem estava no processo de receber feedback pela consulta gravada.

E3: “...mas é uma ferramenta top, tem um ambiente legal, todo mundo respeita, trata o vídeo com todo o respeito que merece...”

HABILIDADES DE FEEDBACK

Os residentes também reconheceram que, durante as sessões de videofeedback, não só aprenderam habilidades de comunicação mas também aprenderam habilidades de dar feedback.

E3: “...da mesma forma que a gente tá aprendendo a habilidade de comunicação, isso é uma habilidade [de dar feedback] que vai sendo desenvolvida”

Nesse caso, foi consenso que a presença de um facilitador com experiência em dar feedback é fundamental para esse aprendizado. A observação de como o facilitador conduz a sessão e levanta os pontos do feedback apareceu como muito positiva para o grupo.

E3: “Então eu acho muito bom quando a gente vê a pessoa mais experiente, porque ela dá uns exemplos muito legais.”

E4: “Eu penso ‘nossa, que legal esse jeito de observar, exatamente o minuto que eu poderia ajudar a pessoa... nossa, que legal esse jeito de juntar as ideias... nossa, que legal essa sacada’. Então eu gosto muito de ver alguém mais experiente fazendo também.”

Também aproveitam para observar como os pares dão seus feedbacks sobre a consulta sendo avaliada, também aprendendo com outros residentes as habilidades para feedback

E1: “... é uma experiencia em que você pode se treinar e você aprende observando o outro dar o feedback também. Eu aprendo bastante.”

Foi relatado que, quando surge o espaço para que os residentes colaborarem na sessão, estes aproveitam a oportunidade para treinar suas próprias habilidades de feedback. Alguns residentes relataram que, em suas casas, vão anotando os pontos positivos e melhorando para dar seu feedback. Outros residentes relataram não participar ativamente destes espaços, mas mesmo assim anotam o que eles gostariam de falar caso participassem, como forma de treinar o que é e o que não é conveniente num feedback de consulta

E1: “Eu assisto todas as consultas anotando e vou anotando coisas que eu poderia contribuir, às vezes eu tento internalizar como se eu fosse a preceptora que vai dar o feedback aquela hora”

E3: “Porque quando a gente assiste o vídeo, a gente tá fazendo o nosso feedback, né? Cada um ali na sua casa - porque a gente tá online -, colocando o que viu de ponto positivo e ponto negativo”

E4: “então você se treinar pra sacar justamente o que vai ajudar a pessoa. E aí anotar isso enquanto continua rodando e depois sacar outra... eu acho que isso só da para adquirir treinando, então quanto mais vídeo a gente ver e quanto mais a gente tenta fazer, mais a gente consegue.”

AUTOAVALIAÇÃO

O grupo também avaliou como as sessões de videofeedback influenciaram na sua autoavaliação.

Foi colocado o ponto de que a consulta gravada é uma das poucas formas possíveis de se observar e se autoavaliar.

E3: “[o videofeedback] é também uma das únicas formas que a gente tem pra se autoavaliar”

E4: “Eu acho que [o videofeedback] é um processo de autorreflexão, de onde estão as minhas dificuldades”

Através do vídeo é possível entender onde o residente acertou e onde ele teve dificuldade. Exemplos do que é observável foram citados:

E3: “que é uma forma que a gente tem de nos ver, ver como que é a nossa postura, como que é a nossa entonação, as perguntas que a gente faz,”

Através do videofeedback de suas consultas, os residentes relataram uma melhora da autocritica e da capacidade de se autoavaliar, colaborando na aprendizagem reflexiva. Foi relatado que, com a observação da própria consulta e também com a aquisição de habilidades de feedback, o residente consegue aplicar isso na sua prática, para poder avaliar consultas não gravadas.

E5: “.. uma vez que aprendendo a dar um bom feedback, você pode aplicar depois nas suas próprias consultas, né? No momento em que você estiver sozinho, pra você ter um bom direcionamento “ah, fui bom nisso, beleza. Mas isso aqui eu podia ter feito melhor”, para gente ficar nesse estado de educação continuada”

E3: “Uma coisa que eu vejo que o feedback ajuda também, é que eu, pelo menos, fiquei mais crítica com as minhas consultas. Mais crítica no sentido de que, antes, era uma autocritica muito assim “nossa, eu acho que eu sou péssima”. Mas agora eu acho que não é isso, é uma crítica embasada “nossa, nessa consulta, tal coisa eu acho que não foi legal””

SENTIMENTOS

Todo o processo de videofeedback, desde a preparação até a apresentação, foi muito marcado por muitos sentimentos e emoções, como demonstrado pelas falas do grupo.

O grupo é quase unânime sobre dois sentimentos: angústia e desconforto. Os residentes relatam que esses sentimentos são muito fortes principalmente em relação ao processo de preparação e gravação do vídeo.

E6: “... eu sinto uma angústia de pensar que tem todo um tempo para preparação, pra colocar o celular, pra falar com o paciente, para depois parar o vídeo.”

E3: “nossa, eu preciso de gravar, preciso de gravar...”, mas ficava naquele... ah, não sei... é desconfortável, né?!”

Outros relatam desconforto ao precisar pedir ao paciente para gravar a consulta e também por saberem que estão sendo gravados.

E1: “Eu, particularmente, acho desconfortável ficar pedindo pra gravar consulta e então eu só faço isso quando eu preciso mesmo”

E3: “E assim, o primeiro vídeo feedback pra mim foi muito marcante, porque eu me senti muito desconfortável. Eu não achei que tinha sido uma consulta ruim, mas eu me sentia desconfortável até de assistir o meu próprio vídeo, de ouvir a minha voz, tipo: “Nossa, que saco! Eu acho que não vai ser legal isso...”. Foi muito difícil pra mim.”

As sessões de videofeedback também trouxeram desconforto e angústia, principalmente pela sensação de exposição.

E5: “Realmente é uma atividade em que todo mundo experimentou diferentes níveis de desconforto e ansiedade pela exposição, e isso pode realmente chegar em um nível extremo”

E3: “É, eu acho assim, não tem como negar que é desconfortável você ter várias pessoas te observando”

Apesar disso, o grupo também pontua que esses sentimentos são parte do processo de aprendizagem. Foi colocado que o aprendizado vem da necessidade de uso de uma ferramenta nova, pouco conhecida e muito característica, e que pelo processo trazer emoções negativas, há uma sensação de recompensa e de trabalho cumprido quando a sessão de videofeedback é realizada.

E2: “Sempre tem um esforço, mas tem uma recompensa que a gente consegue perceber muito rápido, no geral.”

E4: “...o desconforto é, por exemplo, ter que parar o dia pra gravar, coisas muito técnicas, mas que a parte do aprendizado e do benefício, pelo menos pra mim, é muito superior.”

E6: “Pra mim é muito difícil, a cada vez que eu consigo fazer, eu me sinto bem, no sentido de que eu consegui superar um desafio...”

DISCUSSÃO

A pesquisa realizada demonstrou grande afinidade de resultados com os que foram levantados inicialmente na revisão da literatura sobre o tema.

O processo de gravação do videofeedback é relatado como ansiogênico pelos residentes. De fato, sair da rotina de atendimentos, principalmente quando há grande demanda, a solicitação ao paciente para gravar e o próprio desconforto em ser gravado geram sentimentos negativos. Apesar desses problemas serem inerentes ao processo, há dois pontos de importância que precisam ser discutidos.

Os residentes na UFOP não recebem treinamento formal para começar as gravações de videofeedback. As primeiras sessões do ano são com residentes do segundo ano, nas quais os residentes do primeiro ano também participam. E quando chega a vez dos residentes do primeiro ano de fazerem suas gravações, residentes do segundo ano e preceptores dão alguns conselhos como fazê-las. Desta forma, baseando-se apenas nas experiências de outras pessoas, o residente acaba indo a campo sem um treinamento. De fato, estão disponíveis para os residentes cartilhas e materiais com orientações sobre processos da residência, inclusive com ferramentas sobre feedback e gravação de consultas, mas esses materiais encontram-se atualmente subutilizados. Com um treinamento formal e ampliação ao acesso dos materiais explicativos sobre videofeedback, é possível que as primeiras experiências de gravação sejam menos traumáticas. Desta forma, o residente vai mais seguro e munido de informações a campo, o que pode minimizar o sofrimento do processo de gravação do videofeedback. Isso é recomendado pela revisão da literatura deste trabalho.

Apesar do treinamento ser importante, o processo de preparação e gravação do videofeedback parece ter tido conotações negativas. Talvez por ser uma ferramenta muito inovadora, e portanto, muito diferente e não familiar ao residente, este se sinta num lugar de ansiedade por medo de não saber fazer ou fazer errado. No grupo foi levantado que, com o passar do tempo, o processo de preparação videofeedback se torna menos desconfortável,

e isso é compatível com alguns relatos na literatura. Portanto, talvez seja necessário acolher o residente no início do processo e pontuar que, com o passar do tempo, ele sentirá menos desconforto e mais segurança para preparar e gravar suas consultas. Um treinamento formal combinado com acolhimento e informação sobre o que esperar do processo a longo prazo podem contribuir em reduzir a angústia e o desconforto do residente que está começando o processo de gravação de consultas.

Quanto à percepção de aquisição de habilidades de comunicação, o grupo teve consenso sobre o grande impacto positivo dos videofeedbacks em seu repertório comunicativo. Todos os residentes citaram exemplos de como as sessões impactaram sua prática, desde pequenas expressões a habilidades mais complexas. O aumento do repertório de comunicação, as intervenções aprendidas e as discussões sobre os diversos caminhos que uma consulta pode percorrer, dependendo da estratégia de comunicação aplicada, parecem dar aos residentes mais segurança e os capacita para atendimentos simples e os mais complexos. As habilidades aprendidas, inclusive, conseguem resolver até dificuldades comunicativas crônicas, como confecção de agenda de paciente com muitas demandas e o paciente que fala muito, por exemplo. Portanto, existe uma avaliação amplamente positiva pelos residentes do uso da ferramenta. Considerando a boa aceitação dos residentes de uma ferramenta já reconhecida como padrão-ouro para habilidades de comunicação na literatura, é possível que a ampliação de seu uso nas residências de MFC possa trazer grandes benefícios na formação dos residentes.

A ferramenta, inclusive, não precisa se limitar à residência. Também foi levantado pelos residentes o ganho de habilidades de autoavaliação importantes, que a literatura também corrobora. Essa percepção é importante, pois não beneficia só o residente que utiliza o videofeedback durante sua formação, mas também permite que o Médico de Família e Comunidade já formado e atuando em seu serviço possa continuar usando a ferramenta para melhoria permanente da sua comunicação clínica.

Um ponto levantado pelo grupo e que não foi encontrado na primeira revisão da literatura foi a aquisição de habilidades de feedback. É através do feedback nas sessões que os residentes entendem o que foi feito de bom e o que se pode melhorar na consulta trazida. É uma ferramenta que pode ser usada para várias situações envolvendo ensino e aprendizagem, como feedback de consultas presenciais, de desempenho na equipe, de aquisição de outras habilidades, e outras.

O feedback possui estrutura, um método, para que seja o mais honesto, justo, específico, acolhedor e assertivo possível. Portanto, é um campo dentro da comunicação que também precisa ser estudado e praticado para ser utilizado da forma mais correta. Infere-se que o grupo tenha adquirido habilidades de feedback por dois motivos principais. O primeiro é a observação do facilitador experiente com feedback nas sessões de videofeedback. O facilitador traz de forma prática essa estruturação necessária para o feedback, e notam-se alguns padrões da técnica que, quanto mais sessões são realizadas, mais os residentes entram em contato com esse padrão, tornando-o mais compreendido pelos residentes. O segundo ponto é a forma como o videofeedback é organizado. Na UFOP, todos podem contribuir com suas percepções sobre a consulta, e tenta-se aplicar o padrão aprendido através do facilitador. E, além disso, o facilitador também corrige e auxilia o residente que quer trazer suas percepções, ensinando o método mais correto para isso, e vai se construindo a capacidade de um residente em dar feedbacks.

A capacidade em dar e receber feedbacks poderia também reduzir um outro ponto de desconforto elencado pelo grupo. Durante a sessão, que é o sentimento de exposição, trazendo consigo também a sensação de ansiedade.

Em relação às sessões em si, já é garantido um processo sem julgamentos e com feedback organizado a partir das técnicas de feedback construtivo. O facilitador cumpre um papel de extrema importância não só por manifestar verbalmente a segurança do espaço, como demonstra através de atitudes concretas que a sessão é puramente para reforçar o que o residente faz correto em sua comunicação e o que pode melhorar, sem espaço para críticas ofensivas ou desproporcionais ao residente que está apresentando seu vídeo. Os outros residentes participantes também mantêm essa postura. A ambientação do feedback cria uma atmosfera muito acolhedora, que ajuda a lidar com os sentimentos de exposição e ansiedade.

Ao final das sessões, há sempre um sentimento de superação daquela exposição, além da sensação muito satisfatória de grande aprendizado, o que leva o residente a ser encorajado a gravar e apresentar seus videofeedbacks com menos ansiedade em relação às sessões.

Os resultados desse estudo corroboram que o videofeedback é, de fato, uma ferramenta valiosa no ensino de habilidades de comunicação, com uma avaliação muito positiva e sensação de grande aprendizado. Como tal o trabalho aponta que deveria ser mais encorajado seu uso. Também é possível treinar e aprender habilidades de feedback nas sessões, mostrando que o instrumento tem importante versatilidade em seu uso. As dificuldades percebidas, como o desconforto de gravar e apresentar, parecem ser superadas pelo aprendizado descrito. Com a adoção sistemática do uso de videofeedback, o acolhimento do residente, um treinamento formal para gravação e a sustentação de um ambiente seguro nas sessões, os desconfortos podem ser diminuídos, tornando a ferramenta menos ansiogênica e mantendo sua alta qualidade no ensino dos futuros Médicos e Médicas de Família e Comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaco BR, Norman AH. A filosofia da Medicina de Família e Comunidade segundo Ian McWhinney e Roger Neighbour. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):1991. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)1991](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)1991)
2. GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. TRATADO de Medicina de Família e Comunidade - 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. [S. l.]: Artmed, 2018. 2432 p. ISBN 978-8582715352
3. FREEMAN, Thomas R. Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney. 4. ed. [S. l.]: Artmed, 2017. 536 p. ISBN 978-8582714645.
4. BESEN, Candice Boppré et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro, v. 16, ed. 1, p. 57-68, jan-abr 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RjFgLQMfk74GtQ6GCmkqRqK/?lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2021.

5. MACINKO, James. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, ed. 1, p. 18-37, setembro 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/pt/>. Acesso em: 26 set. 2021.
6. OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 66, p. 158-164, setembro 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2021.
7. STEWART, Moira et al. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico*. 3. ed. [S. l.]: Artmed, 2017. 416 p. ISBN 978-8582714249.
8. FALK, João. História. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. [S. l.], [2022?]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/historia/>. Acesso em: 26 fev. 2022.
9. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA CASA CIVIL SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Lei nº 6932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. [S. l.], 7 jul. 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 26 set. 2021.
10. BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sergio. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [s. l.], v. 34, ed. 1, p. 132-140, março 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjbem/a/NYhp84rkh6hbgmvHQjYxJMs/?lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2021.
11. CARRIÓ, Francisco Borrell. *Entrevista Clínica: Habilidades de Comunicação para Profissionais de Saúde*. 1. ed. [S. l.]: Artmed, 2012. 346 p. ISBN 978-8536327754.
12. JUNIOR, Nulvio Lermen et al. CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS para Medicina de Família e Comunidade. [S. l.]: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [2015]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%200Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%200Competencias(1).pdf). Acesso em: 26 set. 2021
13. HANLEY, Kathleen et al. Self-assessment and goal-setting is associated with an improvement in interviewing skills. *Medical Education Online*, [s. l.], v. 19, ed. 1, 23 jul. 2014. DOI <https://doi.org/10.3402/meo.v19.24407>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4110382/>. Acesso em: 26 set. 2021
14. PINSKY, Linda E; WIPF, Joyce E. A Picture is Worth a Thousand Words: Practical Use of Videotape in Teaching. *Journal of General Internal Medicine*, [s. l.], v. 15, ed.

- 11, p. 805-810, novembro 2000. DOI <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.05129.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495618/>. Acesso em: 26 set. 2021.
15. NILSEN, Stein; BAERHEIM, Anders. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it – a focus-group based qualitative study. *BMC Medical Education*, [s. l.], v. 5, ed. 28, 19 jul. 2005. DOI <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-28>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1190180/>. Acesso em: 26 set. 2021.
16. EECKHOUT, Thomas et al. Video training with peer feedback in real-time consultation: acceptability and feasibility in a general-practice setting. *Postgraduate Medical Journal*, [s. l.], v. 92, ed. 1090, p. 431-435, 3 fev. 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133633>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4975814/>. Acesso em: 26 set. 2021.
17. WOUDA, Jan C; WIEL, Harry B M van de. The effects of self-assessment and supervisor feedback on residents' patient-education competency using videoed outpatient consultations. *Patient Education and Counseling*, [s. l.], v. 97, ed. 1, p. 59-66, 17 jun. 2014. DOI <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.023>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399114002286?via%3DiHub>. Acesso em: 26 set. 2021.
18. ROTER, Debra L et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills trainin. *Medical Education*, [s. l.], v. 38, ed. 2, p. 145-157, 10 fev. 2004. DOI <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2004.01754.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2923.2004.01754.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 26 set. 2021.
19. DOHMS, M C; COLLARES, C F; TIBÉRIO, I C. Video-based feedback using real consultations for a formative assessment in communication skills. *BMC Medical Education*, [s. l.], v. 20, ed. 57, 24 fev. 2020. DOI <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1955-6>. Disponível em: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7041283/>. Acesso em: 26 set. 2021.
20. LESSER, A L. Problem-based interviewing in general practice: a model. *Medical Education*, [s. l.], v. 19, ed. 4, p. 299-304, julho 1985. DOI <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1985.tb01325.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4021857/>. Acesso em: 26 set. 2021
21. POPE, Catherine; ZIEBLAND, Sue; MAYS, Nicholas. Analisando Dados Qualitativos. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. cap. 7, p. 77-95. ISBN 9788536318578.