



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

García Alejandro Vergara Figueroa

***O *autofeedback* gravado e o desenvolvimento de competências para a
prática ambulatorial na percepção de residentes de Medicina de Família e
Comunidade***

Rio de Janeiro

2022

García Alejandro Vergara Figueroa

O *autofeedback* gravado e o desenvolvimento de competências para a prática ambulatorial na percepção de residentes de Medicina de Família e Comunidade

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Inez Padula Anderson

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

F475 Figueroa, García Alejandro Vergara.
 O *autofeedback* gravado e o desenvolvimento de competências para prática
 ambulatorial na percepção de residentes de Medicina de Família e Comunidade
 / García Alejandro Vergara Figueroa – 2022.
 95f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Inez Padula Anderson

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Saúde da Família.

1. Internato e residência - Teses. 2. Feedback formativo. 3. Preceptoria - Teses.
4. Educação médica - Teses. 5. Medicina de família e comunidade – Teses. I.
Anderson, Maria Inez Padula. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 37:61

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

García Alejandro Vergara Figueroa

O *autofeedback* gravado e o desenvolvimento de competências para a prática ambulatorial na percepção de residentes de Medicina de Família e Comunidade

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 08 de abril de 2022.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Maria Inez Padula Anderson (Orientadora)

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Veronica Alcoforado

Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2022

RESUMO

FIGUEROA, García Alejandro Vergara. **O *autofeedback* gravado e o desenvolvimento de competências para a prática ambulatorial na percepção de residentes de Medicina de Família e Comunidade**. 2022. 95f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Este trabalho descreve e analisa uma metodologia de feedback – o Autofeedback Gravado – no contexto da preceptoria de consultas médicas, a partir da sua aplicação em residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC). O estudo teve como público-alvo residentes de um Programa de Residência em MFC (PRMFC) da cidade do Rio de Janeiro. Consistiu na aplicação do Autofeedback Gravado (AFG) em uma amostra de residentes com posterior entrevista, que explorou as percepções dos residentes sobre os aspectos positivos e mais frágeis do método, visando seu posterior aperfeiçoamento. Baseado nos parâmetros de uma adequada avaliação formativa, e segundo as respostas às entrevistas e à análise das mesmas, pode-se depreender que o AGF constitui um método adequado de supervisão de consultas, de forma não presencial, no campo da Medicina de Família e Comunidade. O presente estudo sugere que o AFG, com base nos princípios das metodologias ativas, e no contexto da aprendizagem centrada no aluno, pode tornar o aprendiz capaz de desenvolver seu maior potencial, que é atender bem às necessidades de saúde das pessoas. O estudo evidenciou que a autoescuta é capaz de ajudar a corrigir a narrativa e a organização do caso clínico, contribuindo para otimizar o atendimento da pessoa, assim como a compreensão do caso pelo médico-residente e preceptor. Além disso, propicia o desenvolvimento da auto-observação, autorreflexão, autocrítica e autoconhecimento sobre conhecimentos, habilidades e atitudes utilizados, e/ou a serem aperfeiçoados, no âmbito das consultas da especialidade, contribuindo para o desenvolvimento global do aprendiz. Estima-se que esta ferramenta possa ser útil no desenvolvimento profissional dos residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC) em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF)/Atenção Primária à Saúde (APS).

Palavras-chave: feedback formativo; preceptoria; internato e residência; Medicina de Família e Comunidade; avaliação educacional.

ABSTRACT

FIGUEROA, García Alejandro Vergara. **Recorded self-feedback and the development of skills for outpatient practice in the perception of family and community medicine residents.** 2022. 95f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

This study describes and analyses a feedback methodology - the Recorded Autofeedback - in the context of the preceptorship of medical consultations, from its application in Family and Community Medicine residents. The study will target the residents of a residency program in Family and Community Medicine (RPFM) in the city of Rio de Janeiro. It consisted of the application of the Recorded Auto-Feedback to a sample of residents with a later interview, which had explored the residents' perceptions about the positive and most fragile aspects of the method, aiming at its further improvement. The method aims, based on the resident's listening to his own report about the case, to promote the development of self-observation, self-reflection, self-criticism and self-knowledge about the skills and limitations to be overcome in the context of consultation and the person-centred approach, contributing to the overall development of the apprentice. The present work showed that the feedback built within active and participatory methodologies, in the context of student-centered learning, can make the learner capable of developing their greatest potential, which is to serve the person's needs well. Research shows that listening has the power to correct the narrative of the clinical case and to organize that clinical case in a way that optimizes the care of the person and the understanding of the case by the resident and preceptor. It is estimated that this tool can be useful in the professional development of residents of Family and Community Medicine (FCM) in units of the Family Health Strategy (FHS) / Primary Health Care (PHC).

Keywords: formative feedback; preceptorship; internship and residency; family practice; educational measurement.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFG	Autofeedback Gravado
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Clínica da Família
DMIFC	Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitário
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PRMFC	Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão da Residência

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Entrevistas, datas e duração das gravações com os médicos preceptores	77
Quadro 2 -	Entrevistas, datas e duração das gravações com os médicos residentes	78
Gráfico 1 -	Distribuição dos médicos residentes entrevistados por idade	78
Gráfico 2 -	Distribuição dos médicos residentes entrevistados por cor da pele	79
Gráfico 3 -	Distribuição dos médicos residentes entrevistados por faculdade de formação	79
Gráfico 4 -	Distribuição dos médicos residentes entrevistados por ano de formatura	80
Gráfico 5 -	Distribuição dos médicos residentes entrevistados por gênero	80
Gráfico 6 -	Distribuição dos médicos residentes entrevistados por ano de residência	80
Gráfico 7 -	Distribuição dos médicos residentes entrevistados na 1ª fase	83
Gráfico 8 -	Distribuição dos médicos residentes entrevistados na 2ª fase	84

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	PRECEPTORIA EM PROGRAMAS DE RESIDENCIA EM MFC	12
2	PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM E O APRENDIZADO DE ADULTOS: “PRÁXIS ANDRAGÓGICA”	13
3	AVALIAÇÃO FORMATIVA NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DE ADULTOS	17
3.1	O Feedback e a avaliação formativa	18
4	BREVE HISTÓRIA DO AUTOFEEDBACK GRAVADO (AFG) - MÉTODO ANALISADO NESTE ESTUDO	21
5	JUSTIFICATIVA	24
6	OBJETIVOS	25
6.1	Objetivo Geral	25
6.2	Objetivos Específicos	25
7	METODOLOGIA	26
7.1	Tipo de Estudo	26
7.2	Público Pesquisado	26
7.3	Percurso Metodológico do Processo de Pesquisa em Campo	27
7.3.1	<u>Construção do instrumento de coleta de dados – roteiro de pesquisa</u>	27
7.3.2	<u>Roteiro de pesquisa, percurso de aplicação na pesquisa em campo</u>	28
7.4	Metodologia Utilizada para Análise dos Dados	29
7.5	Percurso metodológico da análise de dados	31
7.6	Questões éticas/aspectos éticos	33
8	RESULTADOS E ANÁLISE	34
9	RESPOSTAS E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	35
9.1	Primeira Etapa da Entrevista	35
9.1.1	<u>Resultados e Análise</u>	35
9.2	Segunda Etapa da Pesquisa	44
10	DISCUSSÃO	59
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	65

APÊNDICE A – Construção de um roteiro de pesquisa, relato de aplicação de pré-teste	72
APÊNDICE B - Roteiro para a pesquisa do AFG	81
APÊNDICE C - EXPLICAÇÃO ao residente DE COMO é O AUTOFEEDBACK e a pesquisa do meu mestrado (7ª versão)	85
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Residentes	87
APÊNDICE E - Diário da transcrição dos áudios das respostas gravadas do roteiro de perguntas do pré-teste	90

INTRODUÇÃO

Por muito tempo, o ensino médico foi centrado no hospital, na formação biomédica e em modelos acadêmicos do início de século XX dos EUA e Canadá (PRITCHETT, 2010). Somente nos últimos 40 anos, na Europa, e nos últimos 30 anos, no Brasil, os currículos médicos têm sofrido algumas mudanças na forma como o aprendizado se apresenta aos jovens estudantes. Alguns cursos de medicina avançaram mais do que outros, mas, de modo geral, se pode dizer que tem havido um processo de discussão para aprimorar o processo de aprendizado na graduação e na pós-graduação em medicina (FEUERWERKER, 2002).

Historicamente, o processo de formação de um médico durante a graduação se desenvolve em diferentes ciclos, finalizando com o internato, período que mais se aproxima da realidade onde o estudante, uma vez formado, atuará após a formatura. Nesse ciclo, o mais assemelhado ao trabalho de um profissional, o estudante tem seu aprendizado monitorado de perto por professores, preceptores e, muitas vezes, médicos residentes (BARRETO *et al.*, 2011). No nível de pós-graduação, e em se tratando da residência médica, os médicos e médicas residentes estão em um processo de aprendizado já em serviço, onde o contexto e os cenários de aprendizado se dão em ação direta junto aos pacientes e à equipe de saúde, profissionais de outras disciplinas e especialidades médicas. Tanto no âmbito da graduação como no da pós-graduação, os cenários de aprendizado são variados, mas o modelo hospitalocêntrico ainda faz com que o hospital seja ainda considerado o setting mais importante e mais valorizado, como pode ser depreendido do escrito abaixo:

Um hospital sob completo controle educacional é tão necessário a uma escola de medicina quanto um laboratório de química ou patologia. o ensino de alto nível em um hospital introduz influência salutar e benéfica na rotina da escola. Os curadores de hospitais, públicos e privados, deveriam, portanto, ir ao limite de sua autoridade para abrir os pavilhões para o ensino, esperando somente que as universidades, por seu lado, assegurem verbas suficientes para empregar como professores homens devotados à ciência clínica (PRITCHETT, 2010, p. 72).

As Diretrizes Curriculares Médicas (DCN) (BRASIL, 2014), nas suas várias versões, mas principalmente na sua última, fazem um contraponto ao modelo biomédico de formação, incorporado ao relatório de Flexner (PRITCHETT, 2010) que, há quase 100 anos, tem sido a referência para a graduação em medicina. As DCN estabelecem novos parâmetros levando em conta que tanto o trabalho multiprofissional em equipe, aspectos gerenciais e comunitários,

quanto o desenvolvimento de uma perspectiva humanista, devem ser uma referência na formação médica. O hospital passa a não ser mais o lugar central de treinamento (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010). No que se refere às competências e conteúdos curriculares, deve-se destacar que as Diretrizes, recomendam que os estudantes devem “Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário e desenvolvam competências em relação à Promoção da Saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental”. Desta forma, a Atenção Primária à Saúde (APS), o território, a comunidade e as especialidades que aí atuam, passam a ter um papel muito importante na formação de novos médicos (PAGANI; ANDRADE, 2012). Por constituírem uma diretriz institucional nacional, as DCN acabam tendo poder normativo para que se desenvolvam as ações necessárias no sentido de alcançar uma melhor formação médica para atender às necessidades de saúde das pessoas.

Nesse contexto, a formação na especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC), objeto deste estudo, apresenta necessidades e desafios relevantes quando comparada à formação e à prática das demais especialidades médicas (ANDERSON; RODRIGUES, 2011). Entre as principais diferenças, destacam-se o foco da atenção à saúde, a abrangência e o cenário da prática assistencial onde se dá aprendizado que é a própria Atenção Primária à Saúde cujo foco da atenção à saúde são as pessoas, as famílias e as comunidades, no território onde vivem.

O cuidado está centrado no processo de saúde-adoecimento da pessoa e não na doença, e tal processo resgata seu contexto familiar e comunitário. Em relação à abrangência das ações, a perspectiva é de cuidado integral e longitudinal, desenvolvendo ações de educação, assistência e reabilitação em saúde tendo por base o paradigma da integralidade biopsicosocioespíritual (ANDERSON; RODRIGUES, 2017).

Em relação ao cenário, no sentido oposto ao das demais especialidades médicas, a formação se dá, prioritariamente e centralmente, na Atenção Primária à Saúde (APS), que constitui a porta de entrada dos sistemas de saúde. É nesse nível do sistema onde os residentes de MFC, junto aos seus preceptores e à sua equipe de saúde, realizam e objetivam prestar cuidado resolutivo aos problemas mais prevalentes de saúde de uma população adscrita e, sempre que necessário, a referenciam para outras unidades e/ou outros especialistas. Vale ressaltar que, mesmo que o paciente seja referenciado para outra unidade ou outro especialista, os MFCs e a equipe de saúde mantêm o vínculo e a coordenação do cuidado e, se necessário,

visitam o paciente nos centros de referência com diferentes objetivos – entre eles, o de trocar saberes com os respectivos médicos e profissionais.

Assim sendo, para o especialista em MFC, a APS é o principal cenário assistencial e de aprendizado, o que no contexto brasileiro ainda representa um desafio, considerando a história recente e os desafios da implantação da Estratégia Saúde da Família, modelo exitoso de APS no Brasil. Paralelamente, o aprendizado do residente em MFC deve levar em conta tanto as orientações internacionais sobre o perfil e as competências esperadas do especialista (DEMARZO *et al.*, 2011), quanto manter-se alinhado com o currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2015), além de atender as resoluções específicas da Secretaria de Educação Superior/Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2015).

1 PRECEPTORIA EM PROGRAMAS DE RESIDENCIA EM MFC

O papel e a atuação central dos preceptores nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) implicam no desenvolvimento de competências para atuarem e cobrirem diferentes etapas e tipos de atividade, especialmente a consulta médica ambulatorial – atividade estruturante da atenção à saúde; além disso, tais preceptores devem dominar competências referentes a visitas domiciliares, a atividades de educação em saúde, à Abordagem Familiar e Comunitária, ao processo de trabalho em equipe e ao planejamento local em saúde. Ou seja, o exercício da preceptoria em PRMFC é complexo devido à variedade e à dinamicidade das situações de saúde que se apresentam cotidianamente nesse cenário e ao contato próximo e diário com questões e problemas que exigem um manejo abrangente (REIS, 2017).

Nesse contexto, o desenvolvimento adequado e o aperfeiçoamento de processos de ensino-aprendizagem voltados a adultos, particularmente no tocante ao desenvolvimento de modelos adequados de avaliação formativa, tornam-se indispensáveis nestes cenários. Uma das principais estratégias para tanto é a utilização do feedback, uma poderosa ferramenta que o preceptor pode lançar mão para otimizar o desenvolvimento, pelo aprendiz, de capacidades e competências que são necessárias para o exercício da prática médica (BOENDERMAKER, 2000). Foi nesse contexto que a pesquisa acerca do Autofeedback Gravado foi desenvolvida.

2 PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM E O APRENDIZADO DE ADULTOS: “PRÁXIS ANDRAGÓGICA”

O termo “andragogia” foi formulado originalmente por Alexander Kapp, professor alemão, em 1833, mas ficou em desuso por muito tempo (SCHMIT, 2016). Kapp, naquela época, destacava que o processo de desenvolvimento da andragogia era um processo facilitador do aprendizado, permitindo um incremento do pensamento, da autogestão, da qualidade de vida e da criatividade do sujeito aprendiz, proporcionando uma oportunidade de autorrealização (SANTOS, 2010).

Malcolm Knowles (1913-1997) retoma o termo na década de 70, popularizando-o sobretudo na América do Norte e nos países anglo-saxões. Ao trabalhar o conceito de andragogia Knowles considera que os adultos são sujeitos do próprio aprendizado, devem ser envolvidos neste processo e tratados como pessoas competentes e capazes de assumir com autonomia às responsabilidades para o planejamento do mesmo e tornarem-se conscientes da sua experiência (FRANZIN; LOPES, 2019).

Em um resgate histórico sobre o termo andragogia, as autoras Maria Saleti Lock Vogt e Elioenai Dornelles Alves, no artigo "Revisão teórica sobre a educação de adultos para uma aproximação com a andragogia" (2005), destacam que antes de Malcolm Knowles, em 1989, ocorreram dois eventos que trataram do tema "educação para adultos" – o Congresso Nacional de Santiago (Chile) e o Congresso Pedagógico de Paris (França), e em 1909 um congresso sediado em Santiago de Compostela, na Espanha. Nesses congressos, a educação de adultos foi destacada como uma necessidade socioeducativa diante das grandes transformações mundiais para que o desenvolvimento possa ocorrer de uma forma individual e coletiva, atendendo às demandas industriais, sociais e organizacionais da sociedade.

Atualmente, para o desenvolvimento de um processo de ensino-aprendizagem eficiente, há que se considerar a forma de aprendizado do adulto, valorizando o modelo andragógico, segundo o qual o aprender é responsabilidade do aprendiz enquanto o arranjo dos temas e conteúdos a serem aprendidos são de responsabilidade compartilhada com o docente. O estudante adulto deve experimentar o valor prático do que está aprendendo e compreender de que forma esse conhecimento fará diferença em sua vida, cabendo ao docente ser um facilitador desse processo (CARVALHO *et al.*, 2010). Para que um modelo de aprendizagem tenha sucesso, deve existir um ambiente que possibilite a participação dos envolvidos em todo o

processo ensino-aprendizagem, de modo que todos se sintam engajados no mesmo e que esse ambiente proporcione um cenário onde o aprendiz de fato aprenda fazendo (FREITAS, 2020; ROGERS, 2012).

A chave para o sucesso na implementação de uma educação inovadora é criar um ambiente que permita a participação dos atores envolvidos, para que conheçam o processo e possam contribuir com ele. Além de estimular essa colaboração, eles adquirem a sensação pertencimento e de autoria, que via tirá-los da passividade e os coloca no centro do processo de aprendizagem (GAROFALO, 2018).

As estratégias adotadas com o propósito de tornar o conteúdo significativo para os alunos, promovendo evoluções cognitivas e instrumentais, são baseadas na crítica e na reflexão (CARABETTA JÚNIOR, 2016), aproximando-se do modelo andragógico. As metodologias ativas de ensino-aprendizagem, quando bem implementadas, além de promover a aprendizagem participativa, autônoma e crítico-reflexiva, permitem identificar lacunas na aprendizagem que outros métodos geralmente não conseguem identificar (FRANÇA JUNIOR; MAKNAMARA, 2019).

O aprendizado envolve mudanças e se concretiza com a aquisição de hábitos, conhecimentos e atitudes, que permitem ao indivíduo se desenvolver como sujeito social e individual e, com isso, ocorra o desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo do aprendizado com relação àquilo que ele está aprendendo e à utilidade do que está sendo aprendido. Assim sendo, o aprendiz é um sujeito consciente e reflexivo, possui autonomia cognitiva, afetiva e volitiva, com motivação orientada para a aquisição de conhecimentos específicos para o aperfeiçoamento pessoal e para o aprimoramento laboral, aprendendo conteúdos que sejam significantes para o processo que está vivendo. O conhecimento deve fazer sentido na medida em que ele deve servir para resolver os principais problemas do cotidiano de um adulto. Isso não quer dizer que o conteúdo não seja importante, mas que ele assume um papel acessório e não central do aprendizado, que deve ser mais baseado na resolução de problemas (CARVALHO *et al.*, 2010).

Uma das dificuldades de desenvolver um contexto que propicie um espírito autocrítico é que a maioria dos cursos de medicina no Brasil é, ainda, tradicional cujos métodos e currículos não atendem à formação de profissionais de saúde sintonizados com as necessidades da população (FRANÇA JUNIOR; MAKNAMARA, 2019). Paradoxalmente, este quadro permanece sem maiores modificações apesar de cada vez mais cursos de medicina adotarem metodologias ativas de ensino e utilizarem processos de avaliação formativa, onde termos como “autorregulação”, “autonomia” e “monitoramento” deveriam remeter a transformações reais

preconizadas pelos métodos ativos de aprendizado (SANTOS; KROEFF, 2018). Segundo Caldeira e Zaidan (2013, p. 23), no entanto, “é importante ter em conta que a ação pedagógica acontece em um dado contexto, o que pressupõe que ela tem limites e possibilidades. Nesse sentido, é possível afirmar que a prática pedagógica se apresenta em constante estado de tensão”.

Muitos cursos de medicina ainda utilizam um modelo de ensino-aprendizagem que não otimiza a formação de profissionais instrumentalizados para atuar na realidade atual. Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014) passaram a orientar as mudanças necessárias para esses cursos (COSTA *et al.*, 2012) e, no decorrer dos últimos anos, o desenvolvimento de metodologias ativas para o aprendizado de adultos tem evoluído, tanto no âmbito da formação médica no nível da graduação (GROSSEMAN; STOLL, 2008) quanto de pós-graduação (SKARE, 2012).

As metodologias ativas de ensino levam em conta que o aluno é adulto e responsável pelo processo de aprendizado, como mencionado anteriormente, considerando que a estrutura da lógica de pensamento e o conhecimento prévio são fundamentais para a construção de um projeto psicopedagógico próprio (FREIRE, 2006). Nesse sentido, as metodologias ativas de ensino repousam na responsabilidade social de promover um aprendizado que atenda às necessidades da população à luz de um paradigma adequado nos campos ético, técnico e político (OLIVEIRA, 2018).

Realmente, as metodologias ativas de ensino estão cada vez mais sendo utilizadas nos cursos de graduação em medicina; no entanto, ainda estão um pouco distantes de ser plenamente utilizadas nos programas de residência médica, onde tem predominado o modelo de aprender fazendo (o médico residente “toca serviço” atendendo as pessoas). Assim, o residente não tem tempo suficiente para refletir com apoio de pares mais experientes sobre o que faz e, desta forma, se limita o desenvolvimento do espírito crítico necessário para questionar como está atendendo e se, de fato, está cuidando da forma mais adequada das necessidades de saúde das pessoas, da família e da comunidade. Além desse processo de trabalho e de aprendizado que pode ser considerado alienante, pouca atenção é dada ao desenvolvimento de um espírito crítico e autocrítico voltado para um processo de aprendizado centrado no próprio residente (MITRE *et al.*, 2008).

Nos últimos anos, com o desenvolvimento da ESF no Brasil, os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) puderam começar a sair de dentro dos hospitais universitários e seus ambulatórios, utilizados como cenários quase exclusivos de

aprendizagem teórica e prática, exceto uma ou outra experiência diferenciada, e passar a utilizar na APS como cenário mais adequado de aprendizado.

A expansão acelerada da Atenção Primária à Saúde (APS) iniciada em 2009 no Município do Rio de Janeiro, com extraordinária implantação de Clínicas da Família no curto prazo, resultou em uma reforma setorial acelerada e profunda (SORANZ, 2014), inclusive em termos de mercado de trabalho neste nível de atenção. O estabelecimento de parceria com programas preexistentes de residência em medicina de família e comunidade (RMFC) estimulou significativa expansão dos mesmos, inclusive do PRMFC da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), um dos mais antigos programas de residência na área no Brasil, em atividade desde 1976 (RODRIGUES, 2007).

Este trabalho vai, portanto, ao encontro dos desafios trazidos por essas conjunturas e pela demanda por melhor capacitação e formação de médicos e médicas de família e comunidade nos cenários da APS, especialmente no âmbito da consulta médica, de modo a que possam atender às necessidades de saúde da população.

3 AVALIAÇÃO FORMATIVA NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DE ADULTOS

A avaliação no processo de aprendizado tem se desenvolvido ao longo dos anos segundo determinadas demandas sociais, como formar mão de obra qualificada para atender às necessidades de desenvolvimento econômico e social dos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Os dois processos de avaliação utilizados com mais frequência são a avaliação somativa e a avaliação formativa. A avaliação somativa é com frequência a mais utilizada e eventualmente mais valorizada caracterizando-se como um modelo de aprendizagem no qual a memorização é predominante. Em contrapartida, a avaliação formativa se preocupa mais em avaliar o processo de aprendizado como um todo e com a construção de um saber mais próximo da pessoa que está aprendendo do que com as necessidades de um sistema regido por empresas ou corporações (TRONCON, 2018).

Com a avaliação formativa é possível perceber que cada aprendiz possui seu próprio ritmo de aprendizado, e que esse ritmo se dá no contexto e no cenário onde a pessoa vivencia o aprendizado. Esse processo de avaliação fortalece a teoria segundo a qual o ser humano aprende a cada instante de sua existência e que, para que isso ocorra, é necessário que ele compreenda o seu próprio processo de aprendizagem e como a sua capacidade cognitiva funciona para a resolução dos problemas (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007). Assim, o aprendiz precisa conhecer a si mesmo no sentido de se ver como sujeito ativo do processo de aprendizado e compreender como esse processo se dá nele mesmo para, então, poder verificar quais são as circunstâncias norteadoras que exigem mais atenção (GOMES *et al.*, 2010). Com a atenção a si próprio, o aprendiz identifica quais são os seus principais ritmos, formas, fraquezas e fortalezas em termos de aprendizado. Ao reconhecer os seus erros, acertos e compreender o processo de aprendizagem, o aprendiz ganha autonomia, identificando lacunas de aprendizagem que devem ser preenchidas (ZIMMERMANN; SILVEIRA; GOMES, 2019). A avaliação formativa é um recurso de ensino e fonte de motivação, especialmente quando vinculadas ao feedback formativo, permitindo a sistematização de estratégias de reformulação dos objetivos de aprendizagem desejados (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, [2019]).

3.1 O Feedback e a avaliação formativa

O feedback é uma estratégia utilizada na avaliação formativa para promover o crescimento pessoal e profissional do aluno (HARVARD BUSINESS REVIEW, 2019). Na avaliação formativa, é necessário construir uma relação de respeito e reciprocidade e, se possível, empatia, entre o aluno e o professor para que se crie um espaço adequado para gerar o feedback necessário e apropriado ao aluno (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007). O feedback é, dessa forma, uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento das habilidades clínicas necessárias para que um profissional de saúde se desenvolva com autonomia e autogestão (STENFORS-HAYES; HULT; DAHLGREN, 2011). Esse método visa avaliar o desempenho dos residentes a partir da identificação do potencial e das lacunas de aprendizado principalmente no que concerne a seu profissionalismo, capacidade de organização do trabalho, domínio de habilidades nos campos da comunicação e da entrevista clínica (ROMÃO *et al.*, 2020) assim como subsidiar seu aprimoramento (RAMAPRASAD, 1983). Nesta pesquisa, foram excluídas de forma intencional as habilidades no exame físico e no raciocínio clínico, uma vez que estas não são objeto do método (AFG), o objeto da presente investigação.

Ao longo dos anos, o feedback se tornou uma ferramenta poderosa, desde que bem aplicada, de modo que os aprendizes possam entender a necessidade dessa forma de avaliação (ALGIRAIGRI, 2014). Embora os estudos sobre os impactos do feedback sejam relativamente poucos, sabe-se que um bom feedback pode ajudar a melhorar o processo de aprendizagem (KORNEGAY *et al.*, 2017).

No processo de desenvolvimento da educação médica, o feedback tem se mostrado uma ferramenta muito importante para que jovens médicos possam desenvolver as habilidades e competências esperadas em um programa de pós-graduação (SCALLON, 2015). Entre as habilidades que têm sido destacadas, podem ser citadas aquelas relacionadas à autonomia desenvolvida durante o treinamento em serviço (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018) e, entre as competências clínicas necessárias para treinar um profissional, destacam-se aquelas que atendem às necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades (STEWART *et al.*, 2010). Um feedback adequado tem o potencial de modificar diferentes aspectos do processo de aprendizagem, permitindo que o aluno se aproxime do conhecimento necessário para o desenvolvimento de habilidades (HATTIE; TIMPERLEY, 2007). Essa capacidade do feedback o torna um instrumento estratégico para o conhecimento do percurso de aprendizado do aluno,

proporcionando os acertos necessários para que o aprendizado possa se desenvolver de forma mais centrada na pessoa (PERRENOUD, 1999).

Um dos objetivos do feedback é o desenvolvimento da autoconsciência quanto às necessidades do processo de aprendizagem e uma maior conscientização, por parte do aprendiz, de suas potencialidades e fragilidades, a fim de que ele tenha uma atitude reflexiva e crítica transformadora (BAIN, 1996; HARVARD BUSINESS REVIEW, 2019), permitindo que ganhe a autonomia necessária no cenário de aprendizagem (BORGES *et al.*, 2014).

Um bom feedback tem o potencial de aprimorar o processo de aprendizagem, desde que permita a auto-observação e a autocrítica em um contexto de trabalho em que o respeito entre as pessoas seja apropriado e, ainda, que o contexto possibilite que o processo de feedback fornecido não seja interrompido e que ele seja feito em “doses pequenas”, mas de forma contínua e regular, de modo que o aluno possa ser ouvido antes do feedback e possa haver um mínimo de empatia entre preceptor e residente, melhorando o empoderamento do residente (LIMA, 2019; QURESHI, 2017). A capacidade de autorreflexão acerca do próprio aprendizado e da forma como se está aprendendo parece estar relacionada ao momento de realização do feedback – isto é, o feedback não pode demorar para ser realizado (ANDRIOLA; ARAÚJO, 2018).

O tipo de feedback que mais se aproxima desses aspectos, visando constituir-se como um instrumento de transformação, é o formativo, conceituado por Shute (2008 *apud* LIMA, 2019, p. 42) tal como se lê a seguir:

[...] um conceito de informação comunicada ao estudante que tem o objetivo de modificar seu pensamento ou comportamento com o propósito de melhorar seu aprendizado, no intuito de aumentar o conhecimento do estudante, suas habilidades e entendimento em um conteúdo específico ou uma habilidade geral.

Sinteticamente, portanto, e de acordo com estudos acima citados e outros (ALGIRAIGRI, 2014; KORNEGAY *et al.*, 2017), um feedback bem aplicado deve contribuir para que os residentes desenvolvam:

- a) atitude reflexiva, crítica e transformadora;
- b) capacidade de construir uma autonomia necessária no cenário de aprendizagem;
- c) competências clínicas atendendo às necessidades de saúde das pessoas;

- d) capacidade de modificar seu pensamento ou comportamento com o propósito de melhorar e identificar lacunas de aprendizado;
- e) conhecimento do estudante, suas habilidades e entendimento em um conteúdo específico ou uma habilidade geral;
- f) capacidade de modificar diferentes aspectos do processo de aprendizagem, permitindo que o aluno se aproxime do conhecimento necessário para o desenvolvimento de habilidades;
- g) autoconsciência com relação às necessidades do processo de aprendizagem enquanto sujeito ativo e responsável pelo aprendizado.

Além disso, o feedback deve ser imediato para que se configure como processo de obtenção de dados objetivando uma genuína atividade educacional (SILVA; SCAPIN, 2011) as metodologias ativas, por sua vez, estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia, algo explícito no trabalho de Paulo Freire (2006) e que um bom feedback deve contemplar. O feedback ainda pode contribuir para reflexão dos preceptores no sentido de identificar caminhos para se construir um projeto de aprendizado centrado no residente em conjunto com e para o mesmo.

4 BREVE HISTÓRIA DO AUTOFEEDBACK GRAVADO (AFG) - MÉTODO ANALISADO NESTE ESTUDO

Nos primeiros dias de janeiro de 2012, iniciei meu trabalho como médico preceptor no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PRMFC/UERJ). O local foi e ainda é uma Clínica da Família (CF) localizada na região central da cidade do Rio de Janeiro, sob a administração da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em parceria com o PRMFC/UERJ. Foi nesse cenário que se iniciou a idealização e a construção do que, ao final de alguns anos, viria a se chamar Autofeedback Gravado (AFG).

O AFG surgiu da necessidade de ter um instrumento que pudesse ser utilizado pelo preceptor em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no cotidiano do trabalho em uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS). Nessas unidades onde o processo de aprendizado se realiza, os residentes têm sua formação na especialidade em MFC e apresentam inúmeras dúvidas que, se bem atendidas, são fonte de grande aprendizado para todos envolvidos. No início, não estava muito claro que instrumentos utilizar para promover o aprendizado apropriado dos residentes médicos. Precisava ser um instrumento que pudesse contribuir para o processo de aprendizado em um ambiente onde a demanda de atendimento é extremamente elevada e o nível de tensão é elevado e pode ser muito estressante. Na incerteza de que instrumentos utilizar com os residentes e internos de medicina iniciei, em 2012, o trabalho na unidade, onde sou preceptor até o momento. Um ano antes, havia realizado um curso de formação em preceptoria no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), para o qual, como produto final, eu deveria realizar um projeto de intervenção na área de educação médica a ser apresentado no início de 2012.

Naquele momento, pareceu-me interessante o instrumento *mini clinical evaluation exercise* - Minicex (método desenvolvido para avaliar as consultas no nível hospitalar nos EUA) (DINIZ NETO *et al.*, 2020). Entendi que seria uma boa iniciativa tentar adaptar o instrumento Minicex para atender à demanda final do curso de formação em preceptoria.

Assim, tendo o contexto e ambiente real de uma unidade de APS, decidi que o cenário de construção do projeto seria a Clínica da Família, unidade docente assistencial onde era preceptor de residentes do PRMFC/UERJ e que, meses depois, viria receber internos da graduação em medicina da UERJ.

Como o trabalho de preceptoria era muito intenso na Clínica da Família, e muitas vezes não havia tempo suficiente para parar e refletir sobre o que estava sendo feito, resolvi gravar em áudio as abordagens do Minicex com os residentes. Gravar em áudio foi uma forma de documentar o processo. Ao final do dia, eu escutava as gravações realizadas durante o dia como se fossem um diário de campo que permitisse refletir sobre o que havia vivenciado (APÊNDICE E). Gravação em áudio constituiu uma estratégia que resultou em bom material de análise para avaliar a forma de realização do feedback.

Todo esse processo transcorreu por vários meses, havendo uma grande dificuldade de reflexão sistemática pois, muitas vezes, não era possível manter uma continuidade em decorrência de muitas outras demandas mais urgentes que emergiam no processo de trabalho. Apesar disto, o trabalho final para o curso de formação de preceptoria pode ser concluído, mas o projeto de transformação do Minicex em instrumento de avaliação de consultas no âmbito extra-hospitalar foi interrompido devido a problemas técnicos: o HD do computador queimou e todos os registros foram perdidos.

Novas gravações de casos clínicos foram realizadas nos anos subsequentes, sob autorização do respectivo residente, à medida que solicitava orientação do preceptor a respeito da conduta a adotar. Com as gravações, percebi que o registro em áudio dos casos clínicos era uma forma de ajudar a realizar uma reflexão mais profunda; e escutar-me, como preceptor, ajudou-me a identificar as minhas dificuldades no processo de preceptoria.

Ao longo dos anos, à medida que escutava os áudios, percebi que minhas intervenções como preceptor acabavam por condicionar um determinado padrão de relato dos casos clínicos pelo residente. Muitas vezes eu realizava intervenções que inibiam ou não deixavam o residente desenvolver seu próprio raciocínio clínico. Fui percebendo que, não raro, já havia conhecimento pelo residente daquilo que eu apresentava como retorno do caso, como feedback. Em minha análise dos áudios, fui percebendo que era necessário deixar o residente falar livremente. Com o tempo, percebi que o primeiro feedback deveria ser do próprio residente, e que, mais do que isso, era necessário que ele se escutasse tal como eu vinha realizando ao longo dos anos. Foi aí que comecei a escutar o relato de caso com o próprio residente no sistema de gravações.

Nesse processo, houve um residente que aceitou realizar a gravação em áudio de um caso complexo como forma de organizar melhor o cuidado de uma pessoa que vivenciava um processo muito complexo de vida. A ideia era construir o caso clínico para apresentar em congresso e o Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) seria um instrumento para poder ajudar o residente a organizar seu pensamento clínico em forma de análise crítico-reflexiva.

Assim, no decorrer dessas experiências, observei que o AutoFeedBack Gravado (AFG) ajudava em casos mais complexos, nos quais é difícil entender a pessoa em seu processo de sofrimento (REIS, 2017). Na tensão do atendimento do dia a dia na clínica, temos dificuldade de otimizar o tempo para realizar uma escuta mais qualificada da pessoa e de organizar a história que a pessoa está compartilhando conosco.

Uma das características das situações em que se apresentam casos mais complexos é a desorganização. O paciente, nesses casos, chega ao consultório mais desorganizado, e a nossa tendência é organizar o cuidado de uma forma muito cartesiana, focal, seguindo a lógica da relação causa-efeito. Parece-me que quando tentamos ou queremos organizar de forma cartesiana o cuidado de pacientes com maior sofrimento, o paciente piora; piora muito, especialmente porque, grande parte das vezes, o sofrimento identificado nos atendimentos não tem uma causa clara ou aparente, para o próprio paciente. Nesse sentido, o método do AFG ajuda a realizar uma autorreflexão sobre como conduzir os casos mais complexos de uma forma mais sistêmica. Assim, acredito que podemos nos aproximar de um aprendizado centrado no residente, pois trata-se de um método que permite que nos entendamos melhor, e de forma mais nuançada, dentro da complexidade do atendimento. Residente e preceptor podem adotar uma estratégia de escuta de áudios realizando um aprendizado mais centrado no residente e menos centralizado no preceptor.

Em termos de organização, o método foi se aprimorando ao longo dos anos, passando de simples gravações da fala do residente para uma série sistemática de gravações incluindo a participação do preceptor. Inicialmente, chamava essas gravações de “gravações em série ou em paralelo” na tentativa de dar um nome ao método. Com o tempo, no entanto, ele se configurou como um instrumento metodológico de aprendizado de feedback centrado no residente – daí o nome feedback, auto (do residente) e gravado: Autofeedback Gravado.

Para concluir este breve relato sobre o surgimento do AFG, cabe destacar que, durante anos, compartilhei as minhas observações com vários amigos MFC, preceptores, residentes acadêmicos e professores do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitário (DMIFC) da Faculdade de Ciências da UERJ. Sem essas trocas de saberes com todas essas pessoas, nada disso teria sido possível.

5 JUSTIFICATIVA

Realizar atividades de preceptoria clínica de MFC no ambiente e no processo do trabalho cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) é um desafio permanente. Nesse sentido, ainda que existam diferentes métodos de formação e de avaliação da performance e de desenvolvimento profissional no contexto da formação médica, avalia-se que explorar novas possibilidades para o exercício da preceptoria de PRMFC no contexto da APS é uma iniciativa relevante, especialmente se for um método de baixo custo, prático, que não necessite ser concomitante ao atendimento do paciente, e que abranja a avaliação e o desenvolvimento de competências não totalmente exploradas em outros métodos.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Analisar o Autofeedback Gravado (AFG) enquanto instrumento de supervisão não presencial e como possibilidade de uma adequada avaliação formativa, voltado a consultas ambulatoriais no campo da Medicina de Família e Comunidade e no contexto assistencial da Atenção Primária à Saúde.

6.2 Objetivos Específicos

- a) descrever o método do Autofeedback Gravado no contexto da preceptoria em Medicina de Família e Comunidade (MFC);
- b) aplicar o Autofeedback gravado a uma amostra de residentes de MFC da UERJ;
- c) descrever as percepções dos mesmos acerca dos aspectos positivos e mais frágeis do método, com base em parâmetros de análise que indiquem uma adequada avaliação formativa;
- d) analisar os relatos dos residentes visando sua sistematização e utilização para posterior aperfeiçoamento do método.

7 METODOLOGIA

7.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, descritivo e exploratório que visa realizar uma análise de um método de feedback (MAYS; POPE; POPAY, 2005) – o Autofeedback Gravado. Optou-se por este método de pesquisa por se tratar de um processo de investigação que mais promove aproximação com a realidade (NUNES, 1993) na APS, que é o principal contexto em que toda a pesquisa se desenvolveu e o onde o AFG foi criado (MINAYO, 2012). Aqui, tal como lemos em “Pesquisa social: teoria, método e criatividade”, “entendemos por *pesquisa* a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo” (MINAYO, 1994, p. 17).

Assim, espera-se que, sob a abordagem qualitativa, esta pesquisa ganhe a relevância social e científica (TOZONI-REIS, 2010) que lhe cabe dentro da investigação da MFC/APS (MAYS; POPE; POPAY, 2005). Como escreve Kuhn (2018, p. 141) “seja como metáfora, seja porque reflita a natureza da mente, essa experiência psicológica proporciona um esquema maravilhosamente simples e convincente do processo de descoberta científica”.

7.2 Público Pesquisado

O público-alvo da pesquisa foram residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O PRMFC da UERJ atuava, à época da pesquisa, em seis unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. A UERJ tem um programa de residência consolidado desde 1976 (RODRIGUES, 2007). Em cada uma dessas unidades onde o PRMFC/UERJ atua, há preceptores e residentes.

Exceto na unidade onde este pesquisador exerce a preceptoria direta, foram escolhidos, através amostra por conveniência um residente de 1º ano, um residente de 2º ano e um residente do 3º ano. Os critérios para a amostra por conveniência foram: pelo menos um residente de

cada ano em cada unidade, e a maior diversidade possível de idade, gênero, cor da pele (referida pelo preceptor).

Destaca-se que o pesquisador à época da pesquisa não era docente da UERJ ou de qualquer outra universidade, mas preceptor médico do PRMFC/UERJ em uma das clínicas da Secretaria Municipal de Saúde do RJ onde este programa tem médicos residentes. Os residentes diretamente vinculados ao pesquisador, no que abrange à preceptoria direta, foram excluídos da amostra.

7.3 Percurso Metodológico do Processo de Pesquisa em Campo

7.3.1 Construção do instrumento de coleta de dados – roteiro de pesquisa

Para efetivar a pesquisa, e captar a percepção sobre o método AFG, foi elaborado um questionário semiestruturado (MANZINI, 2003), cujo roteiro foi elaborado a partir de um referencial teórico, apresentado na qualificação do projeto de mestrado, com base em uma pesquisa bibliográfica sobre o feedback na formação médica (SILVA *et al.*, 2006).

O roteiro foi testado em um trabalho de pré-teste com o objetivo de desenvolver um instrumento de coleta de dados que atendesse às necessidades da pesquisa, buscando levar a cabo um processo em que o pesquisador fizesse o uso do "design emergente" para ser flexível no ajuste ao contexto e, dessa forma, atendesse a um parâmetro de qualidade de pesquisa na APS (KORSTJENS; MOSER, 2017).

Inicialmente, esse roteiro de perguntas foi testado em dois momentos com dois grupos de pré-teste (fase I e II) – fase I com preceptores e fase II com residentes da clínica onde o pesquisador trabalha como preceptor.

O pré-teste foi aplicado em um total 11 pessoas – na fase I em 6 preceptores de MFC do PRMFC/UERJ e, na fase II, em 5 residentes que são diretamente supervisionados pelo pesquisador.

O critério de escolha dos preceptores foi proporcionar um padrão ouro de respostas; o critério de escolha dos 5 residentes, por sua vez, foi que este grupo já não poderia participar da amostra da pesquisa por estar sob a supervisão direta do pesquisador nas atividades de

preceptoria. Assim, pretendeu-se que a escolha desta mostra não contaminasse a amostra da pesquisa.

[...] a sua construção [da amostra] precisa envolver uma série de decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sobre a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção. Esses elementos precisam ficar claros na metodologia de investigação, pois eles interferem na qualidade da investigação (MINAYO, 2017, p. 5).

O pré-teste mostrou um viés de intervenção na sua aplicação, o que contribuiu para a aprimorar o questionário como instrumento de coleta de dados (BRITTEN, 2005).

Assim, após a apresentação dos dados de pré-teste para a orientadora da pesquisa, optou-se por dividir o roteiro em 2 fases: a 1ª fase é aplicada logo após a escuta da última gravação do caso clínico relatado pelo residente, e a 2ª e última fase é aplicada logo após a realização do feedback reverso. Nesse novo formato, o roteiro do segundo pré-teste foi aplicado nos grupos de 5 residentes e, depois de transcrito pelo pesquisador e discutido com a orientadora, sofreu os últimos ajustes antes de ir a campo para a realização das etapas seguintes da pesquisa.

O objetivo dos dois pré-testes foi fazer com que o roteiro se tornasse um instrumento mais sensível na coleta de dados e, assim, se aproximasse mais do objetivo proposto da pesquisa (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

A seção 7.4 deste texto, referente à METODOLOGIA UTILIZADA PARA ANÁLISE DOS DADOS, retoma detalhes destes aspectos metodológicos da pesquisa alinhavados acima. Além disso, para mais informações sobre todo o processo de pré-teste do roteiro (APÊNDICE A).

7.3.2 Roteiro de pesquisa, percurso de aplicação na pesquisa em campo

Em maio de 2021, o segundo pré-teste do roteiro de perguntas foi concluído, o que permitiu, em junho do mesmo ano, o retorno a campo para realizar as entrevistas com os residentes escolhidos para esta pesquisa já com o roteiro definitivo a ser aplicado (APÊNDICE B). Foi escolhido o mês de junho pois, nesse período, o pesquisador estava de férias e, assim, poderia dispor de mais tempo e agenda para mergulhar na realização de todas as entrevistas (KORSTJENS; MOSER, 2017).

As entrevistas foram realizadas nas unidades de atendimento dos residentes (do 1º, 2º e 3º anos), exceto a do próprio pesquisador, como já referenciado, e foram agendadas por telefone ou mensagem de texto pelo aplicativo WhatsApp com os respectivos preceptores responsáveis das unidades. Esse agendamento teve como objetivo encontrar o melhor horário para o residente sem prejuízo à sua atividade assistencial e procurou se adequar ao tempo e contexto de atendimento do residente na clínica, sem que a atividade para a qual ele já estava escalado fosse prejudicada.

Antes do início de cada entrevista, foi solicitado que cada residente preenchesse um pequeno questionário via Google Forms com os principais dados: nome completo, idade, cor da pele, sexo/gênero, em que ano está na residência, onde cursou a graduação, ano de formatura, e-mail, celular de contato (opcional), e unidade onde está lotado como residente.

Todas as entrevistas incluindo a aplicação do método AFG foram gravadas em áudio, em um celular utilizado somente para a pesquisa. Esse celular não recebe ou faz chamada e não tem acesso à internet. As gravações foram transferidas para o computador via cabo de USB. No computador, as gravações foram organizadas em arquivos com o nome de cada entrevistado e, uma vez transcritas, o nome foi substituído por um código composto por número e letras – maiúsculas e minúsculas – para não permitir a identificação do entrevistado.

A codificação foi realizada conforme o exemplo: R1a: a letra maiúscula (R) se refere a residente, o número (1) ao ano de residência, e a letra minúscula (a) substitui o nome do residente.

Todas as entrevistas foram transcritas por profissionais contratados para realizar essa fase do trabalho. As entrevistas transcritas foram armazenadas em arquivos Word para serem o objeto de trabalho de pesquisa.

7.4 Metodologia Utilizada para Análise dos Dados

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, foram utilizados métodos de análise adequados à abordagem qualitativa, especialmente a análise de conteúdo que, segundo Maria Emília Engers (1994, p. 103),

[...] constitui-se de um conjunto de técnicas e instrumentos empregados na fase de análise e interpretação de dados de uma pesquisa, aplicando-se, de modo especial, ao

exame de documentos escritos, discursos, dados de comunicação e semelhantes, com a finalidade de uma leitura crítica e aprofundada levando à descrição e interpretação desses materiais, assim como a inferência sobre suas condições de produção e recepção.

De acordo com a mesma autora, o paradigma qualitativo permite a busca da compreensão das vivências das pessoas – o que, nesta pesquisa, ocorreu por meio da análise das entrevistas realizadas com um grupo de 14 residentes (DUARTE, 2004).

Os dados foram coletados por meio de um roteiro na forma de questionário semiestruturado, elaborado a partir de um referencial teórico sobre o feedback no ensino médico, conforme já assinalado (seção 7.3.1)). Vale reiterar que este roteiro/questionário semiestruturado foi construído na forma de roteiro de perguntas, que foi utilizado como instrumento de coleta de dados para a realização da pesquisa. Como relatado antes, deve ser ressaltado que durante a elaboração do roteiro, verificou-se a necessidade de testá-lo antes de aplicá-lo à amostra de residentes a ser pesquisada. Esse pré-teste foi realizado com um grupo de preceptores e residentes que não poderiam participar da pesquisa (APÊNDICE A: Pré-teste do roteiro). Devemos ressaltar ainda que a coleta de dados e sua posterior análise, somadas ao diário de transcrição, não deixaram de constituir um processo de constante questionamento do que se espera da pesquisa (POPE; MAYS, 2009) – processo que teve como produto o roteiro/questionário mais adequado possível como instrumento de coleta de dados para a pesquisa.

Importa acrescentar que a análise de conteúdo foi organizada com base em Bardin (1977), que diz respeito às técnicas de análise das comunicações que utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sinteticamente apresentados a seguir:

- a) pré-análise – organização e determinação dos documentos que constituirão o “corpus” a ser analisado (as observações livres, as entrevistas, os questionários e documentos como jornais e fotografias); nesta fase, realiza-se o que se denomina “leitura flutuante”. A ideia de leitura flutuante diz respeito a ter contato com todo o material coletado/pesquisado e, a partir desse contato, permitir ser invadido pelas impressões que a leitura do material suscita. Segundo a autora, “a partir de uma primeira leitura flutuante podem surgir intuições que convém formular em hipótese” (BARDIN, 1977, p. 60). Neste processo, entende-se como corpus o conjunto de impressões e ideias

selecionadas entre todo o material que sofreu a leitura flutuante. Para que fosse possível desenvolver um corpus adequado à realidade da pesquisa, utilizou-se a estratégia da exaustividade, que procura não excluir nenhum elemento, informação ou ideia que, por motivos subjetivos, pudesse ser descartado pelo pesquisador. Leia-se por “motivos subjetivos” conteúdos que poderiam ou não despertar interesse por parte do pesquisador ao longo da leitura flutuante. A leitura flutuante tem como produto um material bruto que é utilizado na etapa a seguir do processo de análise de conteúdo;

- b) exploração do material – codificação e categorização utilizando o critério semântico (significativo) e construindo, dessa forma, categorias temáticas adequadas ao tipo de análise a ser realizada. Neste processo de exploração do material, a codificação e a categorização permitem transformar um material bruto em unidades de análise. Na escolha das unidades, deve-se pensar em indicadores que podem ser agrupados dentro de uma mesma grelha de análise. Essa análise permite observar a frequência com que categorias temáticas surgem do material bruto e como essas categorias se organizam no material pesquisado para, a partir de aí, seguir para a 3ª fase de análise de conteúdo;
- c) tratamento dos resultados – inferência e interpretação: a fase da reflexão, da intuição, com embasamento nos materiais empíricos. Confronto entre o conhecimento acumulado e o adquirido (BOTTI, 2009).

Neste momento, a inferência e a interpretação progridem

[...] de forma circular e cíclica, não apresentando uma forma sequencial linear, de modo que após concluir uma etapa, pode-se retornar às anteriores e reiniciá-la com uma informação mais completa e com outra forma de leitura. Deste modo o texto é exposto a múltiplas releituras, podendo ser modificadas as categorizações iniciais (ABREU, 2009, p. 43).

7.5 Percorso metodológico da análise de dados

Após a transcrição das 28 entrevistas, foi realizada uma pré-análise orientada pelo contato exaustivo com o material, com leituras – leituras flutuantes – que foram gravadas e,

posteriormente, transcritas pelo pesquisador (SILVA; SCAPIN, 2011). Essa leitura flutuante, gravada e transcrita, formou o “corpus” (BARDIN, 1977) que, posteriormente, serviu para identificar alguns indicadores por meio do programa de análise MAXQDA 2000 (VERBI SOFTWARE, [2020]), de livre acesso por 30 dias. Uma vez identificados os indicadores, foram identificados os eixos temáticos, que foram utilizados para a codificação das entrevistas originais, fechando um ciclo de leitura flutuante, categorização com retorno às entrevistas originais e desta foram poder atender ao processo de leitura “exaustividade”. Nesse retorno às entrevistas originais, foram utilizadas as categorizações como instrumento para identificar, nas entrevistas originais, as frases explicativas de cada categorização com o objetivo de construir eixos temáticos explicativos. Esse processo de identificação nas entrevistas levou à realização de uma nova leitura de todas as entrevistas e, como produto dessa nova leitura, foram geradas 7 planilhas de Excel, uma planilha de cada categorização. Com essas planilhas com as frases identificadoras de cada categorização, se retorna às entrevistas originais para realizar a codificação de cada categoria através novamente o programa MAXQDA 2000. Nesta fase, o programa MAXQDA 2000 possibilitou identificar e marcar em cada entrevista a categoria. Dessa vez, o processo de codificação permitiu não só que aquela frase identificada de forma mais “bruta” pudesse ser mais bem avaliada em seu contexto, mas também correlacioná-la à pergunta norteadora do roteiro realizado. Além disso, o programa possibilitou que fossem excluídas as falas do pesquisador que, na produção das primeiras planilhas, não foram possíveis excluir.

O programa também possibilitou que cada frase destacada pudesse ser ligada à pergunta desencadeada pelo entrevistador. Como produto de todo esse processo de pré-análise, produziu-se um material, ainda bruto, norteado pelos 7 eixos temáticos iniciais. Desse material, obteve-se todo o conhecimento produzido pela pesquisa de campo de uma forma mais sistemática e organizada – de tal forma, que tornou mais facilitado o processo final de análise para se alcançar o resultado da pesquisa (FONTANELLA *et al.*, 2011).

7.6 Questões éticas/aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sendo aprovado em 12 de Janeiro de 2021, número do CAAE: 41957020.4.0000.5259.

Os residentes contatados previamente pelos preceptores para participar da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa após uma rápida apresentação de quem é o pesquisador. Nesse momento, foi relatado um breve histórico de como se sistematizou o AFG seguindo um impresso elaborado para este fim (APÊNDICE C: Breve histórico do AFG). Em seguida, foi apresentado outro impresso para leitura pelos residentes, explicando o que é e como se daria todo o processo de construção do caso clínico pelo AFG e, igualmente, como o processo de pesquisa (APÊNDICE C) se desenvolveria ao aplicar o roteiro de perguntas semiestruturadas. Só depois de explicar o AFG e a pesquisa, assim como de responder a todas as eventuais dúvidas dos residentes, estes são convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). Destaca-se que, no TCLE, fica esclarecido que o residente pode desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo à sua formação; que todos os dados gravados em áudio serão armazenados de forma sigilosa; e, por fim, que as informações serão utilizadas de forma a não identificar o entrevistado. Uma vez assinado o TCLE, o residente é convidado a preencher o seu perfil através de um formulário do *Google Forms*, incluindo dados pessoais, como gênero, cor da pele, ano da residência, onde e em que ano se graduou em medicina, e qual é a unidade de APS onde está realizando a prática da residência. Os dados dos formulários serão discutidos nos resultados. Logo após o término do preenchimento do *Google Forms*, inicia-se o AFG e a pesquisa de campo.

8 RESULTADOS E ANÁLISE

Em maio de 2021, mais precisamente em junho daquele ano, tendo sido concluído o segundo pré-teste do roteiro de perguntas retornou-se a campo para realizar as entrevistas com os residentes selecionados para esta pesquisa, já com o roteiro definitivo a ser aplicado (APÊNDICE B). O mês de junho foi definido porque, nesse período, o pesquisador estava de férias e, assim, poderia dispor de mais tempo e agenda para mergulhar na realização de todas as entrevistas (MOSER; KORSTJENS, 2018).

Destaca-se que o trabalho de campo – o trabalho de coleta de dados por meio de entrevistas - foi realizado no mencionado ano de 2021, quando a pandemia da Covid-19 ainda estava mal controlada, o que, de certa forma, levou a todos os participantes deste trabalho a dobrarem os autocuidados para evitar chance de contaminação e adoecimento. Neste sentido, a pesquisa foi desenvolvida em campo, tomando todas as medidas de biossegurança necessárias. Como já descrito previamente, as entrevistas se desenvolveram nas CF/CMS que atuam como cenário e campo principal de formação e estágio do PRMFC da UERJ. Lá, cada dois residentes são alocados em uma equipe de saúde e têm um/a preceptor em média para supervisionar cada três residentes. Foram realizadas 14 aplicações completas do Método AFG, ou seja, 14 residentes entrevistados em 14 encontros, 14 AFGs de casos clínicos e 14 respostas ao roteiro de pesquisa.

Dentre os 14 médicos residentes, havia 5 do primeiro ano, 5 do segundo ano e 4 do terceiro ano. A distribuição por sexo autodeclarado foi de 9 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. A idade variou de 27 a 35 anos. Com relação à cor da pele, 9 se autodeclararam brancos, 3 se autodeclararam pardos e 2 se autodeclararam negros. Por fim, 7 cursaram a graduação em faculdades privadas e 7 em faculdades públicas.

9 RESPOSTAS E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram realizadas em duas etapas: a primeira etapa constou de 5 perguntas e foi realizada logo após a escuta da última gravação do caso clínico realizada pelos residentes. A segunda etapa constou de 6 questões que foram aplicadas ao término da realização da gravação do feedback reverso do residente que é a etapa final do AFG. O Feedback Reverso é constituído pela gravação e escuta do feedback do preceptor, seguida da gravação e escuta do feedback do residente em relação ao feedback do preceptor. Os detalhes de todo o roteiro e as perguntas encontram-se no APÊNDICE B.

Para analisar as respostas das duas etapas da entrevista, considerando o objetivo deste estudo, foram considerados parâmetros já descritos na literatura sobre a efetividade de um feedback formativo, apontados em estudos sobre andragogia e avaliação formativa. Estes parâmetros foram sintetizados nas seções 2 e 3, respectivamente.

9.1 Primeira Etapa da Entrevista

9.1.1 Resultados e Análise

Esta etapa das Entrevistas foi realizada logo após o residente ter sinalizado que já havia relatado e escutado tantas autonarrativas sobre o caso quanto necessário, dando por concluída esta fase. Desta forma, as respostas e a análise desta etapa serão feitas com base nas percepções que emergiram neste processo e que foram suscitadas pelas perguntas do roteiro de entrevista. A análise das respostas segue a ordem das perguntas aplicadas na entrevista.

A primeira pergunta do roteiro visou captar como foi para o residente se escutar, se ouvir, apresentando/relatando o caso. Solicitou-se que ele comentasse um pouco sobre isso.

Como resultado das respostas, a análise será apresentada como uma primeira categoria:

CATEGORIA I - Sentimentos e percepções dos respondentes sobre o ato de se escutar apresentando um caso clínico

Já nessa primeira resposta se pode identificar alguns dos componentes de um adequado feedback formativo, na medida que a grande parte das observações foi no sentido de que o ato de se escutar está relacionado a uma série de benefícios, que fazem parte de um adequado feedback formativo, como; ter uma outra percepção do caso, aumentando a chance de identificar aspectos que não seriam possíveis se não fosse a autoescuta e assim entender melhor algumas fragilidades, mas também potencialidades da abordagem clínica. Houve também quem destacasse que a autoescuta propicia corrigir, acrescentar e complementar coisas fundamentais que não se tinha dado tanta importância, previamente. Também consideraram que amplia a capacidade de reflexão e crítica sobre o que foi escutado, na realidade sobre a própria abordagem do caso. Alguns consideraram que, se escutar, ajuda a qualificar a própria narrativa.

Foi bem interessante. Eu acho que enquanto eu ouvia a primeira vez a minha fala, eu consegui pensar em coisas que eu acho que eu nunca tinha... Pensar o caso de uma forma que eu não tinha pensado antes assim. [...] porque a gente às vezes pensa e pensa em um aspecto ou outro. Parar para falar sobre o caso todo e ouvir ajuda a organizar. Tanto que, depois, eu percebi coisas que eu não tinha falado que eu também achava importante. (R2e)

[...] porque quando a gente escuta o que a gente falou, a gente mesmo consegue corrigir, acrescentar, complementar e, às vezes, coisas assim fundamentais que você não tinha dado tanta importância... E, quando você vai falando, você começa a perceber e... Eu consigo me complementar quando eu ouço e reflito sobre aquilo que eu ouvi. (R1d)

A narrativa fica mais aprimorada e a gente percebe até mesmo... A gente acaba fazendo uma reflexão sobre o caso em cima daquilo que a gente falou. Então eu acho que é produtivo no sentido também de melhorar no quesito da comunicação [...] (R2d)

[...] Notei algumas coisas que eu faço que eu não notaria se eu estivesse passando simplesmente para o preceptor e não me escutando. Eu achei bem diferente, na verdade. (R1b)

Eu acho assim: me escutar foi bom no sentido de, né, de conseguir pensar coisas que eu posso ter esquecido de falar na construção do relato do caso. [...] (R3a)

R2d [...] eu acho que a partir do momento que a gente consegue ouvir o que a gente fala, a gente reflete mais. Acho que é isso. (R2d)

Foi questionado também sobre o fato de poder se escutar tantas vezes quanto o necessário, e como isso teria afetado a compreensão ou abordagem do caso. Aqui também, surgem diferentes aspectos relacionados a um bom feedback formativo, exemplificados a

seguir, como: desenvolver uma atitude reflexiva, crítica; identificação da necessidade de desenvolver competências clínicas atendendo às necessidades de saúde das pessoas.

[...] Da primeira vez que eu falei, eu falei algumas coisas, mas uma coisa que eu achei depois, eu achei fundamental, é que se eu estou suspeitando de uma doença autoimune, o fator emocional tem muita importância. Eu não tinha falado nada do emocional dela. Eu não tinha falado de um problema social dela. (R1d)

Ouvindo [outra vez] meu próprio relato de caso, não sei eu acho que consegui talvez entender de que forma está desorganizado e, assim, conseguir talvez organizar um pouco melhor. (R2a)

Com certeza. [...] fez eu refletir sobre o que eu estava sentindo no momento em que eu fui passar o caso. Então, fez eu considerar novamente a minha preocupação com a paciente e eu acho que ainda mais em situações de casos mais complexos deve ser muito mais útil ainda. (R2b)

Sim, ajudou. Ajudou no sentido de que, quando você passa pela primeira vez é claro que você pode cometer algumas falhas, porque você está passando uma coisa que é meio que um resumo daquilo que você atuou na consulta né. Então, quando você realmente rever, esta forma como você passou, você tem tempo ainda de realizar e vê realmente se tem alguma coisa que você pode ter perdido nesse meio tempo, se você meio que trocou algum nome, alguma idade de um paciente, como aconteceu comigo, por exemplo. (R2c)

É, eu acho que a fala positiva é a questão de reafirmar, lembrar, né? Reafirmar como que a intervenção, nesse caso, a intervenção familiar foi positiva [...] (R2d)

Com certeza. Me ajudou a relembrar várias coisas que eu não tinha falado. Achei bem interessante, assim, poder se ouvir e poder ter essa oportunidade de acrescentar o que ficou faltando, assim. Foi legal isso. (R3d)

Alguns respondentes reportaram algum incômodo ou estranheza com a experiência de ouvir a própria voz, inclusive porque não têm o hábito de se ouvir. Mas não invalidaram a estratégia, ao contrário.

É um pouco estranho, mas eu curti assim. Achei importante. Acho que dá para analisar a coisa de forma mais geral, sabe? Que às vezes a gente para e fica pensando. (R1a)

Estranho, eu confesso. Eu não sou muito de me ouvir. Não tenho esse costume de... Muita gente manda áudio, né, no WhatsApp e se escuta. Eu não tenho esse costume. Eu me incomodo um pouco com a minha língua presa. Então, eu escuto diferente. A minha voz quando eu falo é diferente da minha voz gravada. (R1c)

[...] acho que escutar o meu próprio áudio, não sei se por questões pessoais, sempre foi bastante desconfortável para mim. [...], mas eu acho que é uma ferramenta bastante útil para a gente ver como a gente se posiciona, como a gente passa o caso, alguns detalhes que a gente pode dar mais importância, outros detalhes que não. [...] Eu achei útil no momento que eu pude escutar o que eu disse, né? [...]. (R1e)

Assim, não acho muito prazeroso, não é muito agradável. Acho que muita gente tem dificuldade de ouvir a própria voz né, mas eu acho que é importante também para eu entender melhor como eu organizo meu discurso [...]. (R2a)

Achei interessante. [...]A gente sempre tem um pouco de estranhamento quando a gente ouve a própria voz, mas é isso, assim... acho interessante. Interessante a experiência. (R2b)

Ai, primeiro foi... Eu sou um pouco tímida, então escutar... Já fico um pouco insegura. Mas foi uma boa experiência, né? [...]. (R3b)

CATEGORIA II – Como a autoescuta ajudou os e as respondentes na identificação de competências (conhecimentos, habilidades, atitudes) na abordagem do caso

Em relação às perguntas que exploraram este tópico, os respondentes expressaram também sua percepção de como o Método ajudou a identificar competências utilizadas na MFC para realizar a abordagem do caso tais: com vínculo, escuta ativa, abordagem biopsicossocial, saber quando pedir ajuda (da preceptoria), construir um plano terapêutico singular, empatia no atendimento, abordagem centrada na pessoa, acolher o processo de adoecimento e abordagem familiar. Estes aspectos, como previamente citado, fazem parte da base de um adequado feedback formativo.

É... eu achei que quando ela trouxe essas questões de que ninguém se importa e tudo mais, e eu estava ali conversando com ela, é... e falar: eu estou aqui; eu me importo; a gente está aqui por você; não só eu, toda equipe; acho que criou de certa forma um vínculo. Porque na sexta, ela voltou para consulta e ela nunca vem para consulta [...] e, ela falou assim: “eu não ia vir não, só vim porque você falou que ia ficar chateada comigo”. Aí, eu fiquei, tipo! Um sucesso! (R1a)

Consigo identificar aí pelo menos, assim, escuta ativa realmente aconteceu, [...] entender realmente qual era realmente a principal coisa que estava realmente afligindo o paciente [...] Aquelas queixas que é... que a princípio não, não se apresentam em um primeiro momento, mas conforme você vai conversando com o paciente, conforme ele vai criando esse vínculo com você, você começa realmente a ir desvendando isso aos poucos, né, e ajudando ele a melhor forma realmente dele, dele, dele seguir realmente, assim, tipo, nessa... (R2c)

[...] Atitude empática. Eu acho que isso é muito importante, né? Ainda mais em um caso também de saúde mental. Eu acho que isso é importante. É [...] A escuta, né? A escuta ativa também. Saber usar ferramentas de intervenção familiar e também intervenção individual. [...] (R2d).

Acho que a escuta ativa é a principal ferramenta que a gente utilizou, né? É ouvir o caso e tentar entender o máximo[...] Deixar elas falarem e elas terem as próprias conclusões, né? Gerar perguntas e fazer com que elas reflitam em relação a todo o caso. (R1b)

É, pensando em competências, eu acho que as competências mais afetivas são perfeitamente abordadas nesse método. Eu acho que qualquer método reflexivo, como o portfólio... (R3a).

O Método parece também atender a um adequado parâmetro do feedback formativo na medida que ajudou os residentes no reconhecimento das habilidades utilizadas no caso clínico, como a aplicação da abordagem centrada na pessoa como centro do cuidado, e como possibilidade de cuidado da família; tornando-as mais evidentes e conscientizadas e ainda, valorizando o que está sendo aprendido no curso da residência. Por outro lado, permitiu também que se procedesse uma autoavaliação das limitações do saber e da necessidade de apoio por parte dos preceptores para se desenvolver mais.

[...] Eu acho que em outro momento, se eu não tivesse todo esse conhecimento que eu adquiri durante esse tempo na residência de medicina de família, eu acho que eu teria conduzido o caso de forma bem diferente e eu acho que agora foi muito mais positivo para a paciente e para mim também. De conseguir ouvir a paciente, entender quais eram as condições em que ela estava vivendo, é... Enfim, o perfil dela, o perfil da família, né? Eu acho que isso me ajudou bastante na condução do caso. (R3c)

Eu acho que eu utilizei o método clínico centrado na pessoa, né? Quando a gente escuta e aborda a experiência do adoecimento, a experiência dela, por exemplo, com a gestação e a maternidade, que não é igual a outras experiências. Tenta compartilhar o plano ali, é... Eu acho que eu apliquei ferramentas, né? Eu fiz o familiograma. Eu fiz o círculo familiar. É... Acho que é isso. (R2e)

Eu acho que o método clínico centrado na pessoa nesse caso foi bastante importante. A abordagem familiar também, apesar de não ter usado nenhum instrumento sistematizado. Mas abordar a experiência do adoecimento ali do paciente foi bastante importante. [...]. (R3a)

[...] eu achei que eu soube identificar a limitação do meu conhecimento e procurei ajuda, né? Eu acho que, sozinha, eu não conseguiria destrinchar esse caso, sem ajuda da preceptoria, né? O que para mim entra como uma ferramenta, talvez. (R1e)

Nesta mesma linha de autorreconhecimento de competências, foi perguntado, também, como a escuta do próprio áudio teria ajudado o respondente a identificar aspectos para abordar melhor a situação ou alguma necessidade de aprimoramento na aplicação prática de algum conhecimento ou ferramenta aprendida no programa de residência. Assim, a percepção dos respondentes é de que o método permite identificar lacunas de aprendizado no campo da Medicina de Família e Comunidade, o que está dentro das características de um bom método de feedback formativo.

Então, eu sou... Eu realmente não tenho muito conhecimento no termo de abordagem familiar. Então, a gente... Eu estou meio que engatinhando nessa parte. Mas talvez fazer um genograma, um ecomapa, principalmente agora no começo e, depois, talvez, pensar numa linha da vida, alguma coisa assim. [...]. (R1b)

Uma coisa que eu achei, assim, que eu falei antes, que eu achei extremamente valioso, foi eu ouvir de novo e perceber que tem um componente psicológico e social que está agravando muito e, talvez, contribuindo muito para o adoecimento dela. (R1d)

Ah! Assim, acho que um pouco de conhecimento da “medicação” para dor da pessoa, né, eu consegui identificar. Principalmente isso! Então, tem o ouvir a história da pessoa, né, um dos componentes, a questão da história; É... pactuar, também, como vai ser o plano terapêutico singular; e, é isso. (R2a)

Em relação à abordagem familiar, especialmente, e ao uso de ferramentas específicas, como o familiograma, a problematização do caso permitida pelo método identificou que além das atividades teóricas, esta abordagem e ferramentas carecem de treino e aplicação prática no cotidiano, como forma de aprimoramento do instrumento. Neste sentido, o método AFG contempla a capacidade de refletir e a partir da reflexão modificar o raciocínio ou comportamento, com o propósito de melhorar e identificar lacunas de aprendizado. Neste aspecto, o residente consegue também fazer relações com os cursos teórico-práticos de residência, como potencial forma de incrementar seu aprendizado.

[...] em relação a ferramenta propriamente dita, eu apliquei o familiograma. A aplicação do familiograma em si, a gente teve aula sobre isso, acho que é uma ferramenta que a gente tem que treinar, é sempre, realmente, por treino. Quanto mais a gente faz mais a gente pega a prática. [...] Então, você tem algumas ferramentas que a gente poderia aplicar futuramente. (R2c)

É, então, isso é uma coisa até importante, porque eu tinha muito... Eu achava que eu não era capaz... Não sei se é capaz a palavra certa, né? Que eu ia ter muita dificuldade para fazer intervenção familiar, né? Mas só que, fazendo, eu percebi que dava para fazer, sabe? [...] De como que de fato tem a sua relevância e a importância aplicada. Quando a gente vê os frutos da intervenção familiar. (R2d)

Ajudou. Ajudou a perceber o que eu tinha falado sobre a abordagem familiar, né? Eu acho que vai ser, talvez seja uma boa aposta nesse caso. [...] Talvez abordar essa família, não individualmente, mas dentro de uma entrevista familiar, por exemplo. Eu fiquei achando que talvez seja uma boa ferramenta aplicável nesse caso. (R2e)

[...] De repente, não sei, pensando aqui agora, uma abordagem familiar, chamar a irmã dele para uma consulta, tentar envolver mais o filho dele nos problemas. Eu acho, que de repente alguma coisa que a gente poderia ter feito, que a gente ainda não fez. (R3d)

Em outras respostas, com o mesmo sentido da observação anterior, aborda o efeito que se escutar permitiu em relação às necessidades de aperfeiçoamento e estudo. Houve a identificação de lacunas tanto no campo dos paradigmas e modelos biomédicos como no biopsicossocial.

[...] neste caso especificamente, me ajudou a identificar fragilidades, em relação a conhecimento biomédico mesmo. (R2a)

[...] ouvir, né, toda essa reflexão, eu acho que fez eu, assim, na verdade, eu fico com uma dúvida muito pontual, assim, relacionada a exame complementar e ao que

poderia ser feito e me gerou a necessidade de talvez de revisar aquele tema clínico ali ... (R2b)

[...] eu acho que o conhecimento ... [...] É o conhecimento clínico mesmo e aquele conhecimento de ver o paciente como um todo. De levar em consideração o psicológico dele, o quanto aquilo... O social, o quanto aquele meio que ele vive pode estar interferindo no adoecimento dele. Acho que é isso. Uma complementação do conhecimento clínico com o conhecimento biopsicossocial, né, que... Um complementa o outro. (R1d)

Neste processo, houve reconhecimento, também, de dificuldades relacionadas a questões conjunturais do processo de trabalho que afetam a abordagem da pessoa da forma mais adequada, como a falta de tempo que acaba por expor uma fragilidade da consulta. Ao mesmo tempo valoriza um dos princípios da MFC que é a longitudinalidade e no processo de aprendizagem é relatado como importante dar tempo de residente se ouvir livremente num contexto o mais confortável possível fazendo assim um contraponto na correria do dia a dia, onde isso não parece ser possível.

Sim, eu acho que tem muitos aspectos que trouxeram um pouco de dificuldade, né, na abordagem. Primeiro, que é a questão do tempo de atendimento, né? Que a gente tem uma certa pressão assistencial, né? Eu acho que... É... Infelizmente, a gente não pode passar exatamente todo o tempo que o paciente necessita. A gente tem que realmente utilizar da ferramenta de longitudinalidade mesmo. Assim, ver a pessoa várias vezes para tentar todas as vezes abordar e reabordar questões. [...]. (R1e)

[...] eu não consigo pensar muito em relação a isso, mas eu acho que deixar fluir ou deixar o residente falar e dar o tempo para ele se ouvir. Eu acho que isso é o mais importante, né? Porque, às vezes, na correria do dia a dia, às vezes as coisas também são muito pontuais. Eu acho que se der um espaço, né, mais amplo, que a gente possa abordar mais coisas sem ser muito pontual. Eu acho que isso é mais importante do que, sei lá, questionar, só corrigir uma técnica x, né, quando a gente faz uma abordagem integral da situação e deixar o residente mais confortável também para poder se expressar. (R2d)

Eu acho que é um método muito interessante e eu acho que seria bom para a gente poder entender melhor os casos. Poder achar também os pontos de fragilidade e conseguir agir sobre eles. E também... Em termos de conhecimento, também. Que, às vezes, falta algum conhecimento e você se escutando acaba notando isso, também. (R1b)

Nesta narrativa abaixo, um dos residentes reconhece que uma fragilidade inicial foi o seu envolvimento emocional no cuidado da pessoa. Mas, ao relatar o caso e se escutar, se deu conta da contratransferência. Neste sentido, o ajudou a identificar a rede social frágil na qual o paciente se encontra e a refletir quais seriam as ferramentas mais adequadas para abordar esta situação. Este processo identificado pelo residente de aproximação, reflexão e readequação do problema também corresponde aos objetivos de um adequado feedback formativo.

[...] Apesar de que eu não acho que seja algo negativo, necessariamente, eu ter me emocionado com o paciente. Mas talvez eu pense agora que é... Essa abordagem de paciente que tem uma rede de apoio fraca, que eu acho que acabei até esquecendo de adicionar uma informação lá sobre a anamnese que ele se queixou, e de amigos que se afastaram e tal. [...] E talvez eu precise aprender mais sobre essas ferramentas, alguma ferramenta em relação a isso. Ou, então, perceber o meu próprio processo de contratransferência nesses casos. (R3a)

Outro residente chama a atenção sobre a importância da percepção do silêncio, que faltou ser realizado durante a consulta da pessoa, mas que foi identificada pelo o método AFG, ajudando o residente a fazer uma reflexão sobre esta habilidade.

Sim, sim. [...] Eu, às vezes, era muito de fazer muitas perguntas. Por mais que eu fizesse perguntas abertas, às vezes eu poderia ter ficado mais no silêncio para ela poder se expressar um pouquinho mais. [...] Buscando mais as sensações, os sentimentos dela, né? [...] acho que faltou mais essa parte de explorar um pouco mais essa parte dessa sensação, da expectativa, né, que ela esperava daquela consulta, daquele tratamento. (R3b)

No processo de se escutar a si mesmo, como proposto pelo método, houve a identificação de não saber, muitas vezes, que ferramentas utilizar, mas foi feita a reflexão de que estas ferramentas são importantes de utilizar nos próximos encontros com a paciente.

Eu acho que ajudou bastante. Quando a gente conta para outra pessoa, a gente já consegue ter essa percepção, mas quando a gente ouve o que a gente contou, mais ainda. Então, eu acho que sim, foi fundamental. E até para as próximas vezes que eu atender essa paciente, [...] eu vou conseguir [...], assim, fazer outras ferramentas da medicina de família, né, complementares à que eu fiz. Eu acho que vai ser bom. (R3c).

CATEGORIA III – Percepção dos respondentes sobre o método em relação ao mesmo propiciar o aprendizado centrado no adulto (andragogia)

No processo de aprendizagem do adulto um dos pontos mais importantes, e que também caracteriza a andragogia, é o aprendizado fazer sentido, refletir sobre o que se está aprendendo, e promover uma auto reflexão para que o fazer sentido fique mais evidente. Neste aspecto o método parece constituir um processo reflexivo e autorreflexivo, promovendo a identificação da necessidade de estudar melhor alguns temas, como escuta ativa, se comunicar com o preceptor, por exemplo. No que diz respeito em um aprendizado fazer sentido, no AFG o sentido se dá do próprio discurso e narrativa do caso clínico, o residente resgata sentido do que ele mesmo fala, dando-se conta que precisa aprimorar a narrativa que até então tinha sentido.

[...] Eu acho que é importante porque, aí, eu consigo ter noção das minhas próprias falhas também, né? Entender o que está faltando, o que a gente precisa desenvolver mais, em qual parâmetro a gente precisa se desenvolver mais para poder conseguir levar o caso da melhor forma possível. (R1b)

Eu acho que a partir do momento que a gente se escuta, a gente reflete melhor sobre aquilo que a gente está falando, né? Talvez, eu estava falando, mas não estava dando tanto sentido para as coisas que eu estava falando. Quando eu escuto, eu consigo, assim, linkar uma coisa com a outra e colocar mais sentido nas coisas. (R1d)

[...] acho que esse auto feedback gravado, de certa forma, se enquadra [na metodologia ativa] porque, enfim, a gente tem um esforço maior na hora de passar o caso, tem um esforço maior pra ouvir, a gente reflete tanto para passar, quanto ouvir também, né, o que normalmente não acontece. Quando a gente está ouvindo o próprio áudio não tem como a gente não refletir sobre o que a gente falou... (R2a)

[...] Eu acho que com certeza, porque estimula a autorreflexão, né? A autoavaliação. Faz a gente pensar nisso, nos nossos pontos fortes, o que precisa ser melhorado ali pontualmente ou num contexto geral. E, inclusive, a forma como a gente se comunica com preceptoria e passar um caso... (R2b)

Na aplicação do AFG, o foco principal do feedback é o caso narrado pelo próprio residente, e como se dá a construção desta narrativa. Esta narrativa, ela própria, construída e reconstruída na série de gravações, se torna um processo autorreflexivo na medida em que o próprio residente, inicialmente, que analisa sua narrativa, complementa, e identifica componentes não citados, verifica o que precisa ser melhorado na perspectiva de um aprendizado longitudinal.

[...] não deixa de ser uma forma reflexiva, né. De você fazer uma autorreflexão, né. [...] Você se ouvir, assim, você tenta, realmente, você... é como se você tivesse primeiro: você faz um relato, a partir desse relato você foca... você foca, realmente, e toda sua concentração vai estar, realmente, com base no que você falou. (R2c)

Acho que ajudaria muito na formação do residente, porque eu acho que, no dia a dia, a gente acaba, é isso... A gente passa o caso de qualquer jeito. Tem aquela ajuda ali muito pontual de alguma coisa que a gente acha que a gente não sabe direito, mas eu acho que a gente parar, ter o tempo de fazer uma autoavaliação de como está sendo o nosso atendimento, de ouvir o que o outro acha que a gente poderia melhorar, eu acho que seria fundamental em todos os anos da residência. Até para a gente conseguir comparar a evolução, assim, desde o primeiro ano até os próximos anos da residência. Se a própria pessoa reconhece o quanto que ela evoluiu e, também, o preceptor reconhece também onde que a pessoa melhorou... (R3c)

Eu acho que é meio que, que isso que o foco desse método, realmente, é o residente conseguir [...] melhorar ele próprio, sem se comparar com outras pessoas, ou sem se comparar com ninguém e nem com “outras” protocolos, ou alguma coisa que ele precisa seguir, entendeu? (R3d)

9.2 Segunda Etapa da Pesquisa

Esta segunda e última fase do roteiro de pesquisa foi realizada ao término da aplicação de todo o processo de AFG, finalizando com o feedback reverso. O feedback reverso, como informado previamente, é a última etapa do AFG. Corresponde à gravação do feedback dado pelo preceptor ao residente sobre o caso, após todas as etapas de o residente ter relatado e escutado e complementado tantas vezes quantas desejou seu próprio relato. Após a gravação do feedback do preceptor, ambos, residente e preceptor, escutam a gravação do feedback dado pelo preceptor. A seguir, o residente tem a oportunidade de fazer um feedback do feedback do preceptor, ou seja, é um espaço onde o residente pode falar livremente o que lhe pareceu o feedback do preceptor e como ele afetou o processo de aprendizagem e a abordagem do caso. a análise desta segunda parte, seguem a mesma lógica aplicada na apresentação dos resultados e da análise da primeira etapa, ou seja, têm como diretriz para a conformação de categorias, as perguntas formuladas, identificando nas respostas aspectos de um adequado feedback formativo.

A primeira pergunta explorava a percepção geral da aplicação completa do método AFG através da seguinte questão:

“Como foi, para você, fazer o Autofeedback Gravado?”

Nas respostas a esta pergunta, destacamos alguns aspectos, entre eles: a experiência de algo que não tinha sido vivenciado antes, uma novidade; algo que foi rico como espaço de autoconhecimento, de ressignificação de aspectos, de maior troca com o preceptor quando houve a oportunidade de realizar o feedback do feedback do preceptor (feedback reverso); a experiência de se escutar com uma situação de muito aprendizado.

Não será dado destaque, nestes resultados e análise, a respostas que já apareceram na fase I, que aqui também foram repetidamente citados e com relevância. Houve, na realidade uma (re)afirmação dos aspectos positivos do método relativamente à sua adequação como um feedback formativo, destacados na fase um do roteiro. Neste sentido, foram reforçados: a autorreflexão que permite o autoaprendizado; a identificação de fragilidades na abordagem, e a melhor organização do processo de ensino-aprendizagem.

Destacamos a seguir, a partir destes comentários abaixo, uma característica ímpar e inovadora deste método que é o fato dele ser baseado na autoescuta e na escuta conjunta do feedback do preceptor.

Assim, é bom você se ouvir às vezes... é difícil para o médico escutar. E, de repente você está aí gravando e ouvindo permite essa escuta, né. A escuta de você mesmo, né [risos]. A auto escuta ativa. É... mas eu gostei. (R1a)

[...] primeiro da gente conseguir ter a percepção de como que a gente passa um caso que a gente atendeu. Isso é fundamental até para conseguir ver quais vão ser as percepções da pessoa que está ouvindo o caso e como é que ela vai te ajudar na condução. [...]... O que eu poderia ter feito de diferente, o que eu posso fazer de diferente com aquela paciente, e... Também ouvir, depois, o feedback das minhas gravações também foi importante para conseguir ver onde eu posso melhorar, enfim. Foi bem positivo. (R3c)

O feedback do preceptor e escutar o feedback do preceptor de novo também foi bem... Foi bem legal. Foi bem diferente (R1b)

Mas eu achei muito interessante colocar essa etapa final do feedback reverso. Eu acho que realmente envolve mais o residente no processo. O método me incentivou a essa reflexão. Aí, bom, o que eu destaco, é, não foi nem uma autorreflexão... Eu acho que foi mais da sua consideração [no caso do preceptor] e, na questão, né, do olhar integral para a pessoa. (R2b)

O processo reflexivo permitido pelo AFG, incluindo o feedback reverso, parece facilitar a análise sobre a abordagem do residente, em conjunto com o preceptor, em relação à situação clínica, sobre a aplicação (ou não) do paradigma da integralidade biopsicossocioespíritual, bem como do plano de abordagem e aprendizado, aspecto essencial na prática da Medicina de Família e Comunidade.

[...] muito bom pelo poder que isso me traz de autorreflexão, né? O poder que o ouvir o que eu disse faz com que eu mesma reflita e possa acrescentar algo e, além disso, ouvir a sua reflexão [do preceptor] é... Cada um dá peso a coisas diferentes, né? Então, você pensou mais uma coisa que eu achei sensacional, que eu achei que realmente merecia até mais peso do que a parte biológica, né? Você pesou mais para o lado psicossocial e eu para o bio. Então, foi muito bom. Foi uma reflexão muito boa e muito rica. (R1d)

Neste processo de autoescuta e autorreflexão possibilitados pelo método, o residente pode ressignificar aspectos, destacando situações que não tinha realizado antes com a possibilidade de enriquecer o processo de aprendizado com o preceptor, que pode não estar presente no momento do atendimento. A escuta de si mesmo, como processo de autopercepção e autoconhecimento, parece levar a uma organização do pensamento e a uma maior

compreensão do caso clínico. Estes aprendizados permitidos pelo método são estratégicos na concepção de um adequado feedback formativo.

Eu acho que quando a gente fala, a gente vai de certa forma ressignificando algumas coisas, destacando as coisas de maior importância. [...] mas é bastante útil quando você precisa trocar uma ideia ou então não tem uma disponibilidade de um preceptor ou então você quer se avaliar na hora de você passar um caso, trabalhar a sua forma de fazer a sua própria consulta, né... (R1e)

Cria meio que uma autopercepção, assim, do que a gente está pensando. Para além do processo de discutir o caso, mas o que está... Como que a gente está raciocinando em relação a essa discussão, sabe? Acho que principalmente isso, né? O que está passando na minha cabeça quando eu falo determinadas coisas. É bem interessante, assim, fazer essa análise a partir da escuta dos áudios. (R2e)

Achei que é uma ferramenta muito interessante, que provoca, aí, essa autorreflexão, né, na gente, na nossa conduta. E ela é boa que ela cobre todos os aspectos desse processo, né? Porque a gente pensa em um caso, a gente pensa na forma como a gente passa o caso e o preceptor também, como ele devolve para a gente [...]. (R2)

No caso dos residentes do 3º ano, que estão em processo de aprendizado de preceptoria, a reflexão parece avançar mais pois permitiu que se pensasse no benefício específico que o método poderia trazer para alguns residentes, como por exemplo, no aprendizado do MCCP.

[...] Eu consigo pensar já em casos de alguns residentes que se beneficiariam bastante com isso aqui da unidade. Eu acho que, particularmente, eu sou uma pessoa que eu acabo refletindo muito sobre os meus processos de aprendizado. ...Não que tenha alguns (residentes) que não se beneficiem, mas eu acho que tem alguns que se beneficiam ainda mais, que são esses residentes que têm pouca reflexão sobre sua prática e sobre seu processo de aprendizagem mesmo. (R3a)

[...] eu acho que esse dá para ajudar principalmente para a gente começar a ver os residentes, se eles estão aplicando MCCP e como que está... [...] se ele está preocupado só com a parte clínica ou se não. Se ele está vendo a outra parte que a gente também tem que ver, né? Então, eu acho que ajuda nesse sentido. (R3b)

CATEGORIA IV - Avaliação do método sob a perspectiva da formação em medicina de família e comunidade

Esta categoria tem como base de dados de análise as respostas à QUESTÃO:

Pensando nos residentes da especialidade, você pensa que este método pode ajudar a formação? a identificar lacunas e fragilidades de aprendizado no campo da Medicina de Família e Comunidade?

A escuta de si mesmo, possibilitada pelo método, facilita a percepção de si ao relatar e escutar o caso, levando a uma ampliação da compreensão do caso para situações que antes não tinham sido pensadas. O processo de gravar e escutar permite adicionar estas descobertas. Entre os potenciais benefícios, foi citada por exemplo, a possibilidade de rever também as dificuldades/fragilidades de compartilhar do caso com outros profissionais da equipe. Houve residente, inclusive, que informou que passará a se autograr e se ouvir mais frequentemente.

Eu acho que sim, principalmente, na questão de que as vezes eu estou pegando muito esse caso para mim e esquecendo de compartilhar algumas coisas, com várias outras pessoas da equipe [...] acaba que eu me envolvi bastante, no caso. [...] Então, às vezes, é pedir ajuda mesmo. [...] aprender a compartilhar o caso com outro profissional. A gente consegue resgatar algumas coisas importantes que a gente, às vezes, não percebe no dia a dia que a gente está atendendo. (R2d)

[...] eu acho que você se escutar, te dá, de repente, uma outra visão da situação. Entendeu? Você consegue avaliar um ponto que antes não conseguia. Acho importante. Agora, eu vou passar a adotar mais de me gravar e ouvir, depois, para eu entender o que se passa. ...para conseguir ouvir aquele áudio e falar: “Não, aqui eu errei. Aqui eu posso melhorar. (R1a)

Às vezes, eu acho que eu fujo e não presto atenção no que está sendo falado. De repente, com ele gravado, eu consigo voltar e pegar aquele furo, aquela lacuna que ficou[...]. (R1c)

O AFG foi apontado também como útil no processo de autoavaliação do residente do ponto de vista das fragilidades e dos pontos positivos. No AFG, o feedback do preceptor se torna complementar à autoavaliação, e não a centralidade do processo.

Acho que quando você se escuta, você tem uma ideia melhor de como você estrutura os seus casos e como você apresenta eles e também das lacunas do que você pode estar errando e o que você pode estar... E os pontos positivos e negativos do que você está fazendo... Eu acho que seria bem interessante ter isso como método de avaliação. (R1b)

As lacunas [...] fazem parte do processo... A gente se escuta e a gente reflete sobre. E também, depois, tem o feedback do preceptor para complementar o que a gente pudesse não ter pensado ou chamar atenção para um determinado aspecto. (R2b)

A avaliação dos residentes sobre o método como um todo, após escutar a feedback reverso, foi reforçada no sentido de **o AFG ajudar a organizar e desenvolver uma narrativa que facilita o processo de conduzir e apresentar o caso de uma forma mais adequada.** Foi apontado também que o método ajuda a identificar que conhecimento técnico (paradigma biomédico e/ou complexo biopsicossocioculturalespiritual) está sendo utilizado, assim como quais ferramentas da MFC foram ou não foram utilizadas, e como foram utilizadas. Neste

contexto, promove a necessidade de aprimoramento do uso das ferramentas e o que precisa ser aplicada, em específico, na situação e no caso relatado visando melhorar a abordagem.

[...] ajudou a organizar melhor as ideias, enfim, a metodologia ativa que, né, gera um trabalho maior entre a gente, em relação, tanto a refletir sobre o caso em si, como ajudar a pessoa e também a refletir sobre nós mesmos [...], como a gente está organizando nosso método-clínico... [...] me ajudou a perceber, que eu na hora de passar o caso, eu me enrolo um pouco, misturo informações, enfim [...] Acho que a gente vai conseguir refletir melhor sobre lacunas no nosso aprendizado. Não só biomédico, mas é [...] em outros, em outros quesitos também. (R2a)

Eu acho que esse método consegue fazer com que a gente tenha o insight de onde a gente está pecando, assim, talvez. Então, eu acho que escutando o meu próprio áudio, eu consigo identificar. "Ó, eu acho que falta um pouco de conhecimento técnico, eu acho que falta um pouco de abordagem da família, eu acho que talvez [...]". Então, eu acho que identifica as ferramentas que você pode trabalhar melhor. (R1e)

[...] pelo menos, consegui identificar algumas fragilidades e lacunas que poderiam ser preenchidas posteriormente. [...] realmente, de você pensar em quais outras ferramentas poderiam ser aplicadas, a questão de você é... pensar é [...] na parte de relacionamentos do paciente [...]. (R2c)

[...] no ponto de vista mais de conhecimentos, até de conhecimentos biomédicos, pode ajudar também se ouvir. A gente tendo que falar, eu acho que a gente estrutura bem nossa linha de raciocínio, né? Porque, às vezes, a gente relata no prontuário, mas relata brevemente. [...] Então, eu acho que se ouvir ajuda a construir melhor esse caso clínico. O que às vezes não dá para fazer durante uma consulta aqui na atenção primária. (R3a)

CATEGORIA V – Percepção dos respondentes sobre as diferenças deste método em relação a outros métodos de supervisão de consultas já vivenciados pelo residente

Este aspecto foi abordado através do seguinte enunciado:

O método de Autofeedback Gravado não tem a pretensão de substituir outras formas de supervisão de consultas e sim, ser uma possibilidade complementar. Então, se você já experimentou alguma outra forma de supervisão de consultas, comente um pouco sobre elas e as diferenças com este método?

No que se refere **aos processos de avaliação/supervisão de consulta**, muitos residentes referem dificuldade no momento de serem avaliados, mesmo reconhecendo que é um processo importante na formação. O método AFG, neste sentido, foi apontado como uma alternativa para àqueles com maior dificuldade de ser avaliado.

De que tenha alguém ali me avaliando e tudo mais isso, para mim, me dá ansiedade [...] ... eu fico meio desfocada e não consigo fazer muita coisa. [...]Então, eu acho que essa forma de você gravar e isso está em uma conversa, mas em uma conversa um pouco mais fluída é [...] até um pouco menos constrangedor, assim. Eu me sinto muito constrangida quando tem alguém me avaliando minhas consultas assim. [...] Eu acho que o áudio é melhor assim. Pela exposição também, né. Acho que é um troca um pouco mais fluída do que você está ali, sabendo que está sendo gravada e aí você fica um pouco nervoso. Eu tenho esse problema com as avaliações de maneira geral assim. Então, eu gostei muito do método de... do auto feedback. (R1a)

Em relação à **diferença do método AFG, à preceptoria ombro a ombro e à preceptoria sombra** onde o residente pode se sentir "vigiado", e, desta forma perder a espontaneidade, o relato foi de que, no AFG, o residente pode se sentir mais tranquilo e mais livre para realizar o relato e receber o feedback do preceptor dentro deste contexto (AFG).

A diferença principal para mim é que, quando a gente está ombro a ombro ou de sombra, tanto sombra reversa ou a sombra normal, né, é enfim, a gente tem o apoio da preceptora, ótimo! Isso soma bastante, mas a gente não tem muito aquela metodologia ativa, não tem muito aquela autorreflexão. A gente não para para ouvir o que a gente está falando e a gente não se corrige, né, a gente na verdade é corrigido pelo preceptor. (R2a)

Eu, particularmente, sou uma pessoa que eu não me sinto à vontade quando estão... Aquela coisa de “preceptoria sombra” [...], acaba que eu acho que eu estou sendo muito observada. Então, eu acho até que foi um problema que a preceptoria não conseguiu me avaliar tão bem por esse motivo. [...] Então, de repente, essa forma de você relatar o que você fez poderia ter sido mais tranquila para eu conseguir ter um feedback para onde eu poderia melhorar, entendeu? Eu acho que seria positivo no meu caso, assim, que não gosta de sombra, enfim. (R3c)

É... As formas de supervisão que eu já experimentei foram observação direta aqui na clínica e a discussão não gravada, né? Eu falo. O preceptor dá o feedback. A gente tenta pensar junto alguma coisa ali para ser feita nessa condução. É... São métodos que são válidos, né? Eu confesso que observação direta cria uma certa tensão, um certo nervosismo, né? E acho que muitas vezes [...] delimita muito os papéis, né? O residente que está ali para ser observado, avaliado. Tira um pouco essa coisa do caso, né, da condução, né, mas coloca muito essa questão da avaliação. (R2e)

[...] as consultas em sombras, eu acho que muitas das vezes o residente não é ele, né, ele tenta ser uma outra pessoa, porque ele sabe que ele está sendo avaliado e eu acho que isso pode atrapalhar, na verdade, né. Eu acho que ele não se sente tão livre, né, para poder ser quem ele é, fazer as coisas da forma como ele faz [...]. Nesse método [AGF], não me parece ter esse sentimento, entendeu? Me parece, realmente, que o residente ele pode expor as coisas e depois vai ser discutido, mas, enfim, eu fiquei com esse sentimento de que não parece que você está sendo avaliado, entendeu? Parece que, realmente, você está sendo ajudado, assim, sabe? (R3d)

Na perspectiva de **complementaridade de métodos**, foi destacado que a preceptoria sombra consegue ter um outro olhar no processo de avaliação na medida que pode realizar a avaliação das atitudes e do comportamento no momento da consulta, o que o AFG não conseguiria.

É... Eu acho que você estando em uma avaliação de sombra [...] a pessoa também tem como abordar a forma como você se porta durante a consulta. É [...] você trabalha as suas ideias na hora de você explicar para o paciente. Assim, na hora de tranquilizar ou dar a informação de algum resultado. Realmente a forma como você se comporta. É... Isso eu digo no método de sombra, ... na discussão direta de caso, essa questão que eu falei, assim, às vezes, uma pessoa, um preceptor traz uma ideia de que você nunca jamais pensaria e isso eu acho bastante diferencial. Então eu acho que os diferenciais mesmo são esses. (R1e)

Na perspectiva de **complementaridade de métodos**, e não substituição de um pelo outro, o AFG, parece permitir ao residente ser mais independente inclusive no processo inicial de autoavaliação, na medida que pode ser ouvir tantas vezes quanto lhe parecer importante, não dependendo tanto do preceptor como no feedback tradicional. Este ponto foi destacado também para o futuro da vida profissional onde o residente não terá mais próxima a figura do preceptor.

[...] A forma que a gente tem de supervisão, né, a preceptoria, é relato de caso. Eu relato e o preceptor me dá o ponto de vista dele e, aí, a gente vai tentando crescer assim e conduzir os casos. E, o autofeedback não acho que vai substituir isso, mas eu acho que vai agregar nisso. Porque nem sempre o preceptor está disponível. É... E às vezes também, daqui a pouco eu não vou ter o preceptor, né? [...] ... Daqui a pouco eu vou ter que andar com as minhas próprias pernas. Então o autofeedback vai me permitir ser mais independente. Porque eu consigo eu mesmo fazer esse papel do meu... Eu vou ser a minha preceptora, né? Ao ouvir isso, eu consigo... (R1d)

Em relação ao portfólio, foi apontado que tal método também envolve um processo reflexivo. mas o AFG pode ser usado mais imediatamente

[...] ao contrário do portfólio, ele [o AFG] pode ser usado de uma forma mais imediata, né? Que, às vezes, o portfólio requer que a gente sente, reflita e tudo mais. Mas esse, eu acho que ali na prática pode ser usado de uma forma mais dinâmica. (R3a)

Em relação ao método onde se grava a consulta que depois é avaliada por pares e preceptores, uma residente destaca o constrangimento dessa metodologia.

[...] Acho [que o AGF] é até menos constrangedor do que gravar consulta, né. Porque eu tenho muito problema com isso, assim, ser avaliada [...] gravar uma consulta minha e passar e todo mundo olhar. Acho que é um pouco constrangedor, assim. Acho que o áudio é menos. Eu me sinto mais à vontade para falar. (R1a)

No caso de **comparação com o método mais tradicional de feedback**, onde não há a escuta de si mesmo, a escuta de si pelo método AFG foi bem avaliada na medida que permite uma autoavaliação e uma reflexão diferenciadas sobre o que aconteceu naquela consulta.

É, porque geralmente o feedback que a gente faz é um feedback que a gente não consegue ouvir, né? Geralmente, os preceptores perguntam como que a gente acha que está e eles dão um feedback para a gente. A gente pode até fazer a tréplica, mas a gente ouvir a nossa fala é diferente, né? Porque a gente consegue, como eu te falei muitas vezes essa palavra, acaba fazendo uma reflexão do que a gente falou. [...] Aquele negócio, a gente enquanto está em um caminho, a gente não consegue analisar. A gente só consegue fazer o processo, mas quando a gente para, observa o processo de fora, é mais fácil da gente entender e refletir sobre como está acontecendo esse processo. (R2d)

Uma outra diferença - vantajosa – do AFG sobre processos tradicionais de “passagem de caso” apontada pelos respondentes foi o fato do mesmo (AFG) **permitir resgatar situações** que a correria do dia a dia não permite, o que poderia levar ao esquecimento de informações importantes ao serem compartilhados com o preceptor. Também é destacado, no AFG, o residente tem oportunidade de interagir com o feedback do preceptor (feedback reverso).

[...] E essa avaliação dele, da gente gravar, ouvir, perguntar se tem mais alguma coisa? Ah! Não ainda tem mais isso. Ah! Tem isso. Acho isso importante. Porque às vezes a gente passa um caso ali rápido, até em uma reunião de equipe mesmo, tudo bem que a gente anota, mas... é... eu acho que o relato possibilita, né?, uma visão maior assim do caso. E, aí você vai relatando: “Ah, não! Mas eu esqueci disso” e na correria do dia a dia você passou aquele caso ali, discutiu, mas... Então, eu acho que passar dessa forma alguns casos pra preceptoria e ter esse feedback e, também, poder responder ao feedback, eu acho que seria bem legal. Pra mim. (R1a)

No dia a dia a gente passava os casos, [...] nem sempre os preceptores estão muito acessíveis, né, enfim, todo mundo está muito atarefado, inclusive eles; a passagem de caso costuma ser uma coisa muito rápida, né; [...] para a gente dar conta de... de tocar todo o serviço[...]; e, se a gente consegue, né, parar, ter um tempo maior para fazer esse auto feedback gravado, é... a gente vai conseguir... enfim, vai conseguir entender melhor o caso, fazer uma passagem de caso, um feedback “melhores”, [...] A gente, nesse auto feedback, a gente vai refletir muito sobre como o residente passou, como o residente entendeu tudo, então é isso... (R2a)

No processo de aplicação do AFG os relatos mostram que, para alguns residentes, o método pode ser uma **ferramenta que estimula uma abordagem mais integral**, mais centrada na pessoa em aprendizes que ainda estão em fase de aperfeiçoamento e que precisam que este conhecimento faça sentido.

Como a gente está em fase de aperfeiçoamento, de formação, trabalhar dessa forma, eu acho que vai me ensinar até a aplicar isso futuramente, né? Cada vez melhor. No sentido de autorrefletir, de fazer com que isso seja uma ferramenta para eu trabalhar com os meus pacientes, sabe? Sempre estar levando, "ah, é um caso complexo. Então, tá. É assim. Ela é assim. O caso dela... A história da doença dela é essa. A história de vida dela é essa." Depois, eu mesma ouvir isso que eu falei e isso fazer mais sentido para mim e, aí, a partir daí, pensar em conduta, pensar em como posso ajudar ela, né, num todo. (R1d)

No processo de aprendizado mais centrado no residente, percebe-se diferenças deste método com a forma tradicional de "passagem de caso" uma vez que o AFG possibilita aos residentes se ouvir. Neste sentido, o AFG, ao propiciar ao residente ouvir a si mesmo, faz com que ele mesmo **perceba aspectos do caso que ele não tinha visto antes**. Com isso, percebe-se mais ativo no processo de aprendizado, no sentido de que nas estratégias de feedback tradicionais, o que predomina é o feedback do preceptor. Parece ocorrer uma individualização do processo de aprendizado onde o sujeito consegue sair do papel mais passivo do aprendizado para um papel mais responsável, inclusive, pelo planejamento do mesmo.

Porque eu acho que quando a gente está discutindo um caso, né, com a preceptoria... E aí, a gente fala, fala tudo e a preceptoria dá um feedback para a gente, né? É... É um processo que tem sua função e é interessante, mas eu acho que quando a gente para, para ouvir o que a gente está falando em relação a esse caso, acho que dá para a gente perceber uma série de outras coisas que talvez a gente não tivesse percebido antes. Porque a gente está muito inserido dentro daquela discussão e, a partir disso... E acho que isso faz com que a gente esteja mais ativo nesse processo de aprendizagem. Porque, por exemplo, eu ouvindo, percebi que eu posso fazer uma abordagem familiar melhor e isso já me estimula, por exemplo, a estruturar isso, né? A pensar, a estudar melhor isso, né? E não somente receber o feedback do meu preceptor de forma passiva e podendo até questionar o que ele fala. Mas muito baseado naquela percepção única. Acho que é nesse sentido. (R2e)

De colocar o residente no papel de sujeito, né? E acho que isso motiva muito mais a gente a aprender quando a gente se entende enquanto parte do processo, né? É... Não receber passivamente aquilo que nos é ensinado, mas pensar inclusive como que a gente está pensando aquilo, né? Como que a gente está estudando. Como que a gente pensa nos casos, né? Qual o sentimento que determinada coisa que o preceptor nos falou nos causa... (R2e)

Eu acho que é uma forma de incluir o residente nesse processo de avaliação também do que a gente, né... Faz, pensa, né? Do que o outro toma como conduta e... De responsabilizar a gente também dentro desse processo avaliativo e de tirar essa passividade, né? Nos tornar ativos no processo do feedback, né? Acho que é isso, assim. (R2e)

Você tem o feedback do professor que vai dizer: "olha, realmente esse caso está sendo passado de uma forma correta ou não." E o que você pode melhorar ou ... (R1b)

Ainda no sentido de um aprendizado mais centrado no residente, foi explorada a percepção dos respondentes sobre se o método AFG colabora na construção de um processo de aprendizado feito pelo próprio residente. Destacamos algumas narrativas neste sentido:

Sim, [...] a gente se ouvir, a gente consegue perceber como que a gente está conduzindo [...] E perceber, refletir sobre tudo que a gente fez, sobre o caso. E perceber o que a gente não fez, né? E dá para pensar: "poxa, dá para eu fazer isso." E na próxima consulta, né, a gente colocar isso em prática. Embora a gente não tenha esse hábito, [...] de fazer gravação, mas, a princípio, se ouvir foi muito bom para mim no sentido de poder refletir, né? A autorreflexão sobre a minha conduta e pensar até mesmo propostas sobre o que eu preciso melhorar, né? O que eu preciso estudar mais. E até mesmo como intervir no caso. (R2d)

[...] ele (AFG) coloca no centro não só o caso, assim, mas ele coloca no centro também a percepção do residente sobre o caso, né? É... Qual é o meu raciocínio? Como eu estava falando, né? Qual é... Que angústias isso me desperta? Que sentimentos isso me desperta, né? E acho que ouvir ajuda a gente a perceber isso e, aí, não é só o caso, é também o que... Que sentimento que eu tenho, sabe? E, aí, acho que isso configura um processo de aprendizado centralizado também no residente, né? (R2e)

Foi reforçado também que **o método AFG permite ao residente identificar, por ele mesmo, de uma forma mais objetiva, o que ele fez ou deixou de fazer**, diferentemente do feedback tradicional, onde se fica mais dependente das perguntas do preceptor. Também para aqueles residentes que numa preceptoria tradicional ficam “travados” e esquecem de relatar mais aspectos sobre o caso ou não conseguem responder às perguntas do preceptor, o AFG pode ser um método que ajuda nas respostas a questões importantes, na identificação de lacunas de aprendizagem e a ser mais claro no relato realizado.

Do que simplesmente o preceptor te dizer o que está faltando ou não. E, às vezes, eu sinto uma dificuldade, porque... Às vezes, eu vou, passo o caso e o preceptor pergunta: "e isso? E isso? E isso?" E eu, tipo, eu não sei a resposta, porque realmente, é... Esqueci de perguntar ou... Então, se eu... Acho que se escutar ajudaria muito, entendeu? Para poder até encontrar as lacunas do que você... O que faltou para poder você conseguir ser mais claro também na hora de apresentar o caso, entendeu? (R1b)

Em relação à participação do preceptor, o método AFG parece potencializar o feedback, uma vez que ambos, residente e preceptor ouvem, tanto a gravação do residente, como também a gravação do preceptor. Nesta parte do AFG parece fechar um círculo de aprendizagem de compreensão do caso clínico como um todo, parece fazer mais sentido para o aprendiz.

Teve o feedback (do preceptor) que foi bem interessante. Ter uma ideia de como os preceptores estão te vendo, né? Em relação ao que você está fazendo. Foi bem legal, porque eu sou uma pessoa muito autocrítica. ... eu achei bem interessante como método complementar de autoaprendizado... (R1b)

Sim, é, porque a gente acaba pensando: "poxa, isso pode... Eu poderia ter feito isso, não ter feito isso." Não é? E aí, quando o preceptor faz o feedback, acaba que muitas das coisas, né, se encaixam e dá possibilidade de a gente em conjunto fazer um feedback melhor. Eu acho, né? Para aprimorar melhor. Ainda mais nesse momento aqui de feedback. (R2d)

[...] eu acho que talvez ouvir ideias que estão fora daquele círculo que, assim, eu mesma talvez não esteja entrando, fazendo o meu autofeedback... Eu acho que ouvir outras que eu não tenha pensado, eu acho que é uma experiência bastante rica, assim. Porque fazendo o autofeedback a gente vai elaborar melhor, mas talvez não traga ideias que estão fora da minha bolha. (R1e)

Eu acho que é isso, assim, esse feedback trouxe para mim que é uma coisa que a gente consegue fazer com mais calma, com um olhar mais cuidadoso, sabe? E, da gente

poder discutir isso depois, eu acho que realmente pode complementar de forma bem positiva para formação aí dos médicos. (R3d)

Eu acho que essa parte também do feedback te traz muitos insights – pelo menos para mim. Quando você foi falando do feedback, eu fui tendo vários pensamentos em relação a como tudo foi estruturado, entendeu? E até... Engraçado que até te escutando de novo, quando você passou o seu feedback de novo, eu tive outros pensamentos sobre o que você falou, entendeu? É muito engraçado como isso acontece. (R1b)

Ainda no cotidiano apressado do dia a dia, este método parece **ajudar ao preceptor, identificar, onde estariam as deficiências, fragilidades do residente** e, desta forma, contribuir na troca de saberes e na proposição de um plano estratégico de aprendizado. Neste caso, citamos o comentário de um R3, que também tem atividade de co-preceptor:

É que eu acho que a gente, na correria, a gente acaba só focando naquele caso pontual e focando como vai resolver aquela questão do paciente. E a gente não consegue muito ter calma e reconhecer aonde que o residente precisa melhorar também. Aonde tem as deficiências dele, aonde que ele precisa estudar mais, aonde precisa praticar mais. Eu acho que essa forma de a gente conseguir se ouvir e ouvir também o que o preceptor tem a falar, a gente consegue, de repente, criar um plano, assim, estratégias para onde a gente tem que fortalecer, nossas falhas, enfim. Eu acho que é importante. (R3c)

Foi reforçado que o AFG é um método que pode colaborar para melhor estruturação e melhor narrativa do caso atendido sem a presença do preceptor. Também foi reforçado que o AFG pode apoiar o residente na identificação de ferramentas da Medicina de Família e Comunidade principalmente para residentes que tem dificuldade de organizar a narrativa do caso, ou dificuldade de focar numa situação de cuidados da pessoa ou de aprendizado dele mesmo.

Eu acho que pode realmente ser uma coisa complementar ao que a gente já está fazendo... ..pelo fato de você poder se ouvir e ver também os seus pontos positivos e negativos... ..de como você está estruturando uma consulta, de como você está passando um caso. Porque quando você passa um caso [na forma tradicional], você meio que estrutura a consulta que você acabou de ter... [...] Então, é legal também para a gente ter uma ideia da estruturação e do que é preciso para poder ajudar a desenvolver aquele caso...(R1b)

[...] Eu acho que inclusive pode ser um método muito interessante para pessoas que têm uma dificuldade maior de conseguir organizar, assim, a narrativa dos casos, sabe? Você conseguir se ouvir e perceber o que você não olhou, perceber o que você poderia ter feito diferente, né? O que você está focando, o que você não está focando. Acho que escutar permite isso, assim, dentro de um contexto de residência de medicina de família, né? Onde a gente se propõe a uma abordagem centrada na pessoa que leva em consideração os determinantes sociais da saúde. É... Organizar essa narrativa, né, ouvir essa narrativa é importante para a gente perceber o que a gente está... O que está faltando. (R2e)

Uma residente destacou que o método pode ajudar a compartilhar as dificuldades e angústias que o caso possa estar levantando, o que tornaria o método mais próximo do residente e assim mais próximo do aprendizado centrado na pessoa, no caso, o residente.

Acho que isso ajuda muito em tudo, né, até dele também tirar, assim, suas angústias, sabe? De compartilhar, assim, as suas dificuldades. Eu acho que esse é o mais importante assim, para poder fazer, também, uma medicina mais centrada tanto no paciente, né, na pessoa, quanto no próprio residente mesmo, para formação dele. Eu acho que seria mais interessante. (R3d)

Outros residentes destacaram o aspecto de que o método permitiu reflexões sobre determinadas abordagens da MFC - que habitualmente não aparecem nas formas mais tradicionais de "passagem de caso". No caso, identificar a capacidade (ou não) de fazer uma abordagem familiar, abordagem pouco explorada nos métodos tradicionais. Neste caso, o residente se percebeu como sujeito capaz de utilizar as ferramentas da MFC da forma como aprendeu, permitindo ganhar confiança em si mesmo. Essa identificação se amplia na medida que as gravações e as escutas vão sendo aprimoradas no relato de caso clínico.

[...] então, isso é uma coisa até importante, porque [...] Eu achava que eu não era capaz... [...] Que eu ia ter muita dificuldade para fazer intervenção familiar, né? Mas só que, fazendo, eu percebi que dava para fazer, sabe? Que eu já tinha, né, a gente já tinha estudado. A gente já tinha feito toda a teoria. Então, eu acho que é isso. A gente precisa na verdade fazer mais para poder ganhar confiança. Porque parece que no dia a dia é tão corrido, né? As questões das consultas que, às vezes, a gente negligencia um pouco as ferramentas de abordagem familiar. Mas só que quando a gente coloca em prática, né, a gente consegue arranjar esse tempo. A gente percebe como que isso é... Dá frutos, né? De como que de fato tem a sua relevância e a importância aplicada. Quando a gente vê os frutos da intervenção familiar. (R2d)

Então, eu acho que eu sempre estou fazendo as coisas muito erradas, entendeu? Por mais que eu seja muito dedicada, eu sempre acho que está faltando muita coisa, entendeu? Então, foi maneira ter uma visão diferente de mim, entendeu? Tipo, o preceptor falou muitas coisas boas do que eu estou fazendo, entendeu? E acaba que eu realmente, às vezes, não vejo isso. É... E eu acho que [este método] pode realmente ser complementar [...]. (R1b)

De todo modo, independentemente do método de Feedback utilizado, houve o destaque sobre a importância da confiança no processo de avaliação que deve ser transmitida pelo preceptor, evitando o medo do julgamento, de tal modo que o residente se sinta seguro em passar o caso.

Eu acho que a confiança do residente no preceptor é muito importante. É... Para ele não ficar com vergonha, não ficar sem graça, não ficar achando que está sendo julgado, sabe assim? Que é uma avaliação, né, um... Eu acho que isso é muito importante. [...]. (R1c)

Eu acho que é bacana, assim, eu poder falar livremente tendo essa certeza que você pode complementar, se você esqueceu alguma coisa, entendeu? É... sem ter esse julgamento, assim, sabe? Eu acho que é diferente, por isso, nos outros o residente acaba se sentindo de forma, de certa forma mais constrangidos, assim...às vezes até um pouco mais envergonhado, ele sente que ele está sendo ali avaliado, entendeu?... o residente se sente mais exposto. Parece ser um método que o residente, assim, pelo menos eu, assim, participando desse, desse, dessa gravação, eu não me senti em nenhum momento, assim, constrangida, ou com vergonha de eu não saber alguma coisa. ... me pareceu ser um método que ele vai ter muito mais liberdade, que ele vai ter mais conforto... (R3d)

A autonomia do residente, no processo de autoavaliação que o método permite (a partir da própria escuta e suas repetições a critério do residente) aprimora as ideias e melhorar a sua compreensão do caso. Esta autonomia é tida como um processo que amplia a possibilidade de troca de saberes com os preceptores e parece que aproxima residentes, preceptores e pacientes.

Eu contaria que é um método que realmente desenvolve a autonomia do residente, mas que na minha opinião, assim, não... Como você mesmo trouxe em uma das questões que você abordou, né? Não seria um método que substituiria os outros métodos, né? Mas realmente ele, assim, faz você aprimorar as suas próprias ideias. (R1e)

[...]que você pode melhorar no que você está fazendo, mas quando você se escuta, você tem uma visão completamente diferente, entendeu? (R1b)

Depois, eu ouvi o que eu falei. Depois, você falou do seu... Com a sua reflexão. Então, eu acho que é por esse caminho mesmo. Cada um colocando o seu ponto de vista. Primeiro, você deixa eu mesma refletir sobre isso e, depois, você colocar o seu ponto de vista para uma coisa complementa a outra. (R1d)

Desenvolver... Exatamente... Desenvolver e... Tanto que quando eu fui te passar o caso, eu passei de uma forma. Quando eu ouvi aquilo, eu passei de outra forma. Eu percebi coisas que eu não tinha percebido. Então, eu acho que vai me ajudar muito nesse ponto. (R1d)

Eu acho importante, que eu acho que aproxima... Os preceptores dos residentes e, também, dos pacientes assim, né, que às vezes na preceptoria você não tá ali tão no atendimento, no dia a dia e um caso, os casos assim que são levados normalmente são os mais complexos, mas eles nem sempre são levados da forma que a gente gostaria pela falta de tempo, correria e tudo mais e eu acho importante, que eu acho que esse método ele aproxima, né, aproxima o preceptor dos residentes e dos pacientes também, né. (R1a)

Foi chamada atenção também **para a necessidade de privacidade na aplicação do método AFG que, aliás, deve existir em qualquer método e processo de feedback.**

Eu acho que tem que ter também essa privacidade de fechar a porta, alguma coisa assim. Porque eu fui interrompido algumas vezes. Isso dificultou um pouquinho o meu processo de raciocínio. Eu acho que é isso. (R3a)

Também foi comentado que por envolver um relato livre o método é **aplicável a diferentes tipos de personalidades**, no caso, para as que têm mais ou menos facilidade para falar.

Eu acho que com algumas pessoas vai ser bem interessante, porque as pessoas que gostam de falar, elas falam bastante. As pessoas que têm mais dificuldade, como a gente, falam um pouco menos, mas dá para usar para os dois tipos de pessoa. E só mesmo... É como você fez, é orientar a pessoa antes de começar a falar do caso..... que a pessoa está livre... ..é uma coisa para a pessoa aprender... ..A se escutar, que é difícil... (R3b).

À continuação, foi perguntado ao residente o que ele diria para os preceptores que vierem a aplicar este método? Em que o método precisaria ser aprimorado?

Foi comentado que valeria a pena os preceptores conhecerem e aplicarem o AFG para entender e colocar em prática com outros residentes. Também avaliaram que seria positivo pela perspectiva de ampliar o universo de métodos e analisar a contribuição de cada um deles, em separado, ou no seu conjunto.

Eu acho que vale a pena conhecer e, de repente, até passar por um também para ter experiência de como é, né? Que eu acho que a maioria não deve conhecer. Para entender um pouquinho, ver como é que ele se sente e tentar colocar em prática com outros residentes. Eu acho que seria bem proveitoso. (R3c)

Assim, eu acho, é... Como eu posso explorar as diferenças, né? Eu acho que, assim, se o residente tiver acesso, né, à preceptoria que aplica diferentes formas de avaliação e tal. É muito interessante porque cada tipo de coisa vai gerar um produto diferente, né? Então, eu acho que se fosse aplicado, né, um pouco de cada e talvez ter oportunidade de a gente saber o que é mais produtivo para cada pessoa. É... Eu acho que isso seria bem legal de acontecer... .. como residente, a gente não tem muita noção de toda a complexidade da preceptoria, né? De tanta coisa que pode ser feita e aplicada. Então, com certeza já veria com bons olhos, assim, essa atitude. (R2b)

Foi destacada também a potencial aplicabilidade que o método AFG pode ter na **abordagem de "casos mais complexos"**, incluindo a percepção, por parte do residente, de como aquela situação o afetou.

[...] por exemplo, assim... Eu quero abordar um residente que está com uma dificuldade de abordar o paciente que seria o dito poliqueixoso, né? Que é muito comum, pelo menos eu tenho visto aqui no começo do R1 terem muita dificuldade. Então, eu quero abordar exatamente isso. Então, o que eu vou falar para o residente. "Oh, eu queria que você, então, contasse um relato breve do caso, no caso clínico. E, depois, você me contasse as sensações, né, os sentimentos que você sentiu ao longo da consulta. (R3a)

Você está trazendo... no caso que eu escolhi um... um caso complexo e tudo mais, mas você está trazendo um caso que te aflige de alguma forma, que é complexo de alguma forma e está discutindo e te dando... tendo outras visões, outros olhares daquele mesmo caso, né. As vezes possibilita você vê de uma forma, de um ponto de vista que você não viu, pensar em uma coisa que você não pensou. (R1a)

Então, eu acho que dá para ser uma coisa para ser feita, de repente uma vez por semana passa aquele caso que o residente tem mais vontade de passar ou que ele teve mais dificuldade para que o preceptor... (R3d)

Na questão do tempo, é ressaltado que é **um método que demanda tempo** para ser desenvolvido, o que pode limitar a sua realização em muitos momentos.

[...] eu achei o método bem interessante, mas eu achei um pouco longo. Isso eu achei que acaba ficando um pouco longo, assim né, para discussão aí do caso e tudo mais. (R3d)

Mas, mesmo sabendo que é um método que toma mais tempo na sua aplicação, os respondedores avaliaram ser um **bom instrumento para a preceptoria, e recomendariam sua utilização** para apresentação de casos para a sessão clínica do PRMFC. Também ressaltaram sua utilização em situações onde, por algum motivo, houve implicações afetivas, ou que tenha ficado dúvidas no atendimento e o residente queira compartilhar. Reforçou-se ainda sua importância para ser utilizado em casos mais complexos, como relatado anteriormente.

Bom, eu diria que é um método super válido, que, enfim, caso o preceptor esteja com o “pé atrás” e achar que vai demorar, qualquer coisa assim, que vale a pena tentar e que é... pode ser útil, na minha opinião, e diria que não é um método para ser usado na correria, para ser usado de qualquer jeito. Que se for para fazer na correria, só por fazer, para constar que fez, talvez seja melhor não fazer. [...]. (R2a)

Assim, eu acho que seria um negócio legal é... de ser trabalhado, assim, tipo, na residência. É... e principalmente eu acho que recomendaria mais para as partes de sessão clínica, que eu acho que é... a gente teria mais tempo, na verdade, né, de aplicar um método desse tipo, né. Porque, realmente, é um método que leva bastante tempo, né. Então, é uma coisa que deve ser bem pensada, realmente, quando você vai aplicar. É... mais é isso. Eu daria um relato positivo. Eu recomendaria, no caso, para o preceptor. (R2c)

Apesar de que ele toma um pouquinho de tempo, né? Eu acho que o “se ouvir” é a principal parte para mim. Pelo menos eu tendo passado por essa experiência, eu me ouvir, eu acho que é uma parte que vai trazer a maior reflexão... (R3a)

Eu acho que também pode ser alguns casos clínicos, por exemplo a pessoa que atendeu agora ficou com muita dúvida, se ouvir, talvez, ela tenha mais clareza em relação às suas dúvidas e consiga perceber também as suas lacunas. Eu penso mais nessas questões afetivas (emocionais)... está tendo dificuldade de manejar ali suas emoções durante a consulta... (R3a)

10 DISCUSSÃO

Para discutir os resultados e a análise realizada, retomamos como parâmetros os tópicos que identificam uma avaliação formativa adequada, tais como: permitir uma atitude reflexiva, crítica e transformadora; promover a capacidade de construir uma autonomia necessária no cenário de aprendizagem; desenvolver competências clínicas atendendo às necessidades de saúde das pessoas; promover a capacidade de modificar o próprio pensamento ou comportamento com o propósito de melhorar e identificar lacunas de aprendizado; promover o conhecimento do estudante, suas habilidades e entendimento em um conteúdo específico ou uma habilidade geral; promover a capacidade de modificar diferentes aspectos do processo de aprendizagem, permitindo que o estudante se aproxime do conhecimento necessário para o desenvolvimento de habilidades; promover o desenvolvimento da autoconsciência com relação às necessidades do processo de aprendizagem enquanto sujeito ativo e responsável pelo aprendizado; promover a reflexão sobre o processo ensino-aprendizagem, incluindo o dos preceptores no sentido de identificar caminhos para se construir um projeto de aprendizado centrado no residente em conjunto com e para o aprendiz (CANTILLOM; SARGEANT, 2008).

Neste sentido, avalia-se que foram alcançados muitos dos objetivos norteadores propostos. Entre os vários saberes “descobertos” em cada entrevista, foram destacados aqueles considerados mais relevantes ao longo dos estudos realizados para construir esta narrativa.

O método AFG coloca a narrativa do caso clínico, e a autoescuta do mesmo, no centro do processo de aprendizado. Através da análise das respostas, é possível presumir que o compartilhar e escutar o relato de caso, na forma do AFG, permitiu aos residentes respondentes identificar entre as ferramentas do arsenal clínico em medicina de família e comunidade aquelas que foram e as que não foram utilizadas, as razões para a não utilização, bem como, aquelas que podem necessitar aprimoramento (KORNEGAY *et al.*, 2017). Este processo, transforma o aprendizado mais passivo, em um aprendizado mais ativo, onde o residente se torna o ator principal e se reconhece como um sujeito ativo que precisa aprimorar seu conhecimento, com responsabilidade pelo próprio aprendizado. Além disso permite que o residente se reconheça como pessoa corresponsável pelo processo de cuidado do outro, desenvolvendo um espírito mais crítico-reflexivo no sentido de uma abordagem mais centrada na pessoa (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

A partir das respostas dos respondentes, depreende-se que o método AFG permite ao residente refletir não só sobre o caso clínico em si, mas também acerca dos sentimentos e emoções que esse caso clínico, porventura, desperte, como angústia ou ansiedade – sentimentos esses que, muitas vezes, o residente não tem consciência enquanto está atendendo o paciente. Pela análise das respostas, é possível dizer que o AFG, possibilita que o residente relembre e visualize o atendimento no sentido daquilo que o afetou emocionalmente durante a consulta.

É como se fosse um resgate daquele momento, daquele encontro com uma pessoa em sofrimento. Essa configuração na qual a observação de si mesmo, como sujeito ativo, observador do processo de adoecimento e de sofrimento de uma pessoa, permite uma singularização não só da pessoa atendida, mas também do seu aprendizado enquanto residente. Neste sentido, o residente também se percebe como pessoa que sente, que tem sentimentos e emoções, enquanto atende a uma outra pessoa. E esta percepção parece estar relacionada à autoescuta dos relatos, facilitando o autoconhecimento, e, desta forma, promovendo, potencialmente, uma personalização do processo de aprendizado, no caso, de um aprendizado centrado na pessoa (FRANZIN; LOPES, 2019).

A utilização desse método parece promover uma maior atenção por parte do residente, no momento de relatar e construir a narrativa do caso, uma vez que ele mesmo será seu primeiro crítico, ao escutar seu relato. Este fato foi relatado por alguns dos respondentes, informando que o método pode ajudar a relatar o caso de uma forma mais condizente e clara, além do que, prestar atenção à escuta do áudio realizado, torna o aprendizado próximo do residente. Como cada residente tem uma forma diferente de aprender, isso resulta em um processo de aprendizado mais singular e centrado na pessoa (GOMES *et al.*, 2010).

Um dos aspectos positivos, destacados pelos respondentes é que o AFG permite um relato mais livre do caso clínico, sem interrupção, sem outras análises, sem intervenções, e isso faz com que ocorra uma autoanálise ao ouvir seu próprio relato. Ao compartilhar com o preceptor um caso clínico relatado dessa forma mais livre o residente vai percebendo como foi sua conduta, o que faltou e o que precisa ser melhorado, além do que houve de positivo e produtivo em relação ao caso, assim como quais foram os avanços alcançados no campo do seu próprio aprendizado.

Como o feedback do preceptor ocorre somente depois que se esgotam todos os relatos gravados pelo residente, o "compartilhamento" e o feedback do caso fica mais facilitado uma vez que o residente já está mais confiante e seguro para receber os reforços positivos e negativos, que ele mesmo já se havia feito, mas também outras críticas.

Vale ressaltar que, no método do AFG, que o feedback do preceptor só ocorre após a escuta do último áudio do caso clínico realizado pelo residente. Este feedback complementa de forma sinérgica o aprendizado que o caso clínico possibilita, tornando o processo de aprendizado mais focado nas necessidades do residente e permitindo perceber situações que, no dia a dia dos atendimentos, seria mais difícil identificar (ANDERSON; RODRIGUES, 2011).

Perceber-se como sujeito ativo do processo de aprendizado e cuidado de uma outra pessoa permite ao residente realizar uma análise crítico-reflexiva no que concerne tanto a seu processo de aprendizado quanto de cuidado, propiciando que identifique em quais aspectos precisa se aprimorar (MITRE *et al.*, 2008).

As respostas dos residentes também assinalaram – como foi visto - que o AFG permite um aprendizado mais ativo, e não passivo. Este tipo de aprendizado é motivador para aprender mais, ajudando a perceber como se está pensando, qual é a forma de racionalização do pensamento e de criação de ideias que o Residente faz do próprio atendimento realizado e do seu aprendizado. Do ponto de vista psicopedagógico, o aprendizado mais ativo e responsável se aproxima mais do que seria esperado das metodologias ativas de ensino, onde o sujeito de aprendizado é o centro do processo e procura dar sentido àquilo que está aprendendo, e com isto se propõe a ser um processo transformador da realidade (FREIRE, 2006).

Segundo o relato dos residentes, o é um método que exige mais tempo para ser realizado, do que alguns outros métodos de supervisão e consulta. Apesar disso, o AFG foi destacado como uma ferramenta de aprendizado que proporciona ao residente uma referência própria para o seu aprendizado e de cuidados com o paciente, funcionando como um referencial mais objetivo, como identificar quais são as lacunas de aprendizado e, até mesmo, as lacunas de cuidado clínico da pessoa.

Dessa forma, o preceptor é capaz de realizar um feedback muito mais próximo da necessidade do residente quando comparado ao feedback no modo tradicional, no qual ele só escuta uma vez o relato e já faz alguma intervenção ou mesmo interrompe o relato para dar o feedback do caso, ou seja, um feedback que parece ser mais centrado no preceptor que no residente.

Além disso, o AFG foi apontado como um método que permite ao residente ressignificar aspectos do próprio relato, da própria narrativa. Portanto, o método permite ao residente se autocapacitar para identificar situações relacionadas a si mesmo (sujeito residente) sem depender tanto da outra pessoa (preceptor) para esse feedback. Tanto a identificação das lacunas de aprendizagem, quanto as lacunas no cuidado da pessoa, e o processo de ressignificar a

própria narrativa que ocorrem no AFG, se aproximam de um modelo andragógico de aprendizado onde se constrói a autonomia que se espera no processo de aprender do adulto (FRANÇA JUNIOR; MAKNAMARA, 2019).

O método, segundo o relato dos respondentes, também parece permitir que se identifique e se perceba quais são os próprios limites, como ser humano e como médico, na abordagem de pessoas e seus processos de saúde-adoecimento. Desta forma, se pode, processualmente, elevar o limiar de frustração, no sentido de diminuir as expectativas que depositamos no cuidado da pessoa.

Em relação a outros métodos, os respondentes relataram que o AFG faz um contraponto aos métodos mais tradicionais de supervisão de consulta – nesse caso, preceptoria ombro a ombro, preceptoria sombra ou, até mesmo, relato de caso tradicional– no sentido de que o AFG permite uma auto-observação e uma reflexão crítica sem depender tanto da percepção e da observação do outro, isto é, do preceptor. Esse processo ajuda o residente a desenvolver autonomia, permitindo que observe suas ideias e pensamentos próprios e, com isso, possa ter um aprendizado diferenciado – no sentido de que é mais próximo das suas necessidades, do *como* e do *que* ele deve aprender para o seu aprimoramento enquanto médico residente (FRANZIN; LOPES, 2019).

Além disso, traz a possibilidade de troca de ampliar saberes com o preceptor de uma forma mais horizontalizada e menos constrangedora. Houve relatos, inclusive de que o AFG não é tão afetado pela falta de confiança por parte do residente ao relatar um caso, na medida em que pode falar livremente e pode se escutar e relatar tantas vezes quanto necessário, organizando melhor seu raciocínio e pensamento, que resulta em melhor relato e mais confiança em si mesmo.

No processo do AFG, falar, gravar e depois se ouvir permite verificar quais são suas fortalezas e fragilidades, e como o relator está estruturando a sua consulta no atendimento de uma pessoa. Saber como se está estruturando o caso clínico ajuda a perceber e observar como se pode melhorar a estrutura da passagem do caso clínico, possibilitando compartilhá-lo de uma forma muito mais clara para o preceptor (ZIMMERMANN; SILVEIRA; GOMES, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios para formar recursos humanos que atendam às necessidades de saúde da população e de cada um de seus componentes, seja a pessoa ou sua família, são constantes. Mas esses mesmos desafios são motivadores para que os que estão nas fronteiras da academia possam adequar ou até mesmo desenvolver novos saberes e novas tecnologias de aprendizado para estes tempos atuais, em que a forma de aprender está relacionada a modelos socioeconômicos dominantes.

Toda área de conhecimento se caracteriza por um tipo de saber próprio e pelo uso de ferramentas específicas, visando produzir uma ação ou produto que ao final e ao cabo, constituem parte do que chamamos sociedade (SCALLON, 2015).

As ferramentas da Medicina de Família e Comunidade subsidiam a prática do médico de família e comunidade, tornando-a mais objetiva nos aspectos mais específicos da atividade cotidiana destes especialistas. Neste cenário, as consultas ambulatoriais, o cuidado clínico dispensado às pessoas e as respectivas narrativas constituem um dos principais pilares da formação em Medicina de Família e Comunidade (STEWAET *et al.*, 2010).

Em resumo, este estudo teve por objetivo analisar o Autofeedback Gravado (AFG) enquanto instrumento de supervisão não presencial e como possibilidade para realizar uma adequada avaliação formativa, voltado a consultas ambulatoriais, no campo da Medicina de Família e Comunidade e no contexto assistencial da Atenção Primária à Saúde (NORMAN, 2014).

A partir da aplicação do método, seguida das entrevistas com os residentes respondentes, pode-se depreender que o AFG cumpre as características de um adequado processo de avaliação formativa. É um método que promove a autonomia no processo de aprender, ativando a memória em relação ao caso relatado, e ao seu próprio aprendizado, permitindo que o relator tenha a chance de analisar seu próprio relato e se recordar de aspectos relevantes que ocorreram no atendimento, e não foram citados, podendo recuperá-los a seguir, na próxima gravação. Dessa forma, o residente consegue ampliar a capacidade dele mesmo identificar como está seu aprendizado e sua aplicabilidade, tornando-se mais consciente daquilo que está aprendendo, como está aprendendo e do que falta para aprimorar aquilo que ele já sabe, assim como ajuda a identificar aquilo que ele não sabe. Para o preceptor, o método estimula

uma escuta do outro com mais empatia e compaixão – o que é também, de certo modo, escutar as descobertas de saber e de vida de pessoas que estão aprendendo a cuidar.

Avalia-se, como conclusão, que o método AFG pode ser incorporado, com benefício, às práticas de supervisão e avaliação formativa de residentes de Medicina de Família e Comunidade no contexto das consultas ambulatoriais.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. R. P. **Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas: necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas**. 2009. 172f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/18510>. Acesso em: 03 nov. 2019.
- ALGIRAIGRI, A. H. Ten tips for receiving feedback effectively in clinical practice. **Medical Education Online**, [s.l.], v. 19, n. 1, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3402/meo.v19.25141>. Acesso em: 03 nov. 2019.
- ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação de Especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 18, p. 19-20, 2011.
- ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. O paradigma da complexidade e os conceitos da medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (online)**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 242-252, set. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/29450>. Acesso em: 10 nov. 2021.
- ANDRIOLA, W. B.; ARAÚJO, A. C. Potencialidades da avaliação formativa e somativa. **Revista Eletrônica Acta Sapientia**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 1-15, 2018.
- BAIN, L. Preceptorship: a review of literature. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 24, n. 1, p. 104-107, 1996.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luíz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARRETO, V. H. L. *et al.* Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.
- BOENDERMAKER, P. M. *et al.* What are the characteristics of the competent general practitioner trainer? **Family Practice**, Oxford, n. 17, p. 547-53, 2000.
- BORGES, M. C. *et al.* Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 324-331, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86685>. Acesso em: 01 jan. 2022.
- BOTTI, S. H. O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. 2009. 104 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação

em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: CNE, 2014. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução nº 1**, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17661-res01-25052015-sesu-residencia-medica&category_slug=junho-2015-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. *In*: POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 21-29.

CALDEIRA, A. M. S.; Z Aidan, S. Práxis pedagógica: um desafio cotidiano. **Paidéia: revista do curso de pedagogia da Faculdade de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde da Universidade Fumec**, Belo Horizonte, n. 14, p. 15-32, jan./jun. 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/celes/Downloads/2374-Texto%20do%20Artigo-5216-1-10-20140813%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/celes/Downloads/2374-Texto%20do%20Artigo-5216-1-10-20140813%20(1).pdf). Acesso em: 23 nov. 2021.

CANTILLOM, P.; SARGEANT, J. Giving feedback in clinical settings. **The BMJ**, London, v. 337, p. a1961, 2008. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/337/bmj.a1961>. Acesso em: 03 nov. 2019.

CARABETTA JÚNIOR, V. Metodologia ativa na educação médica. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 95, n. 3, p. 113-121, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/103675>. Acesso em: 10 nov. 2021.

CARVALHO, J. A. *et al.* Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. **Ensino, Saúde e Ambiente**, Niterói, v. 3, n. 1, p. 78-90, abr. 2010.

COSTA, J. R. B. *et al.* Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 387-400, 2012.

DEMARZO, M. M. P. *et al.* Desarrollo de estándares para la educación y formación en medicina familiar y comunitaria contribuciones de la WONCA IberoAmérica (CIMF). **Atención Primaria**, Barcelona, v. 43, p. 100-103, 2011.

DINIZ NETO, A. P. *et al.* O Mini-CEX na avaliação de habilidades clínicas na graduação médica. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 35-39, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/145445>. Acesso em: 12 mar. 2022.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>. Acesso em: 12 nov. 2021.

ENGERS, M. E. **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação**: notas para reflexão. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Acesso em: 12 nov. 2021.

FRANÇA JUNIOR, R. R.; MAKNAMARA, M. A literatura sobre metodologias ativas em educação médica no brasil: notas para uma reflexão crítica. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00182>. Acesso em: 10 nov. 2021.

FRANZIN, L.; LOPES, M. M. Andragogia: a educação do adulto. **Revista Científica on-line - Tecnologia, Gestão e Humanismo**, Guaratinguetá. v. 9, n. 2, 2019. Disponível em: <http://www.fatecguaratingueta.edu.br/revista/index.php/RCO-TGH/article/view/277>. Acesso em: 10 nov. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREITAS, L. S.; RIBEIRO, M. F.; BARATA, J. L. M. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, p. e-1949, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180039>.

FREITAS, M. A. S. Práxis pedagógica e professores intelectuais: refletindo as tensões e concepções da formação/prática docente. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 1, n. 1, p. 135-150, 2020. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/485>. Acesso em: 10 nov. 2021.

GAROFALO, D. Como trazer a Educação 4.0 para dentro da sala de aula. Nova **Escola**, São Paulo, 21 de agosto de 2018. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/12396/como-trazer-a-educacao-40-para-dentro-da-sala-de-aula>. Acesso em: 10 nov. 2021.

GOMES, A. P. *et al.* Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, n. 34, v. 3, p. 390-396, 2010.

GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O Ensino-aprendizagem da Relação Médico paciente: Estudo de Caso com Estudantes do Último Semestre do Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 301-308, 2008.

HARVARD BUSINESS REVIEW. **A arte de dar feedback**. Tradução de Marcelo Schild. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

HATTIE, J.; TIMPERLEY, H. The Power of Feedback. **Review of Educational Research**, Washington, v. 77, n. 1, p. 81-112, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.3102/003465430298487>. Acesso em: 03 nov. 2019.

KORNEGAY, J. G. *et al.* Feedback in Medical Education: a critical appraisal. **Aem Education and Training**, [s. l.], v. 1, n. 2, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/aet2.10024>. Acesso em: 03 nov. 2019.

KORSTJENS, I.; MOSER, A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. **European Journal of General Practice (online)**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 274-279, 2017. Doi: 10.1080/13814788.2017.1375090.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução de Beatriz Viana Boeira e Nelson Boeira. 13. ed. São Paulo: Perspectiva, 2018.

LIMA, J. D. J. **Contribuições do Feedback Formativo na educação emancipatória: um caminho possível? Análise das percepções de discentes e docentes da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Nacional de Saúde Pública**. 2019. 107f. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. *In*: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (org.). **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduel, 2003. p. 11-25.

MAYS, N.; POPE, C.; POPAY, J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. **Journal of health services research and policy**, London, v. 10, supl. 1, p. 6-20, Jul. 2005. Doi: 10.1258/1355819054308576.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade**. Tradução de Anelise Teixeira Burmeister. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

MINAYO, M. C. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 23 out. 2021.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Acesso em: 21 nov. 2021.

MOSER, A.; KORSTJENS, I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis **European Journal of General Practice (online)**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 9-18, 2018. Doi: 10.1080/13814788.2017.1375091.

NORMAN, A. H. A formação em medicina de família no Brasil: a necessidade de caminhos convergentes. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 1-2, 2014. DOI: 10.5712/rbmfc9(30)875.

NUNES, MF. As metodologias de ensino e o processo de conhecimento científico. **Educ rev** [Internet]. 1993Jan;(9):49–58. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.105>

OLIVEIRA, J. M. *et al.* Inovação na formação médica: apoio matricial em programas de residência. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 211-222, 2018.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl.1, p. 94-106, maio 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500008>.

PERRENOUD, P. **Avaliação**: da excelência à regulação das aprendizagens - entre duas lógicas. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRITCHETT, H. S. Histórias de ensino superior: Introdução ao Relatório de Flexner de 1910. **Revista Ensino Superior Unicamp**, Campinas, ano 1, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <https://www.revistaensinosuperior.gr.unicamp.br/artigos/analise-do-ensino-medico-pela-fundacao-carnegie-faz-um-seculo> p. Acesso em: 03 nov. 2021.

QURESHI, N. S. Giving effective feedback in medical education. **The Obstetrician & Gynaecologist**, [s. l.], v. 19, p. 243-248, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/tog.12391>. Acesso em: 03 nov. 2019.

RAMAPRASAD, A. On the definition of feedback. **Behavioral Science**, Louisville, v. 28, p. 4-13, 1983. Doi: <https://doi.org/10.1002/bs.3830280103>.

REIS, R. C. **Casos complexos na Atenção Primária à Saúde**: Narrativas de residentes em Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2017.

RODRIGUES, R. D. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 149–156, 2007. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/333>. Acesso em: 09 nov. 2021.

ROGERS, D. A. *et al.* Engaging medical students in the feedback process. **American Journal of Surgery**, New York, v. 203, n. 1, p. 21-25, 2012.

ROMÃO, G. S. *et al.* Avaliação de residentes em ambientes da prática clínica (Work-Based Assessment – WBA). **Femina**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 31-37, 2020.

SANTOS, C. C. R. Andragogia: aprendendo a ensinar adultos. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2010, Resende. **Anais** [...]. Resende:

AEDB, 2010. Disponível em:

https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos10/402_ArtigoAndragogia.pdf. Acesso em: 18 nov. 2021.

SANTOS, C. M.; KROEFF, R. F. S. A contribuição do feedback no processo de avaliação formativa. **EDUCA - Revista Multidisciplinar em Educação**, Porto Velho, v. 5, n. 11, p. 20-39, 2018.

SCALLON, G. **Avaliação da aprendizagem numa abordagem por competências**.

Tradução de Juliana Vermelho Martins. Curitiba: PUCPress, 2015.

SCHMIT, R. A. Andragogia como fundamento e instrumento de educação e Orientação aos adultos. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas**, Marechal Cândido Rondon, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <https://revista.fisul.edu.br/index.php/revista/article/view/68>. Acesso em: 31 out. 2021.

SHUTE, V. J. Focus on Formative Feedback. **Review of Educational Research**, Washington, v. 78, n. 1, p. 153-189, mar. 2008 *apud* LIMA, J. D. J. **Contribuições do Feedback Formativo na educação emancipatória: um caminho possível? Análise das percepções de discentes e docentes da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Nacional de Saúde Pública**. 2019. 107f. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, G. *et al.* Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 2, p. 246-257, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453972028>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SILVA, R. H. A.; SCAPIN, L. T. Utilização da avaliação formativa para a implementação da problematização como método ativo de ensino-aprendizagem. **Estudos Em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 22, n. 50, p. 537-522, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.18222/eae225020111969>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 116-120, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/251/241>. Acesso em: 20 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-divulga-curriculo-baseado-em-competencias/>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SORANZ, D. R. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 67-71, 2014. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/882>. Acesso em: 28 dez. 2020.

STENFORS-HAYES, T.; HULT, K.; DAHLGREN, L. O. What does it mean to be a good teacher and clinical supervisor in medical education? **Advances in health sciences**

education: theory and practice, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 197-210, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9255-2>.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TAQUETTE, S.; MINAYO, M. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p.417-434, 2016. Doi: 10.1590/S0103-73312016000200005.

TOZONI-REIS, M. F. C. A pesquisa e a produção de conhecimentos. *In*: PINHO, S. Z. (org.). **Cadernos de Formação**: Formação de Professores. Educação, Cultura e Desenvolvimento, São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. v. 3, p. 111-148.

TRONCON, L. E.A. Efetividade da avaliação programática do estudante de medicina: estudo de caso baseado nas impressões de estudantes e professores de uma escola médica britânica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 153-161, 2018.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Metodologia de avaliação da aprendizagem**. Curso de Medicina. Londrina, [2019?]. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/medicina/pages/apresentacao/08.-metodologia-de-avaliacao-da-aprendizagem.php>. Acesso em: 12 jan. 2020.

VERBI Software 2021, **MAXQDA 2022**, computer program, VERBI Software, Berlin.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 176-179, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200009>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ZIMMERMANN, M. H.; SILVEIRA, R. M. C. F.; GOMES, R. Z. O professor e a arte de avaliar no ensino médico de uma universidade no brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 5-15, 2019.

APÊNDICE A – Construção de um roteiro de pesquisa, relato de aplicação de pré-teste

**AUTOFEEDBACK GRAVADO: MÉTODO REFLEXIVO PARA
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A PRÁTICA
AMBULATORIAL NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Pré-teste, relato de achado em campo. Abril, 2021. 8ª versão

INTRODUÇÃO

Em reunião com a minha orientadora, decidimos realizar um pré-teste da pesquisa para que pudéssemos ter uma ideia melhor de como o processo de pesquisa se daria em um contexto mais real e em uma dinâmica complexa em que a pandemia nos colocou a todos.

Este é o relato de campo da aplicação do roteiro de pesquisa do mestrado: a aplicação do AFG em 6 médicos de MFC e preceptores do PRMFC/UERJ. Essa amostra de entrevistas foi escolhida para realizar o pré-teste. O relato visa mostrar as principais dificuldades e fragilidades na aplicação do roteiro previamente estabelecido. Diante da experiência de campo, com a sua dinâmica peculiar, e após realizar uma reunião de apresentação de dados coletados com minha orientadora, verificamos a necessidade de realizar mais uma fase de pré-teste. Dessa vez, o grupo de pesquisados seriam os próprios residentes em MFC, também do PRMFC/UERJ. Assim, este relato também descreverá essa segunda fase de pré-teste com os médicos residentes.

O roteiro se originou dos principais parâmetros estudados sobre feedback que foram levantados para a qualificação do mestrado e que fizeram parte de seu conteúdo. Os parâmetros de análise do feedback sistematizados para a qualificação foram os que promoveram a construção do roteiro de pesquisa com perguntas abertas.

Na reunião com a orientadora, decidimos que era necessário realizar um pré-teste da aplicação do AFG e do roteiro de pesquisa do AFG. Inicialmente, os profissionais escolhidos para esse pré-teste não poderiam ser os médicos residentes, pois isso poderia contaminar a amostra quando fôssemos realizar a pesquisa de fato; em uma segunda fase de pré-teste, no entanto, eles se mostraram como um grupo importante a ser pré-testado. Também não poderiam ser de fora do contexto do PRMFC/UERJ. Em uma primeira fase, escolhemos os preceptores do PRMFC/UERJ, por serem uma amostra “ouro” em que o pré-teste poderia mostrar as suas principais fragilidades, e, em uma segunda fase, os RMFC da clínica onde sou preceptor. Escolhemos esse grupo de médicos residentes, pois eles já não fariam parte do grupo a ser

pesquisado por serem diretamente supervisionados por mim; assim, a amostra da pesquisa não seria contaminada.

Nessa primeira fase de pré-teste, a escolha dos preceptores a serem entrevistados foi orientada pela busca de uma amostra que pudesse servir como padrão – se comparada às entrevistas com residentes – e, também, pelo fato de que as possíveis fragilidades do AFG e do roteiro de pesquisa poderiam se tornar mais evidentes, por tratar-se de profissionais titulados e com experiência em atividades de ensino e aprendizagem. No entanto, a apresentação dos dados da primeira fase de pré-teste para a orientadora nos mostrou a necessidade de realizar mais uma fase de pré-teste. Seria uma segunda fase de teste onde o público a ser pesquisado de fato se aproximaria mais do público-alvo da pesquisa. Dessa forma, decidimos que deveríamos voltar a campo para realizar uma segunda fase de pré-teste, mas, dessa vez, nossos pesquisados seriam os médicos residentes do PRMFC/UERJ, criando a oportunidade, assim, de um ajuste do método e da pesquisa com o público-alvo.

Assim, esperávamos que a realidade da pesquisa de campo fosse a mais próxima possível da realidade encontrada na pesquisa e, com isso, pudéssemos aprimorar todo o processo de investigação.

OBJETIVO

Elaborar um roteiro de perguntas semiestruturadas que seja suficientemente sensível para coletar os dados necessários para realizar a minha pesquisa de dissertação de mestrado.

JUSTIFICATIVA

O roteiro foi elaborado para que se pudesse desenvolver um instrumento de coleta de dados para a investigação que atendesse às necessidades da pesquisa de mestrado. O mestrado visa realizar a pesquisa de um método de feedback idealizado dentro do contexto de atendimento clínico de Atenção Primária à Saúde, em uma unidade docente-assistencial, local de aprendizado de médicos residentes em MFC. O objeto de pesquisa é o Autofeedback Gravado (AFG), que tem como peculiaridade ter sido desenvolvido ao longo de alguns anos pelo mesmo autor desta pesquisa. Para que esse objeto de pesquisa pudesse sofrer uma coleta de dados que atendesse à metodologia proposta do mestrado, foi necessário desenvolver um instrumento de coleta de dados que fosse suficientemente sensível para avaliar o AFG, mas que

antes fosse testado na sua aplicação em campo. Isso precisava ocorrer antes que a pesquisa de campo fosse realizada, pois não sabíamos se o instrumento da coleta de dados seria de fato adequado à pesquisa. Existia o temor de que o campo nos mostrasse falhas importantes nos dados coletados, e que estes dados não fossem suficientes para avaliar o AFG. É por esse motivo que foi necessário realizar a aplicação dos pré-testes (fase I e fase II) do roteiro de entrevista. A aplicação das entrevistas nas fases de pré-testes nos permitiu aprimorar o roteiro como instrumento de coleta de dados, e o trabalho de campo nos mostrou como aplicar o instrumento no tempo mais adequado dentro do AFG. Como não tínhamos parâmetro bibliográfico sobre o método AFG, precisamos nos debruçar para desenvolver um roteiro mais adequado à pesquisa, e o campo nos mostrou que a realização dos pré-testes foi essencial.

TRABALHO DE CAMPO, DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ENTREVISTAS, PERCUSO METODOLÓGICO

Para fins de trabalho de campo, as entrevistas foram divididas em duas fases.

As entrevistas da primeira fase de pré-teste foram realizadas com um grupo de 6 preceptores em seus locais de trabalho e agendadas por meio de telefone ou mensagem de texto pelo aplicativo WhatsApp. Esse agendamento teve como objetivo encontrar o melhor horário para o preceptor sem que houvesse prejuízo à sua atividade docente e assistencial. As entrevistas da segunda fase de pré-teste foram realizadas com 5 residentes na clínica onde sou preceptor, havendo um convite ao residente para participar do AFG e da pesquisa de mestrado. Essa segunda fase de pré-teste foi definida com minha orientadora após a apresentação, em reunião, dos dados coletados da primeira fase de pré-teste.

Os 6 preceptores geraram 6 encontros, 6 AFG de casos clínicos e 6 respostas ao roteiro de pesquisa. Esses 6 preceptores atuam em 4 unidades de APS. As entrevistas foram efetuadas em 3 unidades de APS e uma entrevista foi realizada no ambulatório do HUPE, pois, para a preceptora entrevistada, era mais adequado realizar a pesquisa nesse local. Os 5 residentes geraram 5 encontros presenciais, 5 AFG de casos clínicos, e 5 respostas ao roteiro de pesquisa. O agendamento do dia e horário das entrevistas procurou se adequar no tempo e contexto de atendimento dos residentes na clínica, sem que isso prejudicasse as atividades para as quais eles já estavam escalados.

Todo o processo foi gravado em áudio, em um celular utilizado somente para a pesquisa. Esse celular não recebe ou faz chamada e não tem acesso à internet. As gravações são transferidas para o computador via cabo USB. No computador, as gravações são organizadas em arquivos com o nome do entrevistado.

As 6 entrevistas com os preceptores geraram, no total, 4h01min53s de áudio. As 5 entrevistas com os residentes geraram, no total, 3h04min13s de áudio. Cada preceptor entrevistado gerou, em média, o tempo de 40min de gravação, e cada residente entrevistado gerou, em média, 36min.

Cada encontro gerou áudios dos casos clínicos em AFG e áudios de seus respectivos roteiros – assim, nesse tempo médio de gravação, temos o AFG e o roteiro de pesquisa gravado. No Quadro 1, discrimino o tempo de cada (AFG e roteiro) pessoa entrevistada (preceptores) e, no Quadro 2, discrimino o mesmo, mas em relação ao RMFC.

A aplicação do pré-teste, em sua primeira fase com os preceptores, gerou uma reflexão sobre o roteiro ao se verificar um viés no momento de sua aplicação dentro do contexto do método AFG. Observou-se que o roteiro, quando aplicado ao final do método AFG, perdia a sensibilidade, uma vez que a última gravação no AFG é o meu feedback. Por ser a minha fala a última, parte do roteiro ficava comprometido, pois o início do roteiro procura saber como é, para o residente, escutar-se, o que foi que ele aprendeu ao se escutar e quais são as fragilidades identificadas por ele mesmo ao se escutar. Isso foi percebido no momento de aplicar o roteiro e ao se escutar o áudio do roteiro gravado.

Refletindo sobre esse processo, procurei dividir o roteiro de forma que pudesse atender à coleta de dados que se espera da pesquisa. Uma vez adequado e discutido o roteiro a ser aplicado em duas partes com a minha orientadora, segui para o trabalho de campo para realizar a segunda fase de pré-teste com os RMFC. Dessa vez, o roteiro estava mais sensível à proposta de pesquisa e ao público-alvo. Agora, o trabalho de campo nos mostraria em que medida a pesquisa estava dentro da realidade a ser estudada.

Nossa pesquisa visa analisar o Autofeedback Gravado enquanto instrumento de avaliação utilizado na preceptoria da residência em MFC da UERJ, permitindo ao mesmo tempo a autorreflexão do residente e a realização, pelo preceptor, de uma avaliação sobre sua própria preceptoria dentro de um contexto de trabalho inserido na realidade assistencial da APS/SF e dentro de uma concepção pedagógica que amplie a compreensão do processo saúde-doença-intervenção. Para que pudéssemos alcançar esses objetivos, o pré-teste nos mostrou que o roteiro precisaria ser aplicado em dois momentos, tendo assim como sugestões:

1. Dividir o roteiro em dois momentos de aplicação, um primeiro momento logo após a última escuta da última gravação de caso realizada pelo MFC e/ou residente;
2. Dividir o roteiro em dois para poder realizar a sugestão do item 1 sem comprometimento para o roteiro. O roteiro foi dividido em uma primeira parte, que se relaciona diretamente com o estudante, e uma segunda parte, que se relaciona com o AFG como um todo; o Apêndice C apresenta o roteiro com a sugestão de divisão a ser aplicada às entrevistas.

Os pré-testes, a primeira e a segunda fase, também revelaram o processo orgânico de construção e adequação que o roteiro precisou sofrer em campo para ser consolidado como um instrumento adequado na coleta de dados de uma pesquisa qualitativa. Com o trabalho de campo, a escuta dos áudios dos pesquisados e a discussão com a orientadora de mestrado, os ajustes dos instrumentos de pesquisa foram aprimorados. Aqui, entende-se como instrumentos de pesquisa o roteiro e as gravações dos casos clínicos por meio do AFG.

CONCLUSÃO E REFLEXÃO

O roteiro foi dividido em 2 fases, cada uma delas com 7 questões:

- Na primeira fase do roteiro, verifica-se que há duas questões, a 4ª e a 5ª, que não foram adequadamente respondidas – ou mesmo não respondidas – por um entrevistado. A partir disso, tiro duas conclusões para explicar a discordância em relação às questões 4 e 5. A primeira delas é que eu não soube formular adequadamente a questão e, assim, o entrevistado não entendeu; a segunda diz respeito ao entrevistado, que talvez poderia não ter conhecimento prévio para responder. Esta última conclusão é sustentada pela observação de que somente o R2 e R3 conseguem responder adequadamente à questão. Mas há um viés na 7ª questão que o R3 não respondeu; mas, aqui, volta-se à questão do entrevistador. A 7ª questão não foi respondida pois o entrevistador se esqueceu de fazer a pergunta.
- Na segunda fase do roteiro, verifica-se que a questão menos respondida é a 4ª, sendo que há apenas um entrevistado que não respondeu de forma totalmente adequada à 3ª questão; com relação à questão 5, uma pessoa não respondeu. Verifica-se que o padrão da primeira fase se repete – quem responde menos adequadamente são os R1.

Finalizando

O trabalho de campo revelou várias fragilidades na aplicação do roteiro, talvez devido à inexperiência do pesquisador com aplicações dessa natureza e à dificuldade para se fazer entender, principalmente com os residentes do primeiro ano. Por outro lado, o campo revelou que o conhecimento prévio de alguns conceitos importantes da MFC pode influenciar no entendimento do que está sendo perguntado e, portanto, no conteúdo da resposta. Ressalvo que a amostra de 5 residentes é muito pequena para dizer que esse é um padrão predominante; no entanto, podemos deduzir que o roteiro foi sensível como instrumento de coleta de dados para o que se propõe a pesquisa de mestrado.

Quadro 1 - Entrevistas, datas e duração das gravações com os médicos preceptores

ENTREVISTADOS E DATAS	DURAÇÃO DOS ÁUDIOS			
	AFG	Feedback no AFG	Roteiro	Tempo total
E. K. 04/01/21	28' 29''	6' 07''	3' 53''	32' 24''
B. F. C. 18/01/21	26' 06''	5' 48''	7' 02''	33' 08''
L. T. 22/01/21	23' 27''	4' 33''	9' 59''	33' 26''
T. F. 05/02/21	25' 22''	9' 29''	17' 19'	42' 41'
L. I. 10/02/21	32' 27''	8' 24''	21' 47''	54' 14''
T. F. 01/03/21	33' 42''	11' 41''	14' 00''	47' 00''

Nota: Foram utilizadas as 5ª e 6ª versões do roteiro.

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 2 - Entrevistas, datas e duração das gravações com os médicos residentes

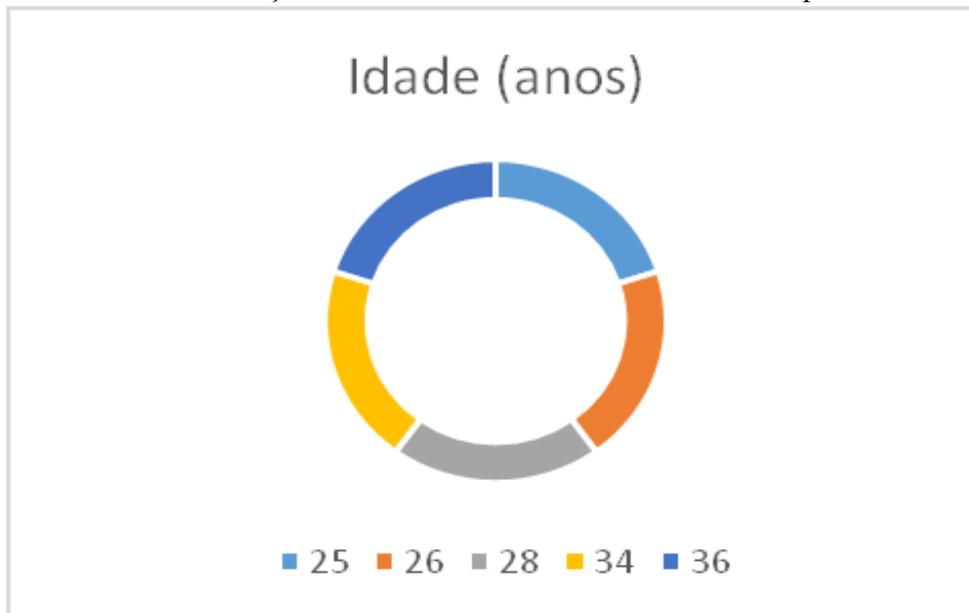
ENTREVISTADOS E DATAS	DURAÇÃO DOS ÁUDIOS					
	Explicação AFG/Mestrado	AFG/Relato de Caso	Feedback no AFG	Feedback Reverso AFG	Roteiro	Tempo total
E. M. D. 07/04/2021	2' 42''	6' 29''	6' 22''	1'	14' 31''	30' 04''
P. H. C. A. 13/04/2021	3' 25''	1' 47''	2'	1' 13''	11' 36''	20' 01''
E. E. L. J. 14/04/2021	-	8' 27''	4' 28''	1' 46''	18' 09''	32' 50''
R. S. C. 15/04/2021	3' 15''	19' 02''	6' 05''	1' 39''	18' 04''	48' 05''
R. M. C. A. 15/04/2021	7' 40''	7' 09''	8' 22''	2' 07''	15' 55''	41' 13''

Nota: Foi utilizada a 7ª versão do roteiro

Fonte: O autor, 2022.

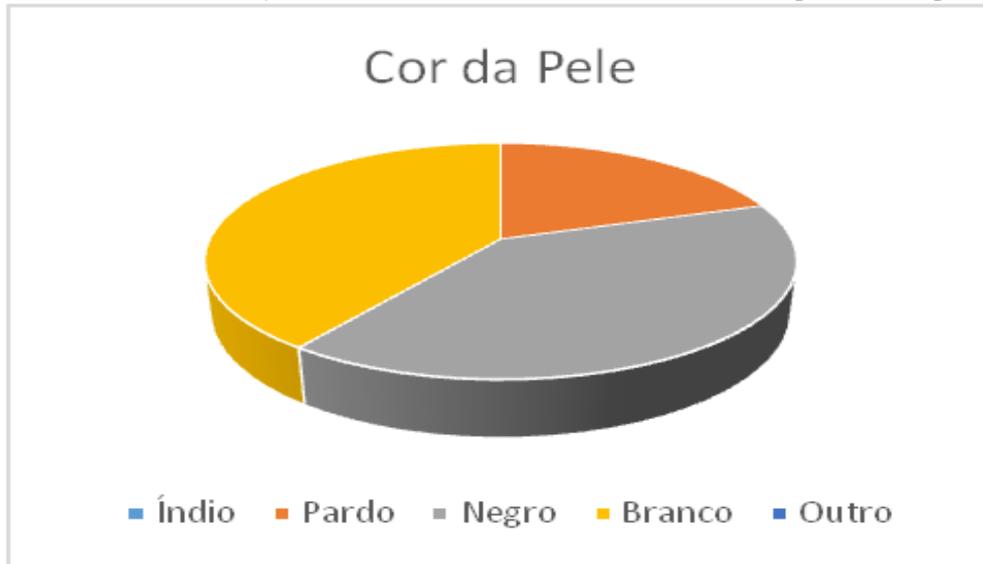
Perfil dos médicos residentes entrevistados

Gráfico 1 – Distribuição dos médicos residentes entrevistados por idade



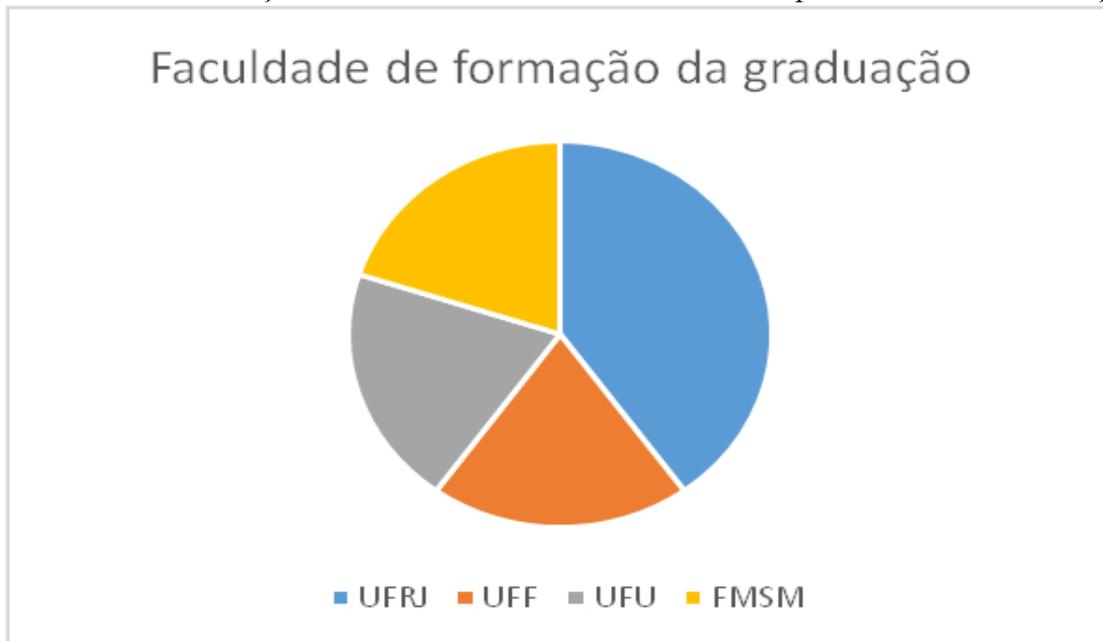
Fonte: O autor, 2022.

Gráfico 2 – distribuição dos médicos residentes entrevistados por cor da pele



Fonte: O autor, 2022.

Gráfico 3 – distribuição dos médicos residentes entrevistados por faculdade de formação



Legenda: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Universidade Federal Fluminense (UFF); Universidade Federal de Uberlândia (UFU); Faculdade de Medicina Souza Marques (FMSM)

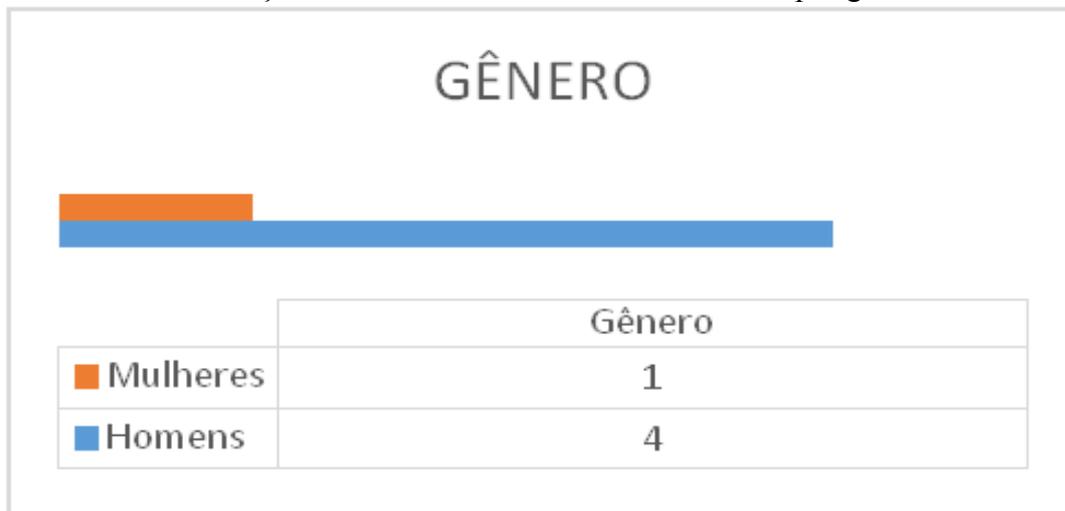
Fonte: O autor, 2022.

Gráfico 4 – distribuição dos médicos residentes entrevistados por ano de formatura



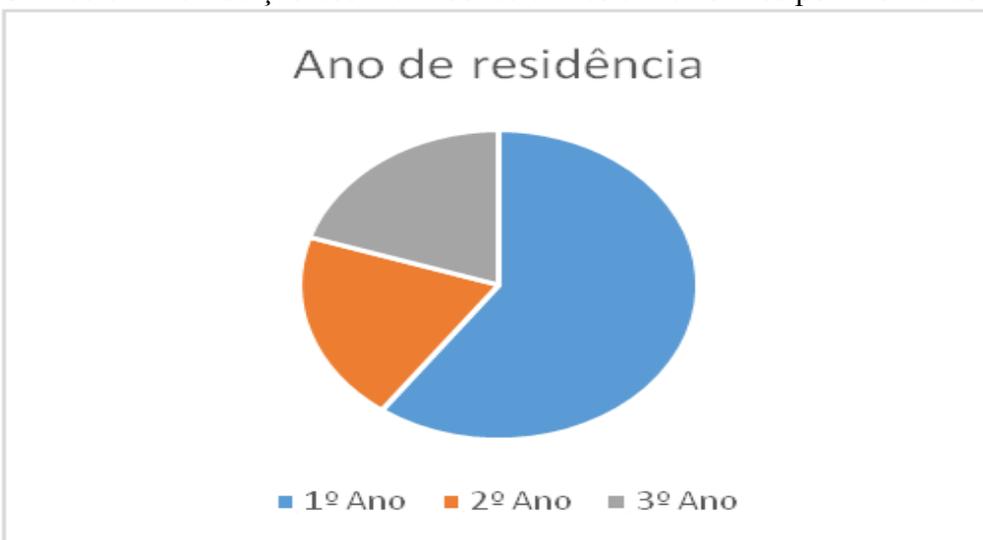
Fonte: O autor, 2022.

Gráfico 5 – distribuição dos médicos residentes entrevistados por gênero



Fonte: O autor, 2022.

Gráfico 6 – distribuição dos médicos residentes entrevistados por ano de residência



Fonte: O autor, 2022.

APÊNDICE B - Roteiro para a pesquisa do AFG

ROTEIRO PARA A PESQUISA DO AFG, JUNHO, 2021, 9ª VERSÃO.

PRIMEIRA FASE DO ROTEIRO

Aplicar logo após a escuta da última gravação do relato de caso realizado pelo Médico Residente.

AVISO AO PESQUISADO: Agora vou realizar a pesquisa do mestrado, vou aplicar um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas. Este roteiro não faz parte do AFG, este roteiro é um instrumento de pesquisa e de coleta de dados para o mestrado que estou realizando.

- **Identificar o grupo amostral: Pedir para gravar o nome completo, se autoriza a gravação, identidade de gênero, cor da pele, idade, local de formação, tempo de formado. Ou aplicar o Google Forms elaborado para este fim.**
1. Como foi para você se escutar, se ouvir, apresentando/relatando este caso? Comente um pouco sobre isso.
 2. A possibilidade de você se escutar, tantas vezes quanto você desejou, ajudou você a identificar aspectos relevantes do caso, no sentido positivo ou de lacunas? Fale um pouco sobre isso
 3. *Caso isso não tenha aparecido na resposta da pergunta 4:*
 - a) Pensando no que você escutou do seu relato, você poderia identificar que aspectos (conhecimentos, habilidades ou atitudes) que você utilizou na consulta, e ajudaram a você abordar este caso?
 - b) Do mesmo modo, a escuta seu próprio áudio, ajudou você a identificar o que estaria faltando para abordar melhor a situação? Alguma necessidade de aprimoramento na aplicação prática de algum conhecimento ou ferramenta que você vem aprendendo na residência? Fale um pouco sobre isso.
 4. O aprendizado centrado no adulto (andragogia) pressupõe que o aprendiz deve ser um sujeito ativo no seu processo de aprendizado. Você acha que este método, em relação à sua pessoa, ao seu próprio aprendizado, pode ajudar em relação a isto? Comente um pouco sobre isso.
 5. Abordar este caso provocou em você algum sentimento, que você gostaria de comentar?

SEGUNDA FASE DO ROTEIRO.

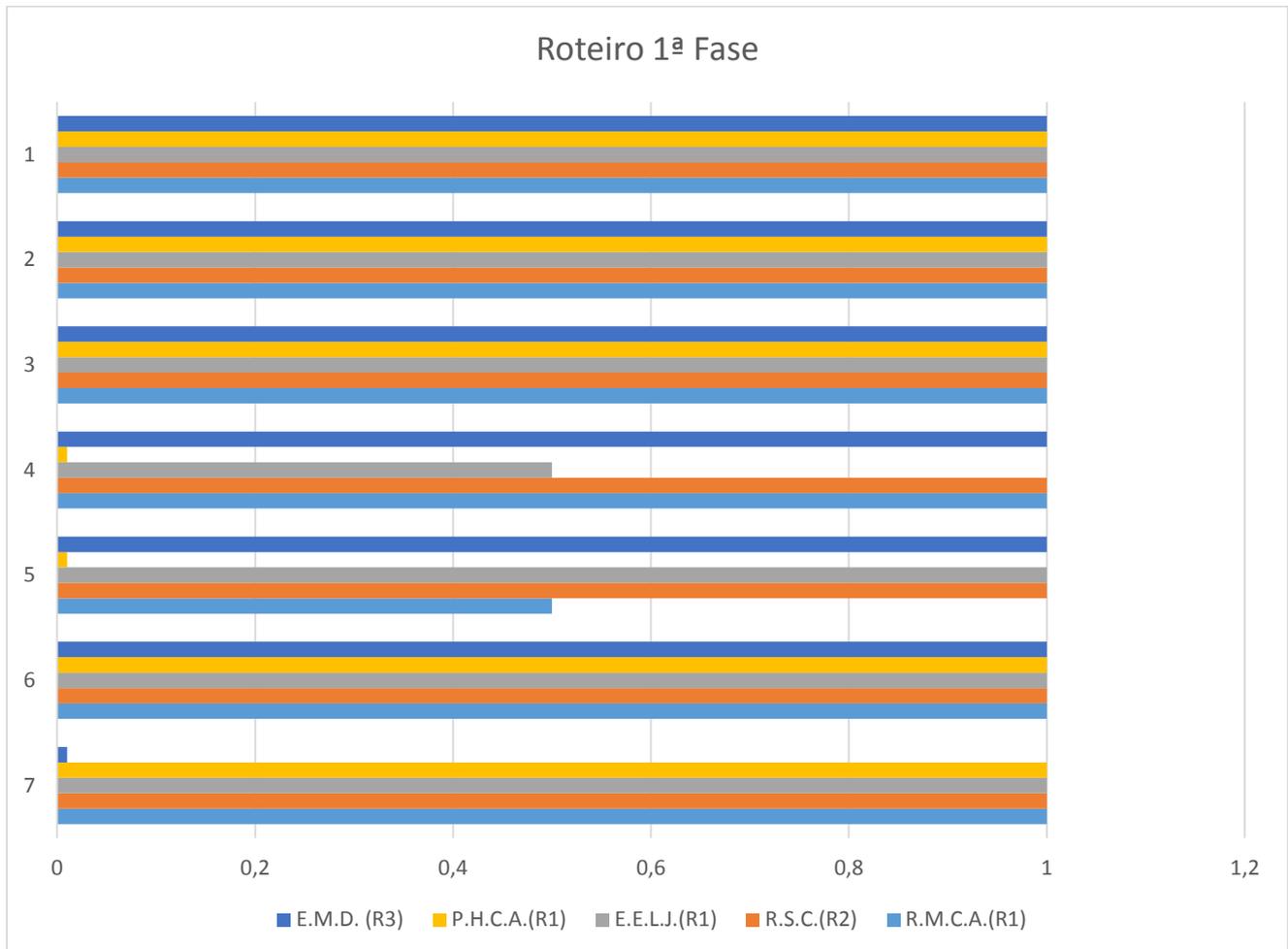
Aplicar logo após a escuta da gravação do feedback reverso do relato de caso realizado pelo Médico Residente.

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS NO SENTIDO DE OBTER SUA COLABORAÇÃO NA AVALIAÇÃO DESTA MÉTODOS COMO UM TODO, PENSANDO EM UMA FUTURA UTILIZAÇÃO EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

1. Como foi, para você, fazer o Autofeedback Gravado?
2. Pensando nos residentes da especialidade, você pensa que este método pode ajudar a formação? a identificar lacunas ou fragilidades de aprendizado no campo da Medicina de Família e Comunidade? Se sim, destacaria alguma ou algumas áreas? Comente um pouco sobre isso.
3. Como você analisa este método no sentido de ele ajudar na construção de um projeto de aprendizado mais centrado no residente? Comente um pouco sobre isso. Se possível, exemplifique com algumas situações que você já vivenciou.
4. O método de Auto-Feed Back Gravado não tem a pretensão de substituir outras formas de supervisão de consultas e sim, ser uma possibilidade complementar. De forma que gostaria de explorar um pouco sobre estas diferenças. Então se você já experimentou alguma outra forma de supervisão de consultas, comente um pouco sobre elas e as diferenças com este método.
5. O que você diria sobre o método de Autofeedback Gravado aos preceptores que vierem a aplicá-lo?
6. Em que você acha que este método por ser aperfeiçoado?

RESULTADOS QUANTITATIVOS DA APLICAÇÃO DO ROTEIRO EM CAMPO COM OS MÉDICOS RESIDENTES

Gráfico 7 – distribuição dos médicos residentes entrevistados na 1ª fase



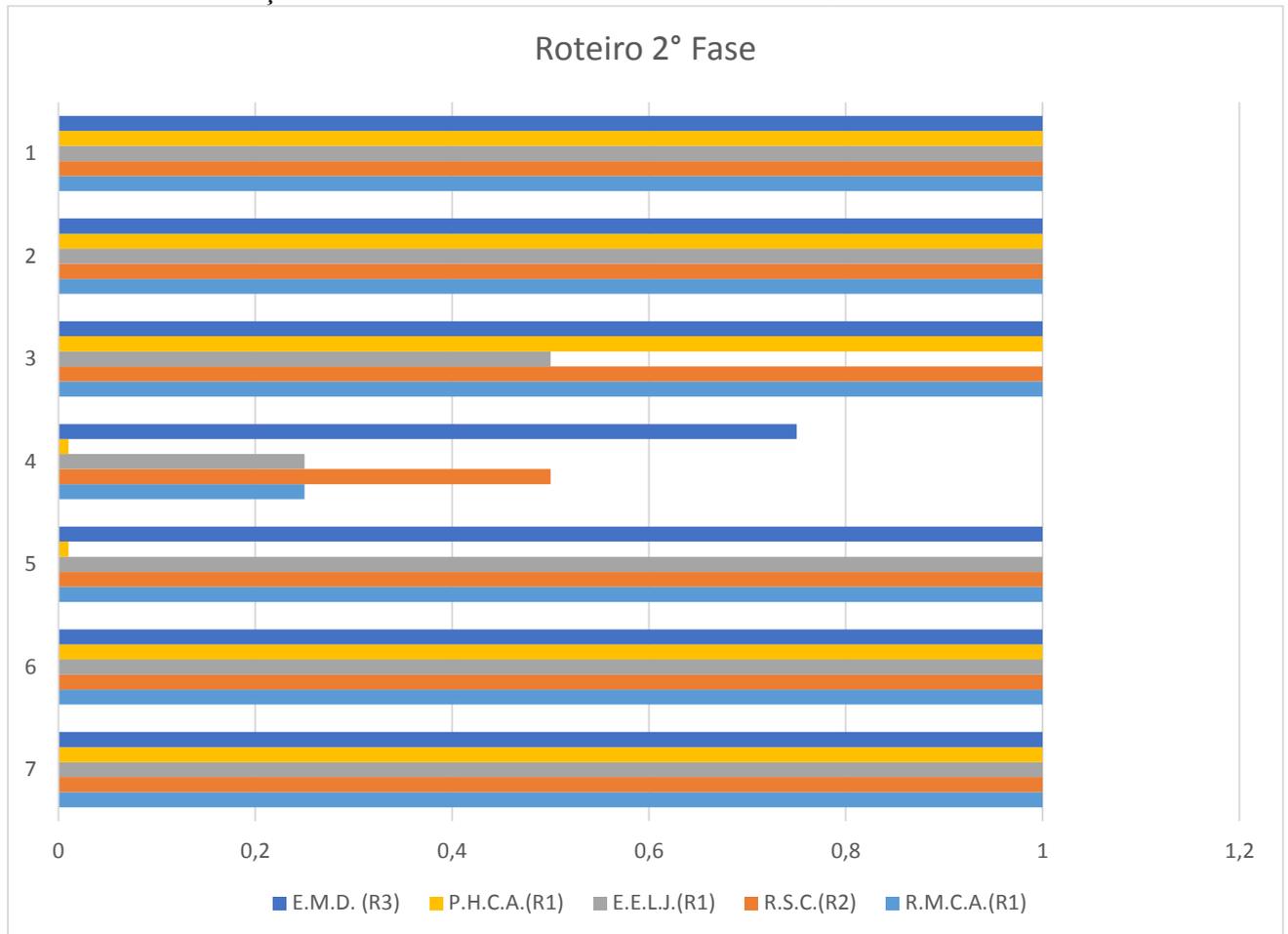
Fonte: O autor, 2022.

Obs.: no gráfico, quando há uma pequena linha, isso indica que a pergunta não foi respondida. As demais linhas, quando cheias, correspondem a perguntas consideradas 100% respondidas e, quando não cheias, correspondem a uma porcentagem avaliativa minha de perguntas que não foram completamente respondidas.

COMENTÁRIOS

As questões 4 e 5 foram as que mais não foram respondidas; a questão 7 não foi respondida.

Gráfico 8 – distribuição dos médicos residentes entrevistados na 2ª fase



Fonte: O autor, 2022.

Obs.: no gráfico, quando há uma pequena linha, isso indica que a pergunta não foi respondida. As demais linhas, quando cheias, correspondem a perguntas consideradas 100% respondidas e, quando não cheias, correspondem a uma porcentagem avaliativa minha de perguntas que não foram completamente respondidas.

COMENTÁRIOS

A questão 4 foi a que mais não foi adequadamente respondida; a questão 3 não foi adequadamente respondida apenas por um entrevistado; e, por fim, a questão 5 não foi respondida apenas por um entrevistado.

APÊNDICE C - EXPLICAÇÃO ao residente DE COMO é O AUTOFEEDBACK e a pesquisa do meu mestrado (7ª versão)

Este documento conta a história do método AFG, de como ele surgiu e foi sendo construído. Trata-se de um documento destinado apenas àqueles residentes que não conhecem a história do AFG; para aqueles que já conhecem, não seria necessário introduzir novamente o assunto.

O objetivo deste documento é permitir uma aproximação do AFG e da pesquisa de mestrado ao residente que fará o AFG de um caso clínico e participará da minha pesquisa de mestrado.

1. EXPLICANDO O AUTOFEEDBACK PARA O MÉDICO RESIDENTE

Trabalharemos com o relato de caso clínico de um paciente atendido por você ou que, de alguma forma, você tenha atendido com um preceptor e/ou um profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse caso será gravado em áudio com a sua devida autorização. Será apresentado um Termo de Consentimento Livre de Esclarecimento (TCLE), que você assinará caso concorde em participar da minha pesquisa de mestrado.

A escolha do caso a ser relatado e gravado é sua. Podemos ter como critério de escolha um caso que você considere mais relevante, podendo ser simples ou complexo. Ou pode ser algum caso que você se sinta mais à vontade para relatar e que neste momento te venha à memória e você queira compartilhar.

1.1 O PROCESSO DE GRAVAÇÕES DO AFG

Durante a gravação, você não será interrompido(a), não farei perguntas ou comentários, não farei qualquer intervenção. O máximo permitido será realizar anotações no papel, em silêncio.

Quando você sinalizar o término do seu relato, interrompereei a gravação de seu áudio. Imediatamente a seguir, escutaremos juntos o áudio do seu relato. Seguimos com as mesmas orientações, sem interrupções, comentários ou quaisquer perguntas e intervenções, sendo permitido apenas realizar anotações no papel.

Ao término da escuta do áudio, você será convidado(a) a realizar uma segunda gravação em áudio, na qual você ficará livre para fazer a complementação do relato do caso com algo que você tenha se esquecido, que você identifique como importante ou pertinente ou que você

queira realizar como um reforço para qualificar melhor o seu relato. Sinta-se livre também para fazer a sua reflexão do caso, assim como as observações pertinentes do caso relatado.

O procedimento continua o mesmo: ao seu sinal, paro de gravar e, em seguida, escutamos novamente a gravação juntos.

Esse processo de gravação e escuta pode ser repetido caso você julgue necessário.

Esgotadas as gravações, é permitido ao preceptor realizar o Feedback do seu relato de caso. Esse Feedback também será gravado e depois escutado.

Logo após a escuta de meu feedback, solicitarei que você faça um feedback reverso, que também será gravado.

2. EXPLICANDO A PESQUISA DO MESTRADO

Neste primeiro momento da pesquisa, além de aplicar o método AFG, aplicarei um roteiro de perguntas semiestruturadas. O roteiro foi elaborado e pré-testado com o objetivo de coletar informações sobre o AFG e, assim, verificar se esse método de feedback apresenta a capacidade de trabalhar os principais parâmetros esperados de um bom feedback.

2.1 ETAPAS DE APLICAÇÃO DO ROTEIRO DE PESQUISA

- a) O roteiro de perguntas foi elaborado para ser aplicado em duas fases e procurou ser o mais sensível possível como instrumento para a coleta de informações necessárias para a pesquisa de mestrado.
- b) A primeira fase do roteiro de perguntas será aplicada logo após a última escuta da última gravação do caso relatado pelo residente e quando este afirmar que não é preciso gravar mais áudios sobre o caso clínico.
- c) A segunda parte do roteiro será aplicada logo após o término do feedback reverso realizado pelo residente.
- d) O roteiro foi pré-testado antes de ser aplicado neste momento com o objetivo de ter um instrumento mais ajustado às necessidades da pesquisa. O pré-teste foi realizado com 11 pessoas, 6 preceptores do PRMFC/UERJ e 5 residentes que são supervisionados por mim na unidade de clínica da família onde trabalho.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Residentes

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: “AUTOFEEDBACK GRAVADO: ANÁLISE DE MÉTODO REFLEXIVO PARA DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA CLÍNICA DA PRECEPTORIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE”, conduzida pelo pesquisador García Alejandro Vergara Figueroa, e pela pesquisadora Maria Inez Padula Anderson, que tem como objetivos:

Descrever, analisar e aperfeiçoar um método inovador de Feedback Formativo na prática clínica da preceptoria em Medicina da Família (MFC) – Autofeedback Gravado – a partir das percepções de médicos residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Para participar, os residentes deverão estar devidamente matriculados no programa de residência, assim como, estar em dia com todas as atividades que este programa exige. Sua participação, que não é obrigatória, consistirá em realizar entrevistas individuais, semiestruturadas, gravadas e conduzidas pelo pesquisador. As entrevistas serão gravadas em áudio e buscarão uma análise do processo de Autofeedback Gravado. As entrevistas ocorrerão no mesmo dia após a aplicação do Método de Autofeedback Gravado, que consiste de uma forma de supervisão de casos clínicos, na prática ambulatorial, onde o residente realiza gravações sobre o paciente atendido e a seguir escuta essas gravações em um processo autorreflexivo e autoavaliativo de consultas realizadas. A aplicação do método de Autofeedback Gravado e as subsequentes entrevistas que avaliarão o método, serão sempre realizadas no mesmo dia do atendimento e no mesmo local. Serão entrevistados residentes do 1º, 2º e 3º anos. O residente que não cumprir os requisitos anteriores serão excluídos da pesquisa.

Caso as autoridades sanitárias determinem a suspensão das atividades ambulatoriais, a aplicação do método Autofeedback Gravado e sua subsequente entrevista de avaliação, serão realizadas por meio virtual, em horário a combinar com cada residente.

Todos os dados gravados em áudio serão armazenados de forma sigilosa pelo pesquisador, sem interferir no seu processo de trabalho e avaliação dentro do programa de residência médica. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. A recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará nenhum prejuízo a sua formação. Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. Serão excluídos desta pesquisa os residentes que tenham um vínculo direto de preceptoria com o pesquisador que realiza o trabalho, por entendermos que pode haver viés na aplicação do método e da entrevista semiestruturada.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias ao aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador, sempre que julgar necessário.

A pesquisa terá duração de três (03) meses, com o término previsto para o mês de junho ou julho do ano de 2021.

Este projeto foi aprovado em 12 de janeiro de 2021, número do CAAE: 41957020.4.0000.5259.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão referidos ao desconforto de ter sua avaliação sobre o método gravada em áudio. Neste sentido, o responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa, ficando explicitado que sua análise não afetará sua avaliação no programa de residência médica, nem tampouco, suas impressões acerca dos dados obtidos serão compartilhadas com outros preceptores.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa são os de colaborar para o desenvolvimento, análise e aperfeiçoamento de um método de feedback formativo que poderá servir para a qualificação dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, ampliando os métodos de preceptoria na prática clínica.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados, divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Seus relatos serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e seu nome não será divulgado em nenhuma fase do estudo. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou apagado após esse período.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou

a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

García Alejandro Vergara Figueroa

Pesquisador responsável

E-mail: conexaodrgarcia@yahoo.com.br Cel: 21 988658113

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo voluntariamente em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Recebi uma via assinada deste documento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Nome legível do (a) participante: _____

Assinatura do (a) participante: _____

Rubrica do Pesquisador: _____

Rubrica do Participante: _____

APÊNDICE E - Diário da transcrição dos áudios das respostas gravadas do roteiro de perguntas do pré-teste

García Vergara

APRESENTAÇÃO

Este diário é produto da transcrição de um diário gravado em áudio que realizei no momento em que fiz a transcrição das perguntas e respostas do roteiro pré-teste, realizado para construir o roteiro final para ser colocado em campo. Essas gravações correspondem aos momentos em que realizei as transcrições e não seguem uma metodologia específica, mas as angústias e ansiedades do pesquisador e atendem à demanda de registrar impressões que foram sentidas no momento da transcrição.

OBJETIVO

Realizar um diário em registro de áudio com posterior transcrição para documentar o trabalho do pesquisador e, dessa forma, contribuir com o meu trabalho de mestrado. Compartilhar um registro “vivo” de como foi a experiência pessoal de transcrição das gravações realizadas por mim.

JUSTIFICATIVA

A pesquisa qualitativa, ao contrário da pesquisa quantitativa, ainda precisa trilhar um longo caminho para que seja reconhecida como uma forma fundamental de se fazer pesquisa, sobretudo no contexto da APS. Este relato tem como função fortalecer esse processo de reconhecimento e legitimação.

PERCUSSO METODOLÓGICO

No processo de construção de um instrumento de coleta de dados (roteiro para a pesquisa), foi necessário escutar as gravações das entrevistas realizadas e fazer a transcrição de

todas elas com o intuito de avaliar e construir um instrumento mais adequado à pesquisa. Este diário é um registro como eu, pesquisador, me sentia ao escutar e transcrever as gravações do pré-teste do roteiro de coleta de dados do mestrado.

Gravar um diário de transcrição de um instrumento de coleta de dados para o meu mestrado e, assim, obter um registro de como esse processo ocorreu. As transcrições deste diário foram realizadas por um profissional capacitado para a função, com ampla experiência nesse processo e formado em letras.

RESULTADO

Registro do processo e das angústias surgidas durante o processo de transcrição dos áudios, onde o sujeito central era o médico residente e o entrevistador, por sua vez, era a mesma pessoa a transcrever o pré-teste do roteiro de pesquisa que seria utilizado na pesquisa de mestrado. A leitura desse registro mostrou, por diversa vezes, que se escutar e escutar o outro é um exercício que demanda atenção e presença para que não seja perdido o contato e o foco com o objeto de transcrição (áudios das entrevistas de pré-teste do roteiro). Essa experiência ajudou a treinar o pesquisador no sentido de trazer mais foco para o processo de escuta e de fazê-lo perceber-se como sujeito ativo da pesquisa de mestrado.

TRANSCRIÇÃO DO DIÁRIO

Áudio 1

“Diário de estudo do mestrado: escutar várias vezes a gravação no intervalo de 20 segundos, talvez?”

Áudio 2

“Processo de escuta, 12h12min, 18/04/2021, domingo. Eu estou escutando a gravação do roteiro do residente R1. Ele fala assim:

‘Porque no processo de relatar algo para alguém verbalmente...’

Eu tinha colocado algo na escrita... Na transcrição... *Porque no processo de contar algo para alguém verbalmente... É...*

Já percebi que isso acontece – ou eu omito uma palavra que não vai mudar o sentido da frase, ou eu troco palavras, quando faço a transcrição, que parece que não mudariam muito o sentido da frase. É como se... Ocupasse o mesmo espaço. O sentido da frase com construções sintáticas. Seria isso? Diferentes na hora de transcrever.”

Áudio 3

“Diário de transcrição. É um trabalho que realmente necessita de foco e de atenção, tanto na escuta como na transcrição, para não perder a linha de raciocínio que pessoa relatou no áudio. É... Que pode ser perdido na hora que você escuta. Você escuta uma palavra e é uma outra palavra que está falando ou o áudio não está totalmente bom e você não consegue compreender muito bem qual é a palavra. Ou a frase não está muito clara, ou você acha que não está muito bem e não entende e, aí, depois, você transcreve isso no papel.

No momento em que você transcreve no papel, você tem um feedback. Por quê? Porque quando você coloca no papel, você verifica a compreensão visual daquilo que é auditivo. E, aí, você consegue ir de encontro, via memória, com o encontro presencial que aconteceu com esse residente e que resultou na gravação do áudio. E, aí, você consegue fechar um ciclo de compreensão, porque de fato você consegue transformar em texto, de uma forma muito mais orgânica e próxima da realidade, aquilo que aconteceu.

É como se fosse uma fotografia – na medida em que você consegue sofisticar seu ouvido para aquilo que está sendo falado por meio do áudio, é... Isso faz com que essa fotografia fique mais nítida. No entanto, essa nitidez também depende da visualização das palavras que são transcritas no computador. E, então, digamos assim: a nitidez final, ela é dada por conta do que foi transcrito – as palavras, a ordem das palavras, as vírgulas, os tempos. O texto não consegue, como se fosse um filme, dar toda a dimensão como se fosse uma dimensão tridimensional. No entanto, ele consegue fazer com que a gente tenha uma dimensão pelo menos bidimensional e que, de certa forma, consiga transmitir uma certa emoção ou sentimento tal qual a gente faz na leitura de um livro.

O livro consegue transmitir esse sentimento, essa emoção no decorrer da narrativa. Acho que acaba acontecendo a mesma coisa no momento que transcrever, tornando mais orgânico e mais sincronizado aquilo que você viveu na hora do áudio.”

Áudio 4

“Diário de transcrição. Novamente, repito o padrão, eu que isso foi nessa consulta também. Acho que isso foi feito nessa consulta também. Aí, eu coloquei, acho que isso também foi feito nessa consulta. O certo, que ele colocou, é eu acho que isso foi feito nessa consulta também”.

Áudio 5

“Diário do roteiro. Da transcrição. Diário da transcrição. Que a música pode ajudar no momento da transcrição. Uma música calma, uma música clássica, um violino, um violão. Porque a interferência na transcrição é muito grande, por exemplo: vocês estão ouvindo aqui o alarme de um carro. Isso aqui, esse alarme está disparando há mais ou menos três ou quatro horas. Há três horas. E ele tira o foco da atenção, né? É impressionante como esses barulhos vão atrapalhando. Não sei se a música consegue harmonizar ou sincronizar a sua atenção com o áudio para poder realizar uma transcrição, é... de melhor qualidade. Quando digo de melhor qualidade, é que ela seja extremamente eficiente e eficaz, no sentido de que ela seja... rápida, mas com extrema qualidade. A qualidade também vai depender muito da velocidade. Se eu demorar muito para fazer uma qualidade, na realidade não vou conseguir fazer todas as transcrições de uma forma tranquila porque eu vou ficar extremamente cansado. E, realmente, no final do dia de ontem de sábado, eu estava exausto e não conseguia mais... Gastava muito mais energia na escuta do áudio do que agora de manhã”.

Áudio 6

“Diário do roteiro. Da transcrição. Me dá a impressão de que a minha falta de atenção se relaciona ao fato de eu não registrar algumas palavras que a pessoa fala. É como se eu a escutasse, entendesse e compreendesse e, ao transcrever diretamente, eu omitisse algumas palavras que, na realidade, não vão mudar muito o sentido. É como se eu maximizasse uma economia de palavras para dar a mesma ideia de que a gente quer dar. No entanto, como é uma

pessoa (residente) que está falando, a fala é dela, não é a minha fala. E, aí, eu preciso prestar mais atenção para não esquecer nenhuma palavra, para não perder a ordem das palavras.”

Áudio 7

“Relato de transcrição. Dia 19/04/2021, 11h08min. Transcrevendo o roteiro do R2. Do pré-teste, segunda fase. E... Uma outra coisa que eu percebi é que escuto o áudio e vou transcrever e me dou conta de que, muitas vezes, eu troco a palavra por um sinônimo. É como se eu tivesse ouvido, na realidade... Presencialmente, eu escutei o residente fazer o relato, e gravei, e, no áudio, eu me dou conta de que é... Eu troco o significado; na verdade, não troco o significado, eu troco a palavra por um sinônimo e transcrevo a frase com um sinônimo, não com a palavra que foi dita pelo entrevistado. Por exemplo, ele fala assim: “o único fator de impedimento é a pessoa não estar aberta a se ouvir”, e eu coloco: “o único fator de impedimento é a pessoa não estar disponível a se ouvir.” É como se no meu cérebro essas palavras estivessem muito juntas, né? E eu transcrevo a palavra que é mais familiar, ou a palavra que eu acho mais adequada. A palavra que eu julgo que é melhor, mas, na realidade, esse julgamento é totalmente irreal, não está dentro da realidade. O áudio me mostra isso. Mais um motivo para ficar atento, alerta e em foco na escuta do áudio.”

Áudio 8

“Diário sobre a transcrição. Importante colocar o tempo da gravação, é... que você parou de transcrever. Colocar isso na transcrição, para que você possa voltar exatamente nesse tempo e... não se perca tanto tempo procurando a gravação, né? Dentro da gravação. É... Mas também ele ajuda a rever se você acha que tem que voltar para trás para rever a transcrição, escutando o áudio e a transcrição que você fez é interessante, porque às vezes, é... São esquecidos pequenos detalhes, pequenas paradas, pequenas pausas ou até pequenas frases iniciais, que são formas de falar, mas não formas de escrever. Mas acho que elas dão um tom diferente na hora da transcrição.”

Áudio 9

“Transcrição das gravações do dia 02/05/2021, 7h. É... Tomar cuidado ao escutar a gravação e transcrever, no sentido de que a gente acaba transcrevendo aquilo que acha que está ouvindo, ou quer ouvir, ou que pensa que ouviu, mas de fato não foi aquilo que foi falado.”