

O que dizem os egressos de residências em saúde sobre a presença da comunicação na formação especializada em saúde¹

Irene Rocha Kalil²
Adriana Cavalcanti de Aguiar³
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ
Elisangela Aparecida da Silva Lizzi⁴
Universidade Tecnológica Federal do Paraná, PR

RESUMO

A formação especializada em saúde é um processo contínuo, que requer aperfeiçoamento ao longo de toda a carreira. Como neste campo o trabalho tem importante componente interacional e interpessoal, nosso objetivo foi conhecer experiências de egressos de residências acerca da aprendizagem da comunicação, considerando tempo de formado, tipo de residência e sexo. A pesquisa revelou dados sobre a preparação para a comunicação com pacientes, familiares e membros da equipe e as oportunidades oferecidas durante o curso, contribuindo para melhorias no currículo da formação especializada em saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Residências em Saúde; Comunicação; Currículo; Competências; Formação.

¹ Trabalho apresentado no GP Comunicação, Divulgação Científica, Saúde e Meio Ambiente, XIX Encontro dos Grupos de Pesquisas em Comunicação, evento componente do 47º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

² Pesquisadora do Laboratório de Comunicação e Saúde (Laces) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) e docente permanente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS).

³ Docente permanente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS).

⁴ Professora adjunta e pesquisadora da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, campus Cornélio Procopio, Paraná.

Introdução

A formação especializada em saúde é um processo contínuo, que requer aperfeiçoamento ao longo de toda a carreira. Considerando que o trabalho em saúde tem importante componente interpessoal, torna-se indispensável a reflexão sobre o lugar da comunicação na formação profissional, uma vez que a comunicação é componente intrínseco das interações, favorecendo situações de negociação de sentidos nas quais “os motivos, os objetivos e os procedimentos podem variar indefinidamente, mas o processo de compartilhamento aparece sempre como um modo de enfrentar, resolver ou fazer agir criativamente as diferenças” (Braga, 2017, p. 20). Nessa direção, e tomando o direito à comunicação como indissociável do direito à saúde (Stevanim; Murinho, 2021), é necessário ampliar a capacidade de escuta e negociação de sentidos nas práticas de cuidado (Araújo; Cardoso, 2013), o que só se efetiva com mudanças na formação.

No âmbito dos cursos de graduação, a comunicação é uma das seis “competências ou habilidades gerais” do egresso desde a homologação das primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), em 2001. Na revisão das DCN para Cursos de Graduação em Medicina (Brasil, 2014), a abordagem da comunicação foi complexificada⁵, demandando presença transversal no currículo médico (Aguilar et al., 2017).

Analisando a incorporação das habilidades de comunicação nos cursos em saúde, Grosseman et al. (2014) destacam “progressivo descontentamento da população com a atenção à saúde” (p. 7), que acabou gerando um aumento de processos por erro de conduta, decorrentes, muitos deles decorrentes da “insatisfação com a qualidade da comunicação do médico ou da equipe de saúde” (p. 7). Por outro lado, surgem evidências de desfechos positivos relacionados à boa relação comunicativa, como menor permanência hospitalar e maior satisfação com o atendimento recebido (Grosseman et al., 2014).

Dada a importância da residência para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para o adequado exercício profissional, o presente artigo teve como objetivo destacar a concordância de egressos sobre terem sido preparados para se

⁵ Em 2014, nova versão das DCN para cursos de Medicina foi homologada pelo CNE, aprimorando a definição de competência, não mais apresentada como sinônimo de habilidade.

comunicar adequadamente com pacientes e familiares e com membros das equipes e terem experimentado oportunidades para desenvolver a competência comunicacional⁶.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa com abordagem multimétodos, da qual apresentamos aqui resultados do recorte analítico quantitativo de um desenho de estudo do tipo transversal, ou seja, que traz um recorte estático situacional⁷. O procedimento de obtenção da amostra foi com janela de coleta de dados, realizada entre novembro de 2022 e agosto de 2023, com envio sistematizado do link do questionário eletrônico para grupos específicos de residência no Brasil. Podiam preencher egressos de quaisquer residências, desde que aceitando o termo de consentimento livre e esclarecido, consolidando-se assim um procedimento amostral do tipo *snowball*. Foi obtida uma amostra de 1260 respondentes validados com abrangência no território nacional.

O questionário incluiu perguntas de múltiplas respostas e de escala de valores tipo likert (com quatro itens), além de duas perguntas abertas⁸. A temática da comunicação foi abordada em três questões de escala de valores, nas quais o egresso deveria assinalar seu grau de concordância com as afirmativas “Minha residência me preparou para “Comunicar-me adequadamente com pacientes e familiares” e “Comunicar-me adequadamente com os membros das equipes de saúde”; e, sobre as oportunidades que teve durante a residência, “Desenvolvi habilidades de comunicação”.

A descrição das informações quantitativas utilizou frequência absoluta, frequência relativa (%) e gráficos de barras ilustrativos. Para os dados em escala likert, adotou dicotomização agrupando percepções positivas (“concordo inteiramente” e “concordo parcialmente”) e negativas (“discordo parcialmente” e “discordo inteiramente”), para obter desfecho binário e possibilitar o uso de modelos de regressão logística com objetivo de comparar covariáveis que são potenciais confundidoras: sexo,

⁶ “Embora utilizadas como sinônimos, a competência difere da habilidade, pois implica a capacidade de interpretar elementos de diferentes contextos e lançar mão de condutas de acordo com especificidades da prática (Aguiar et al., 2017). No entanto, utilizamos a nomenclatura habilidade por ser mais prevalente na literatura (Aguiar; Kalil, 2024).

⁷ Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz (CAAE 63264722.4.0000.5241).

⁸ As perguntas abertas foram “Como avalia a formação obtida na residência para o trabalho na sua especialidade?” e “Se desejar, acrescente informações adicionais relevantes que não foram abordadas no questionário.”, tendo sido obtidas cinco respostas tratando espontaneamente a comunicação, como será relatado adiante.

tipo de residência (médica, multiprofissional, uniprofissional), tempo de formação (Grupo 1: mais tempo de formado - 2013 e anterior; Grupo 2: intermediário – entre 2014 e 2019; e Grupo 3: menos tempo de formado - 2020 a 2023). Obtivemos a métrica *oddsratio* ajustado, em todas as análises, considerando um nível de significância de 5%. O software de apoio foi o SAS *on demand* (versão online).

Resultados e discussão

Figura 1: Gráficos das questões sobre a comunicação em escala likert, com base na afirmativa “Eu considero que minha residência me preparou para”

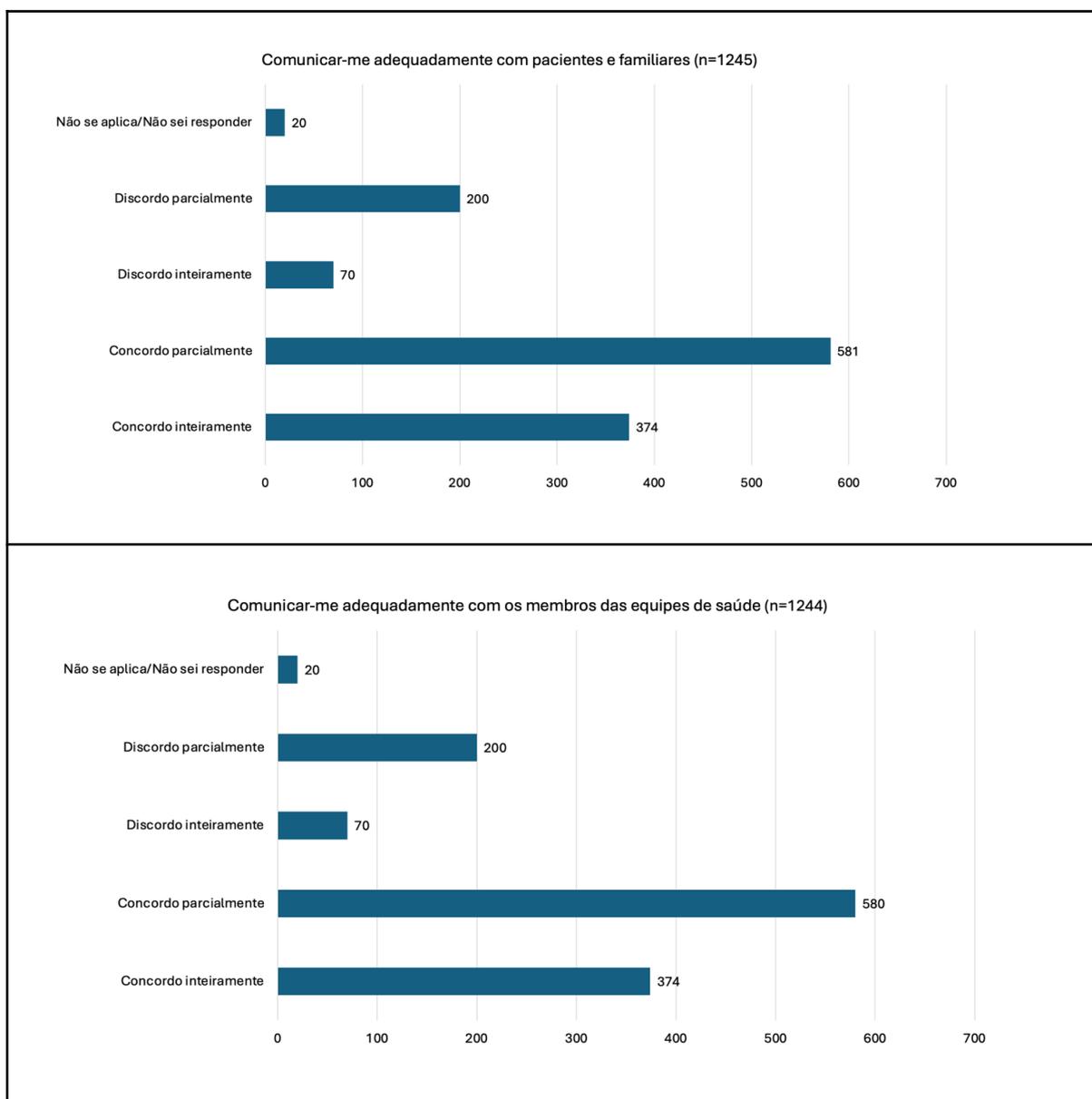
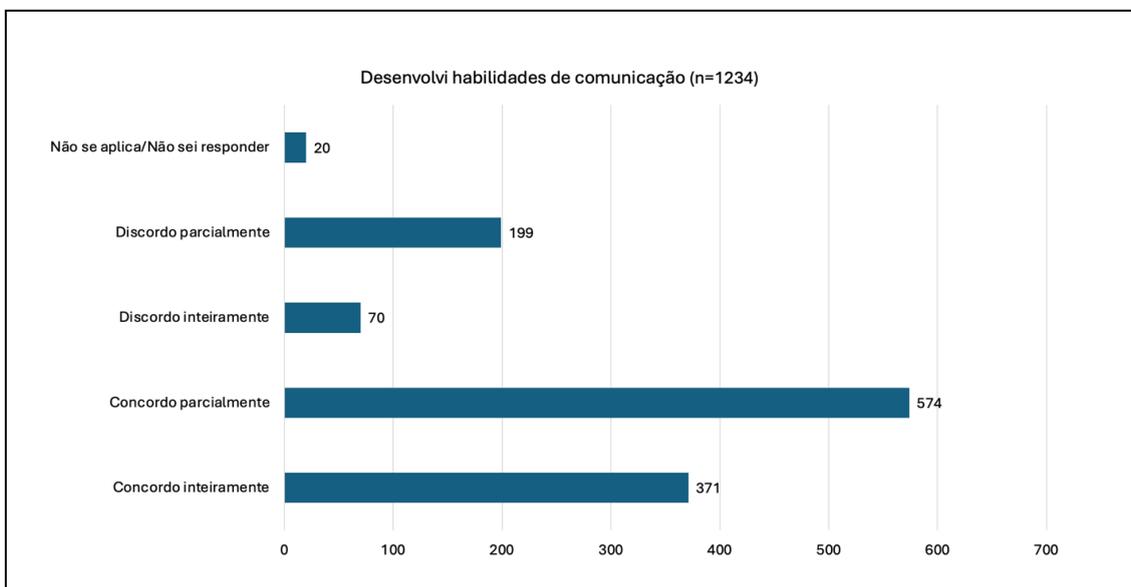


Figura 2: Gráfico da questão sobre a comunicação em escala likert, com base na concordância em relação às oportunidades que teve durante a residência



Na comparação da percepção sobre a comunicação adequada com pacientes e familiares por tempo de formação, os egressos mais antigos (2013 e anterior) manifestaram menor grau de concordância sobre a residência tê-los preparado para comunicar-se adequadamente com pacientes e familiares do que os egressos do grupo intermediário (2014 a 2019) (OR=0,54/IC 0,31/0,96).

Na comparação por tipo de residência, egressos de Residência Uniprofissional (OR= 3,67/IC 1,30;10,38) e de Residência Multiprofissional (OR=2,70/IC 1,56;4,69) manifestaram maior concordância que os respondentes da Residência Médica. Ou seja, egressos médicos concordaram menos que a residência os tenha preparado para comunicar-se adequadamente com pacientes e familiares. Quanto ao sexo, as mulheres manifestaram maior concordância que os homens sobre a residência tê-las preparado para comunicar-se adequadamente com pacientes e familiares (OR=0,59/IC 0,38; 0,93).

Acerca da comunicação com membros das equipes de saúde, os egressos do grupo intermediário foram os mais concordantes sobre terem sido preparados para se comunicar adequadamente (OR=1,10/IC 0,60/2,02); e os egressos de Residência Médica manifestaram menor concordância sobre a residência tê-los preparado para se comunicar adequadamente quando comparados com os da Residência Multiprofissional (OR=2,08/IC 1,23; 3,50 [RmultixRmed]). Não apareceu evidencia de diferença

estatística na comparação entre a Residência Médica e Uniprofissional, nem entre Multiprofissional e Uniprofissional. O mesmo se observou em relação ao sexo dos respondentes e tempo de formado.

Além das variáveis acima sobre a preparação obtida na residência, investigamos a existência de oportunidades concretas que a residência tenha oferecido ao respondente. O grupo com menos tempo de formado (OR=0,49/IC 0,26; 0,93 [Gr1 x Gr3]) e o grupo intermediário (OR=0,49/IC 0,25;0,97 [Gr1xG2]) referem maior concordância com ter tido oportunidades de desenvolver habilidades de comunicação na residência. Os egressos da Residência Multiprofissional mostraram cerca de três vezes maior concordância quanto às oportunidades que lhes foram oferecidas para desenvolverem suas habilidades de comunicação na residência quando comparados aos da Residência Médica, (OR=3,33/IC1,68;6,63); e os egressos da Residência Uniprofissional se mostraram cerca de duas vezes mais concordantes do que os da Residência Médica (OR=2,23/ IC 0,86;5,83). Não se observou evidência de diferença estatística entre os sexos.

A comunicação apareceu em cinco comentários nas perguntas abertas, todos eles feitos por pessoas do sexo feminino, sendo três críticas ao ensino (“*poucas disciplinas do eixo da psicológica que era úteis na residência (ex. luto, comunicação, mediação de conflitos)*”; insuficiente abordagem de “*como mediar conflitos de pais e filhos e nas habilidades de comunicação*”; “*sem preparo dos residentes para habilidade de comunicação, acolhimento e escuta do paciente*”) e uma à gestão (“*Coordenação com péssima relação com os residentes, grosseiros, falta de cuidado na comunicação*”). Somente uma respondente elogiou a formação em Medicina de Família e Comunidade pelo uso de simulações e do Método Clínico Centrado na Pessoa, definido como “*um debruçar sobre a consulta e ter uma análise crítica de comunicação verbal e não verbal e também das contratransferências que a todo tempo podemos criar com os pacientes*”.

Os dados mostram informações relevantes em relação à percepção dos egressos sobre a preparação oferecida durante a residência em termos de comunicação. Egressos de períodos mais recentes tendem a expressar maior concordância em relação à preparação para a comunicação com pacientes, familiares e membros da equipe de saúde, em comparação com aqueles de períodos mais antigos; e egressos de Residências Uniprofissionais e Multiprofissionais tendem a concordar mais com a preparação em

comunicação do que os de Residência Médica. Indicam, ainda, uma disparidade de gênero, com mulheres manifestando maior concordância com a preparação para comunicação em comparação com homens. Acreditamos que as mulheres terem reportado se sentirem mais preparadas pela residência para se comunicarem com pacientes e familiares pode estar relacionado ao fato de, culturalmente, serem mais estimuladas ações de comunicação no que tange à disposição para a escuta, o acolhimento e a empatia (Cotta et al., 2020).

Os egressos da Residência Médica são os que consideram ter tido menos oportunidades de desenvolver habilidades de comunicação na residência, o que reforça a necessidade do desenvolvimento da competência da comunicação nas especialidades médicas (Aguilar; Kalil, 2024). É provável que o grupo formado há mais tempo tenha tido menos oportunidades de desenvolver habilidades de comunicação durante a residência, em consonância com a crescente incorporação do ensino das chamadas habilidades de comunicação nos currículos de graduação e pós-graduação (Grossemann et al., 2014) no Brasil e em todo o mundo.

Conclusões

Nossos resultados sugerem uma compreensão crescente sobre a importância de o profissional de saúde especialista desenvolver interesse nos sentidos atribuídos pelo Outro, o interlocutor no processo de comunicação - paciente, familiar ou membro da equipe. Por outro lado, tal perspectiva sobre a comunicação nas relações que se estabelecem nos serviços está mais difundida em determinadas formações do que em outras. Para além de instrumento, técnica ou ferramenta, a comunicação precisa ser compreendida como estruturante das práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C.; KALIL, I. R. A comunicação como temática na literatura sobre residências em saúde no Brasil. In: AGUIAR, A.C. (Org). Residências em saúde no Brasil: uma revisão de escopo. Rio de Janeiro: Appris, 2024. p. 157-169.

AGUIAR, A. C. de. et. al. Análise crítica das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Medicina: a concepção de comunicação, cultura e contextos. In: D'AVILA, C.; TRIGUEIROS, U. (org.). Comunicação, mídia e saúde: novos agentes, novas agendas. Rio de Janeiro: Luminatti, 2017. p. 115-139.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: PINHEIRO, Roseni et. al (Orgs.). Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS-UERJ, Abrasco, 2013, p. 211-224.

BRAGA, José Luiz. Dispositivos interacionais. In: BRAGA, José Luiz et al. (Orgs.). Matrizes interacionais – A comunicação constrói a sociedade. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 17-41.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view> . Acesso em: 11 mar. 2024.

COTTA FILHO, C. K. et al. Cultura, ensino e aprendizagem da empatia na educação médica: scoping review. Interface (Botucatu), Botucatu, SP, v. 24, p. 1-15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180567>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BVCVCQmsbC7ZZft3kJR5Xjj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 dez. 2023.

GROSSEMAN, Suely; LOURES, Leandro Francisco Moraes; MARIUSSI, Ana Paula; GROSSMAN, Eloisa Grossman; MURAGUCHI, Evelin Massae Ogatta. Projeto Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde: uma Trajetória Inicial. Cadernos da ABEM, v. 10, p. 7-12, 2014.

STEVANIM, Luiz Felipe; MURTINHO, Rodrigo. Direito à Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.