

O uso do Miniex como ferramenta de *feedback* continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde

The use of Miniex as a continuous feedback tool for a family and community medicine resident in internship at primary health care

El uso de Miniex como herramienta de feedback continuado para residente de medicina de familia y comunidad en práctica en la atención primaria a la salud

Artur Oliveira Mendes
Luara Brandão Viveiros

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. gorutubano@yahoo.com.br (*Autor correspondente*); luarabv@gmail.com

Resumo

Introdução: A consulta é central no trabalho do médico de família e comunidade. A avaliação da *performance* do residente e discussões acerca da adequada condução deve ser estimulada. **Objetivo:** Discutir sobre o uso do Miniex para avaliação sequenciada de *performance* do residente durante consultas. **Métodos:** Explanção sobre as discussões teóricas acerca do desenvolvimento de consulta médica seguidas de aplicação do Miniex com avaliação focada nas competências esperadas do médico de família e comunidade. **Discussão:** Manuais de programas de residências e associações relacionadas têm por vezes citado o Miniex como possibilidade de avaliação do residente, mas não orientam seu uso sistematizado, o que poderia deixar pouco eficiente e descolada sua aplicação. Ademais, pouca discussão existe sobre a interpretação dos componentes do método e o modelo esperado de consulta ideal nas diferentes especialidades. **Conclusão:** O Miniex é potente instrumento de mudança, mas seu uso deve apontar para um modelo profissional e ser estimulado ao longo de todo o programa de residência.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Feedback Formativo; Internato e Residência; Medicina de Família e Comunidade

Como citar: Mendes AO, Viveiros LB. O uso do Miniex como ferramenta de feedback continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1580](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1580)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 28/07/2017.
Aprovado em: 07/02/2018.

Abstract

Introduction: The consultation is central in the work of the family doctor. The assessment of the resident's *performance* and discussions about right guidance should be encouraged. **Objective:** To discuss the use of Miniex to evaluate the resident's sequenced *performance* during consultations. **Methods:** Explanation about the theoretical discussions about the development of medical consultation followed by application of Miniex with evaluation focused on the expected competencies of the family and community doctor. **Discussion:** Manuals of residential programs and related associations have sometimes cited the Miniex as a possibility of evaluation of the resident but do not guide their systematic use, which could leave little efficient and detached its application. In addition, little discussion exists on the interpretation of the components of the method and the expected model of ideal consultation in the different specialties. **Conclusion:** Miniex is a powerful tool for change but its use should point to a professional model and be stimulated throughout the residency program.

Keywords: Health Education; Formative Feedback; Internship and Residency; Family Practice

Resumen

Introducción: La consulta es central en el trabajo del médico de familia y comunidad. La evaluación del *desempeño* del residente y las discusiones sobre la adecuada conducción debe ser estimulada. **Objetivo:** Discutir sobre el uso de Miniex para la evaluación secuenciada de *desempeño* del residente durante las consultas. **Métodos:** Explanación sobre las discusiones teóricas sobre el desarrollo de consulta médica seguida de aplicación del Miniex con evaluación enfocada en las competencias esperadas del médico de familia y comunidad. **Discusión:** Los manuales de programas de residencias y asociaciones relacionadas tiene a veces citado el Miniex como posibilidad de evaluación del residente, pero no orientan su uso sistematizado, lo que podría dejar poco eficiente y despegado su aplicación. Además, poca discusión existe sobre la interpretación de los componentes del método y el modelo esperado de consulta ideal en las diferentes especialidades. **Conclusión:** Miniex es un potente instrumento de cambio pero su uso debe apuntar a un modelo profesional y ser estimulado a lo largo de todo el programa de residencia.

Palabras clave: Educación en Salud; Retroalimentación Formativa; Internado y Residencia; Medicina Familiar y Comunitaria

Introdução

A consulta assume papel central no trabalho médico. Nos dizeres de Spencer, trata-se do "...momento em que, na intimidade do consultório, uma pessoa que está ou se julga doente procura o conselho de um médico em quem confia. Isto é uma consulta e, na prática médica, tudo o mais deriva dela".¹

Nas especialidades eminentemente clínicas, como é o caso da medicina de família, este espaço de trocas adquire protagonismo por se converter em processo de negociação das estratégias e entendimentos sobre o problema apresentado e dos rumos que serão escolhidos para o cuidado.

Apesar disso, não raramente, a consulta é compreendida em alguns espaços apenas como meio pelo qual são definidos problemas e terapêutica, sem atenção aos processos para seu adequado funcionamento. Ao invés de centralidade, orbita como mera fase para condutas, não tendo explorado o seu potencial na construção destas (inclusive para evitar os riscos de condução de percursos assistenciais danosos).^{2,3} Como uma dança, a consulta precisa de ritmo e assertividade para um bom resultado final.

A residência médica, no campo da educação médica, é o padrão-ouro para aperfeiçoamento profissional. Na medicina de família, atendendo uma necessidade social e de mercado, vem ocorrendo um aumento das vagas oferecidas e muito trabalho tem sido dispendido na capacitação de preceptores e na orientação das melhores estratégias de formação. Neste sentido, os esforços da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) têm permitido a construção de diretrizes e estimulado cursos diversos, sendo dada atenção especial aos modelos de avaliação.

Estratégias de *feedback* permitem rever práticas e adotar condutas mais favoráveis, levando ao aumento da competência através de um processo avaliador/formador.⁴ É habilidade essencial para

preceptores e residentes, citada inclusive no Currículo Baseado em Competências, documento também elaborado pela SBMFC.

Por mais de cinco anos o estágio em atenção primária, que hoje acontece no Centro de Saúde Marco Antônio de Menezes, em Belo Horizonte/MG, procura promover discussões e revisões sobre o processo da consulta médica. Contudo, não vinha sendo usado um instrumento sistematizado para avaliação dos atendimentos.

Dentre as ferramentas de *feedback* disponíveis para avaliar competências em consulta, destaca-se o Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex), uma escala desenvolvida pelo *American Board of Internal Medicine* (ABIM), já consagrado pelo uso.⁵

Este artigo tem como objetivo discutir experiência de uso de *feedback* sequencial com o uso do Miniex durante estágio de atenção primária da da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (MFC/HC-UFMG), bem como refletir sobre o instrumento e o preparo do ambiente visando à melhoria de *performance* do residente nos seus atendimentos.

Métodos

Para avaliar o processo de consulta, é preciso antes balizar os entendimentos de preceptor e residente acerca do tema. Desta feita, o estágio se inicia com avaliação das expectativas e conhecimentos prévios do residente.

Em seguida, já ao longo dos atendimentos na primeira semana, é levada adiante discussão acerca dos estudos de Balint e das categorias de análise por ele formuladas para refletir acerca dos mecanismos que agem durante uma consulta médica. A compreensão do papel do médico enquanto droga, da organização da doença, da oferta da doença, do conluio do anonimato e da função apostólica acontece usando os próprios atendimentos como exemplo e material de debate.^{6,7}

Na segunda semana, o Método Clínico Centrado na Pessoa⁸ serve para orientar as discussões. Mais uma vez, as consultas realizadas pelo residente e preceptor são usadas como exemplos para as conversas.

Na semana seguinte, a consulta é segmentada e avaliada seguindo os Sete Passos da Consulta, descritos por Vítor Ramos.⁹ Nesta fase são estabelecidas metas de tempo de duração para cada fase, em comum acordo entre preceptor e residente e a discussão segue a partir de observações diretas (acompanhando a maioria das consultas).

São apresentados ainda os conceitos de itinerário terapêutico e cartografia da saúde, atentando também para o fato de que muitos sintomas e necessidades trazidas pelas pessoas no atendimento são parte de sua vida, nem sempre de um processo de adoecimento, o que poderia confundir o profissional mais afoito e gerar uma cascata de condutas equivocadas (prevenção quaternária).^{2,3} Por todo o tempo do estágio acontecem, pontualmente, discussões sobre modelo de entrevista motivacional e mecanismo de mudança de comportamento, além de ferramentas verbais e não verbais de comunicação.

Até o segundo semestre de 2016, a avaliação das consultas se dava a partir dos pontos elencados acima. Muitas consultas eram submetidas à observação direta do preceptor e a *performance* era então avaliada sob a ótica das conversas realizadas.

Atualmente, logo após estas conversas (que ocorrem durante o primeiro mês de estágio) segue-se avaliação semanal da *performance* da consulta através do Miniex, organizando assim um *feedback* roteirizado e sequencial para avaliação do progresso do residente, já conhecedor então de um arsenal de estratégias e amadurecimentos para serem usadas nos atendimentos (aperfeiçoando o trabalho de acompanhamento que vinha sendo realizado).

Feedback

No ensino, *feedback* é conhecido como o processo de reflexão (“retorno”) sobre uma prática a partir de um observador independente. Uma vez que tem caráter formativo, uma metodologia foi estabelecida para o mesmo, envolvendo respeito ao interlocutor, segurança e confiança. Deve ser fornecido sem críticas vazias, procurando, ao invés disso, insistir nos aspectos positivos e em propostas para melhora do desempenho. Deve ser encarado como um processo que impacta tanto no professor quanto no aluno, permitindo rever conceitos e aprimorar habilidades de ambos.⁴

Miniex

O Miniex consiste num instrumento de observação direta de desempenho durante consulta, desenvolvido no formato de um formulário preenchido pelo observador, que procura avaliar seis competências clínicas nucleares: competências na entrevista, competências no exame físico, qualidades humanísticas, raciocínio clínico, competências de aconselhamento e organização. De simples e rápida aplicação, permite assim roteirizar apontamentos no *feedback*.⁵⁻¹⁰

Cada competência é avaliada e registrada no formulário com valores com vistas a classificar o desempenho do residente em insatisfatório (1 – 3), satisfatório (4 – 6) e superior (7 – 9). No Miniex utilizado durante estágio de atenção primária do Hospital das Clínicas da UFMG foi acrescentado, ainda, o valor 10 para desempenho excepcional. Além das seis competências, há a categoria de competência clínica geral, avaliada pela média das notas dadas nos itens anteriores.

A aplicação do Miniex realiza-se em dois momentos distintos de interação:¹⁰ a fase de observação do residente pelo preceptor seguida do *feedback* imediato realizado por este. No momento do *feedback* o residente é questionado se está confortável para realização do mesmo. Inicialmente, deve falar de sua experiência nessa consulta, como se sentiu nesse encontro com o paciente e como avalia suas potencialidades e dificuldades. A seguir, o preceptor faz sua avaliação utilizando-se do formulário, aponta o que julgou positivo e o que necessita de aprimoramento. Ao fim do *feedback*, preceptor e residente registram no formulário qual o grau de satisfação com a aplicação do instrumento.

A Figura 1 apresenta o Miniex adaptado usado no estágio. Abaixo segue-se explicação dos tópicos.

Cabeçalho: no início da ficha consta identificação do residente, preceptor e as características do caso em questão. Deve ser marcado se o atendimento é na modalidade ambulatorial ou em visitas domiciliares (uma vez que são ambientes com facilidades e dificuldades diversas) e se é primeira consulta no serviço ou subsequente. Com relação à identificação do paciente, usar apenas as iniciais dos nomes, idade e sexo. Sobre a complexidade do caso, pacientes em avaliação de rotina sem condições crônicas são de complexidade leve. Pacientes com condições estabilizadas são moderados. Pacientes com multimorbidades clínicas descompensadas são altamente complexos.

| Mini-Ex Geral do programa de Residência em Medicina de Família do Hospital das Clínicas da UFMG | | | |
|---|----------------------|---|--|
| <i>Residente:</i> | | | |
| <i>Preceptor:</i> | | <i>Situação: ambulatório VD</i> | |
| <i>Data:</i> | | <i>Modalidade da consulta: primeira vez retorno</i> | |
| <i>Paciente:</i> | <i>idade:</i> | <i>Complexidade: baixa média alta</i> | |
| 1- Habilidades de entrevista clínica | | | |
| 1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9 10 | |
| insatisfatória | satisfatória | superior | |
| 2- Habilidades de exame físico | | | |
| 1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9 10 | |
| insatisfatória | satisfatória | superior | |
| 3- Qualidades humanísticas/profissionalismo | | | |
| 1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9 10 | |
| insatisfatória | satisfatória | superior | |
| 4- Julgamento clínico | | | |
| 1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9 10 | |
| insatisfatória | satisfatória | superior | |
| 5- Habilidades de aconselhamento | | | |
| 1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9 10 | |
| insatisfatória | satisfatória | superior | |
| 6- Organização/eficiência | | | |
| 1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9 10 | |
| insatisfatória | satisfatória | superior | |
| 7- Competência clínica geral | | | |
| 1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9 10 | |
| insatisfatória | satisfatória | superior | |
| TEMPO DE OBSERVAÇÃO: | minutos | | |
| Evolução com a satisfação do preceptor com a aplicação com o Mini-Ex | | | |
| Baixa | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Alta | |
| Evolução da satisfação do residente com o Mini-Ex | | | |
| Baixa | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Alta | |
| RESIDENTE | | PRECEPTOR | |

Figura 1. Ficha de avaliação do Miniex.

Habilidades de entrevista clínica: trata-se da organização da consulta em fases, seguindo os passos previamente discutidos no estágio. Avalia-se aqui a capacidade de fazer perguntas adequadas no tempo adequado e se o residente observa as pistas verbais e não verbais na conversa. Sabe-se que, no dia-a-dia, as pessoas organizam a consulta conforme necessidades do momento e escolhas próprias. Contudo, para fins de treinamento e desenvolvimento de autopercepção, o rigor de uma sequência é fundamental e este cuidado é que é posto à prova neste tópico.

Habilidades de exame físico: é o conhecimento e uso de rotina adequada de exame físico para a situação em atendimento. O exame é direcionado para a queixa (não se trata de avaliar toda a competência semiológica do residente), pois há o risco de se perder em informações desnecessárias ou que só prejudiquem o itinerário terapêutico. Observa também se o examinador está atento ao bem-estar do paciente durante as manobras.

Qualidades humanísticas/profissionalismo: o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), assim como as reflexões de Balint, elucidam o que está sendo discutido neste tópico. Portanto, aqui é avaliada a atenção do residente a estes pontos e se é consciente do seu uso durante o atendimento. Avalia, ainda, se demonstra respeito às crenças e opiniões do paciente e empatia com o mesmo.

Julgamento clínico: trata-se das decisões sobre a condição de saúde da pessoa que está sendo consultada, o diagnóstico e a decisão terapêutica. Aqui, tanto quanto em outros momentos, é possível levantar falhas e necessidades de aprimoramento teórico e é importante fazer menção a respeito no *feedback*.

Habilidades de aconselhamento: avaliação da *performance* no tocante à exploração da experiência da doença e formulação de plano comum de manejo. Observa habilidade em dar notícias e usar, quanto necessário, apontamentos em entrevista motivacional e compreender a espera permitida nos processos de mudança de comportamento.

Organização/eficiência: tempo dispendido na consulta e habilidade de organizar o itinerário do paciente, priorizar problemas e elencar oportunidades para gestão do cuidado. A avaliação do tempo de consulta não é rígida, posto que não há consenso sobre a duração adequada. Existem, ainda, as particularidades de cada situação, o que exige flexibilidade. Contudo, o residente deve demonstrar agilidade progressiva e capacidade de se adaptar às necessidades da pessoa em atendimento e do serviço onde ocorre o mesmo, uma vez que consultas demasiado longas não refletem necessariamente eficiência e nem eficácia do profissional. Há espaço na ficha para preenchimento do tempo de consulta (no formato aplicado na residência de MFC/HC-UFMG o preceptor acompanha todo o desenrolar do atendimento).

Competência clínica geral: média aritmética das avaliações anteriores

Evolução da satisfação: ao final do *feedback*, este tópico é preenchido para entender se preceptor e residente estão à vontade e satisfeitos com o uso do método. Insatisfação progressiva deve direcionar a necessidade de repensar o modelo de avaliação.

Discussão

Como já comentado, os autores consideram importante que o Miniex não seja aplicado logo nos primeiros contatos entre preceptor e residente. Uma vez que a construção de um vínculo e uma relação de

confiança são fundamentais para um *feedback* adequado, investir no conhecimento mútuo, neste primeiro momento, evita desgastes futuros e torna mais proveitosa a discussão.

Assim que é estabelecida uma parceria, a discussão teórica comentada nos tópicos anteriores permite equalizar entendimentos e amadurecer, a partir da experiência de ambos, como melhor conduzir o itinerário terapêutico do paciente e coordenar seus cuidados a partir dos encontros nas consultas. A construção, compartilhada, de um modelo de atuação é que orientará a aplicação do Miniex, apontando assim o modelo profissional e de atuação esperado durante o estágio.

O nível de complexidade (registrado na ficha do instrumento) do paciente avaliado estabelece metas diferentes para o atendimento. Cada nova consulta acaba por direcionar metas relacionadas a aspectos diferentes da *performance*. Em certos momentos o alerta dado é em relação ao tempo gasto e em outros o foco passa a ser compreender a importância de explorar a experiência da doença no contexto das competências de comunicação e em muitos, ainda, a importância do apuro técnico nas habilidades clínicas.

O *feedback* roteirizado, realizado imediatamente após a aplicação do Miniex, reflete sobre os pontos frágeis percebidos na autoavaliação do residente e na observação guiada do preceptor, o que indica os objetivos que são pactuados como prioridades para aperfeiçoamento nas próximas aplicações da ferramenta. Dessa forma, o decorrer do estágio é feito de forma individualizada para o residente em questão, buscando sempre como modelo o ensino centrado no residente.

Embora a ficha tradicional do Miniex estabeleça um campo para indicar o foco da avaliação, aos autores este formato parece artificial e foi suprimido, uma vez que durante a entrevista é que as possibilidades de análise da atuação do médico se tornam mais evidentes. Talvez isto se deva ao fato do Miniex originalmente ter sido concebido para uso em enfermaria hospitalar, onde o quadro clínico já está estabelecido. Em visitas domiciliares e ambulatoriais, contudo, a condição de saúde só se torna clara após ter se iniciado a entrevista.

Nesta experiência, ocasionalmente, preceptor e residente trocam de papel, possibilitando a este que exerça o papel de avaliador e desenvolva essa habilidade para futura preceptoria. Além disso, passa a ser oportunidade do preceptor reavaliar sua prática, recebendo um *feedback* qualificado e que ajuda no seu progresso profissional.

Conclusão

Embora o ambiente de consulta médica não seja o único no qual se desenvolve o processo de coordenação de cuidados (leituras orientadas, atividades coletivas e redes de apoio mútuo são outros, apenas para exemplificar), dominar a condução daquela é fundamental para o médico de família, uma vez que é o mais frequente momento de encontro deste profissional com os pacientes.

Para permitir o crescimento a partir da reavaliação de condutas e posturas, o *feedback* sequencial através no Miniex, realizado quase semanalmente no estágio, tem sido fundamental para dar direção às discussões. A visão panorâmica do progresso, através dos vários Miniexs aplicados, permite repensar o plano de desenvolvimento do residente. Apesar disso, parece aos autores que a simples avaliação, se destituída de um arcabouço inicial, como foi construído nas primeiras semanas do estágio, deixaria as críticas menos densas e com pouco apuro sobre os meios para atingir melhora da *performance*.

Na busca por artigos acerca da aplicação do Miniex foram encontradas diversas referências discutindo o processo de validação do mesmo.^{11,12} Curiosamente, contudo, em nenhum desses artigos há muito espaço para discussão do ideário de consulta esperado pelos preceptores, o que reforça a necessidade de discussão prévia de modelos antes de iniciar a aplicação do instrumento. Assim, a ferramenta parece ter importância enquanto sistematização do *feedback*, mais que simples replicação dos resultados por múltiplos avaliadores (como foi tentado e defendido em alguns estudos). Embora exista orientação geral sobre a sua aplicação, não por acaso, o Miniex tem sido adaptado (bem como os tópicos do mesmo) em cada programa, tentando abarcar a singularidade, as premissas e a ideologia de cada especialidade, tempo e escola.¹³ A similaridade de notas do instrumento quando usado por diferentes aplicadores, propalada nos estudos relatados, talvez reflita menos a validação do que a visão compartilhada por aqueles quanto ao perfil profissional almejado.

Apesar da importância desses momentos de avaliação, a falta de um período específico para realização da rotina do Miniex no estágio citado e sua não incorporação em outros espaços de atuação, aliado à alta demanda por atendimentos em todas as unidades nas quais ocorre a residência, são dificultadores para uma rotina harmoniosa de aprimoramento das habilidades de consulta.

Resta claro, porém, que o Miniex é potente instrumento para a mudança de práticas que favorece a incorporação do modelo de ensino centrado no residente¹⁴ no estágio de atenção primária à saúde. Entretanto, o seu uso precisa ser estimulado e protegido, além de repetidamente aplicado para avaliação adequada de progressos, sempre apontando (e assumindo, pois, este viés) para o modelo profissional e de atuação esperados pelo programa de residência médica que se propõe a utilizá-lo.

Referências

1. Spence J. The purpose and practice of medicine. Oxford: Oxford University Press; 1960.
2. Mângia EF, Muramoto MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2008;19(3):176-82.
3. Turabián JL, Pérez Franco B, Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Los síntomas en medicina de familia no son síntomas de enfermedad, sino síntomas de vida. Aten Prim. 2012;44(4):232-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.02.016>
4. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como Estratégia de Aprendizado no Ensino Médico. Rev Bras Educ Méd. 2007;31(2):176-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200009>
5. Mini-CEX: um método de avaliação das competências clínicas - Essencias EduCare. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2011.
6. Balint M. O médico, o paciente e sua doença. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
7. Balint E, Norell JS. Seis minutos para o paciente. São Paulo: Manole; 1976.
8. Moira ST, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam C, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Ramos V. A consulta em 7 passos: Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008.
10. Megale L, Gontijo ED, Motta JAC. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). Rev Bras Educ Méd. 2009;33(2):166-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200002>

11. Holmboe ES, Yepes M, Williams F, Huot SJ. Feedback and the mini clinical evaluation exercise. *J Gen Intern Med.* 2004;19(5 Pt 2):558-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30134.x>
12. Nair BR, Alexander HG, McGrath BP, Parvathy MS, Kilsby EC, Wenzel J, et al. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX) for assessing clinical performance of international medical graduates. *Med J Aust.* 2008;189(3):159-61.
13. Marcial TM, Paulino UHM, Neves LJVA, Lages AF, Valacio R. Manual para as Comissões de Residência Médica – COREMES. Belo Horizonte: Associação de Apoio à Residência Médica de Minas Gerais; 2016.
14. Lopes JMC, Fernandes CLC, Curra LCD, Mattos LFC. Manual da Oficina para Capacitar Preceptores em Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.