

Além das palavras: o papel do Laboratório de Comunicação Clínica na formação em Medicina de Família e Comunidade

Beyond Words: The Role of the Clinical Communication Laboratory in Family Practice Training

Más allá de las palabras: El Rol del Laboratorio de Comunicación Clínica en la Formación en Medicina Familiar y Comunitaria

Sílvia Regina de Souza Dias¹ , Maria Olivia Lima de Mendonça^{1,2} , Rubens Cavalcanti Freire da Silva^{1,2,3} , Letícia Maggioni^{1,4} 

¹Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Recife – Recife (PE), Brasil.

²Prefeitura da Cidade do Recife – Recife (PE), Brasil.

³Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

⁴Faculdade Pernambucana de Saúde – Recife (PE), Brasil.

Resumo

Problema: O estudo da comunicação clínica no ensino médico era pouco abordado antes da década de 1960, com enfoque no modelo flexneriano e na valorização da medicina centrada na doença. Porém, ao longo do tempo, as inadequações desse modelo foram evidenciadas, levando à necessidade de repensar a formação médica diante da complexidade do processo saúde-doença e dos determinantes sociais em saúde. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), as habilidades comunicacionais e a relação médico-paciente assumem grande relevância, pois a capacidade de comunicação do profissional interfere diretamente na adesão aos planos terapêuticos propostos, na satisfação dos pacientes e na sua experiência com a doença. Apesar de sua relevância, existe o pensamento de que esse preparo não é necessário ou passível de treinamento e de que essa habilidade é inata ao profissional. **Método:** Este estudo descreve o Laboratório de Comunicação (LabCom) do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Recife como uma estratégia para desenvolver habilidades de comunicação entre os residentes. O LabCom utiliza a gravação de consultas em vídeo e o *feedback* em grupo como principais métodos de ensino. **Resultados:** O LabCom é eficaz na promoção de habilidades de comunicação e reflexão crítica entre os residentes, proporcionando um ambiente seguro e estruturado para o aprendizado. **Conclusões:** O LabCom tem um potencial significativo para o desenvolvimento profissional dos residentes, além de estimular a autorreflexão, construção de *feedbacks* elaborados e espaço de acolhimento. Sugere-se sua replicação em outros programas de residência, bem como a expansão para incluir uma variedade de situações clínicas na APS, visando abordar de forma abrangente as necessidades de comunicação dos futuros médicos.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Internato e residência; Medicina de família e comunidade; Gravação em vídeo.

Autor correspondente:

Sílvia Regina de Souza Dias

E-mail: silviadiasmfc@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 07/04/2024.

Aprovado em: 01/06/2024.

Editor Associado:

Maria Inez Padula Anderson e Marcello Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Dias SRS, Mendonça MOL, Silva RCF, Maggioni L. Além das palavras: o papel do Laboratório de Comunicação Clínica na formação em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4223. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4223](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4223)



Abstract

Problem: The study of clinical communication in medical education was scarcely addressed before the 1960s, with a focus on the Flexnerian model and the valorization of disease-centered medicine. However, over time, the inadequacies of this model became apparent, leading to the need to rethink medical education in light of the complexity of the health-disease process and social determinants of health. In the context of Primary Health Care (PHC), communication skills and the doctor-patient relationship assume great importance, as the professionals' communication ability directly impacts adherence to proposed therapeutic plans, patient satisfaction, and their experience with diseases. Despite its relevance, there is a belief that such preparation is unnecessary or untrainable and that this skill is innate to professionals. **Method:** This study describes the Communication Laboratory (LabCom) of the Family Practice Residency Program of the Recife Health Department as a strategy to develop communication skills among residents. LabCom uses video-recorded consultations and group *feedback* as primary teaching methods. **Results:** LabCom is effective in promoting communication skills and critical reflection among residents, providing a safe and structured environment for learning. **Conclusions:** LabCom has significant potential for the professional development of residents, in addition to fostering self-reflection, constructing elaborate *feedback*, and providing a supportive space. Its replication in other residency programs is suggested, as well as expansion to include a variety of clinical situations in PHC, aiming to comprehensively address the communication needs of future physicians.

Keywords: Health communication; Internship and residency; Family practice; Video recording.

Resumen

Problema: El estudio de la comunicación clínica en la educación médica era poco abordado antes de la década de 1960, con un enfoque en el modelo flexneriano y en la valorización de la medicina centrada en la enfermedad. Sin embargo, con el tiempo, se evidenciaron las inadecuaciones de este modelo, lo que llevó a la necesidad de repensar la formación médica frente a la complejidad del proceso salud-enfermedad y los determinantes sociales de la salud. En el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS), las habilidades comunicacionales y la relación médico-paciente asumen gran relevancia, ya que la capacidad de comunicación del profesional afecta directamente en la adhesión a los planes terapéuticos propuestos, en la satisfacción de los pacientes y en su experiencia con la enfermedad. A pesar de su relevancia, existe el pensamiento de que esta preparación no es necesaria o no es posible de entrenar y que esta habilidad es innata al profesional. **Método:** Este estudio describe el Laboratorio de Comunicación (LabCom) del Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria de la Secretaría de Salud de Recife como una estrategia para desarrollar habilidades de comunicación entre los residentes. LabCom utiliza la grabación de consultas en video y la retroalimentación grupal como principales métodos de enseñanza. **Resultados:** LabCom es efectivo en la promoción de habilidades de comunicación y reflexión crítica entre los residentes, proporcionando un ambiente seguro y estructurado para el aprendizaje. **Conclusiones:** LabCom tiene un potencial significativo para el desarrollo profesional de los residentes, además de estimular la autorreflexión, la construcción de retroalimentación elaborada y el espacio de acogida. Se sugiere su replicación en otros programas de residencia, así como la expansión para incluir una variedad de situaciones clínicas en APS, con el fin de abordar de manera integral las necesidades de comunicación de los futuros médicos.

Palabras clave: Comunicación en salud; Internado y residencia; Medicina familiar y comunitaria; Grabación en video.

INTRODUÇÃO

No início do século XX, o ensino médico nos Estados Unidos era bastante heterogêneo. Por não existir um órgão controlador, as escolas médicas adotavam diferentes abordagens de como ensinar e do que ensinar. Os processos seletivos, avaliativos e o tempo de duração da formação não eram padronizados.¹ Nesse mesmo período, a medicina e a ciência experienciaram importantes transformações, com o método científico ganhando espaço em detrimento do empirismo.²

Foi nesse contexto que Flexner, um educador estadunidense, elaborou um estudo que objetivava organizar, qualificar e padronizar as escolas médicas dos Estados Unidos com base na racionalidade científica. Este estudo foi publicado no ano de 1910 com o nome de “Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”. O documento ficou conhecido como “Relatório Flexner” e foi responsável por grande transformação na formação médica em todo o mundo.¹⁻³

Apesar da grande importância que teve para sua época, o modelo flexneriano, como ficou conhecido, supervalorizou a medicina intra-hospitalar centrada na doença, o que praticamente erradicou modelos de cuidado que se propusessem diferentes do seu relatório. Pagliosa e da Ros afirmam que o Relatório

Flexner “conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista”, destinando pouco ou nenhum espaço para as “dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde”.¹

Com o passar do tempo, o modelo proposto por Flexner passou a não ser mais suficiente, visto que o saber puramente biomédico é incapaz de resolver a totalidade dos problemas de saúde da população.³ O ensino médico tecnicista e baseado nos hospitais formava profissionais com conhecimento fragmentado que não se adaptavam às necessidades dos principais modelos assistenciais. Compreendendo-se que o processo saúde-doença é complexo e influenciado pela determinação social em saúde, como, por exemplo, a desigualdade econômica, a ausência de infraestrutura comunitária e as iniquidades sociais,⁴ fez-se necessário buscar respostas além da medicina para os principais agravos de saúde da população.

Nesse sentido, na década de 1960, tendo como marco histórico a criação da National Endowment for the Humanities, uma agência do governo federal dos Estados Unidos para o financiamento de programas públicos nas humanidades, foram incluídos nos currículos das escolas médicas temas de arte, filosofia, história, dentre outros temas humanísticos,⁵ constituindo um grupo de disciplinas chamado Humanidades Médicas, campo de conhecimento que teria o papel de criar espaços de reflexão, problematização e transformação da prática médica, reconhecendo os elementos sociais implicados no processo saúde-adoecimento e valorizando a prática comunicacional e a relação entre médico e paciente.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), as habilidades comunicacionais e a relação médico-paciente assumem grande relevância à medida que, muitas vezes, os diagnósticos e problemas são identificados principalmente pela entrevista clínica. Além disso, sabe-se que a capacidade de comunicação do profissional interfere diretamente na adesão aos planos terapêuticos propostos, na satisfação dos pacientes e na sua experiência com a doença.^{6,7}

Apesar de sua relevância, há um importante obstáculo para o aprendizado de técnicas de comunicação no que diz respeito à realização da entrevista médica: a ideia de que esse preparo não é necessário ou passível de treinamento e de que essa habilidade é inata ao profissional.⁸ Há evidências que desafiam essa argumentação, uma vez que uma ampla gama de estudos demonstra a possibilidade de ensino e aprendizado dessas habilidades.⁸⁻¹⁰

Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) apresenta no Currículo Baseado em Competências, documento que “busca servir de guia para os programas de residência na especialidade no país”,¹¹ a importância da “Habilidade de Comunicação” como uma área crucial para a atuação na especialidade.¹¹

No âmbito dessa competência, apresenta dezenove níveis essenciais, representando as habilidades que se espera que sejam desenvolvidas ao longo do processo de especialização. Esses níveis destacam a necessidade de habilidades e atitudes que envolvem comunicação verbal e não verbal, escuta, organização do espaço e do tempo, entre outras medidas necessárias para a efetivação da comunicação clínica.¹¹

Assim, entende-se que a anamnese e a comunicação clínica devem ser ensinadas precoce e repetidamente ao longo da formação médica, com o apoio de pacientes simulados e *feedback* estruturado.¹² Há embasamento teórico comprovando que o *feedback* desempenha um papel fundamental na eficácia do processo de aprendizagem.^{13,14} Além de evidências que sustentam a importância do *feedback* dado pelos preceptores, bem como pelos pares, o que, inclusive, torna-o mais eficaz.¹³

O objetivo principal do *feedback* é tornar os profissionais em formação sujeitos reflexivos e bons autoavaliadores e autorreguladores, sendo capazes de reconhecer seus pontos fortes e fracos e de identificar necessidades de aprimoramento e de aprendizagem.^{15,16}

Nesse contexto, a modalidade de *videofeedback* adquire uma importância substancial, visto que o vídeo permite que o profissional se coloque em uma posição de observador, podendo avaliar suas habilidades em outro contexto, com observação de sua linguagem verbal e corporal, por exemplo.¹⁶ O *videofeedback* permite também a combinação da autoavaliação com o *feedback* por pares, se constituindo em uma maneira eficaz para melhorar o desempenho comunicacional.¹⁵

Considerando-se o exposto, o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Recife (PRMFC-Sesau) instituiu, em sua grade de atividades teóricas obrigatórias, o Laboratório de Comunicação (LabCom), que objetiva exatamente desenvolver habilidades comunicacionais a partir da discussão de consulta videogravada, com *feedback* da preceptoria e dos pares.

Desse modo, este relato de experiência busca descrever as atividades do Laboratório de Comunicação enquanto espaço formativo em comunicação clínica de um programa de residência em Medicina de Família e Comunidade. Este relato de experiência segue as diretrizes SQUIRE 2.0.

MÉTODOS

As atividades do LabCom são realizadas via plataforma virtual, em dois encontros mensais, com os residentes do primeiro e segundo ano do PRMFC SESAU, e dois preceptores designados para orientação e mediação do espaço. Esses preceptores são vinculados à residência e acompanham todos os encontros do LabCom, garantindo uma perspectiva longitudinal dos conteúdos. Os preceptores longitudinais que acompanham os residentes em seus campos de prática também são convidados a participar do encontro, em caráter opcional. Ao todo, participam, em média, vinte pessoas por espaço.

As consultas são gravadas nas unidades onde os residentes atuam, com consentimento prévio das pessoas envolvidas, mediante autorização gravada em vídeo, esclarecendo que os vídeos serão utilizados unicamente para formação acadêmica dos residentes, respeitando sigilo médico e que a qualquer momento pode ser interrompida a gravação, caso seja o desejo das pessoas em questão. As gravações são interrompidas durante exame físico e finalizadas ao término da consulta.

Os residentes são orientados pela preceptoria a como gravar uma consulta para a sessão de *videofeedback*, podendo considerar uma “gravação teste” com algum colega ou membro da equipe, a fim de identificar o melhor posicionamento da câmera, bem como a captação do vídeo e áudio, evitando, se possível, que a câmera fique próxima à porta e janelas, por captarem mais ruídos. Ressalta-se aqui a não necessidade de câmeras profissionais, visto que os aparelhos celulares atuais cumprem bem essa função. O celular deve ser posicionado de modo em que tanto o paciente quanto o residente apareçam inteiramente na filmagem, incluindo seus rostos.¹⁷

No dia da gravação, orienta-se que os residentes informem à equipe que consultas serão gravadas, a fim de minimizar interrupções. É comum a prática de colar um aviso na porta com este informe, solicitando só interromper em caso de emergências.¹⁷ Orienta-se, também, a gravação de um turno inteiro de consultas, a fim de minimizar o nervosismo e a mudança de comportamento decorrentes da presença da câmera. Também ressalta-se a importância do cuidado com a bateria do celular, para evitar que a gravação seja interrompida sem que o residente perceba.¹⁷

Após o turno de gravação, o residente deve fazer o exercício de identificar uma consulta em que houve alguma dificuldade comunicacional e em qual momento do encontro clínico isso aconteceu, para que permita a aquisição de habilidades e competências após a discussão. É importante reforçar que a

escolha não é por uma boa consulta ou por uma consulta perfeita. Sugere-se que essa consulta tenha uma duração de 20 minutos, com o máximo aceitável de 40 minutos, para maior tempo hábil para a discussão.

Com um calendário definido, os residentes são responsáveis pelas gravações, como entrevistadores, de uma consulta real durante o primeiro ano da residência e duas consultas reais durante o segundo ano. É orientado o envio prévio do vídeo para uma nuvem eletrônica comum da residência, no Google Classroom, com uma semana de antecedência. Junto com o vídeo é solicitado que o entrevistador, em autoavaliação prévia, encontre tópicos e pontos para serem debatidos em grupo. Ressalta-se que, em respeito à Lei Geral de Proteção de Dados^{18,19}, o PRMFC-Sesau utiliza conta Google institucional da Prefeitura da Cidade do Recife, de acesso restrito a residentes, preceptores e supervisores do programa. Além disso, os vídeos são apagados imediatamente após realizada a atividade do LabCom.

O espaço tem duração de duas horas. Durante este período, os participantes utilizando o Método de visualização global (MVG)¹⁷ assistem coletivamente a consulta completa, sem interrupção para comentários, com o objetivo de analisar a consulta com um todo: linhas estratégicas, tom emocional, modalidades da entrevista, demandas da consulta e o resultado final.

Antes da reprodução do vídeo da consulta, o residente entrevistador compartilha o contexto do encontro clínico e em qual aspecto comunicacional gostaria de focar a discussão, bem como seus sentimentos e impressões iniciais. Em seguida, ocorre a transmissão completa do vídeo e, após, dois residentes do primeiro ano e dois residentes do segundo ano realizam suas falas, respeitando a duração estipulada, de aproximadamente 5 a 10 minutos, com linguagem acolhedora, reforçando *feedback* positivo, sem juízo de valor e com embasamento teórico. Os residentes são estimulados a realizarem comentários propositivos, com sugestões do que poderia ter sido feito de diferente, bem como a utilizarem técnicas de *feedback*, como a “técnica sanduíche”.²⁰

Durante todo *videofeedback*, os preceptores, como facilitadores do espaço, atentam para o tempo programado, estimulam a percepção de técnicas de comunicação realizadas ou sugeridas, retificam comentários grosseiros ou que machuquem a autoestima dos envolvidos e otimizam discussões não produtivas. Após as falas dos residentes, os preceptores realizam seus comentários sobre a consulta e sobre os *feedbacks* realizados, os quais serão explanados e enviados por escrito ao residente entrevistador. Por último, o residente que levou a consulta gravada fala suas réplicas aos comentários, sentimentos envolvidos de todo processo e *feedback* do espaço.

O objetivo é que todos os residentes e os preceptores responsáveis pelo espaço elaborem *feedbacks* baseados em fontes teóricas, sejam sobre comunicação ou outros temas relacionados à consulta. Há uma listagem com os responsáveis pelos *feedbacks* de cada espaço, para garantir uma rotatividade entre os residentes. Não é obrigatório a participação com explanação ao grupo, mas há uma sugestão de que os residentes que não trouxeram seus *feedbacks* ao grupo no último espaço, sejam prioritários no próximo encontro. É orientado que os comentários sejam breves, com duração de aproximadamente 10 minutos, ressaltando os pontos positivos da consulta, com críticas construtivas e sugestões com embasamento teórico.

É comum que os residentes escolhidos para levar as consultas gravadas sintam-se ansiosos e apreensivos com os *feedbacks*, ou mesmo desconfortáveis com a presença da câmera, porém há uma convenção, ratificada desde a apresentação do espaço, para que todos sintam-se acolhidos, sem comentários de julgamentos superficiais, reforçando o respeito pelos colegas. O enfoque são as técnicas e abordagens de comunicação, não há debate sobre condutas clínicas.

Frequentemente são abordados temas amplos e filosóficos, vinculados, de certa maneira, à complexa prática do comunicar-se. Trechos de poemas, recortes literários, músicas, teóricos diversos, relatos transcritos de vivências socioculturais são ferramentas que já foram utilizadas em *feedbacks*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde a década de 1960, questiona-se sobre a insuficiência do modelo tecnicista no ensino médico, apesar da importância deste na padronização incipiente dos conhecimentos e formação. Com a compreensão da complexidade do processo saúde-doença e da interferência dos determinantes sociais na saúde, a formação médica centrada apenas nos aspectos da doença e seu tratamento já não atendia às necessidades de uma assistência eficaz. Foram criadas disciplinas que estimulavam a reflexão sobre as práticas médicas, salientando a importância da comunicação clínica e da relação médico-paciente. Apesar de entender que comunicação clínica deve permear toda formação médica, são relatados déficits no ensino dessa habilidade.

A gravação da consulta em vídeo é considerada como padrão-ouro no ensino de habilidades de comunicação, com capacidade para refletir as habilidades do entrevistador. Há registros da sua prática desde a década de 50, mas atualmente, essa abordagem é difundida pelos profissionais da área médica, especialmente na atenção primária, e sua importância está em crescente reconhecimento em outras especialidades médicas.¹⁷

Comparando o ensino tradicional de habilidades de anamnese com o método com *videofeedbacks* em estudantes de graduação, foi observado que, quando submetidos ao treinamento com vídeo e *feedback* em grupo, mais informações relevantes e precisas foram obtidas durante as entrevistas, em comparação àqueles que receberam instrução apenas pelo método tradicional.¹⁷ Entre as vantagens do *videofeedback* em relação ao *feedback* com observação direta estão a possibilidade de uma avaliação mais detalhada, podendo ser revisada diversas vezes, a análise de comunicação não verbal, menos interferência em consulta e o incentivo à autoavaliação de maneira mais ativa, tendo o vídeo como um espelho.¹⁷

A qualidade dos *feedbacks* é crucial para aprendizagem e para que seja uma experiência positiva para o estudante, permeada de acolhimento e autorreflexão. No LabCom há uma sugestão de que os *feedbacks* sejam com a abordagem *agenda-led outcome-based analysis* (ALOPA),¹⁷ ou seja, baseados nas demandas (questionamentos, intenções, observações) referidas pelo entrevistador previamente. Dessa forma, o entrevistador passa a ser o centro do processo, não como uma forma punitiva ou inquisidora, mas com um espaço seguro, composto por pares e preceptores voltados para suporte dele, estimulando sua autoavaliação, com a introdução de teorias e conceitos.

A primeira fala do *feedback* é feita pelo residente que levou a consulta, o que já estimula sua autorreflexão, sua compreensão de emoções e sentimentos envolvidos e suas propostas de soluções encontradas. Os pares buscam não só sugestões para o entrevistador, como são estimulados a promover também sua autorreflexão relacionada à consulta assistida. Os *feedbacks* são orientados para serem equilibrados, trazendo pontos positivos e sugestões sobre os aspectos que não foram bons. É importante o cuidado com o discurso, evitando comentários prescritivos ou imperativos e julgamentos de valor.

O que ocorre com frequência nos espaços é o compartilhamento de medos e anseios, acolhidos por um grupo que tem em comum a atuação na atenção primária como residentes, mas que traz, em sua individualidade e riqueza, diferentes pontos de vista, trajetórias, experiências e valores. Tal como um território, que se autopreserva na diversidade, o respeito estimula o crescimento em conjunto e individual.

Em um dos espaços, foi levada uma consulta que abordava uma pessoa com suspeita clínica de neoplasia, em aparente negação do diagnóstico, com histórico de falecimento de familiares próximos pela doença, e experiências ruins no tocante à relação médico-paciente. A residente que levou a consulta gravada como entrevistadora referiu a angústia na comunicação de notícias difíceis, na aparente não compreensão do possível diagnóstico e no histórico de relações médico-paciente já fragilizado, com projeção no atual atendimento.

Dentre os *feedbacks* do grupo, além do destaque para as técnicas de comunicação utilizadas e da linguagem não verbal, foi observado nas falas do paciente a consciência da gravidade dos seus sintomas e a relação que fazia com os sintomas de seus familiares, porém trocando a palavra “neoplasia” ou “câncer” pela palavra “germe”: “É um germe que fere a parede do intestino e facilita a passagem de sangue;”, “É um germe que tem que descobrir logo, fazer tratamento com medicação e pronto;”, “Não quero fazer cirurgia, meu irmão morreu na cirurgia;”, “Não gostei da postura do médico.” Diante da percepção da compreensão do paciente sobre a condição, foi sugerido o protocolo SPIKES na abordagem de comunicação de notícias difíceis.

Porém, o debate seguiu com o foco na entrevistadora: como lidamos com a morte enquanto profissionais de saúde, seja das pessoas que cuidamos, ou seja nos nossos vínculos afetivos mais próximos? Foi levado também como fonte um relato de experiência da implementação de grupos Balint em um hospital oncológico no Brasil, com resultados positivos na saúde mental dos profissionais de saúde que compuseram os grupos. Mas como lidar com algo que não se explica, não se controla? Carrió fala sobre o “ponto de perplexidade”, no qual se reconhece a ambivalência e incerteza sobre certos aspectos, onde não há explicação para tudo.¹⁷

Com o grupo reconhecendo e respeitando esse ponto, o *feedback* foi finalizado com uma citação do poema de Manuel Bandeira, “Consoada”:²¹

*Quando a Indesejada das gentes chegar
(Não sei se dura ou caroável),
talvez eu tenha medo.
Talvez sorria, ou diga:
— Alô, iniludível!
O meu dia foi bom, pode a noite descer.
(A noite com os seus sortilégios.)
Encontrará lavrado o campo, a casa limpa,
A mesa posta,
Com cada coisa em seu lugar.*

O LabCom é um espaço teórico sobre comunicação, mas acima de tudo é uma pausa para o acolhimento e que nos faz ver todas as sutilezas e subjetividades que envolvem nosso trabalho, as quais são soterradas pela rotina desgastante da Atenção Primária brasileira. Abrir-se para autoavaliação e avaliação dos pares é o primeiro ensinamento do espaço, que se realiza em um ambiente seguro, com embasamento teórico e permeado de subjetividade.

CONCLUSÃO

Entende-se que o LabCom apresenta grande potencial para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, bem como para a construção de educandos reflexivos, críticos e com habilidade de

autorreflexão. Além disso, contribui para a formação de empatia e cuidado com os pares, à medida que os residentes aprendem como construir um *feedback*.

Em conformidade com a vivência do LabCom, o número de cerca de vinte pessoas no espaço, somando residentes do primeiro e segundo ano e preceptores longitudinais, garante uma rotatividade equânime dos residentes responsáveis pelas consultas ao longo do ano, bem como dos responsáveis pelos *feedbacks*, promovendo uma participação exitosa do grupo.

Essa atividade também apresenta reprodutibilidade, visto que médicos de família e comunidade preceptores dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade podem construir espaços semelhantes, considerando o exposto neste relato.

Sugere-se a gravação de consultas que atendam outras demandas abarcadas pela Atenção Primária, como pré-natal, puericultura, bem como visitas domiciliares, para ampliar o debate sobre comunicação em diversas situações.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

SRSD: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Administração do Projeto, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MOLM: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Validação, Escrita – Revisão e Edição. RCFS: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Validação, Escrita – Revisão e Edição. LM: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Validação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Médica* 2008;32(4):492-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>
2. González AD, Almeida MJD. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2010;20(2):551-70. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>
3. Marins JJN, Rego S, Haddad AE, organizadores. *Educação médica: gestão, cuidado, avaliação*. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec Editora; Associação Brasileira de Educação Médica; 2011. 460 p. (Saúde em Debate).
4. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2007;17(1):77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
5. Stelet BP. *Entre contos e contrapontos: medicina narrativa na formação médica*. S.l.: Appris; 2021.
6. Dalen JV, Bartholomeus P, Kerkhofs E, Lulofs R, Thiel JV, Rethans JJ, et al. Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Med Teach* 2001;23(3):245-51. <https://doi.org/10.1080/01421590120042991>
7. Kurtz S, Silverman J, Draper J, Kurtz S. *Teaching and learning communication skills in medicine*. 2. ed. reprinted. Oxford: Radcliffe; 2006. 369 p.
8. Marco MAD, Vessoni AL, Capelo A, Dias CC. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Interface - Comun Saúde Educ* 2010;14:217-27. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100018>
9. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med* 2005;37(3):184-92. PMID: 15739134
10. Maguire P. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325(7366):697-700. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.697>

11. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2019 [acessado em 1 out. 2023]. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
12. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study. *BMC Res Notes* 2012;5(1):486. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-486>
13. Fluckiger J, Vigil YT y, Pasco R, Danielson K. Formative *feedback*: involving students as partners in assessment to enhance learning. *Coll Teach* 2010;58(4):136-40. <https://doi.org/10.1080/87567555.2010.484031>
14. Tang J, Harrison C. Investigating university tutor perceptions of assessment *feedback*: three types of tutor beliefs. *Assess Eval High Educ* 2011;36(5):583-604. <https://doi.org/10.1080/02602931003632340>
15. Hulsman RL, Van Der Vloodt J. Self-evaluation and peer-*feedback* of medical students' communication skills using a web-based video annotation system. Exploring content and specificity. *Patient Educ Couns* 2015;98(3):356-63. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.007>
16. Hammoud MM, Morgan HK, Edwards ME, Lyon JA, White C. Is video review of patient encounters an effective tool for medical student learning? A review of the literature. *Adv Med Educ Pract* 2012;3:19-30. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S20219>
17. Dohms M. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre, RS: Artmed; 2021.
18. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 [Internet]. Brasília; 2018 [acessado em 10 out. 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
19. Conselho Federal de Medicina. LGPD: a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e a atuação do profissional de medicina [Internet]. 2022 [acessado em 1 jun. 2024]. Disponível em: https://cdn-flip3d.sflip.com.br/temp_site/issue-fd4d801731725513a4d77aa9bb35534b.pdf
20. Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e *feedback* como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Med Ribeirão Preto* 2014;47(3):324-1. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p324-331>
21. Bandeira M. Estrela da vida inteira. 21ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1993. 447 p.