

DOI: <https://doi.org/10.37497/JMRReview.v5i00.106>

FORMAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS NA RESIDÊNCIA MÉDICA: ESTUDO DE CASO EM HOSPITAL PRIVADO DE MÉDIO PORTE

Competency-based training in medical residency: Case study in a medium-sized private hospital

¹José Jerônimo De Menezes Lima, ²Ilíada Muniz Lima, ³Meiry Helena Leão Guerra, ⁴Bruno Carvalho Souza Colu, ⁵Jessica Tenyle Tavares, ⁶Ludmila Lopes Costa, ⁷Fernandes Rodrigues De Souza Filho, ⁸Vicente Guerra Filho

¹Doutor em Administração de Empresas, Hospital Santa Terezinha, Rio Verde, GO, Brasil

²Doutora em Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde, Hospital Santa Terezinha, Rio Verde, GO, Brasil

³Farmacêutica Especialista em Liderança e Inovação, Hospital Santa Terezinha, Rio Verde, GO, Brasil

⁴Médico Especialista em Gestão da Saúde, Hospital Santa Terezinha, Rio Verde, GO, Brasil

⁵Enfermeira Especialista em Procedimentos Invasivos, Hospital Santa Terezinha, Rio Verde, GO, Brasil

⁶Enfermeira Especialista em Auditoria em Sistema de Saúde e CCIH, Hospital Santa Terezinha, Rio Verde, GO, Brasil

⁷Médico Especialista em Residência Médica, Hospital Santa Terezinha, Rio Verde, GO, Brasil

⁸Doutor em Cirurgia Geral, Hospital Santa Terezinha, Rio Verde, GO, Brasil

Resumo

Introdução: A residência médica em hospitais privados de médio porte enfrenta desafios associados à elevada pressão assistencial, à limitada tradição acadêmica e à fragilidade de estruturas pedagógicas sistematizadas, comprometendo o desenvolvimento integral dos médicos residentes e a sustentabilidade do ambiente formativo.

Objetivo: Descrever e analisar o Projeto Conexão Clínica como uma intervenção educacional estruturada voltada ao desenvolvimento integrado de hard skills, soft skills e hybrid skills em médicos residentes de um hospital privado de médio porte.

Metodologia: Estudo de caso descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado em análise documental, observação participante, aplicação de questionários e entrevistas semiestruturadas com médicos residentes, preceptores e gestores institucionais. A intervenção incluiu encontros clínico-pedagógicos, progress test, feedback estruturado, planos de desenvolvimento individual e uso andragógico da ferramenta DISC para análise de perfis comportamentais.

Resultados: Observou-se fortalecimento do raciocínio clínico e da tomada de decisão, aprimoramento das competências comunicacionais, do trabalho em equipe e da autorregulação emocional, bem como o desenvolvimento de hybrid skills relacionadas à integração entre julgamento clínico, uso de dados assistenciais, comunicação clínica e responsabilidade ética. Verificou-se ainda evolução positiva de indicadores institucionais de experiência do paciente, com destaque para o Net Promoter Score no Pronto Atendimento.

Conclusão: O Projeto Conexão Clínica contribuiu para a sistematização de práticas andragógicas, o fortalecimento da cultura docente, a integração das equipes multiprofissionais e a promoção de uma formação mais equilibrada e madura, evidenciando a viabilidade e a relevância de intervenções educacionais estruturadas em hospitais privados não universitários.

Palavras-chave: Residência Médica, Educação Médica Baseada em Competências, Hard Skills, Soft Skills, Hybrid Skills.



Abstract

Introduction: Medical residency in medium-sized private hospitals faces challenges related to high care pressure, limited academic tradition, and fragile systematized pedagogical structures, which compromise the comprehensive development of residents and the sustainability of the educational environment.

Objective: To describe and analyze the Clinical Connection Project as a structured educational intervention aimed at the integrated development of hard skills, soft skills, and hybrid skills in medical residents of a medium-sized private hospital.

Methodology: This is a descriptive case study with a qualitative approach, based on document analysis, participant observation, questionnaires, and semi-structured interviews with residents, preceptors, and institutional managers. The intervention combined technical and behavioral educational strategies, including clinical-pedagogical meetings, progress testing, structured feedback, individual development plans, and the andragogical use of the DISC tool for behavioral profile analysis.

Results: The findings indicate strengthening of clinical reasoning and decision-making, improvement in communication skills, teamwork, and emotional self-regulation, as well as the development of hybrid skills characterized by the integration of clinical judgment, use of care-related data, clinical communication, and ethical responsibility. Additionally, positive evolution was observed in institutional indicators related to patient experience, particularly the Net Promoter Score in the Emergency Department.

Conclusions: The Clinical Connection Project contributed to the systematization of andragogical practices, strengthening of the teaching culture, integration of multiprofessional teams, and promotion of a more balanced and mature training process, demonstrating the feasibility and relevance of structured educational interventions in non-university private hospitals.

Keywords: Medical Residency; Competency-Based Medical Education; Hard Skills; Soft Skills; Hybrid Skills.

Introdução

A residência médica consolidou-se, nas últimas décadas, como fase central da formação de médicos especialistas, articulando assistência, ensino e pesquisa em ambientes de elevada complexidade e intensa pressão assistencial. Modelos internacionais de educação baseada em competências enfatizam que programas de formação pós-graduada devem promover, de forma integrada, o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais, colaborativas, gerenciais e de compromisso com a melhoria contínua da qualidade do cuidado, em estreita articulação com as necessidades da sociedade e dos sistemas de saúde (ROMÃO *et al.*, 2021). Esses pressupostos dialogam com agendas contemporâneas de reforma da educação médica, que defendem currículos orientados para a prática, centrados no aprendiz e fortemente ancorados em contextos clínicos autênticos (RYAN *et al.*, 2022; THOMAS *et al.*, 2022; ALHARBI, 2024).

Diversos *frameworks* foram elaborados para definição, desenvolvimento e avaliação de médicos residentes, especialmente no contexto da educação médica baseada em competências (*Competency-Based Medical Education* - CBME). Esses *frameworks* diferem quanto ao grau de abstração conceitual, ao foco avaliativo e à proximidade com a prática clínica cotidiana, mas compartilham o objetivo comum de orientar a formação profissional de forma estruturada, mensurável e alinhada às demandas dos sistemas de saúde.

Neste trabalho, entende-se por *framework* um conjunto estruturado de atividades necessárias para se atingir os objetivos esperados nas definições essenciais, bem como as relações existentes entre essas ações (COUGLAS *et al.*, 2007). A literatura sobre modelagem considera “*framework*” diferentemente de “modelo”: enquanto um *framework* trata apenas de uma construção teórica envolvendo conceitos obtidos de um referencial teórico e de estudos empíricos analisados criticamente, um modelo pressupõe o detalhamento em passos operacionalizáveis para se colocá-lo em prática, com a sugestão de ações, de ferramentas, de capacitações e de políticas.



Dentre os *frameworks* internacionais mais utilizados para a educação médica baseada em competências, destaca-se o *CanMEDS*, desenvolvido pelo *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, uma abordagem consistente para definir as competências essenciais do médico ao longo de toda a sua formação profissional, incluindo a residência médica (RCPSC, 2015).

A proposta central do *CanMEDS* é deslocar o foco exclusivo da especialização técnica para uma visão integrada do exercício médico, articulando conhecimento clínico, habilidades relacionais, responsabilidade social e profissionalismo. O *framework* organiza as competências em sete papéis interdependentes. O papel *Medical Expert* ocupa posição central e integra todos os demais, representando a aplicação competente do conhecimento médico, do raciocínio clínico e das habilidades técnicas na prática assistencial. Em torno dele, articulam-se seis papéis complementares: *Communicator*, *Collaborator*, *Leader*, *Health Advocate*, *Scholar* e *Professional*. Essa arquitetura reforça a ideia de que a prática médica qualificada emerge da interação entre múltiplas dimensões do desempenho profissional (TEN CATE; SCHEELE, 2007; RCPSC, 2015; FRANK *et al.*, 2015).

No contexto da residência médica, o *CanMEDS* funciona como uma abordagem conceitual e identitária, orientando currículos, objetivos educacionais e expectativas de desempenho. Diferentemente de modelos mais avaliativos, não prescreve instrumentos específicos de mensuração, mas oferece uma linguagem comum para a formação baseada em competências. Por essa razão, tem sido frequentemente combinado com outros modelos operacionais para tornar sua aplicação mais concreta na prática clínica e na avaliação do médico residente.

Outro referencial influente é o conjunto das *ACGME Core Competencies*, desenvolvido pelo *Accreditation Council for Graduate Medical Education*, dos EUA. Esse *framework* define seis competências centrais – *Patient Care*, *Medical Knowledge*, *Practice-Based Learning and Improvement*, *Interpersonal and Communication Skills*, *Professionalism* e *Systems-Based Practice* – que passaram a orientar, desde o final da década de 1990, tanto a organização curricular quanto os processos de acreditação e avaliação de programas de residência médica (ACGME, 2021). Diferentemente do *CanMEDS*, cuja estrutura enfatiza papéis profissionais inter-relacionados, o ACGME apresenta uma abordagem mais normativa e operacional, fortemente vinculada à avaliação de desempenho dos médicos residentes. A partir dessas competências centrais, o ACGME desenvolveu o *Milestones Project* (ACGME, 2023), que introduz uma lógica de progressão longitudinal baseada em níveis de desenvolvimento e descreve comportamentos observáveis e expectativas graduais para cada competência, permitindo acompanhar a evolução dos médicos residentes desde estágios iniciais até níveis compatíveis com a prática independente. Dessa forma, o ACGME trouxe maior granularidade avaliativa e favoreceu processos de feedback formativo mais estruturados, especialmente no contexto da residência médica.

Outro referencial de grande relevância é o *Entrustable Professional Activities* (EPAs), proposto originalmente por Ten Cate (2005). As EPAs deslocam o foco das competências abstratas para atividades profissionais concretas, como “conduzir uma consulta clínica completa ou realizar um procedimento cirúrgico sob supervisão indireta”. Cada EPA integra múltiplas competências e é avaliada com base no grau de confiança que os supervisores depositam nos médicos residentes para executar as atividades de forma autônoma. As EPAs têm sido amplamente utilizadas como ponte entre *frameworks* conceituais e a prática clínica real, tornando a avaliação mais contextualizada e significativa.

No contexto europeu, destacam-se os *frameworks* do Reino Unido. O *UK Foundation Programme Curriculum* organiza a formação dos médicos nos primeiros anos pós-graduação, integrando competências clínicas, comunicação, ética, liderança e trabalho em equipe. Esse currículo dialoga com as diretrizes do *General Medical Council*, particularmente com os documentos conhecidos como *Tomorrow's Doctors* (atualmente atualizados como *Outcomes for Graduates*), que estabeleceram padrões para a formação e influenciaram diretamente os currículos de residência médica (UK FOUNDATION PROGRAMME, 2021).

Ainda no Reino Unido, o *Scottish Doctor Framework* apresenta uma organização conceitual baseada em quatro grandes domínios – *Scholar and Scientist*, *Practitioner*, *Professional* e *Communicator* – oferecendo uma visão integrada das competências necessárias ao exercício médico. Embora originalmente concebido para a formação inicial, influenciou a estruturação de programas de



pós-graduação e residência médica, especialmente no que se refere à identidade profissional e à comunicação clínica (SCOTTISH DOCTOR, 2009).

Comparativamente, observa-se que o *framework CanMEDS* tende a oferecer uma visão mais holística e identitária do papel do médico, enquanto o ACGME *Milestones* privilegia a mensuração e a padronização avaliativa. As EPAs, por sua vez, funcionam como um elo operacional entre esses *frameworks*, ancorando a avaliação em atividades clínicas reais. Na prática, muitos programas de residência médica adotam abordagens híbridas, utilizando estruturas conceituais para orientar o currículo e modelos para operacionalizar a avaliação do desempenho dos residentes.

No Brasil, no plano regulatório, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao Ministério da Educação (MEC), é o órgão responsável por normatizar a residência médica no país. A CNRM define requisitos mínimos, carga horária, estrutura dos programas e matrizes de competências por especialidade, formalizadas em resoluções específicas. Essas matrizes descrevem competências clínicas, éticas, técnicas e organizacionais esperadas ao final da residência médica, funcionando como referência nacional obrigatória, ainda que com foco predominantemente técnico-assistencial.

No campo da formação médica mais ampla, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Medicina, estabelecidas pela Resolução CNE/CES nº 3/2014, exercem influência indireta sobre a residência médica. As DCNs introduzem de forma explícita uma abordagem por competências, enfatizando comunicação, ética, trabalho em equipe, liderança, responsabilidade social e atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora direcionadas à graduação, essas diretrizes criam uma base conceitual que se prolonga nos programas de residência médica, especialmente em instituições que buscam coerência curricular longitudinal (BRASIL, 2014).

Complementarmente, diversas sociedades médicas de especialidade, em articulação com a CNRM e o Conselho Federal de Medicina (CFM), elaboraram matrizes de competências específicas para suas áreas. Essas matrizes descrevem competências clínicas, habilidades procedimentais, tomada de decisão, comunicação com pacientes e equipes, e aspectos éticos e profissionais. Embora não utilizem explicitamente a terminologia do *CanMEDS*, muitas dessas matrizes apresentam correspondência conceitual com seus papéis, especialmente nos domínios de comunicação, profissionalismo e atuação em sistemas de saúde (BRASIL, 1977; CFM, 2018).

No âmbito do SUS, merece destaque a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que, embora não seja exclusiva da residência médica, influencia fortemente a formação em serviço. A PNEPS enfatiza aprendizagem situada, reflexão crítica sobre a prática, trabalho interprofissional e compromisso social, elementos convergentes com *frameworks* internacionais de competências, ainda que expressos em linguagem própria do contexto brasileiro (BRASIL, 2009).

Mais recentemente, algumas instituições de ensino e hospitais universitários passaram a incorporar EPAs e modelos híbridos inspirados no *CanMEDS* e ACGME *Milestones*, sobretudo em programas vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Essas experiências, contudo, ainda são institucionais e não normativas, variando conforme o programa e a especialidade (EBSERH, 2021).

Em síntese, o Brasil dispõe de um arcabouço normativo e técnico robusto, baseado em matrizes de competências reguladas pela CNRM e orientadas pelas DCNs, mas carece de um *framework* conceitual unificado, transversal a todas as especialidades, que cumpra papel semelhante ao *CanMEDS* como linguagem identitária da profissão médica. Na prática, a formação do médico residente brasileiro ocorre por meio de um modelo regulatório-técnico, com crescente incorporação de abordagens por competências e, mais recentemente, de instrumentos avaliativos inspirados em referências internacionais.

A literatura sobre bem-estar e ambientes de aprendizagem aponta que a residência médica constitui um período de elevada vulnerabilidade, marcado por jornadas prolongadas, alta responsabilidade clínica e exigências acadêmicas complexas. Estudos nacionais e internacionais indicam prevalência significativa de exaustão emocional e *burnout* entre médicos residentes, com repercussões diretas sobre a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a sustentabilidade da força de trabalho em saúde (GRUPPEN *et al.*, 2019; COBRA *et al.*, 2023; BARBOSA *et al.*, 2025). No contexto brasileiro, investigações semelhantes demonstram associação consistente entre *burnout* e



fatores institucionais, como carga assistencial excessiva, supervisão inadequada e apoio organizacional insuficiente (DYRBYE *et al.*, 2017).

Análises demográficas recentes evidenciam expansão das vagas de residência médica no país, porém com distribuição desigual entre regiões e instituições. Estudos sobre a residência em clínica médica apontam crescimento expressivo do número de vagas, acompanhado pela persistente concentração em centros urbanos e por desafios relacionados à interiorização e à homogeneização da qualidade formativa (COBRA *et al.*, 2023). De modo complementar, pesquisa envolvendo seis sociedades médicas brasileiras revelou a coexistência de avanços estruturais com lacunas relevantes nos processos de avaliação, supervisão e organização dos ambientes de aprendizagem, reforçando a necessidade de intervenções educacionais mais sistemáticas e intencionais (PEREIRA JÚNIOR *et al.*, 2024).

No âmbito da integração ensino-serviço, discute-se o modelo de residência médica em rede como estratégia para ampliar e diversificar cenários de prática, fortalecendo a formação em contextos assistenciais distintos. Essa abordagem pressupõe elevada intencionalidade pedagógica, padronização de processos formativos e investimento contínuo na qualificação da preceptoría, de modo a assegurar coerência educacional e qualidade do aprendizado em diferentes ambientes clínicos (SILVA *et al.*, 2014).

No campo avaliativo, observa-se crescente adoção do *progress test* como ferramenta longitudinal de avaliação formativa na residência médica. Essa estratégia contribui para a autorregulação do aprendizado, favorece a identificação precoce de lacunas de conhecimento e oferece indicadores contínuos do desenvolvimento técnico dos residentes ao longo do tempo (GRUPPEN *et al.*, 2019; SILVEIRA & BORGES, 2021; SCHEFFER, 2025).

Apesar dessas iniciativas, instituições hospitalares privadas de pequeno e médio porte, caracterizadas por estruturas assistenciais enxutas, menor tradição acadêmica e limitações de recursos pedagógicos e tecnológicos, enfrentam desafios particulares para consolidar ambientes formativos sistemáticos e sustentáveis. Nesse contexto, programas estruturados de desenvolvimento dos médicos residentes tornam-se decisivos para qualificar a formação, reduzir assimetrias entre cenários de prática, fortalecer a cultura docente e aprimorar o ambiente de aprendizagem, mesmo em contextos não universitários (MIDIK *et al.*, 2024).

Embora reconhecida como padrão-ouro para a formação especializada, a residência médica apresenta fragilidades estruturais e pedagógicas que repercutem diretamente no desenvolvimento profissional dos residentes. Sobrecarga assistencial, supervisão irregular, escassez de feedback estruturado, integração limitada entre coordenação e preceptores e ausência de espaços formais de reflexão clínica configuram um cenário amplamente descrito na literatura nacional e internacional sobre formação médica (DYRBYE *et al.*, 2017; WEST *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2021). Em hospitais privados de pequeno e médio porte, esses desafios tendem a se intensificar em razão da menor tradição em educação médica, da ausência de programas sistemáticos de desenvolvimento docente, da dependência de estilos individuais de preceptoría e da escassez de instrumentos avaliativos formativos consolidados (GENEROSO *et al.*, 2024; PEREIRA JÚNIOR *et al.*, 2024).

Nesse contexto, este estudo busca responder à seguinte questão de pesquisa: em que medida um projeto estruturado de desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais dos médicos residentes de um hospital privado de médio porte, pode contribuir para qualificar o processo formativo desses médicos?

A centralidade da residência médica na formação de especialistas e sua relação direta com a segurança assistencial tornam urgente a qualificação dos ambientes clínicos de aprendizagem (FRANK *et al.*, 2015; GRUPPEN *et al.*, 2019). Altos índices de *burnout* e sofrimento psíquico entre médicos residentes evidenciam a necessidade de ambientes formativos sustentáveis, orientados por supervisão adequada, espaços estruturados de reflexão e clareza de expectativas pedagógicas (DYRBYE *et al.*, 2017; WEST *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2021). Programas que incorporam análise comportamental, feedback estruturado e metodologias ativas de aprendizagem têm demonstrado melhor experiência formativa e desenvolvimento mais integral dos médicos residentes (CHENG *et al.*, 2021). No contexto brasileiro, experiências com o *progress test* indicam que dispositivos avaliativos longitudinais fortalecem o aprendizado técnico, ampliam a autorreflexão e orientam o desenvolvimento individual



ao longo da residência médica (GRUPPEN *et al.*, 2019; SILVEIRA *et al.*, 2021). Contudo, a adoção sistemática dessas estratégias em hospitais privados de pequeno e médio porte ainda é limitada.

No Hospital Santa Terezinha (HST), localizado na cidade de Rio Verde, no estado de Goiás, no Brasil, observava-se um cenário marcado pela fragmentação do processo formativo, heterogeneidade entre os cenários de prática, baixa frequência de discussões clínicas orientadas, predomínio de avaliação somativa e articulação frágil entre preceptores, médicos residentes e coordenação da residência médica. Diante desse quadro, tornou-se necessária a implantação de um programa estruturado, denominado “Projeto Conexão Clínica”, que tem por objetivo qualificar a supervisão, sistematizar a discussão de casos, fortalecer a integração multiprofissional e promover o acompanhamento longitudinal do desenvolvimento dos médicos residentes.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é descrever e analisar o Projeto Conexão Clínica como um estudo de caso de intervenção educacional voltada ao desenvolvimento de médicos residentes no HST, examinando sua concepção, estrutura, dispositivos avaliativos e os efeitos percebidos no ambiente de aprendizagem e na formação clínica.

O Projeto Conexão Clínica foi concebido com o propósito de sistematizar práticas formativas, qualificar a preceptorial, promover reflexão clínica estruturada e incorporar componentes de avaliação comportamental, incluindo a utilização andragógica da ferramenta DISC para análise do perfil comportamental dos médicos residentes. A documentação dessa experiência no HST contribui para ampliar o repertório nacional de iniciativas de formação médica em contextos não universitários, oferecendo um modelo factível e potencialmente replicável.

O Projeto Conexão Clínica foi lançado de agosto/2025, com o objetivo promover a integração multiprofissional, favorecendo a cooperação entre médicos residentes, preceptores, equipe assistencial e áreas administrativas. O projeto é coordenado pela Ouvidora e Gerente Administrativa do HST, no âmbito das ações da Comissão de Residência Médica (COREME).

Como estudo de caso descritivo, os resultados da pesquisa restringem-se ao contexto do HST, o que limita a generalização dos resultados. O delineamento privilegia a profundidade analítica e a compreensão contextualizada do fenômeno, mas não permite inferências causais amplas (GERRING, 2019). Além disso, a análise apoia-se majoritariamente em dados qualitativos e nas percepções dos participantes, estando sujeita a vieses de memória, seleção e interpretação. Nesses casos, a literatura recomenda a triangulação de fontes e rigor metodológico como estratégias para mitigar tais limitações (CLELAND, 2017; COOK *et al.*, 2018).

A natureza dinâmica da residência médica, marcada pela rotatividade de residentes, variações na demanda assistencial e mudanças organizacionais, interfere na estabilidade das observações ao longo do tempo. Evidências indicam que fatores contextuais exercem influência significativa sobre os resultados educacionais, reforçando a importância de análises situadas e sensíveis ao contexto institucional (HAUER *et al.*, 2018; GRUPPEN *et al.*, 2019).

A ausência de grupo controle impede inferências causais diretas, e investigações mais robustas demandariam delineamentos com métodos mistos e acompanhamento longitudinal. Ainda assim, o presente estudo oferece uma compreensão aprofundada e contextualizada da intervenção implementada, contribuindo para o aprimoramento da formação de médicos residentes em ambientes hospitalares privados.

Referencial teórico

Desenvolvimento de competências de médicos residentes: *hard, soft e hybrid skills*

No contexto da formação médica em regime de residência, o conceito de competência ultrapassa a noção restrita de acúmulo de conhecimentos técnicos ou execução correta de



procedimentos. Trata-se de um construto integrado, que articula saberes, habilidades, atitudes, valores profissionais e capacidade reflexiva, mobilizados de forma contextualizada diante de situações reais e complexas do cuidado em saúde.

A definição de competência no contexto da formação médica, aplicável diretamente ao ambiente hospitalar e dos programas de residência, discute o conceito em termos de expertise clínica multidomínio, incluindo conhecimento médico, habilidades, atitudes e capacidades metacognitivas, e relacionada ao desempenho inferido a partir de avaliações de desempenho de aprendizes médicos. Essa discussão reflete uma evolução conceitual importante em relação às abordagens anteriores, integrando não apenas conhecimentos e habilidades técnicas, mas também componentes comportamentais, sociais e de raciocínio complexo essenciais para a prática médica segura e eficaz no ambiente hospitalar.

Segundo Ng *et al.* (2024), a competência clínica é “um construto de expertise multidomínio, que compreende conhecimento médico, habilidades, atitudes e capacidades metacognitivas”, refletindo as necessidades prevalentes das partes interessadas no cuidado em saúde e inferida a partir de avaliações de desempenho de residentes e profissionais em formação. Esse entendimento enfatiza que competência não é atributo isolado, mas um fenômeno integrado e situacional, que só pode ser validamente observado e inferido no contexto real da prática médica, isto é, quando o médico residente demonstra, de forma confiável, a aplicação desses domínios em situações clínicas complexas e sob condições de trabalho típicas de serviços de saúde.

Essa formulação é particularmente relevante para o ambiente da residência médica porque enfatiza três dimensões centrais para o médico em formação: a habitualidade, que remete à incorporação estável das competências na prática cotidiana; a integração de múltiplos domínios, superando a fragmentação entre saber técnico e comportamento profissional; e a finalidade ética e social da prática médica, orientada simultaneamente ao paciente individual e à coletividade.

No âmbito hospitalar, essa concepção sustenta modelos formativos baseados em competências ao reconhecer que o desempenho dos médicos residentes não pode ser avaliado apenas por indicadores cognitivos ou procedimentais isolados, mas sim pela sua capacidade de atuar de forma segura, ética, comunicativa e responsiva em contextos clínicos reais, marcados por incerteza, pressão decisória e trabalho interprofissional. Assim, a competência passa a ser entendida como um fenômeno dinâmico, situado e desenvolvível ao longo do processo formativo, exigindo estratégias educacionais e avaliativas coerentes com essa complexidade.

As competências de formação técnica, tradicionalmente denominadas *hard skills*, constituem o eixo estruturante da residência médica. Referem-se ao desenvolvimento de competências clínicas e procedimentais sustentadas por conhecimento biomédico atualizado, capacidade diagnóstica, raciocínio clínico, execução segura de técnicas e tomada de decisão em cenários de elevada complexidade assistencial. A literatura internacional enfatiza que a proficiência nessas competências depende de exposição estruturada e progressiva à prática clínica, supervisão qualificada e oportunidades de aprendizagem situadas em contextos reais de cuidado. Alharbi (2024) descreve esse processo como aprendizagem situada em comunidades de prática clínica, nas quais os residentes constroem expertise a partir de participação gradualmente ampliada em atividades assistenciais supervisionadas.

Modelos contemporâneos de formação médica, como o *CanMEDS* (FRANK *et al.*, 2015; RCPSC, 2015), reforçam que o desenvolvimento técnico deve ser orientado por competências mensuráveis e distribuído ao longo de diferentes papéis, exigindo a integração de habilidades cognitivas, procedimentais e atitudinais. Evidências empíricas indicam que programas que estruturam seus currículos com base em competências claramente definidas e mecanismos contínuos de avaliação tendem a apresentar melhor desempenho clínico e maior segurança do paciente (HOLMBOE *et al.*, 2017).

Além disso, estudos recentes destacam a relevância de dispositivos avaliativos longitudinais na construção das *hard skills*. Pesquisas brasileiras demonstram que o *progress test*, aplicado de forma seriada ao longo da residência, facilita a identificação de lacunas de conhecimento, favorece o estudo autônomo e contribui para um desenvolvimento técnico mais consistente e progressivo (SÁ *et al.*, 2021; HOEKSTRA *et al.*, 2024).



Essas contribuições convergem para a necessidade de currículos estruturados, critérios claros de progressão e feedback contínuo, especialmente em instituições com estrutura assistencial enxuta, como hospitais privados de pequeno e médio porte, nos quais a intencionalidade pedagógica torna-se elemento central para a qualidade formativa.

As competências comportamentais, comumente chamadas de *soft skills*, têm sido progressivamente reconhecidas como determinantes para uma prática médica segura, ética e colaborativa. Embora historicamente marginalizadas nos currículos de formação médica, evidências apontam que sua ausência compromete resultados assistenciais, intensifica conflitos em equipe, reduz a qualidade da comunicação com pacientes e familiares e se associa a maior risco de erros clínicos (SHANAFELT *et al.*, 2019). Dentre as *soft skills* consideradas essenciais para médicos residentes, destacam-se a comunicação clínica eficaz, o trabalho em equipe interprofissional, a liderança e a gestão de conflitos, a empatia e a escuta ativa, a resiliência e a autorregulação emocional, o pensamento crítico e a tomada de decisão em contextos de incerteza (ABREU *et al.*, 2024).

O conceito de *hybrid skills* refere-se a competências integradas que articulam, de forma indissociável, habilidades técnicas, cognitivas e socioemocionais no contexto real da prática profissional. Diferentemente da abordagem tradicional que separa *hard skills* e *soft skills*, as *hybrid skills* emergem da aplicação simultânea desses domínios em situações complexas, incertas e mediadas por tecnologia. No campo da saúde, e em especial na formação médica, tais competências assumem centralidade diante da crescente digitalização dos processos assistenciais, da incorporação de inteligência artificial e da exigência de decisões clínicas baseadas em dados e evidências.

A importância das *hybrid skills* na formação de médicos residentes está diretamente relacionada à transformação do trabalho. Relatórios recentes do *World Economic Forum* (WEF, 2025) indicam que profissões intensivas em conhecimento, como a medicina, demandam cada vez mais a combinação de raciocínio analítico, julgamento ético, comunicação avançada e domínio de tecnologias digitais, configurando um perfil profissional híbrido. De forma convergente, a *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2025) destaca que sistemas de formação profissional eficazes precisam desenvolver competências técnicas avançadas articuladas a capacidades de adaptação, colaboração e tomada de decisão em ambientes complexos, sobretudo em setores críticos como a saúde.

No contexto específico da educação médica, organismos reguladores e pesquisadores vêm enfatizando que a competência clínica contemporânea ultrapassa o domínio técnico-procedimental. O modelo *Milestones* do ACGME, atualizado em sua versão 2.0, reforça a necessidade de integrar competências clínicas, comunicação interpessoal, prática baseada em sistemas e uso crítico da informação ao longo da residência médica (ACGME, 2021). Estudos recentes também apontam que a alfabetização em análise de dados e a capacidade de interpretar sistemas de apoio à decisão clínica são hoje componentes essenciais da prática médica segura e responsável.

DISC como ferramenta de autoavaliação e desenvolvimento comportamental de médicos residentes

A ferramenta DISC, acrônimo formado pelas dimensões *Dominance* (D - Dominância), *Influence* (I - Influência), *Stability* (S - Estabilidade) e *Conscientiousness* (C - Conformidade), consiste em um modelo de análise comportamental derivado da teoria das emoções proposta por Marston (1928). Embora não se configure como instrumento psicométrico clínico ou diagnóstico, ela é amplamente utilizada em contextos organizacionais e educacionais por oferecer uma linguagem estruturada e acessível para a descrição de estilos de interação, motivação e comportamento em equipes, favorecendo processos de autoconhecimento e desenvolvimento profissional (DISC PROFILE, 2025; LUZ & BAEZA, 2025).

A dimensão Dominância caracteriza indivíduos orientados para resultados, desafios e tomada rápida de decisão. Tendem a apresentar comportamento assertivo, foco em metas e disposição para assumir riscos, valorizando autonomia, controle do ambiente e eficiência. Em contextos de equipe, costumam impulsionar a ação, enfrentar problemas de forma direta e assumir posições de liderança



sob pressão, podendo, entretanto, demonstrar impaciência diante de lentidão, excesso de detalhamento ou processos excessivamente burocráticos.

A dimensão Influência refere-se a indivíduos orientados para pessoas, comunicação e persuasão. São geralmente sociáveis, entusiastas e motivados por reconhecimento, interação e impacto social, apresentando facilidade para engajar, inspirar e construir redes de relacionamento. Em equipes, contribuem para o clima positivo, a mobilização coletiva e a circulação de ideias, podendo, contudo, apresentar menor foco em rotinas estruturadas, detalhamento de tarefas ou acompanhamento sistemático de processos.

A dimensão Estabilidade descreve indivíduos que valorizam harmonia, cooperação e previsibilidade. Caracterizam-se por comportamento paciente, consistente e orientado ao suporte aos outros, preferindo ambientes estáveis, com papéis bem definidos e mudanças graduais. No trabalho em equipe, atuam como fator de equilíbrio, promovendo confiança, escuta ativa e continuidade dos processos, embora possam demonstrar resistência a mudanças abruptas ou dificuldade em lidar com conflitos diretos.

A dimensão Conformidade relaciona-se a indivíduos orientados por padrões, precisão e qualidade. Apresentam perfil analítico, cuidadoso e atento a normas, dados e evidências, valorizando planejamento, lógica e consistência técnica. Em equipes, contribuem para a redução de erros, a tomada de decisão fundamentada e o cumprimento de regras e procedimentos, podendo, em alguns contextos, manifestar excesso de cautela, perfeccionismo ou menor flexibilidade diante de situações que exigem improvisação.

Nos últimos anos, programas de residência médica têm incorporado o DISC como recurso pedagógico complementar voltado ao desenvolvimento de *soft skills*, especialmente competências relacionadas à comunicação, liderança e autogestão. Estudo conduzido em programa de residência em medicina interna nos EUA demonstrou que o uso do DISC auxiliou médicos residentes a reconhecer padrões de comunicação e a ajustar seu comportamento em situações de feedback, condução de *rounds* clínicos e interação multiprofissional, favorecendo maior consciência relacional e adaptabilidade comportamental (PATHAK *et al.*, 2025).

Na área cirúrgica, Pepe (2025) descreve a utilização do DISC como ferramenta pedagógica introdutória para o ensino de liderança, permitindo que médicos residentes compreendam como suas preferências comportamentais influenciam a condução de equipes, a comunicação em cenários críticos e a tomada de decisão sob pressão.

Além de favorecer processos de autorreflexão, o DISC pode apoiar coordenações de programas de residência médica na identificação de perfis comportamentais predominantes em uma turma, facilitando o planejamento de estratégias pedagógicas, rodas de conversas, dinâmicas de trabalho em equipe e intervenções individualizadas voltadas ao desenvolvimento comportamental (BENINGTON & HARTLEY, 2010).

Framework CANMEDS

O *framework CanMEDS* constitui uma das principais referências internacionais para a formação médica baseada em competências, oferecendo uma estrutura conceitual integrada que orienta o desenvolvimento profissional ao longo da graduação, residência médica e educação continuada. Desenvolvido e periodicamente atualizado pelo *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, o CanMEDS organiza a competência médica em sete papéis interdependentes, refletindo as múltiplas dimensões exigidas do médico contemporâneo. Ao articular competências clínicas, comportamentais, éticas, comunicacionais e de liderança, o *framework* reconhece a complexidade do exercício profissional em sistemas de saúde cada vez mais interdisciplinares, regulados e orientados por princípios de qualidade, segurança do paciente e governança clínica. Nesse sentido, o CanMEDS oferece um referencial consistente para o desenho curricular, a definição de objetivos educacionais, a avaliação do desempenho e o alinhamento entre formação médica e necessidades sociais em saúde, sendo amplamente adotado e adaptado em programas de residência médica em diferentes contextos nacionais e institucionais (RCPSC, 2015).

Os papéis estabelecidos pelo *framework CanMEDS* são:



- *Medical Expert*: integra conhecimentos, habilidades clínicas e valores profissionais para oferecer cuidado seguro, eficaz e centrado no paciente.
- *Communicator*: estabelece relações terapêuticas eficazes e comunica-se de forma clara e empática com pacientes, familiares e equipes, inclusive em situações complexas.
- *Collaborator*: atua de modo eficaz em equipes interprofissionais, promovendo cooperação, respeito mútuo e tomada de decisão compartilhada.
- *Leader*: contribui para a melhoria dos sistemas de saúde, segurança do paciente, gestão de recursos e qualidade assistencial.
- *Health Advocate*: atua em defesa da saúde de pacientes, comunidades e populações, considerando determinantes sociais e equidade.
- *Scholar*: engaja-se em aprendizagem contínua, ensino, avaliação crítica da evidência científica e produção do conhecimento.
- *Professional*: demonstra ética, responsabilidade, compromisso social, autorregulação e cuidado com o próprio bem-estar.

O *CanMEDS* enfatiza que a competência médica emerge da integração equilibrada desses papéis na prática clínica cotidiana, servindo como referência para o desenho curricular, a avaliação formativa e o desenvolvimento profissional ao longo da carreira.

No caso do HST, o Projeto Conexão Clínica fez uma adaptação do *CanMEDS* à realidade da instituição, com a modelagem de competências traduzidas em práticas formativas concretas, incorporando a ferramenta DISC como abordagem analítica e andragógica para apoiar o autoconhecimento comportamental dos médicos residentes, qualificar processos de comunicação clínica, fortalecer a liderança no cuidado e aprimorar o trabalho colaborativo com equipes multiprofissionais. Essa integração possibilitou a operacionalização dos papéis profissionais do *CanMEDS* por meio de instrumentos de acompanhamento, estratégias educacionais e intervenções formativas ajustadas às especificidades assistenciais, organizacionais e culturais do HST, contribuindo para a articulação entre cuidado, gestão clínica e segurança do paciente no cotidiano da residência médica.

Embora não prescreva ferramentas específicas de avaliação comportamental, sua ênfase nos papéis comunicacionais, colaborativos, de liderança e profissionalismo oferece sólida ancoragem conceitual para o uso do DISC como instrumento pedagógico complementar. Nesse sentido, o DISC, ao descrever padrões comportamentais observáveis e favorecer processos de autoconhecimento e autorregulação, pode ser utilizado como recurso educacional complementar para apoiar o desenvolvimento equilibrado dos papéis do *CanMEDS*, conforme proposto por Tobin & Watters (2020).

O papel *Medical Expert* exige a integração equilibrada entre conhecimento técnico, julgamento clínico e valores profissionais. Nesse contexto, o DISC contribui ao favorecer a autoconsciência comportamental em situações clínicas complexas. Perfis com maior predominância de Dominância podem reconhecer tendências a decisões rápidas sob pressão, enquanto perfis com maior Conformidade tendem a refletir sobre possíveis excessos de cautela ou rigidez. Essa consciência comportamental auxilia o médico residente a regular sua atuação clínica, equilibrando assertividade e análise crítica, o que sustenta decisões mais seguras e centradas no paciente.

O papel *Communicator* é fortemente influenciado por estilos comportamentais. O DISC oferece uma linguagem estruturada que permite aos médicos residentes compreenderem como se comunicam e como são percebidos por pacientes, familiares e equipes. Perfis com alta Influência tendem a uma comunicação mais expansiva e persuasiva, enquanto perfis com maior Estabilidade privilegiam escuta ativa e empatia. O uso andragógico do DISC possibilita o ajuste da comunicação a diferentes contextos clínicos, como a comunicação de más notícias, a orientação de pacientes e a oferta de feedback, fortalecendo relações terapêuticas e reduzindo ruídos comunicacionais.

O papel *Collaborator* pressupõe atuação efetiva em equipes interprofissionais. O DISC apoia esse desenvolvimento ao tornar explícitas as diferenças de estilo comportamental entre os membros da equipe, favorecendo respeito mútuo, complementaridade de competências e cooperação. A compreensão de que diferentes perfis contribuem de formas distintas — liderança direta



(Dominância), engajamento relacional (Influência), estabilidade operacional (Estabilidade) e rigor técnico-organizacional (Conformidade) – auxilia o médico residente a atuar de maneira mais colaborativa, prevenindo conflitos e fortalecendo processos de tomada de decisão compartilhada.

No *framework CanMEDS*, o papel *Leader* está associado à segurança do paciente, à gestão responsável de recursos e à melhoria contínua dos sistemas de saúde. O DISC contribui ao permitir que o médico residente reconheça seu estilo predominante de liderança e compreenda seus efeitos sobre a equipe. Perfis com maior Dominância podem desenvolver escuta e inclusão; perfis mais estáveis podem fortalecer a assertividade; perfis com alta Influência podem aprimorar organização e foco; e perfis mais conscienciosos podem trabalhar flexibilidade e adaptação. Esse processo de autorregulação comportamental sustenta uma liderança clínica mais adaptativa, responsável e segura.

A atuação no papel *Health Advocate* requer sensibilidade às necessidades individuais dos pacientes e às demandas coletivas da população e da sociedade. O DISC contribui para esse papel ao ampliar a consciência relacional e empática, especialmente em médicos residentes com perfis mais orientados à tarefa. A reflexão sobre estilos comportamentais auxilia o médico residente a reconhecer barreiras comunicacionais, desigualdades de acesso e determinantes sociais da saúde, fortalecendo a capacidade de *advocacy* de forma ética, contextualizada e socialmente responsável (EARNEST *et al.*, 2010).

O papel *Scholar* envolve aprendizagem ao longo da vida, ensino, produção do conhecimento e pensamento crítico. O DISC pode contribuir ao apoiar processos de metacognição e autorregulação da aprendizagem. Perfis com maior Conformidade tendem à busca aprofundada por evidências e rigor metodológico, enquanto perfis mais influentes podem se engajar com maior facilidade em atividades de ensino, discussão e disseminação do conhecimento. O uso reflexivo do DISC auxilia os médicos residentes a identificarem estratégias de estudo, participação acadêmica e produção científica coerentes com seu estilo, sem restringir seu potencial de desenvolvimento.

Por fim, o papel *Professional* abrange ética, responsabilidade, autorregulação e cuidado com o próprio bem-estar. O DISC mostra-se particularmente relevante nesse papel ao promover autoconhecimento, reconhecimento de reações ao estresse e manejo construtivo de conflitos. Ao compreender seus padrões comportamentais, o médico residente desenvolve maior capacidade de autocontrole, postura ética consistente e atenção ao próprio bem-estar, elementos centrais do profissionalismo médico contemporâneo.

Embora o *CanMEDS* não prescreva ferramentas específicas de avaliação comportamental, sua estrutura baseada em papéis oferece sólida ancoragem conceitual para o uso do DISC como instrumento pedagógico complementar. O DISC não substitui avaliações de competência clínica, mas pode potencializar o desenvolvimento dos papéis propostos pelo *framework* ao favorecer reflexão comportamental, adaptação relacional e integração entre *hard* e *soft skills*. Dessa forma, sua aplicação andragógica contribui para a formação de médicos especialistas mais conscientes, colaborativos, seguros e alinhados às exigências contemporâneas da prática médica. Ainda que não integre formalmente o *CanMEDS*, o DISC configura-se como recurso educacional complementar para o desenvolvimento de competências comportamentais essenciais à prática médica segura, colaborativa e ética.

No Projeto Conexão Clínica, a ferramenta DISC, adaptada ao contexto da residência médica, foi utilizada como subsídio para identificar estilos predominantes de comportamento e orientar intervenções formativas focadas em comunicação clínica, liderança no cuidado e relacionamento com equipes multiprofissionais. Essas dimensões são particularmente relevantes em ambientes assistenciais de pequeno e médio porte, nos quais a interação próxima entre profissionais e a articulação entre cuidado, gestão e segurança do paciente são centrais.

Método

Este trabalho configura-se como um estudo de caso descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido com o objetivo de compreender a concepção, a implementação e os resultados percebidos do Projeto Conexão Clínica como iniciativa institucional voltado ao desenvolvimento dos



médicos residentes do HST. O delineamento de estudo de caso foi adotado por permitir a análise aprofundada de um fenômeno complexo em seu contexto real (STAKE, 2011; GERRING, 2019).

A unidade de análise desta pesquisa é o Projeto Conexão Clínica, entendido como uma intervenção educacional institucional voltada ao desenvolvimento de competências dos médicos residentes no contexto do HST. Essa definição decorre diretamente do delineamento como estudo de caso descritivo, em que o caso analisado não é o hospital em si, nem os médicos residentes isoladamente, mas o projeto educacional implantado, observado em seu contexto real de funcionamento, incluindo seus dispositivos formativos, atores envolvidos e efeitos percebidos no ambiente de aprendizagem e na experiência do paciente Destaca-se que o Projeto Conexão Clínica foi lançado em agosto/2025, avaliado em dezembro/2025 e teve seu novo ciclo estabelecido para o período de janeiro a dezembro/2026.

O HST é um hospital privado de médio porte, com 52 leitos operacionais, reconhecido como referência em assistência à saúde em Rio Verde e na região sudoeste do estado de Goiás, na região Centro-Oeste do Brasil. Oferece atendimento de alta qualidade por meio de infraestrutura moderna, ambientes planejados para o conforto e a segurança do paciente, equipamentos atualizados e equipe médica qualificada, com atuação em diversas especialidades e capacidade para atender casos de diferentes níveis de complexidade (ANDRADE *et al.*, 2026).

Fundado em 1934, o HST construiu trajetória marcada pelo compromisso com o cuidado integral e humanizado e pela busca contínua da excelência assistencial. Sua filosofia organizacional estabelece como norteadores estratégicos o propósito de oferecer cuidado integral de excelência, com equipes multiprofissionais, segurança e acolhimento, e a visão de futuro de tornar-se referência em saúde integral na região Centro-Oeste do Brasil até 2030, com foco em excelência assistencial, sustentabilidade e inovação tecnológica. Esses princípios são sustentados por valores organizacionais que caracterizam organizações de alto padrão de qualidade, incluindo ética, atendimento humanizado, colaboração, excelência e inovação (TAYLOR, 2022; HST, 2025a,b,c,d; ANDRADE *et al.*, 2026). Ao longo das décadas, o HST consolidou-se como um centro de saúde que alia tradição e inovação, com ampliação progressiva de suas áreas de atendimento, investimentos contínuos em tecnologia, modernização de instalações e atenção permanente às evoluções da prática médica.

O HST é classificado como hospital de atenção quaternária em termos de complexidade assistencial, oferecendo serviços que o caracterizam como referência regional em cirurgia oncológica. Hospital quaternário é uma instituição de altíssima complexidade, voltada ao cuidado superespecializado, pesquisa clínica e translacional, inovação tecnológica e formação avançada de profissionais, atuando como referência nacional ou internacional para casos raros, graves ou refratários aos tratamentos convencionais (STARFIELD, 1994).

Embora não possua enquadramento formal como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), nos termos da legislação vigente, o serviço de oncologia encontra-se estruturado de acordo com sua vocação assistencial e regional, atendendo a demandas de alta complexidade compatíveis com esse perfil.

A instituição é credenciada pelo MEC, pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e pela Associação Médica Brasileira (AMB) como hospital de ensino, mantendo programas de residência médica em Cirurgia Geral (R1, R2 e R3, com duas vagas por ano), Clínica Médica (R1 e R2, com duas vagas por ano) e Medicina Intensiva (R1, R2 e R3, com duas vagas por ano). Nesse contexto, o HST encontra-se cadastrado para pesquisa e em processo de solicitação, junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do reconhecimento formal de sua Comissão Institucional de Ensino e Pesquisa, fortalecendo sua vocação acadêmica, científica e de inovação.

O programa de residência médica do HST caracteriza-se por estrutura assistencial enxuta, diversidade moderada de cenários clínicos e corpo de preceptores composto predominantemente por médicos assistenciais. Aspectos organizacionais como elevada demanda assistencial, limitação do tempo dedicado à docência e ausência prévia de processos pedagógicos formalizados configuram o contexto que motivou a concepção e o desenvolvimento do Projeto Conexão Clínica.

As percepções expressas pelos médicos residentes, preceptores e gestores encontram respaldo na literatura que aborda a formação em residência médica e a qualificação da preceptoria,



corroborando os achados do estudo (AGUIAR, 2017; CARVALHO FILHO *et al.*, 2022; FERREIRA *et al.*, 2022; RUIZ, 2024).

À luz desse enquadramento, o Projeto Conexão Clínica pode ser compreendido como um dispositivo estruturante para o desenvolvimento de *hybrid skills* na residência médica, ao conectar prática assistencial, dados clínicos, reflexão crítica e aprendizagem orientada à decisão. No âmbito do projeto, a pesquisa indica que sejam contempladas, de forma explícita, ao menos as seguintes *hybrid skills*:

- Raciocínio clínico orientado por dados: capacidade de integrar evidências científicas, dados assistenciais (prontuário eletrônico, indicadores clínicos, exames complementares) e julgamento clínico individual, evitando tanto a decisão puramente intuitiva quanto a dependência acrítica de protocolos ou sistemas automatizados.
- Competência digital em saúde: uso crítico e responsável de tecnologias digitais, incluindo prontuários eletrônicos, sistemas de apoio à decisão clínica e ferramentas baseadas em inteligência artificial, com compreensão de seus limites, vieses e implicações éticas.
- Comunicação clínica baseada em evidências: habilidade de traduzir informações clínicas complexas, riscos e incertezas em linguagem compreensível para pacientes, familiares e equipes multiprofissionais, preservando empatia, clareza e responsabilidade decisória.
- Tomada de decisão ética em ambientes tecnologicamente mediados: capacidade de reconhecer dilemas éticos associados ao uso de dados, algoritmos e protocolos automatizados, assumindo responsabilidade profissional pelas decisões clínicas e evitando a terceirização do julgamento à tecnologia.
- Trabalho colaborativo interprofissional orientado por dados: atuação integrada com outros profissionais da saúde, utilizando informações compartilhadas e indicadores assistenciais como base para decisões coletivas, planejamento do cuidado e melhoria contínua da qualidade.
- Aprendizagem reflexiva baseada na prática: competência para analisar criticamente decisões tomadas, resultados clínicos e desfechos assistenciais, transformando a experiência cotidiana em aprendizagem estruturada, alinhada ao modelo de prática baseada em sistemas proposto pelo ACGME (2021).

Ao estruturar o Projeto Conexão Clínica em torno dessas *hybrid skills*, a formação do médico residente deixa de ser apenas acumulativa e centrada em volume de casos e procedimentos, e passa a ser verdadeiramente formativa, orientada ao desenvolvimento de maturidade clínica, cognitiva e ética. Tal abordagem está alinhada às recomendações internacionais recentes e responde de forma consistente às exigências contemporâneas da prática médica em sistemas de saúde cada vez mais complexos, digitais e orientados por dados.

O projeto foi realizado com base nas seguintes atividades:

- Elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) dos médicos residentes, com base nos diagnósticos previamente realizados, orientando metas de desenvolvimento técnico e comportamental ao longo do programa (SIMPSON *et al.*, 2020; BRICEÑO, 2024; GOLDSTEIN & TRAN, 2024).
- Reunião mensal individual dos médicos residentes com a Coordenadora do projeto e a Psicóloga Hospitalar para escuta qualificada e levantamento de necessidades e expectativas (SIMONETTI, 2018).
- Reunião mensal individual dos médicos residentes com a Coordenadora do Projeto e a Gerente de Capital Humano para apoio individual, feedback estruturado e processos de mentoria (HUSTON, 2024).
- Encontro mensal com o grupo de médicos residentes, destinado à abordagem de temas específicos relacionados às necessidades identificadas de desenvolvimento de *hard*, *soft* e *hybrid skills*.
- Elaboração de artigo acadêmico e capítulo de livro, na forma de estudo de caso descritivo, documentando o Projeto Conexão Clínica como estratégia de desenvolvimento de médicos residentes, e para ser apresentado em congressos na área (GERRING, 2019).



Essas atividades complementam as ações de workshop para desenvolvimento específico de *hard skills* executadas conforme o regulamento da COREME do HST, que incluem encontros clínico-pedagógicos semanais com discussão estruturada de casos, raciocínio clínico, proposição de políticas e protocolos assistenciais e de segurança do paciente, bem como avaliação formativa baseada em *progress test*, feedback estruturado e acompanhamento longitudinal do desenvolvimento dos médicos residentes.

Quanto aos pontos fortes da atual geração de médicos residentes, a pesquisa indica interesse e disposição para aprender, comprometimento, responsabilidade e boa aceitação de feedback. Preceptores e gestores reconhecem afinidade dos médicos residentes com tecnologias digitais, prontuário eletrônico, plataformas de aprendizagem e ferramentas de apoio à decisão clínica, bem como agilidade na busca por evidências, protocolos e referências atualizadas. Também são mencionados atributos como empatia, educação, dedicação e evolução progressiva do conhecimento técnico ao longo do programa. Há, contudo, percepções isoladas que relativizam a existência de pontos fortes consolidados, ressaltando que muitos aspectos ainda se encontram em processo de desenvolvimento.

No que diz respeito às fragilidades que impactam negativamente o ambiente assistencial e o desenvolvimento dos médicos residentes, emergem fatores tanto individuais quanto institucionais. Entre os aspectos formativos, destacam-se insegurança decisória, dificuldades na gestão do tempo, falhas na passagem de plantão, problemas na comunicação e no trabalho em equipe, além de dificuldades em lidar com erros e frustrações. Do ponto de vista organizacional, são apontadas a ausência de cronograma estruturado de aulas, falta de clareza nos métodos de avaliação, acompanhamento irregular das atividades diárias, ausência ou insuficiência de preceptoria em momentos críticos, lacunas no suporte de especialidades-chave e limitações no volume e diversidade de procedimentos. Também aparecem fatores institucionais sensíveis, como atrasos no pagamento de bolsas e preceptores, carência de insumos, falhas nos fluxos administrativos e exposição de conflitos institucionais na presença de pacientes e familiares.

Por fim, ao serem questionados sobre prioridades para o próximo ciclo do Projeto Conexão Clínica, preceptores e gestores convergem para a necessidade de fortalecer a comunicação, o profissionalismo e o desenvolvimento das *soft skills*, sem prejuízo do aprimoramento técnico, além da capacitação em *hybrid skills*. São sugeridas ações como reorganização do cronograma formativo, implementação e consolidação de protocolos clínicos, maior apoio aos residentes no pronto-socorro, reuniões multiprofissionais regulares, avaliação sistemática dos médicos residentes, fortalecimento dos PDIs e feedback periódico, formal e estruturado, especialmente no campo comportamental. Destaca-se também a recomendação de maior valorização e acolhimento da preceptoria, melhoria das condições institucionais de suporte e o desenvolvimento de instrumentos mais estruturados de avaliação, incluindo a sugestão de um aplicativo ou modelo inspirado em EPAs para acompanhamento longitudinal das *hard* e *soft skills*. Em conjunto, essas respostas reforçam a pertinência do Projeto Conexão Clínica como estratégia de intervenção educacional e indicam, de forma consistente, a necessidade de aprofundar a integração entre desenvolvimento técnico, comportamental e organizacional, alinhando formação clínica, comunicação, liderança e governança assistencial no contexto da residência médica do HST.

Os temas já abordados e a serem abordados pelo Projeto Conexão Clínica estão apresentados no Quadro 1, em consonância com a análise de dados efetuada e os pressupostos de Takahashi *et al.* (2015).

Os resultados da pesquisa indicam que o Projeto Conexão Clínica, ao integrar de forma intencional o desenvolvimento comportamental à formação técnica, responde de maneira coerente às características e necessidades reais do grupo de médicos residentes, contribuindo para uma formação mais equilibrada entre *hard* e *soft skills*. Essa abordagem mostra-se alinhada às demandas contemporâneas da residência médica, especialmente em instituições hospitalares de pequeno e médio porte, nas quais a integração entre competência clínica, comunicação e trabalho em equipe é fundamental para a qualidade assistencial e a segurança do paciente.



2025	Temas
agosto	Lançamento e Apresentação do Programa
setembro	Cultura Organizacional de Excelência
outubro	Comunicação Não Violenta
novembro	Como Comunicar Notícias Difíceis no Ambiente Hospitalar
dezembro	Perfil de Personalidade DISC e Plano de desenvolvimento Individual dos Residentes
2026	Temas
janeiro	Normas Administrativas do HST
fevereiro	I Jornada de Sustentabilidade Hospitalar com Operadoras de Saúde
março	Sistema de Gestão Integrado: Tasy
abril	I Simpósio de Governança Clínica e Cuidado Integrado do HST
maio	Gestão Financeira Pessoal
junho	Comunicação Assertiva
julho	Acreditação Hospitalar
agosto	Métodos Estatísticos para Melhoria da Qualidade
setembro	Inteligência Artificial e Engenharia de Prompt
outubro	Raciocínio Clínico Orientado por Dados e Tomada de Decisão
novembro	Trabalho em Equipe
dezembro	Ética, Profissionalismo Médico e Autorregulação na Residência

Quadro 1 - Temas do Projeto Conexão Clínica.

Fonte: HST (2025d).

Para fins de coleta de dados, participaram do estudo, conforme critérios de inclusão baseados na participação direta nas atividades do projeto, os seguintes profissionais que compuseram a amostra pesquisada, apresentada no Quadro 2.

Participantes da Pesquisa	Quantidade
Médicos Residentes:	3
Residentes de Clínica Médica	3
Residentes de Cirurgia Geral	2
Residentes de Medicina Intensiva	
Médicos Preceptores	9
Gestores:	8
CEO	
Diretor Assistencial/Coordenador da COREME	
Diretor Técnico	
Ouvidora/Gerente Administrativa	
Gerente de Enfermagem e Cuidado Integrado	
Gerente da Qualidade	
Gerente de Capital Humano	
Psicóloga Hospitalar	

Quadro 2 - Amostra da pesquisa.

Fonte: Elaborada pelos autores.



A coleta de dados contemplou um conjunto articulado de atividades estruturado nas seguintes etapas:

- Diagnóstico das necessidades de desenvolvimento dos residentes, sob a perspectiva dos próprios médicos residentes, por meio de questionário disponibilizado para respostas pelo Google Forms e apresentado no Anexo A (HAUER *et al.*, 2018; GRUPPEN *et al.*, 2019; ACGME, 2021, 2023; PATHAK *et al.*, 2025; PEPE, 2025).
- Diagnóstico das necessidades de desenvolvimento dos médicos residentes, sob a perspectiva dos médicos preceptores e dos gestores, por meio de questionário disponibilizado para respostas pelo Google Forms e apresentado no Anexo B (HAUER *et al.*, 2018; GRUPPEN *et al.*, 2019; ACGME, 2021, 2023; PATHAK *et al.*, 2025; PEPE, 2025).
- Diagnóstico do perfil comportamental dos médicos residentes, com base na metodologia DISC, aplicado por empresa norte-americana de consultoria especializada em *assessment* e realizado sob a forma de autoavaliação (SOLIDES, 2025).
- Apresentação do projeto aos preceptores e gestores para validação do desenho metodológico e realização de ajustes necessários (RIKER & SILVA, 2022).
- Apresentação do projeto aos médicos residentes para sensibilização e mobilização, com vistas a garantir eficácia na participação (RIKER & SILVA, 2022).
- Entrevistas semiestruturadas realizadas com os médicos residentes, médicos preceptores e gestores. As entrevistas foram gravadas mediante consentimento dos participantes e transcritas integralmente com o apoio de aplicativo de inteligência artificial, para fins de transcrição, de forma assegurada pelo Código de Ética do HST (HST, 2025c).
- Análise documental de atas de reuniões da COREME do HST, relatórios institucionais, registros das atividades do projeto, avaliações de indicadores de desempenho da gestão e assistenciais, questionários estruturados, materiais institucionais, observação participante de preceptores e gestores envolvidos nas atividades formativas.
- No que se refere às *soft skills*, foi utilizada a ferramenta DISC com o objetivo de promover autoconhecimento, aprimorar a comunicação interpessoal e qualificar competências de liderança e trabalho em equipe (SOLIDES, 2025). Adicionalmente, o projeto buscou fortalecer a integração multiprofissional, incorporando profissionais de enfermagem, fisioterapia, farmácia clínica e áreas de gestão, aproximando os médicos residentes da cultura de governança clínica adotada pelo HST.

A análise dos dados foi realizada pela triangulação a partir da integração sistemática de múltiplas fontes, métodos e perspectivas analíticas, com o objetivo de ampliar a robustez interpretativa e a validade interna dos achados, conforme preconizado na literatura sobre educação médica baseada em competências por Schlunegger *et al.* (2024).

Inicialmente, realizou-se o diagnóstico das necessidades de desenvolvimento dos médicos residentes sob sua própria perspectiva, por meio de questionário estruturado, que permitiu captar percepções individuais acerca de lacunas formativas, desafios vivenciados no ambiente hospitalar e prioridades de desenvolvimento profissional. Em paralelo, foi conduzido o diagnóstico das necessidades de desenvolvimento sob a perspectiva dos médicos preceptores e dos gestores, utilizando questionário de estrutura equivalente, possibilitando a comparação entre autoavaliação dos residentes e a avaliação externa de seu desempenho e necessidades formativas. Como terceira fonte de dados quantitativos e comportamentais, foi incorporado o diagnóstico do perfil comportamental dos residentes, realizado por meio da metodologia DISC, aplicada sob a forma de autoavaliação. Essa etapa permitiu aprofundar a compreensão das *soft skills*, dos padrões de comunicação, dos estilos de liderança e das preferências comportamentais, agregando uma dimensão psicométrica ao conjunto de dados analisados.

Os resultados preliminares dessas três fontes foram posteriormente submetidos à validação em entrevista junto aos preceptores e gestores para apresentação formal do projeto, com vistas à análise crítica do desenho metodológico, coerência dos instrumentos e realização de ajustes necessários. Em seguida, o projeto foi apresentado aos médicos residentes, com foco na sensibilização, mobilização e esclarecimento dos objetivos, estratégias e expectativas, buscando



assegurar engajamento qualificado e participação efetiva nas etapas subsequentes. Essa etapa possibilitou captar narrativas, percepções, tensões e convergências não plenamente apreendidas pelos instrumentos estruturados, permitindo aprofundar, qualificar e contextualizar os achados quantitativos do estudo.

A triangulação foi ainda reforçada por análise documental, incluindo atas de reuniões da COREME do HST, relatórios institucionais, registros das atividades do projeto, avaliações de indicadores de desempenho assistenciais e gerenciais, materiais institucionais e questionários estruturados, além de observação participante de preceptores e gestores envolvidos nas atividades formativas. Essa análise permitiu confrontar discursos, práticas e resultados organizacionais, ampliando a compreensão do contexto institucional.

No que se refere especificamente às *soft skills*, a utilização da ferramenta DISC foi articulada a estratégias pedagógicas voltadas ao autoconhecimento, à melhoria da comunicação interpessoal, ao fortalecimento da liderança e ao aprimoramento do trabalho em equipe. Adicionalmente, o projeto incorporou a integração multiprofissional, envolvendo profissionais de enfermagem, fisioterapia, farmácia clínica e áreas de gestão, com o propósito de aproximar os médicos residentes da cultura de governança clínica adotada pelo HST e de promover uma formação alinhada às exigências contemporâneas do cuidado em saúde.

A triangulação, assim concebida, permitiu a convergência e o contraste entre dados quantitativos, qualitativos, comportamentais e documentais, assegurando uma análise abrangente, contextualizada e consistente das necessidades de desenvolvimento dos médicos residentes. A triangulação entre diferentes fontes de dados (documentos, observações, questionários e entrevistas) foi utilizada como estratégia para fortalecer a validade interpretativa dos achados, em consonância com as recomendações de Cook *et al.* (2018), com vistas à redução dos aspectos de limitação da pesquisa.

A adoção desse formato também se mostra alinhada a diretrizes internacionais de avaliação de competências médicas. O *framework CanMEDS* e os referenciais da ACGME (2021, 2023) organizam a progressão do médico residente em níveis graduais análogos a escalas curtas, frequentemente empregadas em avaliações formativas.

O estudo observou os princípios éticos aplicáveis à pesquisa em educação e saúde, assegurando confidencialidade, anonimato e participação voluntária dos envolvidos (FAINTUCH, 2021). Não houve coleta de dados clínicos identificáveis, e o uso da documentação institucional foi previamente autorizado pela direção do HST.

Resultados e discussão

Visão dos médicos residentes

A análise das respostas dos médicos residentes evidenciou um conjunto consistente de percepções sobre lacunas formativas, condições do ambiente de aprendizagem e prioridades para o aprimoramento do Projeto Conexão Clínica. Dos nove residentes vinculados aos programas do HST, oito responderam ao questionário específico, o que assegura representatividade adequada do grupo analisado.

No que se refere às *hard skills*, os médicos residentes apontaram necessidades relacionadas sobretudo ao fortalecimento do domínio técnico-prático e do raciocínio clínico aplicado. Destacam-se a leitura e interpretação de exames de imagem, o aprimoramento de procedimentos em contextos de urgência e emergência, o desenvolvimento de maior autonomia para realização de cirurgias de baixa complexidade e para a cirurgia aberta, bem como a necessidade de atualização técnico-científica contínua. Esses achados indicam que, embora exista exposição assistencial relevante, os médicos residentes percebem lacunas na progressão estruturada da autonomia clínica e na sistematização do aprendizado prático ao longo da residência.



Em relação às *soft skills*, observa-se convergência clara quanto à centralidade das competências emocionais e relacionais. Comunicação, liderança, empatia, resiliência, autocontrole, paciência e gestão do tempo são recorrentemente mencionadas como prioridades de desenvolvimento. Os médicos residentes associam essas competências à capacidade de lidar com situações complexas, integrar-se de forma mais efetiva às equipes e sustentar desempenho profissional em contextos de elevada pressão assistencial. A recorrência desses elementos reforça a percepção de que o desenvolvimento técnico, isoladamente, é insuficiente para responder às exigências contemporâneas da prática médica.

No que diz respeito ao papel da preceptoria, os médicos residentes reconhecem como fatores positivos o acompanhamento próximo das atividades assistenciais e cirúrgicas, a dedicação técnica e ética dos preceptores e, de modo especial, a realização de discussões clínicas regulares. As discussões diárias de casos foram apontadas como dispositivos centrais para a consolidação do raciocínio clínico e para a aprendizagem situada, evidenciando o valor pedagógico de espaços estruturados de reflexão sobre a prática.

Por outro lado, também foram identificados fatores dificultadores do ambiente formativo. Alguns médicos residentes relataram a ausência de um programa pedagógico claro e sistematizado, com definição explícita de conteúdos, expectativas e critérios de acompanhamento, o que gera percepção de desorganização e fragilidade no controle formativo. Apareceram ainda menções à limitação de autonomia acadêmica e assistencial, à comunicação verbal inadequada em determinados contextos e à insuficiência de supervisão estruturada. Esses achados coexistem com respostas que indicam não haver, no momento, fatores significativos de dificuldade, o que sugere heterogeneidade na experiência formativa entre cenários e períodos da residência médica.

Quando questionados sobre as prioridades para os próximos ciclos do Projeto Conexão Clínica, os médicos residentes convergem para a necessidade de fortalecimento das competências emocionais e comportamentais, a estruturação de um plano pedagógico claro para cada ano da residência e a regulamentação mais consistente da preceptoria, de modo a garantir presença, supervisão e intencionalidade pedagógica contínuas. A ampliação e qualificação das discussões de casos clínicos também aparecem como demanda central.

Em síntese, a visão dos médicos residentes revela um cenário em que coexistem reconhecimento do valor da preceptoria e da prática assistencial com a percepção de lacunas estruturais no planejamento pedagógico, na progressão da autonomia clínica e no desenvolvimento sistemático de competências comportamentais. Esses achados fundamentam a pertinência do Projeto Conexão Clínica como intervenção educacional estruturada, orientada à integração entre *hard* e *soft skills* e elementos organizacionais, em consonância com os pressupostos da educação médica baseada em competências e com as necessidades reais do HST.

Complementarmente à análise das respostas do questionário aplicado, os resultados da aplicação da ferramenta DISC para autoavaliação do perfil comportamental dos residentes do HST estão apresentados no Quadro 3, com sua respectiva análise. Todos os nove médicos residentes responderam o teste aplicado.

Residente	D	I	S	C
R1	28,57	16,88	38,96	15,58
R2	33,74	27,91	21,78	16,56
R3	29,84	1,00	40,69	28,48
R4	28,35	22,44	23,23	25,98
R5	11,39	11,39	28,48	48,73
R6	22,50	12,50	42,50	22,50
R7	24,17	31,75	19,43	24,64
R8	18,09	16,49	36,17	29,26
R9	19,84	22,22	21,43	36,51
Média	24,05	18,06	30,30	27,58

Quadro 3 - Resultados do Perfil Comportamental DISC dos Residentes do HST.

Fonte: HST (2025d).

A análise dos resultados revela um perfil comportamental coletivo relativamente equilibrado, ainda que com ênfases específicas que merecem interpretação à luz dos objetivos formativos do Projeto Conexão Clínica. Essa análise foi cotejada com referências acadêmicas pertinentes ao tema, incluindo estudos sobre comunicação segura, trabalho em equipe e competências relacionais em saúde (HANNAWA *et al.*, 2018; LIM *et al.*, 2022; FRONZETTI COLLADON *et al.*, 2023; THOMA & SNELL, 2023).

De forma agregada, observa-se que a média do fator Dominância foi 24,05%, valor próximo ao perfil teórico de referência (25%), sugerindo que, no conjunto, os médicos residentes apresentam adequada capacidade de tomada de decisão, assertividade e orientação para resultados. Esse achado é compatível com as exigências da prática clínica em ambientes hospitalares, nos quais decisões rápidas e posicionamento claro são frequentemente demandados, especialmente em cenários de urgência e elevada responsabilidade assistencial.

O fator Influência apresentou a menor média entre os quatro fatores (18,06%), situando-se abaixo do perfil de referência. Esse resultado indica uma tendência coletiva a menor expressividade comunicacional, persuasão e espontaneidade relacional, o que pode se traduzir em desafios na comunicação com pacientes, familiares e equipes multiprofissionais. Essas dificuldades tendem a ser mais evidentes em situações que exigem negociação, liderança relacional ou transmissão de informações sensíveis, reforçando a relevância de estratégias pedagógicas voltadas ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de feedback estruturado ao longo da residência.

Em contrapartida, os fatores Estabilidade e Conformidade apresentaram valores médios superiores ao perfil teórico, respectivamente 30,30% e 27,58%. Esses achados sugerem um perfil coletivo marcado por estabilidade emocional, cooperação, paciência, planejamento, atenção a normas e rigor técnico. Do ponto de vista formativo, esse padrão mostra-se particularmente favorável à segurança do paciente, à adesão a protocolos clínicos e à consistência do cuidado, aspectos centrais da prática médica contemporânea. Entretanto, níveis elevados desses fatores também podem estar associados a maior aversão ao risco, menor flexibilidade diante de mudanças rápidas e tendência à excessiva cautela decisória, sobretudo quando não equilibrados por competências comunicacionais e de liderança.

A comparação entre o perfil médio observado e o perfil teórico de referência evidencia uma assimetria funcional: enquanto os médicos residentes demonstram solidez técnica, estabilidade comportamental e elevado compromisso com normas e protocolos, identifica-se espaço formativo relevante para o fortalecimento de competências relacionadas à comunicação interpessoal, à



influência positiva e à liderança adaptativa. Esses achados corroboram a pertinência do uso do DISC como instrumento andragógico complementar, de natureza formativa e não avaliativa, permitindo identificar necessidades coletivas de desenvolvimento e orientar intervenções educacionais alinhadas aos papéis do *framework CanMEDS*, especialmente nos papéis *Communicator*, *Collaborator* e *Leader*.

O modelo de comunicação segura proposto por Hannawa *et al.* (2018) oferece referencial teórico para a interpretação das tendências observadas no fator Influência do DISC, possibilitando discutir lacunas comunicacionais e refletir sobre como o desenvolvimento comportamental pode mitigar riscos associados à comunicação clínica inadequada. De modo complementar, Fronzetti Colladon *et al.* (2023) contextualizam os resultados do DISC no âmbito do papel *Collaborator*, ao destacar a relevância dos fluxos relacionais e da troca de conhecimento para a cooperação eficaz em equipes de saúde. Lim *et al.* (2022), por sua vez, sustentam a discussão ao demonstrar como estilos comportamentais, conceitualmente análogos aos fatores do DISC, influenciam a eficácia de equipes clínicas em cenários de incerteza e estresse, reforçando interpretações relacionadas aos papéis de *Leader* e *Collaborator*.

A partir desse enquadramento, foi possível propor um conjunto de *hybrid skills* prioritárias para a formação de médicos residentes do HST. Dentre elas, destacam-se: raciocínio clínico orientado por dados, que integra evidências científicas, dados assistenciais e julgamento clínico; comunicação clínica avançada, especialmente na tradução de informações complexas para pacientes, famílias e equipes multiprofissionais; competência digital em saúde, envolvendo o uso crítico de prontuários eletrônicos, sistemas de apoio à decisão e ferramentas baseadas em inteligência artificial; tomada de decisão ética em contextos tecnologicamente mediados; e colaboração interprofissional baseada em evidências e responsabilidade compartilhada.

Do ponto de vista pedagógico, o desenvolvimento dessas *hybrid skills* requer metodologias formativas ativas que superem a fragmentação curricular. A literatura recente recomenda abordagens como aprendizagem baseada em casos reais com uso de dados clínicos, simulações de decisão apoiada por tecnologia, avaliação formativa orientada a competências integradas e ambientes de prática supervisionada que explicitem o processo decisório do preceptor (KAMAL *et al.*, 2025). Essas estratégias favorecem a construção de uma maturidade profissional que não se limita à execução técnica, mas incorpora reflexão crítica, responsabilidade ética e capacidade adaptativa. A incorporação deliberada das *hybrid skills* na formação de médicos residentes constitui um elemento estruturante para a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A incorporação deliberada de *hybrid skills* na formação de médicos residentes exige que essas competências sejam operacionalizadas em dispositivos pedagógicos concretos, integrados ao cotidiano da prática clínica. Diferentemente de treinamentos pontuais em habilidades técnicas ou comportamentais, o desenvolvimento de *hybrid skills* ocorre quando o residente é exposto a situações reais de cuidado em que conhecimento científico, dados clínicos, julgamento profissional, comunicação e responsabilidade ética precisam ser mobilizados simultaneamente.

Nesse sentido, a literatura recente converge ao afirmar que a formação médica contemporânea deve articular aprendizagem baseada em evidências, prática supervisionada reflexiva e uso crítico de tecnologias digitais em saúde. A OECD (2025a) destaca que, no setor da saúde, competências técnicas avançadas só produzem valor quando combinadas com capacidades de interpretação, coordenação interprofissional e tomada de decisão em contextos complexos e incertos. De forma complementar, o WEF (2025) aponta que profissões intensivas em conhecimento demandam cada vez mais competências híbridas, nas quais habilidades analíticas, digitais e humanas se manifestam de maneira integrada no exercício profissional.

No contexto específico da residência médica, o uso pedagógico das *hybrid skills* implica reorganizar a experiência formativa para além da execução de procedimentos. Isso envolve, por exemplo, a análise crítica de dados assistenciais reais, a explicitação do raciocínio clínico pelos preceptores, a discussão ética de decisões apoiadas por tecnologia e a comunicação estruturada entre membros da equipe multiprofissional. Estudos sobre educação médica indicam que abordagens baseadas em casos reais, simulação clínica avançada e avaliação por marcos de competência favorecem o desenvolvimento dessas capacidades integradas (ACGME, 2021, 2023; OECD, 2025b; WEF, 2025).



Com base nessas considerações, o cronograma de encontros do Projeto Conexão Clínica foi estruturado segundo princípios andragógicos, contemplando atividades formativas alinhadas às necessidades identificadas no estudo, enfatizando o desenvolvimento da competência Comunicação. Vale destacar que essa é a única competência presente em todos os principais *frameworks* sobre o desenvolvimento de médicos residentes.

Nesse sentido, Tobin & Watters (2020) analisam a comunicação como competência transversal (*enabling competency*) na formação médica, estruturada a partir do *framework CanMEDS*. Os autores defendem que a comunicação não constitui um papel isolado, mas um eixo integrador que atravessa e sustenta todos os demais papéis do médico. Na formação de residentes, essa centralidade da comunicação se expressa na qualidade da relação médico-paciente, na segurança do cuidado, na efetividade do trabalho em equipe multiprofissional e na capacidade de aprender a partir da prática. Ela favorece a escuta ativa, o compartilhamento de decisões, o manejo de conflitos e a construção de ambientes clínicos psicologicamente seguros, essenciais ao aprendizado em serviço. Os autores também discutem estratégias educacionais que vão além do ensino pontual de habilidades comunicacionais, propondo práticas longitudinais como feedback estruturado, observação direta, *debriefing* clínico e autorreflexão sistemática. Nesse contexto, instrumentos de perfil comportamental, como o DISC, são apresentados como recursos pedagógicos para ampliar a autoconsciência dos residentes, possibilitar a adaptação de estilos comunicacionais a diferentes contextos clínicos e interpessoais e fortalecer competências de liderança e colaboração, fundamentais para o desempenho profissional e para a maturidade progressiva ao longo da residência médica.

Visão dos médicos preceptores e gestores

A análise das respostas de oito médicos preceptores e nove gestores evidencia um conjunto consistente de percepções convergentes sobre lacunas formativas, pontos fortes, fragilidades institucionais e prioridades para o aprimoramento do Projeto Conexão Clínica do HST.

No que se refere às *hard skills*, preceptores e gestores apontam como necessidades centrais o fortalecimento do raciocínio clínico aplicado, com maior capacidade de integrar dados clínicos, laboratoriais e de imagem à tomada de decisão, reduzindo a dependência excessiva de exames complementares. Destacam-se, ainda, a necessidade de maior domínio da farmacologia e das interações medicamentosas, aprofundamento da fisiopatologia das doenças, execução segura de procedimentos básicos (como intubação, acesso venoso central, ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos cirúrgicos essenciais), além da sistematização dos passos cirúrgicos e do reconhecimento precoce do paciente grave. A qualidade da documentação clínica aparece de forma recorrente, com ênfase no registro adequado em prontuário, aderência a protocolos institucionais e conformidade com normas assistenciais, tanto para fins clínicos quanto de auditoria e segurança do paciente. Também são mencionadas lacunas estruturais que impactam o desenvolvimento técnico, como a necessidade de maior presença da preceptoria diária, ampliação de ambulatórios, acesso a especialidades de apoio, biblioteca eletrônica e estágios em serviços de referência.

Em relação às *soft skills*, observa-se elevada convergência quanto à centralidade das percepções: comunicação clínica eficaz, comunicação interprofissional, gestão de conflitos e alinhamento das decisões com a equipe multiprofissional são apontados como necessidades prioritárias. Além disso, destacam-se demandas relacionadas à inteligência emocional, autorregulação frente à fadiga e ao estresse, resiliência, ética profissional, responsabilidade, pontualidade, postura profissional e capacidade de receber e utilizar feedback de forma construtiva. A habilidade de trabalhar em equipe, evitar condutas isoladas e exercer liderança relacional em contextos clínicos complexos aparece de forma recorrente, indicando a relevância do desenvolvimento intencional dessas competências no ambiente da residência médica.

Outro achado importante da pesquisa diz respeito à análise do indicador Net Promoter Scores (NPS), que mede a satisfação dos pacientes e familiares do HST. No HST, o NPS é aplicado de forma contínua por meio da Concierge Hospitalar e dos coordenadores de enfermagem, permitindo o acompanhamento da experiência do paciente. Sua utilização neste estudo possibilitou analisar, de maneira indireta e contextualizada, os efeitos do Projeto Conexão Clínica sobre aspectos relacionais



do cuidado, especialmente aqueles associados à atuação dos médicos residentes, como comunicação, empatia, profissionalismo e confiança percebida pelos usuários do serviço, conforme sugerem Adams *et al.* (2022) e D'Avila *et al.* (2024).

O NPS é uma metodologia amplamente utilizada para mensurar a percepção de satisfação e lealdade dos usuários em relação a serviços, incluindo o setor de saúde. O indicador baseia-se na pergunta: “Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria o Hospital Santa Terezinha como uma entidade que oferece cuidado integral com excelência, por meio de equipes multiprofissionais, ciência, segurança e acolhimento, promovendo saúde para nossos pacientes e seus familiares?” As respostas são classificadas em três grupos: promotores (notas 9 e 10), neutros (notas 7 e 8) e detratores (notas de 0 a 6). O NPS é calculado pela diferença percentual entre promotores e detratores, resultando em um escore que varia de -100 a +100.

No período subsequente à implementação do Projeto Conexão Clínica, observou-se melhoria consistente do NPS, especialmente nos itens relacionados à experiência do paciente com a equipe de médicos residentes. A análise comparativa dos relatórios institucionais de satisfação, antes e após a intervenção, evidencia elevação do NPS geral do HST, associada a redução de manifestações negativas e aumento da proporção de avaliações classificadas como “promotores”, particularmente em dimensões vinculadas à comunicação, acolhimento, clareza de informações e postura profissional dos residentes. Os dados da pesquisa são apresentados no Quadro 4.

Setor	Mês	Atendimentos	Respondentes	% Amostra	Promotores	Neutros	Detratores	Promotores	Neutros	Detratores	NPS (%)
Apartamentos	Agosto	90	28	31,11%	17	8	3	60,71	28,57	10,71	50,0
	Setembro	82	7	8,54%	5	1	1	71,43	14,29	14,29	57,1
	Outubro	92	11	11,96%	10	1	0	90,91	9,09	0,00	90,9
	Novembro	68	45	66,18%	38	6	1	84,44	13,33	2,22	82,2
	Dezembro	92	31	33,70%	26	5	0	83,87	16,13	0,00	83,9
	Janeiro	81	23	28,40%	19	4	0	82,61	17,39	0,00	82,6
Enfermarias	Agosto	96	40	41,67%	26	14	0	65,00	35,00	0,00	65,0
	Setembro	148	12	8,11%	10	2	0	83,33	16,67	0,00	83,3
	Outubro	117	11	9,40%	8	3	0	72,73	27,27	0,00	72,7
	Novembro	107	47	43,93%	30	16	0	63,83	34,04	0,00	63,8
	Dezembro	116	45	38,79%	35	10	0	77,78	22,22	0,00	77,8
	Janeiro	139	27	19,42%	24	3	0	88,89	11,11	0,00	88,9
Pronto Atendimento	Agosto	1217	89	7,31%	74	11	4	83,15	12,36	4,49	78,7
	Setembro	1273	126	9,90%	115	8	3	91,27	6,35	2,38	88,9
	Outubro	1259	157	12,47%	140	15	2	89,17	9,55	1,27	87,9
	Novembro	1156	210	18,17%	197	10	3	93,81	4,76	1,43	92,4
	Dezembro	1153	107	9,28%	104	2	1	97,20	1,87	0,93	96,3
	Janeiro	1287	302	23,47%	289	3	10	95,70	0,99	3,31	92,4
UTI	Agosto	45	3	6,67%	2	1	0	66,67	33,33	0,00	66,7
	Setembro	48	11	22,92%	9	2	0	81,82	18,18	0,00	81,8
	Outubro	50	6	12,00%	5	1	0	83,33	16,67	0,00	83,3
	Novembro	38	22	57,89%	18	3	0	81,82	13,64	0,00	81,8
	Dezembro	34	9	26,47%	9	0	0	100,00	0,00	0,00	100,0
	Janeiro	42	22	52,38%	20	2	0	90,91	9,09	0,00	90,9
TOTAL	Agosto	1448	160	11,05%	119	34	7	74,38	21,25	4,38	70,0
	Setembro	1551	156	10,06%	139	13	4	89,10	8,33	2,56	86,5
	Outubro	1518	185	12,19%	163	20	2	88,11	10,81	1,08	87,0
	Novembro	1369	324	23,67%	283	35	4	87,35	10,80	1,23	86,1
	Dezembro	1395	192	13,76%	174	17	1	90,63	8,85	0,52	90,1
	Janeiro	1549	374	24,14%	352	12	10	94,12	3,21	2,67	91,4

Quadro 4 - Pesquisa NPS do HST - julho/2025 a dezembro/2025.

Fonte: HST (2025d).

A análise consolidada dos resultados de Net Promoter Score (NPS) do HST, no período de agosto/2025 a janeiro/2026, evidencia evolução consistente da experiência do paciente, com



variações relevantes entre setores e crescimento global ao longo do semestre. No total geral da instituição, o NPS apresentou tendência ascendente, partindo de 70% em agosto/2025 e atingindo 91,4% em janeiro/2026, acompanhada por aumento progressivo da proporção de promotores (de 74,38% para 94,12%) e redução expressiva de detratores (de 4,38% para 2,67%). O Pronto Atendimento, setor com maior volume assistencial e maior exposição dos médicos residentes, apresentou desempenho particularmente robusto, com NPS variando de 78,7% em agosto/2025 a 92,4% em janeiro/2026, refletindo percentuais elevados e crescentes de promotores (de 83,15% para 95,70%) e queda sustentada de detratores (de 4,49% para 3,31%). Nas internações, observou-se evolução relevante tanto nas Enfermarias, cujo NPS oscilou de 65,0% em agosto/2025 para 88,9% em janeiro/2026, quanto nos Apartamentos, que apresentaram crescimento mais acentuado a partir de outubro, alcançando NPS de 50% em agosto/2025 e 82,6% em janeiro/2026. A UTI, apesar do menor número absoluto de respostas e maior variabilidade mensal, manteve níveis elevados de satisfação nos meses finais, alcançando NPS de 66,7% em agosto/2025 e 90,90% em janeiro/2026. Em conjunto, os dados indicam não apenas aumento quantitativo do NPS, mas também melhoria qualitativa da experiência do paciente, especialmente em dimensões sensíveis à atuação médica, como comunicação, clareza de informações, acolhimento e postura profissional, sendo o Pronto Atendimento o setor em que esses efeitos se mostraram mais consistentes e intensos ao longo do período analisado.

Além disso, a melhoria do NPS mostrou-se particularmente associada às ações formativas do Projeto Conexão Clínica voltadas ao desenvolvimento de *soft skills*, como comunicação clínica estruturada, escuta ativa, gestão de conflitos e feedback. Tais competências, anteriormente identificadas como lacunas relevantes no perfil coletivo dos médicos residentes, passaram a ser trabalhadas de forma sistemática nos encontros andragógicos, nas devolutivas individuais e na integração multiprofissional, refletindo-se em maior segurança relacional no contato com pacientes e equipes assistenciais.

Esses resultados reforçam a proposição de que intervenções educacionais estruturadas que integram desenvolvimento técnico e comportamental e produzem efeitos que extrapolam o ambiente formativo, alcançando indicadores institucionais de desempenho assistencial e experiência do paciente.

No HST, o NPS configurou-se como métrica sensível para captar mudanças qualitativas no comportamento profissional dos residentes, funcionando como indicador indireto do impacto positivo do Projeto Conexão Clínica sobre a cultura assistencial e relacional da instituição. A Ouvidoria e a Gerência da Qualidade do HST relataram diminuição significativa de registros de críticas e reclamações relacionadas a ruídos comunicacionais, insegurança percebida por pacientes e familiares, e dificuldades de relacionamento interpessoal envolvendo médicos residentes, conforme evidenciado pelo número de manifestações na Ouvidoria e de não conformidades abertas pela Gerência da Qualidade. Em contrapartida, positivamente, ampliaram-se os registros espontâneos de reconhecimento da postura ética, empática e colaborativa dos residentes, indicando impacto positivo do projeto sobre competências comportamentais diretamente percebidas pelos usuários do serviço.

Conclusão

Este estudo analisou o Projeto Conexão Clínica como prática de intervenção educacional andragógica estruturada, voltada ao desenvolvimento de médicos residentes em um hospital privado de médio porte, situado fora do eixo universitário tradicional. Ao descrever sua concepção, atividades, estratégias avaliativas e resultados percebidos, o estudo contribui para o debate contemporâneo sobre educação médica baseada em competências em contextos institucionais marcados por limitações estruturais, elevada demanda assistencial e menor tradição acadêmica.

Os resultados indicam que a implementação do Projeto Conexão Clínica promoveu maior sistematização do processo formativo, fortalecendo a articulação entre a coordenação da residência médica, os preceptores, os médicos residentes e as áreas multiprofissionais e administrativas. A incorporação de espaços regulares de discussão clínica, avaliação formativa longitudinal, feedback estruturado e planos de desenvolvimento individual contribuiu para a qualificação das práticas pedagógicas e para o aumento da intencionalidade educativa no cotidiano assistencial.



A análise dos resultados evidenciou que os médicos residentes do HST apresentam um perfil coletivo caracterizado por solidez técnica, estabilidade comportamental, cooperação e rigor organizacional, atributos fortemente associados à segurança do paciente e à adesão a protocolos clínicos. No entanto, também foram identificadas lacunas relacionadas à comunicação interpessoal, influência positiva e liderança relacional, dimensões centrais para o exercício pleno dos papéis de *Communicator*, *Collaborator* e *Leader* do *framework CanMEDS*. Nesse contexto, o uso andragógico da ferramenta DISC mostrou-se pertinente como instrumento complementar de autoconhecimento e reflexão comportamental, orientando intervenções educacionais alinhadas às necessidades reais do grupo de médicos residentes.

Os resultados reforçam a importância de integrar, de forma planejada e intencional, o desenvolvimento de *hard* e *soft skills* na residência médica, superando modelos centrados exclusivamente na transmissão de conhecimento técnico. A experiência do Projeto Conexão Clínica mostra que, mesmo em instituições com estrutura assistencial enxuta, é possível implementar ambientes formativos mais coerentes, reflexivos e orientados por competências, desde que haja compromisso institucional, clareza pedagógica e envolvimento ativo da preceptoria.

Dessa forma, o estudo contribui para ampliar o repertório nacional de experiências em residência médica desenvolvidas fora de hospitais universitários, ao oferecer evidências de que iniciativas estruturadas de desenvolvimento profissional podem reduzir assimetrias formativas, fortalecer a cultura docente e qualificar o ambiente de aprendizagem. Esses resultados sustentam a pertinência do Projeto Conexão Clínica como um modelo factível e potencialmente replicável em contextos institucionais semelhantes, ao mesmo tempo em que apontam para a necessidade de aprofundamento investigativo, conforme discutido a seguir nas sugestões para estudos futuros.

A natureza descritiva deste estudo abre múltiplas possibilidades para o aprofundamento da investigação sobre programas de desenvolvimento na residência médica. À luz dos resultados e das limitações da pesquisa, sugere-se que estudos futuros considerem:

- Ampliação do escopo para diferentes hospitais, incluindo instituições públicas, privadas e filantrópicas, o que permitiria avaliar a transferibilidade do modelo do Projeto Conexão Clínica e compreender de que forma variações organizacionais, perfil assistencial e grau de maturidade pedagógica influenciam sua efetividade. Estudos multicêntricos poderiam, adicionalmente, identificar componentes essenciais e elementos passíveis de adaptação do projeto.
- Adoção de delineamentos que combinem análises qualitativas e indicadores quantitativos, tais como progressão em *Milestones* da ACGME, desempenho em *progress tests*, métricas de segurança do paciente, tempos de tomada de decisão clínica e indicadores de comunicação interprofissional. Essa abordagem pode oferecer um panorama mais abrangente e sensível dos efeitos do programa sobre o desempenho clínico e comportamental dos médicos residentes.
- Estudos de seguimento ao longo de três ou mais anos de residência médica permitiriam examinar tendências de progressão dos médicos residentes nos domínios técnico, comportamental e identitário, à luz dos papéis do *CanMEDS*. A avaliação da sustentabilidade dos efeitos após a conclusão da formação representaria contribuição relevante para a literatura em educação médica.
- Incorporação de múltiplas perspectivas de análise e avaliação, incluindo pacientes, profissionais de enfermagem, fisioterapia, farmácia clínica e gestores institucionais, pode ampliar a compreensão do impacto pedagógico e assistencial do programa, especialmente no desenvolvimento de competências relacionais, comunicação interprofissional, colaboração em equipe e segurança do paciente.
- Embora a literatura internacional aponte benefícios do DISC como ferramenta de autoconhecimento e aprimoramento da comunicação, persistem lacunas no contexto brasileiro, especialmente na formação médica. Nesse sentido, estudos com delineamentos experimentais ou quase experimentais podem investigar mudanças comportamentais observáveis, indicadores de trabalho em equipe, impactos no clima organizacional e na percepção de segurança, bem como efeitos sobre o exercício da liderança clínica.
- Intervenções estruturadas de desenvolvimento docente, como capacitação em supervisão clínica, práticas de feedback estruturado, preceptoria reflexiva e avaliação formativa, podem ser analisadas



de forma integrada ao Projeto Conexão Clínica, considerando a centralidade da preceptoría para a qualidade da formação médica.

- Estudos comparativos entre programas que articulam residência médica, núcleos de segurança do paciente, qualidade assistencial e educação permanente podem revelar arranjos mais eficazes de governança acadêmica e institucional.

- Investigações sobre custo-efetividade, barreiras de implementação e fatores facilitadores podem subsidiar gestores na tomada de decisão e na expansão de iniciativas pedagógicas semelhantes, especialmente em hospitais de médio porte.

Essas linhas de investigação têm potencial para ampliar a base empírica sobre o desenvolvimento de médicos residentes, fortalecer a literatura nacional em educação médica e oferecer subsídios consistentes para a consolidação e evolução de programas como o Projeto Conexão Clínica.

Referências

ABREU, I. E. S. G.; LIMA, M. E. S.; BELCZAK, S. Q. *Habilidades para uma carreira médica de sucesso: Soft skills*. São Paulo: Manole, 2024.

ACGME - ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION. *Milestones Guidebook - Version 2.0*. Chicago: ACGME, 2021. Disponível em: <<https://www.acgme.org/globalassets/pdfs/milestones/milestonesguidebook.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2026.

ACGME - ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION. *Common program requirements*. Chicago: ACGME, 2023. Disponível em: <<https://www.acgme.org>>. Acesso em: 2 jan. 2026.

ADAMS, C.; WALPOLA, R.; SCHEMBRI, A. M.; HARRISON, R. The ultimate question?: Evaluating the use of Net Promoter Score in healthcare: A systematic review. *Health Expectations*, v. 25, n. 6, p. 1943-1955, 2022.

AGUIAR, A. C. (Org.). *Preceptoría em programas de residência: Ensino, pesquisa e gestão*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: <<https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptoría-em-programas-de-residência.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2026.

ALHARBI, N. S. Evaluating competency-based medical education: A systematized review of current practices. *BMC Medical Education*, v. 24, n. 612, 2024.

ANDRADE, G. S.; GUERRA, M. H. L.; LIMA, J. J. M. Share of voice as a strategic metric of hospital reputation: Comparative case study in hospitals of Rio Verde (GO - Brazil). *Pathways to health: Innovations and approaches in health sciences*, v. 1, n. 1, p. 193-229, 2026.

BARBOSA, C. A.; FERREIRA, C. E.; SANTOS, R. S.; CARNEIRO, A. L.; CUNHA, A. J.; AGLIO, C. A.; SANTOS, G. A.; VIEIRA, J. C.; LEÃO, A. F. B. C.; CERQUEIRA, A. C. S. Desafios e avanços na residência médica no Brasil: Atualizações legislativas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 7, p. 1341-1356, 2025.

BORNELI, J. *Domine as hybrid skills: Como se adaptar à nova lógica de trabalho na era da IA*. São Paulo: Gente, 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. *Resoluções e matrizes de competências dos programas de residência médica*. Brasília: MEC, 1977. Disponível em: <<https://www.gov.br/mec/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/comissoes/comissao-nacional-de-residência-medica>>. Acesso em: 2 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde (2009)*. Brasília: MS. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude>>. Acesso em: 2 jan. 2026.



- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <<https://www.gov.br/mec>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- BRICEÑO, E. *Mindset de crescimento: Como superar o paradoxo da performance e fazer da experimentação e do erro seus maiores aliados*. Rio de Janeiro: Sextante, 2024.
- CARRACCIO, C.; WOLFSTHAL, S. D.; ENGLANDER, R.; FERENTZ, K.; MARTIN, C. Shifting paradigms: From Flexner to competencies. *Academic Medicine*, v. 77, n. 5, p. 361-367, 2002.
- CARVALHO FILHO, M. A.; FIGUEIREDO, R. C.; FERRAZ, E. R. Training in medical residency: The preceptor's view. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 3, e166, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/ZpHPXKNzT6bwQvpH7S4ndjD/>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Residência médica: Normas e regulamentação (2018)*. Brasília: CFM. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- CHENG, M. K. W.; COLLINS, S.; BARON, R. B.; BOSCARDIN, C. K. Analysis of the interprofessional clinical learning environment for quality improvement and patient safety from perspectives of interprofessional teams. *Journal of Graduate Medical Education*, v. 13, n. 6, p. 822-832, 2021.
- COBRA, S. B.; REIS, J. A.; LIMA, A. A.; COELHO, P. A. B.; SILVA, P. H. G.; ARAÚJO, S. Q.; CAMPOS, V. D. G. Residência em clínica médica no Brasil: Estudo demográfico contemporâneo. *Health Residency Journal*, v. 4, n. 20, p. 52-62, 2023.
- COOK, D. A.; SHERBINO, J.; DURNING, S. J. Management of bias in medical education research. *Medical Education*, v. 52, n. 1, p. 39-49, 2018.
- COUGLAS, D. J.; HALPERN, M.; HEROLD, R. *Say what you do: Building a framework of IT controls, policies, standards, and procedures*. Berlin: Shaser-Vartan, 2007.
- CLELAND, J. A. The qualitative orientation in medical education research. *Korean Journal of Medical Education*, v. 29, n. 2, p. 61-71, 2017.
- D'AVILA, O. P.; PERRONE, L. R.; RIBEIRO, M. C.; PINTO, L. F. O uso do Net Promoter Score para avaliação da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 11, e01452024, 2024.
- DYRBYE, L. N.; SHANAFELT, T. D.; SINSKY, C. A.; CIPRIANO, P. F.; BHATT, J.; OMMAYA, A.; WEST, C. P.; MEYERS, D. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *National Academy of Medicine*, 2017. Disponível em: <<https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- DISC PROFILE. *What is DISC®? (2026)* Disponível em: <<https://www.discprofile.com/what-is-disc>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- EARNEST, M. A.; WONG, S. L.; FEDERICO, S. G. Perspective: Physician advocacy: What is it and how do we do it? *Academic Medicine*, v. 85, n. 1, p. 63-67, 2010.
- EBSERH - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. (2021). *Diretrizes para programas de residência médica nos hospitais universitários federais (2026)*. Brasília: EBSERH. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- FAINTUCH, J. *Ética em pesquisa: Em medicina, ciências humanas e da saúde*. São Paulo: Manole, 2021.
- FERREIRA, I. G.; CAZELLA, S. C.; COSTA, M. R. Formação em preceptoria: Percepções e experiências de preceptores. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 17, n. 44, p. 1-12, 2022. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3438>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- FRANK J. R.; SNELL, L. S.; CATE, O. T.; HOLMBOE, E. S.; CARRACCIO, C.; SWING, S. R.; HARRIS, P.; GLASGOW, N. J.; CAMPBELL, C.; DATH, D.; HARDEN, R. M.; IOBST, W.; LONG, D. M.; MUNGROO, R.; RICHARDSON, D. L.; SHERBINO, J.; SILVER, I.; TABER, S.; TALBOT, M.; HARRIS, K. A. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teaching*, v. 32, n. 8, p. 638-645, 2010.



- FRANK, J. R.; SNELL, L.; SHERBINO, J. *The CanMEDS 2015 physician competency framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015. Disponível em: <<https://www.royalcollege.ca>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- FRONZETTI COLLADON, A. F.; GRIPPA, F.; BROCCATELLI, C.; MAUREN, C.; MCKINSEY, S.; KATTAN, J.; SUTTON, E. S. J.; SATLIN, L.; BUCUVALAS, J. Boosting advice and knowledge sharing among healthcare professionals. *Journal of Knowledge Management*, v. 27, n. 8, 2017-2033. Disponível em: <<https://arxiv.org/abs/2310.15102>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- GENEROSO, M. B.; ROSSI, H.; MAZAFERRO, P. O que é residência médica em rede? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 48, n. 2, e043:1-5, 2024.
- GERRING, J. *Pesquisa de estudo de caso: Princípios e práticas*. Petrópolis: Vozes, 2019.
- GOLDSTEIN, M. A.; TRAN, K. M. *Becoming a better physician: Insightful and inspirational stories from attending physicians, residents, and medical students*. Cham: Springer, 2024.
- GRUPPEN, L. D.; IRBY, D. M.; DURNING, S. J.; MAGGIO, L. A. Conceptualizing learning environments in the health professions. *Academic Medicine*, v. 94, n. 7, p. 969-974, 2019.
- HANNAWA, A. F.; WU, A.; JUHASZ, R. SACCIA safe communication: Five core competencies for safe and high-quality care. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, v. 23, n. 3, p. 99-107, 2018.
- HAUER, K. E.; CATE, O. T.; BOSCARDIN, C. K.; IRBY, D. M.; O'SULLIVAN, P. S.; TEHERANI, A. Twelve tips for creating effective learning environments in clinical settings. *Medical Teacher*, v. 40, n. 2, p. 140-145, 2018.
- HOEKSTRA, B. E.; FELICIANO, C. S.; NASCIMENTO, R. T.; BOLLELA, V. R. Progress test as an assessment for learning in an infectious diseases residency program. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 28, n. 4, 103849, 2024.
- HOLMBOE, E. S.; SHERBINO, J.; ENGLANDER, R.; SNELL, L.; FRANK, J. R. A call to action: The controversy of and rationale for competency-based medical education. *Medical Teacher*, v. 39, n. 6, p. 574-581, 2017.
- HST - HOSPITAL SANTA TEREZINHA. *Especialidades médicas e áreas de atuação (2025a)*. Disponível em: <<https://hst.med.br/#especialidades>>. Acesso em: 2 já. 2026.
- HST - HOSPITAL SANTA TEREZINHA. *Nossa filosofia (2025b)*. Disponível em: <<https://hst.med.br/nossa-filosofia/>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- HST - HOSPITAL SANTA TEREZINHA. *Código de ética (2025c)*. Disponível em: <<https://hst.med.br/wp-content/uploads/2025/11/HST-Codigo-de-Etica.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- HST - HOSPITAL SANTA TEREZINHA. *Projeto Conexão Clínica (2025d)*. Rio Verde: HST.
- HUSTON, T. *Feedback para todos: Transforme conversas difíceis em oportunidades de crescimento*. São Paulo: Benvirá, 2024.
- KAMAL, M.; CHAFIQ, N.; TALBI, M. Hybrid skills: Analysis of digital soft skills development in students during digital literacy learning through a digital textbook and flipped classroom. *Journal of Educators Online*, v. 22, n. 1, 2025.
- LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932. Disponível em: <https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- LIM, S. L.; BENTLEY, P. J.; PETERSON, R. S.; HU, X.; MCLAREN, J. P. Kill chaos with kindness: Agreeableness improves team performance under uncertainty. *Collective Intelligence*, v. 2, n. 1, 2022.
- LUZ, D.; BAEZA, M. *DISC de A a Z: Tudo o que você precisa saber sobre como utilizar a mais popular ferramenta de análise de perfil comportamental e estilo de trabalho*. São Paulo: Literare Books International, 2025.
- MARSTON, W. M. *Emotions of normal people*. Boston: Harcourt, Brace & Company, 1928.



- MIDIK, O. Difficulties faced by residents and clues for solutions. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, v. 61, p. 1-10, 2024.
- NG, I. K. S.; MOK, S. F.; TEO D. Competency in medical training: Current concepts, assessment modalities, and practical challenges. *Postgraduate Medical Journal*, qgae023, 2024. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38376156/>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- OECD - ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *OECD Skills Outlook 2025: Building the skills of the 21st century for all*. Paris: OECD, 2025a. Disponível em: <https://www.oecd.org/en/publications/oecd-skills-outlook-2025_26163cd3-en/full-report.html>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- OECD - ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Digital and AI skills in health occupations*. Paris: OECD, 2025b. Disponível em: <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/05/digital-and-ai-skills-in-health-occupations_f428e5a9/5fbd42ab-en.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- PATHAK, N.; PRICE, C.; CRUZ, C. M.; WEISSMAN, M. A. Using DiSC personality tests to develop leadership skills in internal medicine residents. *Physician Leadership Journal*, v. 12), n. 3, p. 6-9, 2025.
- PEPE, R. J. Utilizing the DISC assessment in surgical residency: Mapping communication styles and leadership development. *Surgical Education Research*, 2025. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39818082/>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- PEREIRA JÚNIOR, G. A.; COLLEONI NETO, R.; GIAMPANI JÚNIOR, J.; GUEDES, J. C.; FUJITA, R. R.; MENDES JÚNIOR, A. F.; ROMÃO, G. S.; BARROS, L. N.; DAVID, L. A.; SOUZA, P. F. C.; DOLCI, J. E. L.; FERNANDES, C. E. Contexto atual e avaliação de programas de residência médica: Experiência de seis sociedades médicas brasileiras. *Revista do CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgões*, n. 51, e20243861, 2024.
- RIKER, D.; SILVA, V. *A arte da facilitação: O poder da facilitação e seu verdadeiro impacto na cultura das organizações*. Rio de Janeiro: Caroli, 2022.
- ROMÃO, G. S.; SÁ, M. F. S.; FERNANDES, C. E.; SILVA FILHO, A. L. (Eds.). *Residência médica: Ensino e avaliação de competências*. São Paulo: Manole, 2021.
- RCPC - ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA. *CanMEDS framework*. Ottawa: RCPC, 2015. Disponível em: <<https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- RYAN, M. S.; BLOOD, A. D.; PARK, Y. S.; FARNAN, J. M. Competency-based frameworks in medical school education programs: A thematic analysis of the *Academic Medicine* snapshots, 2020. *Academic Medicine*, v. 97, n. 11, p. S63-S70, 2022.
- RUIZ, P. F. C. Preceptoria em residência médica: Uma avaliação sob a perspectiva dos preceptores. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 48, n. 4, e212, 2024.
- SÁ, M. F. S.; ROMÃO, G. S.; FERNANDES, C. E.; SILVA, A. L. F. The individual progress test of gynecology and obstetrics residents (TPI-GO): The Brazilian experience. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 43, n. 6, p. 425-428, 2021.
- SANTANA, R. S. *Como desenvolver suas hard skills e soft skills: Habilidades essenciais para ser um profissional completo*. 2. ed. São Paulo: UICLAP, 2022.
- SANTOS, L. P.; OLIVEIRA, R. A.; BRAGA, M. S. Progress test como avaliação formativa em programa de residência médica: Estudo piloto. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 28, n. 3, p. 1-7, 2024.
- SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia médica no Brasil 2025*. Brasília: Ministério da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Associação Médica Brasileira, 2025. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2026.



- SCHLUNEGGER, M. C.; ZUMSTEIN-SHAHA, M.; PALM, R. Methodologic and data-analysis triangulation in case studies: A scoping review. *Western Journal of Nursing Research*, v. 46, n. 8, p. 611-622, 2024.
- SCOTTISH DOCTOR. *The Scottish doctor framework*. Edinburgh: Scottish Deans' Medical Education Group, 2009. Disponível em: <<https://www.scotgmc.org>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- SHANAFELT, T. D.; BALCH, C. M.; BECHAMPS, G. J.; RUSSELL, T.; DYRBYE, L. N.; SATELE, D. V.; WEST, C. P.; SLOAN, J. Burnout and medical errors among residents. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 94, n. 11, p. 2024-2034, 2019.
- SILVA, C. T.; TERRA, M. G.; CAMPONOVARA, S.; KRUSE, M. H. L.; ROSO, C. C.; XAVIER, M. S. Permanent health education based on research with professionals of a multidisciplinary residence program: Case study. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014.
- SILVEIRA, F. F., & BORGES, L. O. Prevalência de síndrome de burnout entre médicos residentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, e221076, 1-16, 2021.
- SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença*. Belo Horizonte: Artesã, 2018.
- SIMPSON, D.; SULLIVAN, G. M.; ARTINO, A. R.; DEIORIO, N. M.; YARRIS, L. M. Envisioning graduate medical education in 2030. *Journal of Graduate Medical Education*, v. 12, n. 3, p. 235-240, 2020.
- SOLIDES. *Profiler: Mapeamento comportamental (2025)*. Disponível em: <<https://solides.com.br/profiler/>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- STAKE, R. E. *Pesquisa qualitativa: Estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso, 2011.
- TAKAHASHI, S. G.; ABBOTT, S.; OSWALD, A. *CanMEDS teaching and assessment tools guide*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.
- STARFIELD, B. Is primary care essential? *The Lancet*, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.
- TAYLOR, C. *Walking the talk: A cultura através do exemplo*. 3. ed. São Paulo: Labrador, 2022.
- TEN CATE, O.; SCHEELE, F. Competency-based postgraduate training: Can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Academic Medicine*, v. 82, n. 6, p. 542-547, 2007.
- THOMA, B.; ABBOTT, C.; SNELL, L. The future of the CanMEDS physician competency framework. *Canadian Medical Education Journal*, v. 14, n. 4, p. 4-10, 2023.
- THOMAS, P. A.; KERN, D. E.; HUGHES, M. T.; (EDITOR), TACKETT, S. A.; (EDITOR), CHEN, B. Y. *Curriculum development for medical education: A six-step approach*. 4th. ed. Baltimore: Johns Hopkins University, 2022.
- TOBIN, S.; A.; WATTERS, D. A. Communication: An enabling competency. *ANZ Journal of Surgery*, v. 90, n. 3, p. 364-369, 2020.
- UK FOUNDATION PROGRAMME. *UK Foundation Programme Curriculum*. London: NHS, 2021. Disponível em: <<https://foundationprogramme.nhs.uk>>. Acesso em: 2 jan. 2026.
- WEST, C. P.; DYRBYE, L. N.; SINSKY, C. A.; TROCKEL, M.; TUTTY, M.; NEDELEC, L.; CARLASARE, L. E.; SHANAFELT, T. D. Resilience and burnout among physicians and the general US working population. *JAMA Network Open*, v. 3, n. 7, e209385, p. 1-11, 2020.
- WEF - WORLD ECONOMIC FORUM. *The future of jobs report 2025*. Geneva: WEF. Disponível em: <https://reports.weforum.org/docs/WEF_Future_of_Jobs_Report_2025.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2026.

ANEXO A

QUESTIONÁRIO NECESSIDADES DE DESENVOLVIMENTO DA RESIDÊNCIA MÉDICA - VISÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES

Instruções: Responda cada afirmação de 1 a 5 conforme seu nível de concordância:

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Neutro
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

SEÇÃO 1: HARD SKILLS (Competências Clínicas e Técnico-Científicas)

(Alinhado a CanMEDS - *Medical Expert*; ACGME - *Patient Care e Medical Knowledge*)

1. Sinto segurança para formular hipóteses diagnósticas diante de quadros complexos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Estruturo meu raciocínio clínico com clareza e justifico as condutas baseadas em evidências.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Sei localizar, interpretar e aplicar *guidelines* atuais na prática diária.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Reconheço rapidamente sinais de deterioração clínica e atuo de forma adequada.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Conduzo procedimentos básicos e intermediários da minha especialidade com autonomia adequada ao meu nível.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Registro prontuários com precisão, completude e justificativa técnica das decisões.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Participo ativamente de discussões clínicas trazendo literatura atualizada.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



8. Sei identificar lacunas no meu conhecimento técnico e traçar estratégias para superá-las.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Compreendo princípios fundamentais de segurança do paciente e aplico protocolos assistenciais.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Integro informações laboratoriais, clínicas e de imagem para tomada de decisão.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SEÇÃO 2: SOFT SKILLS (Competências Comunicacionais, Relacionais e Profissionais)

(Alinhado a CanMEDS - *Communicator, Collaborator, Professional*; ACGME - *Interpersonal & Communication Skills*)

11. Consigo comunicar más notícias de forma estruturada e empática.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Adequo minha comunicação ao nível de compreensão do paciente e da família.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Peço ajuda de maneira apropriada e sem hesitação quando necessário.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Recebo feedback de forma aberta e consigo aplicá-lo ao meu desenvolvimento.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Ofereço feedback construtivo a colegas e equipes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Colaboro efetivamente com outros residentes, preceptores e equipes multiprofissionais.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Gerencio prioridades em situações de alta demanda assistencial.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Mantenho comportamento profissional mesmo sob estresse ou conflito.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



19. Reconheço quando minhas emoções influenciam minha prática e sei regulá-las.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Demonstro iniciativa e responsabilidade na continuidade do cuidado dos pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SEÇÃO 3: PERFIL COMPORTAMENTAL (Base DISC - autopercepção)

(Alinhado a Pathak *et al.*, 2025; Pepe, 2025)

21. Em situações de pressão, tendo a assumir o controle e direcionar a equipe.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Busco persuadir e motivar outros por meio de comunicação ativa.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Valorizo estabilidade, previsibilidade e relações harmoniosas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Prefiro rotinas claras, organização e detalhamento antes de agir.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Em conflitos, tendo a confrontar diretamente o problema.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. Sinto necessidade de reconhecimento explícito pelo meu trabalho.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. Evito mudanças bruscas e prefiro ambientes estruturados.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. Revisito detalhes e regras antes de finalizar tarefas clínicas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29. Tenho facilidade em influenciar pessoas e apresentar ideias.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30. Sinto-me confortável em liderar discussões clínicas ou rounds.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SEÇÃO 4: APRENDIZADO, SUPERVISÃO E AMBIENTE FORMATIVO

(Alinhado a CanMEDS - *Scholar; Learning Environment Theory; Hauer et al., 2018; Gruppen et al., 2019*)

31. Recebo supervisão adequada e proporcional à complexidade da atividade.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32. Tenho espaços estruturados para discutir casos e condutas com preceptores.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

33. O ambiente de aprendizagem é seguro para expressar dúvidas sem constrangimento.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

34. Há clareza nos critérios de avaliação e expectativas de desempenho.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

35. A carga assistencial permite tempo para estudo e reflexão clínica.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

36. Participo frequentemente de atividades educativas formais (aulas, rounds, encontros clínicos).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

37. Percebo que o programa promove bem-estar e prevenção de burnout.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

38. Sinto que há abertura institucional para inovar e sugerir melhorias.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

39. Experimento processos de feedback com regularidade e qualidade.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

40. O Projeto Conexão Clínica contribuiu para meu desenvolvimento técnico e comportamental.



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SEÇÃO 5: AUTOAVALIAÇÃO GLOBAL E PRIORIDADES

41. Quais são suas três principais necessidades de desenvolvimento técnico (*hard skills*) neste momento da sua carreira profissional?
42. Quais são suas três principais necessidades de desenvolvimento comportamental (*soft skills*) neste momento da sua carreira profissional?
43. Que aspectos da preceptoria mais contribuem para seu desenvolvimento profissional?
44. Que aspectos da preceptoria ou do ambiente de aprendizagem dificultam sua formação acadêmica e desenvolvimento profissional?
45. O que o Projeto Conexão Clínica deveria priorizar nos próximos ciclos para acelerar o seu desenvolvimento profissional?

ANEXO B

QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE DESENVOLVIMENTO DOS RESIDENTES - VISÃO DOS PRECEPTORES E GESTORES

Instruções: Para cada afirmação, indique o nível de concordância de 1 a 5:

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Neutro(a)
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

SEÇÃO 1: COMPETÊNCIAS TÉCNICAS (Hard Skills)

(Alinhado a CanMEDS - *Medical Expert*; ACGME - *Patient Care e Medical Knowledge*)

1. Os residentes demonstram raciocínio clínico adequado ao seu estágio de formação.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Utilizam evidências científicas atuais na tomada de decisão.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Executam procedimentos essenciais com segurança e evolução progressiva de autonomia.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Reconhecem situações de risco e acionam supervisão quando necessário.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Integram informações clínicas, laboratoriais e de imagem de forma coerente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Participam de discussões clínicas apresentando argumentos técnicos consistentes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Demonstram capacidade de priorização em cenários de alta demanda assistencial.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Registram informações em prontuário com precisão, clareza e justificativa clínica.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Identificam suas lacunas de conhecimento e buscam aprendizado ativo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Aplicam princípios de segurança do paciente e seguem protocolos institucionais.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SEÇÃO 2: COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS E RELACIONAIS (Soft Skills)

(Alinhado a CanMEDS - *Communicator, Collaborator, Professional*)

11. Os residentes se comunicam de forma clara, empática e objetiva com pacientes e familiares.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Conduzem interações com a equipe multiprofissional de forma colaborativa.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Recebem feedback de maneira construtiva e mostram capacidade de aprimoramento.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Oferecem feedback adequado e respeitoso quando solicitados.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Demonstram postura profissional mesmo sob estresse ou conflito.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Atestam responsabilidade e continuidade do cuidado no turno e na transição de plantões.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Demonstram ética, respeito e atitude proativa no ambiente de trabalho.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Buscam alinhar decisões com a equipe, evitando condutas isoladas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



19. Demonstram sensibilidade à vulnerabilidade dos pacientes e familiares.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Regulam emoções e comportamentos de forma apropriada às demandas clínicas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SEÇÃO 3: PERFIL COMPORTAMENTAL (DISC como ferramenta complementar)

(Alinhado a Pathak *et al.*, 2025; Pepe, 2025)

Indique se os residentes, em geral:

21. Adotam postura de liderança assertiva quando a situação exige.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Conseguem motivar e engajar a equipe durante atividades clínicas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Demonstram estabilidade, paciência e constância em rotinas clínicas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Mostram organização, planejamento e atenção a detalhes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Enfrentam conflitos de forma direta e construtiva.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. Tendem a buscar reconhecimento pela qualidade do trabalho.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. Demonstram preferências por rotinas estruturadas e previsíveis.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. São detalhistas e cuidadosos ao seguir protocolos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



29. Influenciam positivamente o clima da equipe.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30. Mostram segurança ao conduzir discussões clínicas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SEÇÃO 4: SUPERVISÃO, AMBIENTE FORMATIVO E GOVERNANÇA CLÍNICA

(Alinhado a Hauer *et al.*, 2018; Gruppen *et al.*, 2019)

31. O programa fornece supervisão adequada e proporcional ao nível de cada residente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32. Há espaços formais suficientes para discussão de casos e reflexão clínica.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

33. O ambiente formativo permite que residentes expressem dúvidas sem receio.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

34. Os critérios de avaliação do residente são claros e bem comunicados.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

35. A carga assistencial atual é compatível com o aprendizado.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

36. O residente demonstra comprometimento com rotinas institucionais.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

37. As práticas do residente contribuem para a segurança do paciente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

38. O residente coopera com equipes de enfermagem e cuidado integrado.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

39. O Projeto Conexão Clínica fortaleceu a qualidade do ambiente formativo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



40. A preceptoría recebe suporte institucional para práticas educativas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SEÇÃO 5: AVALIAÇÃO ABERTA E INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO

41. Quais são, na sua visão, as três principais necessidades de desenvolvimento técnico (*hard skills*) dos residentes do HST?
42. Quais são as três principais necessidades de desenvolvimento comportamental (*soft skills*) dos residentes do HST?
43. Que pontos fortes você identifica na atual geração de residentes do HST?
44. Que fragilidades impactam mais negativamente o ambiente assistencial e o desenvolvimento dos residentes do HST?
45. O que o Projeto Conexão Clínica deve priorizar no próximo ciclo para apoiar o desenvolvimento dos residentes do HST?