



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
Departamento de Medicina de Família, Saúde Mental e
Coletiva
Programa de Residência em Medicina de Família e
Comunidade



ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PELOS PRECEPTORES DE
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE OURO PRETO

NAYRA DA SILVA FREITAS

Ouro Preto, MG

2021

Nayra da Silva Freitas

**ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PELOS PRECEPTORES DE
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE OURO PRETO**

Trabalho de conclusão de residência apresentado à
Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial
para obtenção do título de Médico de Família e Comunidade.

Área de concentração: Residência Médica em Medicina de
Família e Comunidade

Orientador(a): Jéssica Fernandes dos Anjos

Coorientador: Gustavo Valadares Labanca Reis

Ouro Preto, MG

2021

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

F866e Freitas, Nayra Da Silva .

Ensino das habilidades de comunicação pelos preceptores de residência de medicina de família e comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto. [manuscrito] / Nayra Da Silva Freitas. - 2021.
16 f.

Orientadora: Esp. Jéssica Fernandes dos Anjos.

Coorientador: Prof. Me. Gustavo Valadares Labanca Reis.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Comunicação. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Preceptoría.
4. Residência médica. I. Anjos, Jéssica Fernandes dos. II. Reis, Gustavo Valadares Labanca. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 614.39

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



FOLHA DE APROVAÇÃO

Nayra da Silva Freitas

Ensino das habilidades de comunicação pelos preceptores de residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto

Monografia apresentada ao Curso de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Aprovada em 20 de fevereiro de 2021

Membros da banca

Jéssica Fernandes dos Anjos, Médica de Família e Comunidade e preceptora de MFC da UFOP (orientadora)
Gustavo Valadares Labanca Reis, Médico de Família e Comunidade Coordenador do Programa de MFC da UFOP (coorientador)
Leonardo Aarestrup de Aquino e Sousa, Médico de Família e Comunidade e professor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (banca avaliadora)
Rodrigo Pastor Alves Pereira, Médico de Família e Comunidade e Professor Adjunto da Escola de Medicina da UFOP (banca avaliadora)

Jéssica Fernandes dos Anjos, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 11/04/2021



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 13/10/2021, às 09:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0231758** e o código CRC **DE467B1C**.

AGRADECIMENTOS

Ao Criador do universo e do que nele existe, que derramou sobre o ser humano o dom da relação para que pudéssemos compartilhar vida, meu primeiro agradecimento. Deus encarnou sua relação com o homem por meio de Cristo e a figura de Jesus reluz amor e acolhimento em todo o tempo.

Aos meus pais, Celso e Shirley, que sempre acreditaram em mim quando eu não acreditava mais. As minhas irmãs Thaís e Bárbara, pedaço do meu lar em Ouro Preto. A minha avó Antônia da Cunha Freitas, que sempre me ensinou que se tudo for feito do fundo do coração, com sal e amor, não tem erro.

Ao Covil, estamos aqui para apoiar.

Ao Ângelo, meu companheiro, que me acolhe em todas as angústias e me incentiva em todos os momentos.

Aos docentes que a Universidade do Estado do Amazonas me deu como modelo e inspiração, Profa Sônia Lemos e Dr Mauro Magaldi me mostraram a importância do SUS e da Medicina de Família e Comunidade (MFC) para a saúde pública do Brasil.

Agradeço às conexões do Universo que me fizeram conhecer o Gustavo Labanca e a Raíssa Chades e com pouca conversa, mas muito acolhimento, são os primeiros responsáveis por hoje eu me sentir parte de Ouro Preto e da residência de MFC da Universidade Federal de Ouro Preto.

Por fim, não menos importante, aos meus “R mais”, em especial a minha preceptora e orientadora Jéssica, e “R iguais” pelo suporte, pelo apoio e acima de tudo, pelo exemplo de profissionais que são. Como disse o Ruan, “Ouro Preto é uma cidade muito boa se você for bem acolhido”.

Enfim, acho que deu certo!

RESUMO

Os médicos que conseguem se comunicar de maneira eficaz com o paciente são capazes de identificar os problemas de forma mais precisa e trazer mais satisfação para o paciente durante o atendimento pela possibilidade de facilitar o entendimento sobre as investigações e os possíveis tratamentos. Tendo isso em vista, o ensino das habilidades de comunicação se torna cada vez mais importante dentro das áreas médicas, ainda mais na Medicina de Família e Comunidade (MFC) que tem o foco da sua clínica centrado na pessoa. Este trabalho tem o objetivo de construir um projeto para identificar como tem sido feito o ensino e a avaliação da aquisição das habilidades de comunicação pelos preceptores com os residentes de MFC da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFOP e está em processo de validação. Após aprovação do CEP, serão feitas entrevistas com os preceptores da residência usando um roteiro semiestruturado capaz de ajudar a identificar o perfil do preceptor, as ferramentas que utiliza para estimular e avaliar o processo de desenvolvimento das habilidades de comunicação clínica, a frequência e como aplica tais ferramentas. Os resultados desse projeto podem ser de grande utilidade para o aprimoramento do programa de residência, pois permite a reflexão do preceptor sobre o que tem feito nesse âmbito, permite um diagnóstico da atual situação da residência e pode gerar processos de educação continuada para homogeneizar e investir na melhoria da preceptoria.

Palavras-chave: Habilidades de comunicação; comunicação clínica; Medicina de Família e Comunidade; internato e residência; preceptoria.

ABSTRACT

Physicians who are able to communicate effectively with the patient are able to identify the problems more precisely and bring more satisfaction to the patient during the care due to the possibility of facilitating the understanding of the investigations and possible treatments. Keeping this in view, the teaching of communication skills becomes increasingly important within the medical fields, especially in Family Medicine (FM) that has the focus of your practice in patient-centered medicine. This work aims to build a project to identify how teaching and assessment of the acquisition of communication skills by preceptors with FM residents at the Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) has been carried out. The project was submitted to the Research Ethics Committee (REC) and is in the process of validation. After REC approval, interviews will be conducted with the residency preceptors using a semi-structured script capable of helping to identify the preceptor's profile, the tools he uses to stimulate and evaluate the process of developing clinical communication skills, frequency and how apply such tools. The results of this project can be of great use for the improvement of the residency program, as it allows the preceptor's reflection on what he has done in this area, allows a diagnosis of the current situation of the residency and can generate continuing education processes to homogenize and invest in the enhancing of the preceptorship.

Keywords: Communication skills clinical communication; Family Medicine; internship and residency; preceptorship.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

ESF – Estratégia Saúde da Família

MFC – Medicina de Família e Comunidade

SUS – Sistema único de Saúde

UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	2
2	OBJETIVOS	6
2.1	Objetivos gerais	6
2.2	Objetivos específicos:	6
3	METODOLOGIA.....	7
4	PRODUTO	9
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO	9
4.2	JUSTIFICATIVA	11
4.3	OBJETIVOS	12
4.4	METODOLOGIA.....	12
4.4.1	Tipo de estudo	12
4.4.2	Área de estudo	12
4.4.3	População do estudo	13
4.4.4	Seleção da amostra	13
4.4.5	Coleta de dados.....	13
4.4.6	Aspectos Éticos	13
4.4.7	Riscos	14
4.4.8	Benefícios	14
4.5	CRONOGRAMA	15
5	CONCLUSÃO.....	16

1 INTRODUÇÃO

A consulta médica é o momento que os laços da relação médico-paciente são tecidos, neste encontro promissor entre médico e pessoa acontece mais do que o relato de sinais e sintomas que culminam em um diagnóstico e conduta. É neste “encontro de oportunidade” que o médico pode entender sentimentos, captar ideias, o impacto dos problemas na vida da pessoa e suas expectativas (JÚNIOR; GUSSO; OLMOS, 2017).

O médico e a pessoa atendida sofrem influência dos seus próprios sentimentos (paciente - preocupações com o que pode está lhe acometendo, irritação devido ao tempo de espera para consulta; médico - carga de trabalho, necessidades fisiológicas, problemas pessoais), do ambiente (organização da mesa, cadeira, papéis, cores do ambiente) e das palavras que serão ditas, pois a forma que a comunicação se dá durante a consulta pode gerar resultados definidores de sucesso ou de falha (PENDLETON et al., 2003).

Parece óbvio, que a pessoa atendida tenha o papel principal no ato que conta sua história, mas a educação médica, durante anos, centralizou o protagonismo no profissional médico e construiu a crença de que um sacerdote detentor do saber seria capaz de despejar sobre o que procura ajuda a fórmula mágica da cura, fundamentando o que o paciente precisa em duas caixas: a de sintomas que formam doenças e a de remédios para a doença encontrada (FREEMAN et al., 2017).

Na tentativa de romper paradigmas por meio da comunicação e do empoderamento da pessoa, o esforço coletivo de diversos profissionais dedicados a melhorar a comunicação durante a consulta permitiu o desenvolvimento e a transformação do ambiente do consultório, de visita domiciliar e até mesmo de grupos e rodas (CERON, 2015).

No que tange ao modelo assistencial existente no Brasil, proporcionar um modelo de atendimento que visa a integralidade vai de acordo com a Política Nacional de Humanização no conceito de clínica ampliada que envolve o compromisso com o sujeito e o estímulo a diferentes práticas terapêuticas (BRASIL, 2009).

Além disso, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), o médico de família e comunidade está sujeito a diversas demandas, muitas carregadas de complexidade, o que exige o uso das

tecnologias leves de cuidado, habilidades de comunicação verbais e não verbais capazes de fundamentar a criação do vínculo e impactar na adesão às condutas propostas e na melhoria da qualidade do atendimento (BRASIL, 1990)

Para a construção da comunicação efetiva, em que todos os sujeitos conseguem interagir e se relacionar compreendendo da mesma forma os problemas discutidos, construindo em comum acordo as possíveis soluções com as necessidades de ambos supridas é necessário ensinar o profissional médico o seu momento de conduzir e ser conduzido. Por isso, o ensino das habilidades de comunicação precisa ser acertado e contínuo, dentro da graduação e da pós-graduação (CAMPOS; RIOS, 2018).

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina vêm ao encontro do que já foi dito quando explana na seção de saúde que a comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, deve ser feita com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado (BRASIL, 2014)

Esse caminho da escuta qualificada vem da infinidade de emoções e condições que o indivíduo carrega consigo. Exercitar a comunicação clínica permite descobrir os reais motivos do encontro com aquela pessoa, possibilita a construção de plano de cuidado em terreno comum, amplia o vínculo médico-paciente e traz resolutividade. As trocas de informações durante o encontro médico-pessoa devem ser entendidas por ambas as partes (RIDER; KEEFER, 2006).

Desenvolver uma boa habilidade de comunicação requer, além do conhecimento da literatura e ferramentas disponíveis, a autorreflexão a cada consulta. O guia da Consulta em 7 passos, traz como última etapa da consulta a reflexão, de que é preciso ter em mente que é sempre possível melhorar (RAMOS, 2009). Para isso, técnicas como o exercício do olhar compreensivo, refletir sobre a contratransferência, sentimentos que o paciente gera no médico, e ponderar sobre as expectativas, para evitar ilusões, podem ser efetivas (CERON, 2015; RAMOS, 2009).

As estratégias de ensino são diversas, dentro da residência de Medicina de Família e Comunidade se consolidaram os modelos de demonstração de habilidades pelo preceptor e observação direta dos residentes. Isso ajuda o residente iniciantes entenderem

o que é preciso aprender e os residentes mais experientes refletirem que ainda há o que aprimorar(STEWART et al., 2017).

Além destas ferramentas, outras se mostram muito importantes, por exemplo, dramatizações improvisadas, seja com o preceptor ou residente no papel do paciente, podem ajudar a treinar notícias difíceis antes de encontrar o paciente; usar pacientes que superaram questões específicas interpretando eles mesmos, como um etilista recuperado interpretando um etilista que busca cessar o vício (STEWART et al., 2017).

Propiciar que o residente tenha a oportunidade de ter conversas mais longas com as pessoas atendidas ajuda no entendimento da experiência com a doença e seu impacto na dinâmica familiar. A visita domiciliar pode ser um espaço oportuno para trabalhar tal ferramenta (STEWART et al., 2017).

Utilização de consultas gravadas em vídeo tem um papel de trazer modelos de consultas a ser seguidos e de reflexão das habilidades que o residente tem empregado em sua prática. Outra ferramenta importante é praticar o “relato de caso centrado na pessoa”, trazendo aspectos humanísticos da experiência com a doença pra dentro das discussões clínicas. Dar oportunidade pro próprio paciente avaliar a consulta triagem é uma oportunidade relevante porque pode ser imprevisível (STEWART et al., 2017).

Por fim, o estímulo à autorreflexão seja por portfólios, pelo uso da medicina baseada em evidências ou estímulo ao raciocínio clínico podem melhorar a autoconsciência, consolidar e integrar a aprendizagem do residente (STEWART et al., 2017).

Já é conhecido que a prática da comunicação centrada na pessoa deu bons frutos na Medicina de Família e Comunidade (MFC), isso se revela com clareza porque antes de promover o ensino do residente existe um movimento preocupado com a formação do preceptor/tutor (CARRIÓ; FREITAS; DOHMS, 2012). Desta forma, como o preceptor é muitas vezes usado como modelo, o conhecimento que ele carrega é a base para o ensino do aprendiz(CARRIÓ; FREITAS; DOHMS, 2012).

A partir do embasamento do preceptor que será desenvolvida uma construção do saber com o residente, somando as referências teóricas disponíveis e os exercícios práticos da rotina da formação (CARRIÓ; FREITAS; DOHMS, 2012). Não é fácil notar em si, mesmo tendo um conhecimento teórico, que a postura diante do paciente se

encontra incorreta ou precisa ser aprimorada. A tutoria/preceptoria direta se mostra uma ferramenta poderosa nesse cenário (CARRIÓ; FREITAS; DOHMS, 2012). Não somente esta, mas outras como o portfólio, as simulações, o experimento de ambientes diversos e os guias podem ser utilizados para fazer o residente avançar nas habilidades de comunicação, absorvendo essa competência como primordial para sua prática clínica (STEWART et al., 2017).

O tripé conhecimento, atitudes e habilidades precisa fazer parte da rotina do preceptor que deseja estimular a comunicação clínica centrada na pessoa em seu residente, pois no processo de formação não é preciso apenas saber fazer uma boa consulta, também é preciso saber explicar como essa consulta deve acontecer (CARRIÓ; FREITAS; DOHMS, 2012).

Após acessar e compreender a importância do ensino e da avaliação de aquisição das habilidades de comunicação dentro da residência de MFC, que esse trabalho nasce com a intenção de fazer um diagnóstico local e uma reflexão: como se dá o processo de ensino e avaliação de aprendizagem dos residentes de MFC da UFOP pelos seus preceptores?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Este estudo tem como objetivo construir um projeto para identificar como tem sido feito o ensino e a avaliação da aquisição das habilidades de comunicação pelos preceptores da residência de MFC da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

2.2 Objetivos específicos:

- Conhecer o perfil dos preceptores da residência de MFC da UFOP;
- Identificar as relações que existem entre o perfil dos preceptores e as formas de ensinar habilidades de comunicação
- Conhecer o referencial teórico que os preceptores utilizam para embasar o ensino sobre habilidades de comunicação;
- Identificar quais das ferramentas comumente conhecidas os preceptores utilizam para estimular o desenvolvimento das habilidades de comunicação nos residentes de MFC;
- Identificar quais ferramentas comumente conhecidas os preceptores utilizam para avaliar a aquisição de habilidades de comunicação pelo residente de MFC.

3 METODOLOGIA

A residência de MFC da UFOP atualmente é composta por onze residentes de primeiro ano, seis residentes de segundo ano e nove preceptores, distribuídos nas seguintes unidades de saúde em Ouro Preto (MG) e Mariana (MG): Amarantina, Antônio Dias, Bauxita/Vila Aparecida, Bento Rodrigues, Morro Santana, Padre Faria, Piedade e Santa Cruz (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, 2020).

O município de Ouro Preto possui população estimada de 74.558 habitantes e está localizado na Serra do Espinhaço, na Zona Metalúrgica de Minas Gerais, também conhecida como Quadrilátero Ferrífero. O município de Mariana possui cerca de 61.288 habitantes e faz limite com o primeiro, portanto, também se localiza na Zona Metalúrgica de Minas Gerais, na vertente sul da Serra do espinhaço (IBGE, 2020; IBGE , 2020).

Após o levantamento do perfil da residência de MFC da UFOP e o contexto na qual está inserida, foi realizada uma busca na literatura. Iniciou-se pelos livros sobre habilidades de comunicação já amplamente conhecidos e vistos como referências consolidadas sobre o tema, seguido das referências contidas nos capítulos destes livros, além do cruzamento dos descritores “habilidades de comunicação” ou “comunicação clínica” com “Medicina de Família e Comunidade”, “residência médica” e “preceptoria” em bases de dados médicas relevantes como PubMed e Scielo.

Por conseguinte, a pergunta da pesquisa foi delimitada: como tem sido feito o ensino e a avaliação das habilidades de comunicação pelos preceptores da residência de MFC da UFOP? Para responder essa pergunta, definiu-se o público alvo que são os preceptores da residência de MFC que tiveram a oportunidade de preceptorar residentes durante o ano de 2020. A forma mais adequada encontrada para fazer esse estudo foi o uso da entrevista, a partir disso, buscou-se na literatura questionários validados que buscavam entender como os preceptores das residências de MFC praticavam o ensino das habilidades de comunicação e como faziam para avaliar se seus residentes adquiriam tais habilidades. Como não foi encontrado um questionário/instrumento que pudesse ser utilizado para responder a pergunta proposta neste trabalho, optou-se por criar um instrumento que funcionasse como um roteiro de entrevista semiestruturada, com dados objetivos que ajudassem na identificação do perfil dos preceptores, perguntas abertas que trouxessem de forma espontânea as referências teóricas dos preceptores e suas

ferramentas utilizadas para ensino e avaliação. Foi visto como importante também apontar as ferramentas mais utilizadas para ensino e avaliação e entender se os preceptores utilizam ou não, qual frequência e como aplicam. As entrevistas serão gravadas e analisadas posteriormente pela técnica de análise de conteúdo de Bardin que permite compreender as características ou modelos que envolvem as respostas dadas (BARDIN, 2011).

Após a definição dos métodos da pesquisa, foi iniciada a produção de um projeto de pesquisa escrito, usando o formato exigido na Plataforma Brasil (PLATAFORMA BRASIL, [s.d.]), que inclui os seguintes tópicos: introdução, justificativa, objetivos, metodologia, cronograma, orçamento, declaração de custeio, TCLE e instrumento de entrevista. Todo o processo escrito teve apoio e revisão da orientadora e do coorientador antes da submissão e as correções foram acatadas com anuência dos mesmos.

4 PRODUTO

O presente trabalho teve como resultado a submissão de um projeto na Plataforma Brasil que se encontra “aprovado com pendências” conforme o Parecer Consubstanciado do CEP (Anexo 1), os ajustes sugeridos já foram realizados, neste momento, aguarda nova apreciação ética. O projeto será apresentado na íntegra a seguir.

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Um dos principais eventos na prática do médico de família e comunidade é a consulta é consulta médica. Existem diversas estratégias para realização de consultas, mas o fundamental é garantir cuidado adequado e centrado na pessoa. Para isso, as habilidades de comunicação surgem como forma de permitir a expressão de opiniões e construção de confiança com o paciente.(GUSSO; LOPES, 2018)

Elas estão entre as competências que o médico residente em Medicina de Família e Comunidade (MFC) deve desenvolver durante sua especialização. Existem competências pré-requisito, essenciais, desejáveis e avançadas. Pré-requisito é o que se espera do profissional médico antes dele entrar na residência. As essenciais são as que o programa de residência espera que o residente desenvolva ao longo do processo de formação. Desejáveis é o que se espera de um residente diferenciado que consegue avançar além das competências essenciais e competências avançadas se referem a uma proficiência em uma área específica dentro do campo de atuação de um MFC (“Curriculo Baseado em Competencias(1).pdf”, [s.d.]

Fazem parte das competências essenciais as atitudes não-verbais apropriadas que envolvem desde contato visual, até elementos vocais como velocidade. Escuta atenta, boa relação de comunicação com os demais membros da equipe, criação de um ambiente confortável e privativo para a realização da consulta, comunicação efetiva para se “conectar” com o seu paciente, entendimento comum sobre os motivos da consulta e construção de uma agenda compartilhada com o paciente são pontos que também devem ser estimulados(“Curriculo Baseado em Competencias(1).pdf”, [s.d.]

Espera-se também, como competências, essenciais a aquisição de técnicas de facilitação da comunicação como perguntas abertas e fechadas, silêncios, a obtenção de

informações relevantes, adaptação da linguagem ao ambiente, explicação de achados e impressões sobre o que está acontecendo para o paciente. (“Currículo Baseado em Competencias(1).pdf”, [s.d.]

A exploração apropriada das ideias e preocupações do paciente também é uma competência essencial, juntamente com o plano de cuidado, a organização do tempo de consulta, a comunicação adequada de notícias difíceis, explicação com clareza do plano terapêutico, se assegurar que o paciente compreendeu as informações, relato adequado do caso clínico para o preceptor, dar e receber feedbacks e a utilização de recursos de mídia na prática (“Currículo Baseado em Competencias(1).pdf”, [s.d.]

É recomendado que para formar um residente na comunicação clínica, o programa tenha 3 fases: instrução, modelagem e avaliação.(DOHMS; GUSSO, 2020) Para instrução e modelagem, diversos métodos de ensino podem ser utilizados e eles variam em sua efetividade. O método socrático é comumente utilizado e pode ser muitas vezes distorcido quando o professor deseja que o educando adivinhe seus pensamentos, quando muitas dicas são dadas até que se chegue à “resposta certa” ou quando o professor nunca responde as dúvidas dos alunos. Todos os comportamentos citados podem gerar impactos negativos nos residentes, desde parar de pensar por si próprio e querer adivinhar o que o preceptor está pensando, até fazer o residente pensar que o preceptor não sabe nenhuma resposta ou gerar sobrecarga no aluno com tantos objetivos de estudo, gerando também um tempo aumentado de espera do paciente na clínica, visto que o residente terá que procurar todas as respostas.(STEWART et al., 2017)

Outro método usado que tem sido cada vez mais criticado é a humilhação. Ao humilhar o aluno, individualmente ou na frente de outros, o professor tem grandes chances de perder a credibilidade. O interrogatório é uma forma típica de humilhação, quando o professor enquadra o aluno ao fazer perguntas repetidamente até que ele desista ou fale que não sabe, passando assim para outro aluno até provar que ninguém é superior ou com o conhecimento suficiente que o professor.(BRANCATI, 1989)

Conhecendo metodologias comuns e pouco eficientes que devem ser evitadas, é importante se aproximar de ferramentas que estimulam o aprendizado do residente na medida entre o conforto e o impulso para busca de referências e mudança de postura. Formas de tornar o ambiente de aprendizado mais confortável pode envolver a ideia de mesclar instruções teóricas com a observação direta do preceptor, vídeos de um

“atendimento-modelo” e até observação de colegas, essas vivências contribuem para o entendimento do que se deve fazer na prática clínica.(SPENCER; SILVERMAN, 2001; VELDHUIJZEN et al., 2007)

O contexto do médico residente e do residente de MFC se encontra num terreno árido, tendo que desenvolver diversas competências com uma carga horária extensa, se encontram suscetíveis à ansiedade. Portanto, pressões excessivas são desnecessárias e improdutivas. O ambiente de apoio, com interesse por parte dos preceptores e a busca pelo questionamento efetivo, pode melhorar a autoestima do residente e mostrar que se pode aprender mais com os erros do que com acertos.(BRANCATI, 1989)

Mesmo sabendo da importância da comunicação na consulta, artigos de revisão ainda mostram que os médicos não colhem de forma adequada as percepções dos pacientes ou o impacto que a doença tem sobre a sua vida. As informações que os médicos fornecem são em sua maioria verticais e firmes, não levando em conta o que a própria pessoa deseja saber. Além do mais, não há intenção de certificar a compreensão do paciente sobre o que lhe foi dito.(MAGUIRE; PITCEATHLY, 2002)

4.2 JUSTIFICATIVA

Há poucos anos, não havia intenção de fazer um treinamento em habilidades de comunicação na graduação ou pós-graduação, são diversas as razões, mas dentre elas se encontram evitar um sofrimento com o qual não conseguem lidar e ceder um tempo a mais de suas consultas. Bloquear as “pistas emocionais” se torna mais atrativo. Na tentativa de evitar que essas situações permaneçam e que informações importantes sobre o paciente não sejam ocultadas, o treinamento efetivo em comunicação clínica deve ser estruturando dentro da residência de MFC, de forma que estimule o residente a atingir às competências essenciais do currículo.(MAGUIRE; PITCEATHLY, 2002)

Para identificar o alcance das competências, as ferramentas de estímulo do aprendizado e de sua checagem se fazem igualmente relevantes no ensino de habilidade de comunicação. Identificar o que os preceptores das residências têm usado pode confirmar a eficácia das metodologias, mostrar a importância que o ensino da

comunicação clínica tem dentro da residência e até mesmo proporcionar uma padronização do processo de ensino-aprendizagem (MAGUIRE; PITCEATHLY, 2002)

4.3 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo identificar os instrumentos usados para desenvolver e avaliar a aquisição de habilidades de comunicação utilizados pelos preceptores da residência de MFC da UFOP. Além de identificar se a partir da formação do preceptor existe uma linha de instrumentos mais utilizados, os motivos por não usar determinados instrumentos e entender se há uma homogeneidade ou uma desigualdade nas metodologias de ensino e avaliação.

4.4 METODOLOGIA

4.4.1 Tipo de estudo

Estudo observacional, analítico, tipo transversal.

4.4.2 Área de estudo

A residência de MFC da UFOP atualmente é composta por onze residentes de primeiro ano, seis residentes de segundo ano e nove preceptores, distribuídos nas seguintes unidades de saúde em Ouro Preto (MG) e Mariana (MG): Amarantina, Antônio Dias, Bauxita/Vila Aparecida, Bento Rodrigues, Morro Santana, Padre Faria, Piedade e Santa Cruz. (“UniversidadeFederaldeOuroPreto-EditalPSU2021-20200922115109.pdf”, [s.d.])

O município de Ouro Preto possui população estimada de 74.558 habitantes e está localizado na Serra do Espinhaço, na Zona Metalúrgica de Minas Gerais, também conhecida como Quadrilátero Ferrífero. O município de Mariana possui cerca de 61.288 habitantes e faz limite com o primeiro, portanto, também localiza-se na Zona Metalúrgica de Minas Gerais, na vertente sul da Serra do espinhaço (“Mariana (MG) | Cidades e Estados | IBGE”, [s.d.]; “Ouro Preto (MG) | Cidades e Estados | IBGE”, [s.d.]

4.4.3 População do estudo

Médicos com residência médica e/ou prova de título em Medicina de Família e Comunidade que sejam preceptores no programa de residência de MFC da UFOP dentro do período de entrevista que pode ocorrer de dezembro de 2020 a março de 2021.

4.4.4 Seleção da amostra

Serão convidados a participarem do presente estudo, médicos de família e comunidade preceptores do Programa de Residência Médica de MFC da UFOP de Mariana e Ouro Preto, atuantes em Unidades Básicas de Saúde.

Não serão incluídos nos estudo médicos que não exerceram a atividade de preceptoria na prática clínica durante o ano de 2020.

4.4.5 Coleta de dados

Os dados serão coletados a partir do instrumento de entrevista construído para este projeto (Apêndice 1) que contém perguntas que visam identificar o perfil do preceptor e os instrumentos para desenvolvimento e avaliação da aquisição das competências essenciais. A entrevista será realizada por meio de videoconferência após a leitura e aceitação verbal do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

O roteiro de entrevista estruturado em questão permite a descrição do perfil de formação e atuação do preceptor, as ferramentas de ensino que podem ser utilizadas para treinar habilidades de comunicação e as ferramentas de avaliação que podem ser utilizadas durante o processo de formação do médico residente. As entrevistas serão gravadas para posterior análise do conteúdo das perguntas abertas.

4.4.6 Aspectos Éticos

O presente estudo está em coerência com os princípios científicos e éticos vigentes na resolução 466/12. Os indivíduos envolvidos serão devidamente esclarecidos sobre todas as etapas, os riscos e os benefícios dessa pesquisa. Sendo selecionados apenas aqueles que tiverem o TCLE devidamente aceito de forma verbal antes da entrevista.

O vídeo será apagado após a análise do conteúdo da entrevista ou antes caso algum participante solicite exclusão da pesquisa.

4.4.7 Riscos

Os danos imediatos possíveis estão relacionados com o constrangimento decorrente das perguntas contidas no roteiro de entrevista e da videoconferência, uma vez que o participante pode se sentir desconfortável em responder diante do entrevistador o que lhe for proposto.

A probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência tardia do estudo é mínima, uma vez que não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participarão no estudo.

A fim de diminuir incômodos, a entrevista será realizada no dia e hora propostos pelo participante, o entrevistador também se colocará em um ambiente reservado. O indivíduo que se sentir constrangido durante a entrevista pode interrompê-la a qualquer momento e solicitar sua exclusão da pesquisa. Poderá também fazer esta solicitação após o término da entrevista durante o tempo que preceder a defesa do Trabalho de Conclusão da Residência, desta forma a entrevista será apagada, assim como todos os seus registros.

O participante que se sentir desconfortável em fazer a entrevista com a câmera de vídeo pode optar somente pela gravação do áudio.

4.4.8 Benefícios

O presente estudo possibilitará o conhecimento das ferramentas utilizadas pelos preceptores e as falhas que ainda podem existir no processo de formação do médico de família e comunidade da UFOP. Resultando em uma validação do que se tem feito e até mesmo capacitação para homogeneizar da melhor forma o ensino da comunicação clínica na pós-graduação da UFOP.

4.5 CRONOGRAMA

O cronograma de cumprimento da presente pesquisa científica está detalhado e disposto na Tabela 1.

Tabela 1 – Cronograma das atividades científicas

ATIVIDADES	2020												2021	
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	X	X	X	X	X	X	X							
ELABORAÇÃO DO PROJETO							X	X	X					
ENVIO DO PROJETO AO CEP										X	X	X		
APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS											X	X	X	X
ELABORAÇÃO DO TRABALHO							X	X	X	X	X			
CONCLUSÃO DO TRABALHO													X	X

5 CONCLUSÃO

Elaborar um trabalho de conclusão de residência que envolve a esfera do ensino desperta possibilidades de aprimoramento, no entanto, quando precisa lidar diretamente com preceptores ou residentes, é necessário um rigor ético que tem implicações diretas no desenvolvimento do trabalho. Para construção e execução de um projeto relevante, o tempo disponível na residência pode ser curto, no entanto, a residência médica é apenas uma das etapas da formação do médico de família e comunidade e o estudo da mesma temática pode ser ampliado para mestrado e doutorado.

Construir um instrumento capaz de identificar como é o ensino das habilidades de comunicação dentro de um programa de residência médica é um desafio. Não foram encontrados instrumentos validados para esse objetivo, mas as principais literaturas existentes sobre o tema vão se complementando no que tange a explanação das ferramentas existentes para o ensino e para a avaliação. Hoje, as ferramentas existentes são diversas, mas sua aplicabilidade na prática da atenção primária do Brasil não é tão bem conhecida.

Esse trabalho pode iluminar o caminho entre a existência da ferramenta e as diversas formas do seu uso na prática do preceptor. O instrumento de entrevista deixa de contemplar algumas perspectivas, ele se encontra mais elaborado para as práticas de ensino, com as questões avaliativas feitas de forma mais objetiva e faltaram também perguntas que questionassem mais o porquê do não uso de cada ferramenta. Tudo isso foi ponderado pensando no tamanho do instrumento, no objetivo do trabalho e no tempo de entrevista que poderia aumentar consideravelmente com mais perguntas, podendo prejudicar a qualidade da amostra pelo cansaço do entrevistado nas perguntas finais.

O programa de residência de MFC da UFOP tem crescido com os anos, não só em número de preceptores como em número de residentes e a preocupação com o desenvolvimento homogêneo das habilidades de comunicação sobressai porque faz parte das competências

essenciais para o médico de família e comunidade e o torna mais integral e resolutivo. Isto não quer dizer que o preceptor é obrigado a ser o conhecedor de todas as técnicas e saberes, mas sim verdadeiro a ponto de admitir suas limitações, estar pronto para usar guias e ferramentas de apoio para se aprimorar e dessa forma se tornar um bom modelo de comunicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1ª edição ed. [s.l.] Almedina, 2011.
- BRANCATI, F. L. The Art of Pimping. **JAMA**, v. 262, n. 1, p. 89–90, 7 jul. 1989.
- BRAZIL (ED.). **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4a. ed., 2a. reimpressão ed. Brasília, DF: Editora MS, 2009.
- CAMPOS, C. F. C.; RIOS, I. C. Qual Guia de Comunicação na Consulta Médica É o Mais Adequado para o Ensino de Habilidades Comunicacionais na Atenção Primária à Saúde Brasileira? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 108–118, set. 2018.
- CARRIÓ, F. B.; FREITAS, N.; DOHMS, M. **Entrevista Clínica: Habilidades de Comunicação para Profissionais de Saúde**. 1ª edição ed. [s.l.] Artmed, 2012.
- CERON, M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. p. 12, [s.d.]. **Curriculo Baseado em Competencias(1).pdf**, [s.d.]. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2020
- DOHMS, M.; GUSSO, G. **Comunicação Clínica: Aperfeiçoando os Encontros em Saúde**. 1ª edição ed. [s.l.] Artmed, 2020.
- FREEMAN, T. R. et al. **Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney**. 4ª edição ed. [s.l.] Artmed, 2017.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. 2º edição ed. [s.l.] Artmed, 2018. **index.pdf**, [s.d.]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 30 jan. 2021
- JÚNIOR, J. B. R. V.; GUSSO, G.; OLMOS, R. D. **Medicina de família e comunidade**. 1ª edição ed. [s.l.] Editora Atheneu, 2017.

L8080. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 30 jan. 2021.

MAGUIRE, P.; PITCEATHLY, C. Key communication skills and how to acquire them. **BMJ : British Medical Journal**, v. 325, n. 7366, p. 697–700, 28 set. 2002.

MANUAL_PESQUISADOR.pdf, [s.d.]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/PB/MANUAL_PESQUISADOR.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021

Mariana (MG) | Cidades e Estados | IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/mariana.html>>. Acesso em: 30 jan. 2021.

Ouro Preto (MG) | Cidades e Estados | IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/ouro-preto.html>>. Acesso em: 30 jan. 2021.

PENDLETON, D. et al. **The New Consultation: Developing doctor-patient communication**. 2ª edição ed. [s.l.] OUP Oxford, 2003.

RAMOS, V. A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 25, n. 2, p. 208–20, 1 mar. 2009.

RIDER, E. A.; KEEFER, C. H. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. **Medical Education**, v. 40, n. 7, p. 624–629, jul. 2006.

SPENCER, J.; SILVERMAN, J. Education for communication: much already known, so much more to understand. **Medical Education**, v. 35, n. 3, p. 188–190, 2001.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. 3ª edição ed. [s.l.] Artmed, 2017.

UniversidadeFederaldeOuroPreto-EditalPSU2021-20200922115109.pdf, [s.d.]. Disponível em: <https://www.galaxcms.com.br/up_crud_comum/601/UniversidadeFederaldeOuroPreto-EditalPSU2021-20200922115109.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021

VELDHUIJZEN, W. et al. Much variety and little evidence: A description of guidelines for doctor-patient communication. **Medical education**, v. 41, p. 138–45, 1 mar. 2007.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Estruturado

Dados pessoais:

1. Idade:
2. Sexo:
3. Residência ou título em Medicina de Família e Comunidade:
4. Se fez residência e ano da formação:
5. Formação em preceptoría e qual tipo de formação:
6. Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde:
7. Tempo de preceptoría:

Perguntas abertas:

1. Você utiliza alguma referência para embasar quais habilidades de comunicação o residente precisa desenvolver durante a residência médica? Quais são essas referências?
2. Quais ferramentas você usa pra estimular o desenvolvimento das habilidades de comunicação?
3. Quais ferramentas você usa pra reconhecer a aquisição das competências essenciais de habilidades de comunicação no residente?

Perguntas semiabertas sobre as ferramentas de ensino:

1. Você faz demonstração das habilidades para os seus residentes (modelagem)?
 - a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
2. Você faz dramatizações improvisadas (role play) para testar uma nova habilidade antes do residente usar essa habilidade com uma pessoa real?

- a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
3. Você faz simulação de entrevista de pessoas que buscam cuidado (role play)?
 - a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
4. Você utiliza pessoas atendidas que fazem o papel delas mesmas (ex: um alcoolista recuperado fazendo o papel de um alcoolista em negação)?
 - a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
5. Você estimula discussões mais longas com as pessoas – podem ser realizadas na casa daquela pessoa (visita domiciliar)?
 - a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
6. Você utiliza o residente no papel do paciente (role play com o residente no papel do paciente)?
 - a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?

7. Você usa vídeo feedback?
 - a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
8. Você faz uso do “Relato de Caso Centrado na Pessoa”?
 - a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
9. Você designa o residente para fazer triagem/acolhimento de uma questão simples de saúde?
 - a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
10. Você faz a observação das consultas do seu residente com pessoas reais?
 - a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
11. Você estimula o residente a autorreflexão e leitura?
 - a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
12. Você utiliza a construção de portfólio com os seus residentes?
 - a. Não

- b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
13. Você utiliza discussões da medicina centrada na pessoa com base em evidências?
- a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
14. Ensino do raciocínio clínico – você ajuda os residentes a integrar os quatro componentes do método clínico centrado na pessoa (explorando a saúde a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; intensificando a relação entre a pessoa e o médico)?
- a. Não
 - b. Sim (se a resposta for sim prossiga para as questões abaixo)
 - c. Com que frequência?
 - d. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza esta ferramenta?
15. Que outras ferramentas não citadas você também utiliza para o ensino das habilidades de comunicação?
- a. Com que frequência?
 - b. Você pode me explicar com o máximo de detalhes como utiliza estas ferramentas?

Perguntas abertas e fechadas sobre ferramentas de avaliação:

1. Quais dos tipos de avaliação descritos abaixo você utiliza para verificar o aprendizado do residente no que diz respeito às habilidades de comunicação:
- Autoavaliação

- Questionários validados como o Calgary-Cambridge (cite outros que usar)
 - Avaliação por portfólio/narrativa
 - Avaliação por questões de múltipla escolha
 - Teste escrito – formato de respostas curtas (SAQ)
 - Teste escrito – formato de respostas elaboradas (ensaio)
 - Exames orais estruturados (SOEs)
 - Observação direta
 - Exames clínicos estruturados objetivos (OSCEs) e exames relacionados ao desempenho estruturados objetivos (OSPRES)
 - Feedback de múltiplas fontes (avaliação 360°)
 - Avaliação baseada em simulação
 - “Cartões de encontro”
 - Outras. Cite quais:
2. Dentre as ferramentas assinaladas acima, cite pelo menos três que você mais usa e por qual motivo?
 3. Sobre as ferramentas que você não assinalou, explique o motivo e o que limita o uso delas na sua prática.
 4. Quais modelos de feedback você costuma usar na avaliação do residente, pode assinalar mais de uma:
 - Feedback pelo preceptor
 - Feedback por um colega
 - Feedback por pacientes simulados
 - Feedback por pacientes reais
 - Feedback pela equipe
 - Feedback por observação direta da consulta
 - Outros. Cite quais:
 5. Dentre as ferramentas assinaladas acima, cite pelo menos três que você mais usa e por qual motivo?
 6. Sobre as ferramentas que você não assinalou, explique o motivo e o que limita o uso delas na sua prática.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Ensino das habilidades de comunicação - ferramentas utilizadas pelos preceptores de residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto”. Neste estudo pretendo identificar quais ferramentas os preceptores de Medicina de Família e Comunidade da UFOP utilizam para desenvolver e avaliar as competências de habilidades de comunicação com seus residentes.

O motivo que me leva a estudar esse assunto é mostrar a relevância dessa área para a residência de Medicina de Família e Comunidade, identificar o que a residência tem construído de positivo e verificar onde tem falhado para o aprimoramento conjunto dos médicos preceptores.

Para este estudo aplicarei um questionário através de uma videoconferência que contém perguntas abertas e fechadas, que permitirá a identificação das ferramentas de ensino e avaliação que você usa, além de ter espaço para comentários a respeito das mesmas.

Para participar deste estudo, é necessário que você assine este documento que pode ser enviado por e-mail ou aceite verbalmente no início da entrevista. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Mas você pode se sentir desconfortável durante o preenchimento do questionário, pois irá expor informações da sua forma de trabalho. Entretanto, não desejo que se sinta assim, pois os resultados não serão nominais, e respostas verdadeiras serão muito importantes para que se alcance os objetivos da pesquisa.

Caso se sinta constrangido (a) durante a entrevista, você pode interrompê-la a qualquer momento e solicitar sua exclusão da pesquisa. Poderá também fazer esta solicitação após o término da entrevista durante o tempo que preceder a defesa do

Trabalho de Conclusão da Residência, desta forma a entrevista será apagada, assim como todos os seus registros. Além disso, se você se sentir desconfortável em fazer a entrevista com a câmera de vídeo pode optar somente pela gravação do áudio.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Você não será identificado e o material preenchido por você não será disponibilizado sem sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um prazo de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e poderei modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ouro Preto, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do(a) participante

(Orientador Jéssica Fernandes dos Anjos)

(Pesquisadora Nayra da Silva Freitas)

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Ouro Preto, ou responsáveis pela pesquisa.

Rua Diogo de Vasconcelos, 122 - Pilar - Ouro Preto - Minas Gerais - 35400-000

Fone: (0XX) 31 3559-1001