**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU**

ALESSANDRA ADRIANO DE ALMEIDA MIRANDA

**Habilidades de comunicação profissional/paciente no processo de
seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais:
avaliação de uma estratégia de ensino**

**BAURU
2015**

ALESSANDRA ADRIANO DE ALMEIDA MIRANDA

**Habilidades de comunicação profissional/paciente no processo de
seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais:
avaliação de uma estratégia de ensino**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de
Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências no Programa de
Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari

**BAURU
2015**

M672h

Miranda, Alessandra Adriano de Almeida

Habilidades de comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais: avaliação de uma estratégia de ensino / Alessandra Adriano de Almeida Miranda. – Bauru, 2015.

99p. : il. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Alessandra Adriano de Almeida Miranda

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
CAAE: 21128713.6.0000.5417
Data: 04/12/2013

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo *Charles Willians da Silva Miranda* que me apoiou em todos os momentos com seu carinho, amor, paciência, dedicação e encorajamento para que eu conseguisse concluir essa etapa tão importante da minha vida profissional. Muito obrigada... Eu te amo!

A minha vó/mãe *Ana Maria*, meu tio/pai *Eduardo*, pais que Deus me deu e que não mediram esforços durante minha criação, por me educarem com amor, dedicação, carinho, preocupação e zelo. Por essa razão, gostaria de dedicar e reconhecer a vocês minha gratidão por tudo que vocês incondicionalmente me proporcionaram. Vocês são os melhores pais que alguém poderia ter, amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, base essencial da minha vida, por ter me capacitado e me dado forças para chegar até onde cheguei. Agradeço pelo suporte, conforto nas horas mais difíceis e por ter renovando minhas esperanças para poder continuar.

"Não te mandei eu? Sê forte e corajoso; não temas, nem te espantes, porque o Senhor, teu Deus, é contigo por onde quer que andares."

Josué 1:9.

Ao meu esposo **Charles Willians**, por me fortalecer com suas orações, palavras, atitudes em todas as vezes que me faltavam forças.

A toda minha família, irmãos, cunhados, sobrinhos, tios, primos, que oraram e torceram para que esse momento chegasse com grande alegria. Por compreenderem minhas ausências em alguns encontros. Agradeço em especial minhas tias e tios **Marta, Ana Raquel, Madalena, Luiz, Rosana, Marcos, Izaías, Elza, Lúcia, Verilene**, sogro **Oswaldo** e sogra **Vera**, pelo carinho e amor. Amo minha família.

À orientadora **Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari** meus sinceros agradecimentos por toda paciência e dedicação empenhada em minha orientação, por acreditar e confiar em meu trabalho, por todas as conversas e palavras motivadoras quando precisei, por não medir esforços para me ajudar, pela sua compreensão e carinho durante todo o percurso da realização deste trabalho. Deus te abençoe sempre!

Ao Departamento de Fonoaudiologia e à Faculdade de Odontologia de Bauru, por possibilitarem minha formação, em especial **Karina Ferreira Barros Delazari, Renata Rodrighero Sanches Silva, Claudia Vigella dos Santos**, pelo carinho e atenção que recebi desde o primeiro dia que cheguei à FOB.

À **Chefia, Coordenadoras do Programa de Pós-Graduação e Docentes do Departamento de Fonoaudiologia da FOB-USP**, pelo apoio e por propiciar um ensino de qualidade a mim concedido.

À **Profa. Dra. Maria Fernanda Mondelli, Profa. Dra. Wanda Blasca, Profa. Dra. Regina Tangerino e Profa. Dra. Marisa R. Feniman** por permitirem minha participação nos estágios de Clínica Integrada.

À **Profa. Dra. Dagma Venturine Abramides** pelo incentivo, por ter me permitido participar de experiências maravilhosas através do Grupo de Apoio Pedagógico da USP e pela colaboração durante todo o processo desse trabalho.

À **Profa. Dra. Midori Otake Yamada** por suas contribuições que ajudaram no enriquecimento do trabalho.

À **Profa. Dra. Marina Morettin Zupelari** pelas colaborações neste trabalho, elucidação em alguns momentos de dúvidas, pelo carinho e pela sua competência.

À **Profa. Dra. Simone Lopes-Herrera** pelas contribuições que me serviram de crescimento pessoal e profissional.

Ao **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris** e **Prof. Dr. Heitor Marques Honório**, por colaborarem na realização da análise estatística.

Ao **Prof. Dr. Jair Lopes** da UNESP-Bauru, pelas suas aulas e contribuições.

A todos os **formandos 2014 de Fonoaudiologia** por aceitarem o convite de participarem desse trabalho.

Aos **responsáveis da Pró Reitoria de Graduação - PRÓ-INOVALAB – 2012**, pela permissão de participar do Projeto Ensino com simulação e reflexão: novas práticas educativas na graduação.

Aos atores **Adilson Ledubino, Amanda Moreira, Letícia Frutuoso e Nádia Hellmeister**, pela competência e empenho que mostraram antes, durante e após o workshop.

Aos amigos de longa data, aos novos amigos presentes e ausentes, em especial **Janine Ramos, Danila Rodrigues da Costa, Andressa Vital, Emille Scarabello, Rafael Ferreira, Teca, Vanessa Costa, Joel Pinheiro, Maria Thereza R. F. Piccino, Jéssica Kuchar, Letícia Vicente, Mariane Pachelli e Mariana da Rocha Salles Bueno** pela amizade sincera, pelas risadas quando minha vontade era de chorar, pelas caminhadas recheadas de risadas por me ajudarem em diversos momentos nessa jornada.

Aos Funcionários do Departamento de Pós-Graduação da FOB/USP, em especial a **Ana Letícia Palombo Momesso, Leila Yerga, Fátima Cassador e Maria Margareth Pereira Mokarzel** por sempre me atenderem com atenção, respeito e carinho.

À *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* pelo fomento e suporte oferecido para a realização desse trabalho.

Aos Funcionários da Tecnologia Educacional e Seção Técnica de Informática FOB/USP, pela amizade, pelo acolhimento e pelos auxílios técnicos que realizaram sempre que precisei, em especial, *Camila Medina, Denise Guimarães Guedes Wanderley, José Roberto Brejão, Marcelo Momesso, Rubens Kazuo Kato, Edmilson Rodrigues de Oliveira, Denins Ciafreis, Renato Diogo, Fabiano Gomes da Silva, Carlos Frederico (Cacá), Marcelo Lima de Oliveira e Leonardo Henrique da Silva Ruiz.*

Aos *Funcionários da Clínica de Fonoaudiologia* pela prontidão em auxiliar sempre solicitados durante a realização desse trabalho.

Aos Funcionários da Biblioteca “Prof. Dr. Antônio Gabriel Atta” da FOB-USP, pela excelência nos atendimentos e na prestação de serviços, em especial a *Cybelle Fontes, Rita de Cassia Paglione, Mônica Alves Moreira, Maria Helena Souza Ronchez, Ademir Padilha.*

À *Maristela Petenucci Ferrari e Ana Paula Moço Libel*, que não mediram esforços para orientar sobre os procedimentos do Comitê de Ética e Pesquisa.

À *Tânia*, por ter sido um apoio facilitador nos procedimentos dos relatórios e das prestações de contas da FAPESP.

Às minhas amigas *Cleonice Ventura, Selma Boani, Graziela Bastos e Sandra Kimie*, amigas há mais de 20 anos, amo vocês.

Aos meus primos *Marcos Vinícius, Denise, Mateus, Gisele e Miriam* que são mais que irmãos para mim.

À *Paula Martins* que ensinou o caminho das pedras no início dessa jornada.

À *Fernanda Pinelli Henriques Fontes*, pela amizade e pelo apoio durante o mestrado.

À *Aline Alvarez e toda equipe da London EYE – English School*, pela dedicação e carinho na realização das traduções para o inglês do trabalho.

À ***Igreja Pedra Viva***, em especial meus Pastores ***Waldemar Fontes*** e ***Eliana*** que foram minha cobertura espiritual durante essa trajetória.

A todos aqueles que contribuíram direta e indiretamente para a concretização deste trabalho.

"A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade."

Paulo Freire

RESUMO

O aprimoramento dos processos que envolvem a comunicação do profissional de saúde com o paciente é fundamental para a humanização destes procedimentos e para a melhor qualificação dos resultados. A efetiva comunicação profissional-paciente incorpora uma complexa gama de habilidades que não são aprendidas informal ou intuitivamente. Deste modo, o ensino de tais habilidades necessita ser incorporado na formação dos Fonoaudiólogos. O guia de Calgary-Cambridge fornece estrutura, baseada em evidência, para análise e ensino de habilidades de comunicação na entrevista com o paciente. O objetivo deste trabalho foi realizar e avaliar um workshop para que os estudantes de graduação em Fonoaudiologia integrassem as habilidades comunicativas centradas no paciente com os procedimentos técnicos do processo de seleção e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Participaram deste estudo 27 discentes (sexo feminino) do 4º ano do Curso de graduação em Fonoaudiologia da FOB/USP, com idades entre 20 e 27 anos, que não haviam recebido treinamento formal sobre habilidades de comunicação profissional-paciente. Foi realizado um workshop baseado na ferramenta “*Time and Talk*” (Ida Institute) adaptada do guia Calgary-Cambridge. Dentre as atividades, três consultas simuladas com atores profissionais interpretando pacientes reais foram utilizadas para exercício das habilidades de comunicação profissional-paciente e aconselhamento. Os participantes responderam ao “Questionário dos Níveis do Supervisionado-Revisado” (*Supervisee Levels Questionnaire Revised – SLQ-R*) antes e após o workshop. Também responderam à “Escala do Desenho da Simulação” (*Simulation Design Scale - SDS*), escala visual analógica e a quatro perguntas abertas a respeito do impacto do workshop. Métodos quantitativos e qualitativos foram empregados para análise. Em média, os resultados do SLQ-R foram similares aos descritos na literatura para principiantes em atividades de aconselhamento. Houve uma diminuição significativa (teste t pareado) da pontuação na subescala “Consciência sobre si e Motivação” do SLQ-R pós-workshop que, aliado aos resultados qualitativos, sugeriram que o workshop levou a um novo entendimento do processo de comunicação/aconselhamento ao paciente e à maior conscientização dos participantes sobre seus atributos e limitações. Pontuações médias próximas do máximo foram obtidas na SDS, indicando a presença e importância das características da simulação, em particular a Fidelidade/Realismo e a possibilidade de ter o Feedback e realizar a Reflexão sobre a consulta, sendo isto também corroborado com os dados qualitativos. Na escala visual analógica a mediana igual a 8 indicou que os participantes acreditaram em sua habilidade de realizar o aconselhamento ao paciente após o workshop. A análise qualitativa indicou que os participantes julgaram como elementos mais desafiadores da consulta simulada lidar com as emoções do paciente (25%) e o processo de empatia (21%). Dentre as mudanças que pretendiam realizar em seu comportamento clínico após o workshop, a escuta ativa (45%) e empatia (33%) foram os mais citados. Foi sugerido ampliar o oferecimento do workshop e consultas simuladas (90%) para todos os anos do Curso de Fonoaudiologia. O workshop permitiu sensibilizar o discente quanto à importância do uso de habilidades de comunicação paciente efetivas e levou a uma reflexão e crítica sobre suas próprias habilidades.

Palavras chave: Deficiência auditiva. Auxiliares de audição. Aconselhamento. Participação do paciente.

ABSTRACT

Professional-patient communication skills in the hearing aid fitting process: assessment of a teaching strategy

The improvement of processes involving communication between the health professional and the patient is fundamental for the humanization of these procedures and the best qualifying results. Effective professional-patient communication incorporates a complex range of skills that are not learned informally or intuitively. Thus, the teaching of such skills needs to be incorporated into the audiologists' training. The Calgary-Cambridge guide provides evidence based structure for analysis and teaching of communication skills in the interview with the patient. The aim of this study was to implement and evaluate a workshop for SLP-audiology undergraduate students integrate patient centered communication skills with the technical procedures of the hearing aid fitting process. Participated in this study 27 female students from the 4th year of undergraduation in SLP-Audiology at FOB / USP, aged between 20 and 27, who had not received formal training in professional-patient communication skills. A one-day workshop based on the "Time and Talk" tool (Ida Institute), adapted from the Calgary-Cambridge, guide was conducted. Among the activities, three simulated consultations with professional actors playing real patients were used for professional-patient communication and counseling skills training. Participants responded to the *Supervisee Levels Questionnaire Revised* (SLQ-R) before and after the workshop. They also responded to the *Simulation Design Scale* - SDS, visual and analogue scale and four open questions about the impact of the workshop. Quantitative and qualitative methods were used for analysis. On average, the SLQ-R results were similar to those described in the literature for beginners in counseling activities. There was a significant decrease (paired t-test) score on the SLQ-R subscale "Self and others awareness" post-workshop that, combined with the qualitative data, suggested that the workshop led to a new understanding of the process of communication/counseling for the patient and greater awareness of the participants about their attributes and limitations. Average scores near the maximum were obtained in SDS, indicating the presence and importance of simulation features, in particular the Fidelity/Realism and Feedback/Reflection, this being also supported by the qualitative data. On the visual analog scale a median of 8 indicated that participants believed in their ability to perform patient counseling after the workshop. Qualitative analysis indicated that participants deemed as the more challenging elements of the simulation dealing with patient's emotions (25%) and the process of empathy (21%). Among the changes that they intended to perform in their clinical behavior after the workshop, active listening (45%) and empathy (33%) were the most cited. It was suggested to expand the workshop offering and simulated consultations (90%) for each year of undergraduation course. The workshop allowed the students to raise awareness about the importance of using effective patient communication skills and led to reflection and criticism about their own abilities.

Keywords: Hearing loss. Hearing aids. Counseling. Patient participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 -	Representação das tarefas e objetivos a serem atingidos durante a entrevista médica segundo o guia Calgary-Cambridge revisado	28
Figura 2 -	Escala visual analógica para avaliar o benefício da simulação.....	49

- GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Média e desvio padrão do Questionário dos Níveis do Supervisionado-Revisado (SLQ-R) pré e pós workshop (n=27)	55
Gráfico 2 -	Média e desvio padrão da Escala de Desenho da Simulação – SDS (n=27)	56

- QUADROS

Quadro 1 -	Temas associados à abordagem centrada na pessoa	21
Quadro 2 -	Exemplos de habilidades para cada tarefa da entrevista com profissional de saúde segundo o guia Calgary-Cambridge.....	29
Quadro 3 -	Resumo das etapas da análise de conteúdo.....	50
Quadro 4 -	Análise das perguntas abertas sobre a experiência da simulação	57

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	A COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE NO PROCESSO DE SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO DE APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAIS.....	19
2.2	ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL- PACIENTE: GUIA CALGARY-CAMBRIDGE.....	24
2.3	O USO DO PACIENTE SIMULADO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE NA ÁREA DA AUDIOLOGIA	30
3	PROPOSIÇÃO	37
4	METODOLOGIA.....	41
4.1	PARTICIPANTES	43
4.2	PROCEDIMENTOS.....	43
4.2.1	Apresentação dos objetivos do workshop (duração de 10 minutos) e administração do Questionário SLQ-R.....	44
4.2.2	Formas de obtenção da informação (duração de 25 minutos)	46
4.2.3	Criação de um ambiente seguro (duração de 10 minutos)	46
4.2.4	Consultas simuladas (4 horas).....	46
4.2.5	Finalização (20 minutos)	47
4.3	FORMAS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS	49
4.4	FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS QUALITATIVOS.....	49
5	RESULTADOS.....	53
5.1	AVALIAÇÃO DO WORKSHOP PARA ENSINO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS COM USO DO PACIENTE SIMULADO	55
6	DISCUSSÃO	59
7	CONCLUSÕES.....	71
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	83
	ANEXOS	89

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Pesquisas realizadas na área da saúde indicam que a forma de comunicação e relacionamento entre profissional-paciente podem influenciar o resultado do tratamento. Por esta razão, nos últimos anos vem sendo sugerida a adoção da abordagem centrada na pessoa para o cuidado a indivíduos com deficiência auditiva – esta abordagem sugere que os pacientes sejam encorajados a participar ativamente no tratamento, por meio da criação de um poder equilibrado e relação terapêutica mais humanística com os profissionais da saúde.

A abordagem centrada na pessoa requer que os profissionais de saúde utilizem comunicação efetiva para eliciar os reais desejos dos pacientes reconhecer e responder às suas necessidades e preocupações emocionais. A efetiva comunicação profissional-paciente incorpora uma complexa gama de habilidades que não são aprendidas informal ou intuitivamente. Deste modo, o ensino de tais habilidades necessita ser incorporado na formação dos Fonoaudiólogos.

Diferentes modelos foram propostos para o ensino e avaliação da comunicação profissional-paciente. Dentre estes, o guia de Calgary-Cambridge (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 1998), fornece estrutura, baseada em evidência, para análise e ensino de habilidades de comunicação na entrevista com o paciente. Neste guia são elencados quatro elementos principais que influenciam o ensino e aprendizagem destas habilidades: (a) estrutura – como organizar as habilidades de comunicação, (b) habilidades – quais habilidades que devem ser promovidas, (c) validade – evidência de que estas habilidades impactam a relação profissional-paciente e (d) extensão – qual o escopo do curriculum de treino de comunicação.

No tocante às habilidades de comunicação, o guia Calgary-Cambridge apresenta 71 habilidades as quais podem ser utilizadas nas diferentes etapas da consulta e que auxiliam a construção da relação profissional-paciente. Contudo, o conhecimento destas habilidades, por si só, não se traduz em mudança de comportamento comunicativo do profissional de saúde. Por esta razão, torna-se essencial a aprendizagem por meio da experiência.

O “*Time and Talk*” é um instrumento do *Ida Institute*, baseado no guia Calgary-Cambridge, para ensino de habilidades de comunicação profissional-paciente para estudantes e fonoaudiólogos. Este método usa cenários de situações clínicas e o “paciente simulado” de

forma a integrar as habilidades de comunicação com habilidades clínicas na consulta audiológica.

O paciente simulado vem sendo utilizado com sucesso para ensino de habilidades de comunicação em diferentes áreas da saúde. Neste método pode-se ter atores especializados em simulação, voluntários treinados, alunos treinados interpretando um determinado paciente. Esta metodologia permite que os estudantes experimentem as habilidades que estão sendo aprendidas, preservando a segurança do paciente. Além disso, os cenários podem ser modificados e reaplicados quantas vezes forem necessárias, com oportunidade para padronização e individualização dos casos e para a abordagem de questões difíceis. Os pacientes simulados também podem fornecer um feedback para o estudante, auxiliando e facilitando o ensino. Pelo exposto, é desejável a avaliação de métodos que envolvam o paciente simulado como estratégia para o ensino de habilidades de comunicação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE NO PROCESSO DE SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO DE APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAIS

Estudos de base populacional realizados no Brasil mostram prevalência das deficiências auditivas incapacitantes de 6,8% (BÉRIA et al., 2007) a 7% (GONDIM et al., 2012), o que indica que, aproximadamente, 14 milhões de pessoas no país necessitam de intervenção. O aparelho de amplificação sonora individual (AASI) é um dispositivo com eficiência comprovada para o tratamento da maioria dos casos de deficiência auditiva neurossensorial. No Brasil, tais dispositivos são concedidos pelos serviços credenciados do Sistema Único de Saúde, desde 2001.

A despeito da sofisticação tecnológica atualmente presente em tais dispositivos, muitos usuários de AASI ainda relatam que seus problemas não foram resolvidos (HICKSON, 2012). Além disto, a simples aquisição de um AASI, por meio de serviços públicos ou privados, não garante o uso deste dispositivo e cerca de 30% dos indivíduos acabam por desistir do tratamento (KOCHKIN, 2005). No Brasil, um estudo que entrevistou 302 indivíduos adultos usuários de AASI, verificou que 53 destes (17,55%) relataram o abandono do uso do dispositivo (IWAHASHI; JARDIM; BENTO, 2012).

Tais evidências indicam que as utilizações de novas abordagens para melhorar a reabilitação dos deficientes auditivos são necessárias – uma delas é a adoção da abordagem centrada na pessoa (HICKSON, 2012).

A abordagem centrada na pessoa foi desenvolvida inicialmente por Carl Rogers e seus colaboradores em 1939, como um modelo de “aconselhamento não diretivo”. Nesta abordagem propõe-se uma relação mais humanizada onde a pessoa tenha liberdade e responsabilidade na tomada de decisões (ROGERS, 1951). Preconiza-se que o profissional da saúde se coloque no lugar do paciente, observando o mundo por sua ótica, criando uma relação empática. O profissional tem o papel de facilitador do processo terapêutico criando um ambiente flexível e empático, onde o paciente sinta-se acolhido e compreendido (ROGERS, 1979).

A abordagem centrada na pessoa reconhece a importância das combinações das perspectivas biológicas, psicológicas e sociais para entender a saúde, ou seja, este modelo adota a perspectiva biopsicossocial em substituição ao “modelo biomédico” (LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2010). O modelo biomédico baseia o papel do profissional de saúde predominantemente na eliminação de doenças e lhe confere grande autoridade e poder, que se manifesta na relação estabelecida com o paciente. O encontro que ocorre durante a consulta é centrado no profissional ou na doença, sendo pautado predominantemente pela exploração de sinais e sintomas. A perspectiva do paciente é considerada pouco relevante (BALLESTER et al., 2010).

A abordagem centrada na pessoa tem sido uma estratégia reconhecida em diferentes áreas da saúde, incluindo a medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outras (LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; GRENNES, 2014). Na área da Audiologia, a consulta centrada no paciente tem três objetivos principais: motivar o paciente a ter um papel ativo na sua reabilitação, educar o paciente para continuar buscando informações, e realizar progressos para atingir um objetivo (LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2010).

Conceitualmente, a abordagem centrada na pessoa sugere que os pacientes sejam encorajados a participar ativamente no tratamento, por meio da criação de um poder equilibrado e relação terapêutica mais humanística com os profissionais da saúde (GRENNES et al., 2014a). Neste sentido, esta abordagem é respeitosa e atende às necessidades, preferências, desejos e valores do paciente como pessoa, reconhecendo e compreendendo a sua experiência única em relação à doença (LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2010).

O Quadro 1 resume os principais temas associados à abordagem centrada na pessoa.

TEMA	DESCRIÇÃO
Respeito pela individualidade e valores	Reconhece a importância de valorizar as pessoas como indivíduos, com consciência das diferenças, dos valores, da cultura, de seus pontos fortes, necessidades e direitos, incluindo o direito à dignidade e privacidade.
Significado	Aceita a perspectiva única, refletindo a natureza fenomenológica e subjetiva da experiência da pessoa, com metas auto-definidas e entendimento compartilhado do significado da doença.
Aliança terapêutica	Envolve a possibilidade de empatia genuína e aceitação positiva incondicional. Esta aliança é baseada no respeito à pessoa, com abertura, cuidado, honestidade, instilação da esperança e confiança. Relações sem julgamentos devem incentivar competências e uma linguagem comum, onde o profissional é um facilitador.
Contexto social e relacionamentos	Atende à natureza social do ser humano, com ênfase em relações, contexto interpessoal e interdependência mútua. Por isso as necessidades da família e dos cuidadores são reconhecidos com relevância das funções e das fases da vida. É crucial ver a rede de relacionamentos como um todo.
Modelo inclusivo de saúde e bem-estar	Mais amplo do que o diagnóstico e tratamento, com proteção e segurança para os vulneráveis, este tema envolve conforto, ligações, ocupação, identidade e inclusão, com atenção ao bem-estar e ao modelo biopsicossocial. Inclui uma compreensão holística integrada do mundo único do indivíduo com o reconhecimento de sua vida mais ampla. Inclui também a atenção para a prevenção de doenças, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.
Especialista x conhecimento leigo	Reconhece a legitimidade do conhecimento do indivíduo e sua família. Encoraja a possibilidade de consenso por meio de negociação, compromisso e participação ativa. Por consequência os pacientes podem contribuir com o desenvolvimento do profissional, do serviço especializado, da experiência, incentivam a possibilidade de consenso por meio de negociação, compromisso e da participação ativa. Adicionalmente, por consequência, há possibilidade dos utilizadores dos serviços contribuírem para o desenvolvimento do serviço profissional.
Responsabilidade compartilhada	Partilha de poder, responsabilidade e controle, com um acordo mútuo sobre os planos e reciprocidade, com a participação na tomada de decisões. O usuário está envolvido e ciente de seus direitos.
Comunicação	Diálogo cuidadoso, sensível e interacional. Capacidade de observação e contato autêntico, incluindo a escuta ativa. Fornecimento de informações acessíveis e imparciais de forma afirmadora e útil.
Autonomia	Inclui a capacidade de a pessoa tomar sua própria decisão com independência. Reconhecimento de que o indivíduo e sua família devem ser encorajados a viver suas vidas, fazer suas próprias escolhas, em conformidade com os princípios de auto-determinação, aumentando sua capacidade de controle e independência no processo de receber cuidados.
Profissional como uma pessoa	A ênfase está na valorização da equipe, usuários do serviço e profissional como pessoas que também tem emoções, que podem precisar de apoio para permitir a auto-consciência e parcerias significativas.

Fonte: HUGHES; BAMFORD; MAY, 2008 apud GRENNES et al., 2014a.

Quadro 1 - Temas associados à abordagem centrada na pessoa

A acolhida ao paciente e o comportamento afetivo são reconhecidos como elementos essenciais da abordagem centrada na pessoa. Este comportamento é praticado por meio da comunicação verbal e não verbal envolvida por um conteúdo sócio-emocional. Inclui, dentre

outros, a aceitação incondicional, empatia e oferecimento de suporte. Assim, o profissional deve ter habilidades para extrair e validar as preocupações dos pacientes, legitimando as suas ideias e expectativas, avaliando o impacto dos sintomas e respondendo às indicações de angústia emocional usando uma linguagem empática (ENGLISH, 2008).

A natureza da relação profissional-paciente influenciam a procura pelo tratamento e decisão de utilizar um AASI. Em um estudo quantitativo e qualitativo realizado com 13 adultos e idosos candidatos ao AASI e 10 audiologistas, Poost-Foorosh et al. (2011) levantaram os fatores na relação profissional/paciente que interferiam na aquisição do AASI. A análise de dados gerou oito conceitos fundamentais, muitos deles em consonância com o que é preconizado na abordagem centrada na pessoa como: possibilitar ao paciente conforto para expressar seus sentimentos, reconhecer a individualidade do paciente e sua prontidão para uso do AASI, fornecer apoio à realização de escolhas do paciente e empoderar o paciente por meio de tomada de decisões compartilhadas.

Alguns estudos avaliaram a natureza e utilização da abordagem centrada na pessoa na área da Audiologia. Grenness et al. (2014b), avaliaram a comunicação em 63 consultas iniciais que envolveram 26 audiologistas, 63 pacientes com idade superior a 55 anos e 17 acompanhantes. As consultas foram gravadas e a análise foi realizada com o software do *Roter Interaction Analysis System* (RIAS). O software dividiu cada consulta realizada em três fases: história, exame e aconselhamento. Esse estudo analisou somente a fase da anamnese nos princípios a estrutura aberta, o perfil comunicativo de cada falante e as dinâmicas de comunicação. Durante a entrevista inicial os audiologistas e pacientes foram responsáveis por cerca de 49% das elocuções e, quando presentes, os acompanhantes contribuíram com 10% das elocuções. A análise de categorias mostrou que os audiologistas utilizaram elocuções para a facilitação e ativação do paciente (36%) e construção do relacionamento (36%). Também foram observados que 57% das perguntas realizadas pelos profissionais tiveram teor biomédico e 42% eram de conteúdo psicossocial. Além disto, os audiologistas utilizaram muitas perguntas fechadas. Também foi observado que menos de 5% do teor da conversação teve enfoque nas emoções associadas à deficiência auditiva. Os profissionais buscaram, muitas vezes, criar um relacionamento com seus pacientes, no entanto, em poucos momentos ocorreu um envolvimento emocional entre eles, o que, segundo os autores, pode ter implicações posteriores no momento de tomada de decisão em relação a reabilitação do paciente.

Grenness et al. (2014c) entrevistaram 10 adultos usuários de AASI quanto às suas experiências e preferências para a reabilitação auditiva centrada no paciente. A análise temática de conteúdo mostrou que os participantes valorizam o relacionamento com o profissional, a confiança e lealdade no relacionamento terapêutico. Duas habilidades interpessoais do audiologista foram consideradas como facilitadoras para superar as barreiras de conforto do paciente: comunicação e profissionalismo. Habilidades de comunicação ruins foram associadas com experiências onde o audiologista pareceu não escutar ou valorizar as perspectivas dos pacientes. A troca de informações foi considerada importante, ou seja, os participantes esperavam que lhes fossem dadas oportunidades para expressar suas perspectivas e preferências.

Laplante-Lévesque, Hickson e Grenness (2014), avaliaram as respostas de 663 audiologistas australianos a questionários contendo a escala de orientação profissional-paciente (*Patient-Practitioner Orientation Scale* – PPOS). Este instrumento possui 18 itens divididos em duas subescalas, sendo uma a respeito do compartilhamento do poder e controle da consulta e outra a respeito do cuidado, ou seja, o quanto o profissional valorize o suporte e acolhida na relação profissional paciente. De modo geral, os resultados na escala PPOS foram altos, indicando a preferência dos profissionais pela abordagem centrada na pessoa. Esta preferência foi maior para profissionais mais experientes e entre os que trabalhavam com a educação da comunidade, programas de conservação auditiva ou na área de ensino. Por outro lado, os profissionais que atuavam em clínicas privadas ou na área de avaliação audiológica de adultos possuíam menor preferência por esta abordagem.

Manchaiah et al. (2014) também aplicaram o questionário PPOS em 191 audiologistas de Portugal (n=55), Índia (n=78) e Iran (n=58) para examinar e comparar a preferência destes profissionais pela abordagem centrada na pessoa. A pontuação total obtida no PPOS sugeriu uma tendência dos profissionais em favor da abordagem centrada na pessoa, sendo esta significativamente maior para os profissionais em Portugal. Os resultados também sugeriram que a visão do profissional em relação à abordagem centrada na pessoa variou conforme considerado seu papel no diagnóstico ou reabilitação das deficiências auditivas.

No Brasil, no estudo realizado por Poles-Reginato e Ferrari (2014), as consultas para a programação e verificação do AASI de 40 indivíduos adultos foram filmadas e analisadas. Os autores observaram que a maior parte da consulta foi utilizada para a realização de procedimentos técnicos. O profissional realizou atividades de aconselhamento informativo, orientando o paciente quanto às características da deficiência auditiva, assim como o uso e

cuidados com o AASI, entretanto, não foram observadas atividades de aconselhamento de ajuste pessoal que auxiliassem o indivíduo a enfrentar os aspectos vivenciais da deficiência auditiva.

A partir da literatura de outras áreas da saúde, os pacientes com deficiência auditiva podem ter maior adesão, melhor resultado e maior satisfação com o atendimento quando a abordagem centrada na pessoa é utilizada (LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; GRENNES, 2014). Entretanto, os estudos realizados apontam que o uso desta abordagem na área de reabilitação auditiva é, ainda, incipiente. Este cenário pode ser modificado se o ensino da abordagem centrada na pessoa for incluído como elemento da formação profissional do fonoaudiólogo.

A abordagem centrada no paciente requer que os profissionais de saúde tenham habilidades de comunicação para eliciar os reais desejos dos pacientes e reconhecer e responder às suas necessidades e preocupações emocionais. Na prática clínica audiológica, o fonoaudiólogo realiza diversas atividades, que exigem competências e habilidades comunicativas, que impactam a reabilitação dos pacientes, assim como o envolvimento da família durante o tratamento (WILSON et al., 2010). Deste modo, o ensino de habilidades de comunicação profissional-paciente deve ser parte do currículo deste profissional de saúde.

2.2 ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE: GUIA CALGARY-CAMBRIDGE

O modelo de atenção à saúde baseado nos clássicos pressupostos biomédicos ainda está fortemente enraizado nas escolas de formação dos vários cursos de graduação da saúde. (BALLESTER et al., 2010). Entretanto, atualmente, há uma tendência dos currículos dos profissionais da área da saúde serem direcionados para proporcionar uma formação mais humanizada ao profissional (BALDUINO et al., 2012). Por exemplo, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia determinam uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva (BRASIL, 2002).

Além disto, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (2007) afirma que é papel deste profissional realizar orientações e aconselhamentos relativos aos diversos aspectos de atuação fonoaudiológica, a fim de esclarecer pacientes, clientes, familiares e cuidadores. Esta atuação engloba ações que envolvem a escuta profissional, a explicação, a instrução, a demonstração,

a proposição de alternativas e a verificação da eficácia das ações propostas. Para orientar o paciente ou cliente, o fonoaudiólogo deve escutá-lo, esclarecer os problemas existentes e suas consequências, propor alternativas de comportamento e realizar aconselhamento fonoaudiológico.

English e Zoladkiewicz (2005) listaram as principais preocupações de 290 estudantes de audilogia quando realizam o processo de aconselhamento de ajuste pessoal ao paciente: hostilidade por parte do paciente, não saber as respostas para as perguntas do paciente, fornecer más notícias aos pacientes, parecer nervoso ou incompetente e o paciente que confronta o profissional. Ao se relacionar com os familiares do paciente as preocupações principais são: situações onde o familiar não deixa o paciente falar por si mesmo, hostilidade do familiar e o confronto com o familiar. Os estudantes também mencionaram que precisam de auxílio para se comunicar clara e efetivamente com os pacientes, além de saber os limites de sua atuação profissional, desenvolver empatia e dar más notícias.

Embora algumas habilidades comunicativas sejam adquiridas pelos estudantes da área da saúde durante disciplinas clínicas convencionais, outras habilidades importantes não são aprendidas informalmente. Tais lacunas persistirão ao longo da vida profissional (KURTZ, 2002). Sendo assim, como qualquer outra habilidade clínica, a comunicação é um procedimento que precisa ser aprendida e exercitada ao longo da carreira do profissional. Por esta razão é de importância examinar as habilidades de comunicação e de consulta utilizadas no ensino de outras áreas da saúde e adaptar os comportamentos apropriados para a área do cuidado à saúde auditiva (JONES, 2012).

Pesquisas a respeito da comunicação profissional-paciente, ao longo dos últimos 30 anos, demonstraram o papel essencial que a comunicação desempenha para o cuidado de qualidade na área da saúde permitindo: entrevistas mais eficientes e com maior exatidão, fornecimento de suporte ao paciente, melhoria da satisfação do profissional e paciente e melhoria dos resultados de saúde para os pacientes (SILVERMAN, 2009).

Kurtz, Silverman e Draper (2008), relatam que há três tipos amplos de habilidades comunicativas que devem ser inseridas no curriculum dos profissionais de saúde. Estas habilidades estão ligadas entre si e não podem ser consideradas isoladamente:

- habilidades de conteúdo (“o que é comunicado”): se refere ao conteúdo de suas questões e respostas, as informações que eles recolhem e dão, os tratamentos que discutem;

- habilidades de processo (“como é comunicado”): diz respeito à forma com a qual eles se comunicam com os pacientes, como eles obtêm a história do paciente ou fornecem informações, as habilidades verbais e não verbais utilizadas, como eles desenvolvem uma relação com o paciente e a forma como organizam e estruturam a comunicação;
- habilidades perceptuais (“o que se pensa e sente”): se refere à tomada de decisão interna, habilidades de raciocínio clínico e resolução de problemas do profissional, suas atitudes e intenções, valores e crenças, sua consciência dos sentimentos e pensamentos em relação ao paciente, sobre sua condição de saúde e sobre outras questões que possam ser preocupantes para ele, a consciência a respeito de seu próprio autoconceito e confiança, de seus vieses e distrações.

A comunicação efetiva com pacientes requer habilidades complexas que permitem ao profissional obter a história dos pacientes de forma acurada, considerar a perspectiva do paciente, envolver o paciente na entrevista, atendendo ao seu bem-estar emocional, e iniciar o processo de raciocínio clínico. Deste modo, integra-se o conhecimento clínico, a comunicação, exame físico, resolução de problemas e outras habilidades práticas (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2008).

Segundo Kurtz (2002) a “comunicação efetiva” obedece cinco princípios:

- assegura interação e não apenas transmissão de informação: o fornecimento de informação, sem oportunidade para esclarecimento, fazer e responder perguntas, dentre outras, inibe ou dificulta a acurácia e eficiência da comunicação e do estabelecimento das relações. Estabelecer um entendimento mútuo requer interação;
- reduz incertezas desnecessárias: a incerteza atrapalha a atenção e interferem na acurácia, eficiência e estabelecimento de relações. A comunicação efetiva esclarece, por exemplo, os papéis do profissional e paciente no processo;
- Requer planejamento e pensamento em termos de resultado: a efetividade da comunicação só pode ser determinada no contexto dos resultados que o profissional quer atingir;
- Demonstra dinamismo: significa engajar com o paciente, estar presente “no momento”. Também significa ter flexibilidade e um repertório de habilidades que

permitam diferentes abordagens com diferentes pacientes ou com o mesmo paciente em circunstâncias distintas;

- Segue um modelo espiral ao invés de um modelo linear: para se obter um entendimento fidedigno o profissional deve obter informação reiteradamente, em uma forma espiral, cada vez movendo para um nível diferente de compreensão. A repetição, reiteração e feedback são elementos essenciais.

Diferentes modelos foram propostos para o ensino e avaliação da comunicação efetiva na área da saúde. Um deles é o guia de Calgary-Cambridge, desenvolvido para delinear uma efetiva comunicação profissional-paciente e fornecer uma estrutura, baseada em evidência, para análise e ensino destas habilidades na entrevista com o paciente (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 1998).

Este guia define um curriculum baseado em quatro elementos principais que influenciam o que deve ser ensinado e aprendido em programas de ensino da comunicação baseado em habilidades: (a) estrutura – como organizar as habilidades de comunicação, (b) habilidades – quais habilidades que devem ser promovidas, (c) validade – qual a evidência que estas habilidades fazem a diferença na relação profissional-paciente e (d) extensão – qual o escopo do curriculum de treino de comunicação (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013).

O guia de Calgary-Cambridge passou por diferentes revisões desde sua primeira publicação, em 1998. Kurtz et al. (2003) publicaram uma nova versão que incluía diagramas para melhorar visual e conceitualmente a forma como o ensino das habilidades de comunicação era apresentado, um novo guia de conteúdo para a entrevista que estivesse mais alinhado com a estrutura e habilidades de processo do treinamento da comunicação e a incorporação da perspectiva do paciente nos aspectos de processo e conteúdo da entrevista em saúde.

A Figura 1 mostra uma representação gráfica expandida da entrevista realizada por profissional de saúde, de acordo com o guia Calgary-Cambridge revisado. Os objetivos a serem atingidos em cada uma das seis tarefas de comunicação estão descritos (KURTZ et al., 2003). A integração do modelo é importante para que as habilidades de comunicação não sejam percebidas como uma entidade separada das “habilidades clínicas reais” e sim como uma habilidade básica relevante para todas as consultas (SILVERMAN, 2009).

Segundo Jones (2012) na área de audiologia um inibidor para o uso de habilidades de comunicação é o medo de que o profissional não tenha tempo para ouvir as histórias dos

pacientes já que eles possuem uma agenda de atividades para completar como os exames audiométricos, a pré-moldagem, a programação do AASI, etc. O modelo Calgary-Cambridge pode servir como base para criar um novo método para as consultas com audiologistas que integre as habilidades de comunicação com estas tarefas. Este modelo é útil porque fornece estrutura para o encontro clínico e para o ensino e aprendizagem de habilidades de comunicação.

Fonte: KURTZ et al., 2003.

Figura 1 - Representação das tarefas e objetivos a serem atingidos durante a entrevista médica segundo o guia Calgary-Cambridge revisado

O guia Calgary-Cambridge de Habilidades de Processo identifica 71 habilidades do processo de comunicação que se enquadram na estrutura de tarefas e objetivos (Anexo A). Estas habilidades devem ser utilizadas conforme necessidade durante uma dada consulta, ou seja, não representa uma lista que deve ser seguida em todas as consultas (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013). Algumas destas estão descritas no Quadro 2.

PROPORCIONAR ESTRUTURA	ETAPAS DA ENTREVISTA	CONSTRUIR A RELAÇÃO
Avança de uma sessão a outra utilizando enunciados que sinalizem mudanças.	Início da sessão Estabelece contato inicial. Cumprimenta o paciente e obtém seu nome. Se apresenta, esclarece seu papel e a natureza da entrevista e obtém consentimento, caso necessário. Identifica o motivo da consulta. Identifica os problemas do paciente (perguntas abertas). Escuta atentamente o discurso inicial do paciente, sem interromper ou guiar sua resposta.	Demonstra comportamento não verbal apropriado – contato de olho, postura. Se realizar leitura ou tomar notas, o faz de um modo que não interfira com o diálogo ou com a relação.
Está atento ao tempo e mantém o foco da entrevista.	Obter informações É necessário o uso de habilidades de processo para explorar o problema do paciente: permitir a narrativa do paciente, usar perguntas abertas e fechadas, facilitar respostas, usar escuta atenta, solicitar esclarecimento, usar linguagem apropriada, realizar um resumo interno, dentre outras. Deve ser explorada a perspectiva biomédica (relacionada à doença) como o momento em que ocorreu, sinais e sintomas, revisão de sistemas relevantes. Porém, deve também ser incorporada a perspectiva do paciente: ideias e crenças, preocupações, expectativas, sentimentos, impacto na vida. As informações de contexto se referem ao histórico médico, familiar, alergia, histórico social e pessoal.	Aceita a legitimidade do ponto de vista do paciente. Não julga.
Durante o exame, explica o que está fazendo, pede permissão.	Exame físico	
Estrutura de acordo com uma sequência lógica.	Explicações e planejamento Fornece informações em partes assimiláveis. Facilita a compreensão e retenção da informação por parte do paciente. Estimula o paciente a fazer perguntas. Consegue obter um planejamento comum que incorpora a perspectiva do paciente (decisão compartilhada).	Reconhece e verbaliza as emoções evidentes no paciente. Fornece apoio, expressa interesse, compreensão e predisposição para ajudar.
	Encerramento da sessão Estabelece, com o paciente, os passos a seguir. Resume a sessão brevemente e esclarece o plano. Verifica se o paciente está confortável com o plano de tratamento.	Estimula a participação do paciente. Compartilhar o pensamento.

Fonte: KURTZ et al., 2003; MOORE et al., 2010.

Quadro 2 - Exemplos de habilidades para cada tarefa da entrevista com profissional de saúde segundo o guia Calgary-Cambridge

O conhecimento das habilidades de comunicação, por si só, não se traduzirá em uma mudança de desempenho do profissional de saúde. Assim, a aprendizagem por meio da experiência é fundamental para a mudança de comportamento. Alguns elementos são necessários para que (1) definição e delineamento sistemático das habilidades a serem aprendidas; (2) observar os aprendizes utilizando estas habilidades, ao vivo ou por meio de

gravações em vídeo; (3) fornecimento de feedback para o aprendiz, (4) ensaio e prática destas habilidades e (5) repetição (KURTZ, 2002; SILVERMAN, 2009).

2.3 O USO DO PACIENTE SIMULADO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE NA ÁREA DA AUDIOLOGIA

A aquisição de proficiência de habilidades clínicas, incluindo as habilidades de comunicação, depende do aprendizado adequado e, sobretudo, da prática reiterada. Por esta razão, o graduando precisa estar em contato com a realidade das práticas o mais precocemente possível em sua formação, não só observando profissionais experientes mas, sobretudo sendo levados a resolver problemas em situações que caracterizariam o conceito de “aprender fazendo” (TRONCON, 2007).

O ensino prático é um processo de transição dos estudantes para o papel de prestador de cuidados. Deste modo, deve ser encarado como uma oportunidade única para os graduandos construir o seu saber a partir das situações clínicas que vivenciam, reconstruindo no seu repertório pessoal os conhecimentos a que tiveram acesso e construindo novos saberes e modos de ser, estar e responder adequadamente em função dos diferentes pacientes e contextos (TRONCON, 2007; ABREU, 2008).

Este aprendizado é tradicionalmente feito com o auxílio de pacientes reais, cuja saúde é assistida nas instituições de ensino. Embora de fundamental importância na formação profissional, o treinamento com pacientes reais na prática clínica pode apresentar desvantagens do ponto de vista exclusivamente educacional. Uma delas é que, por realizar ações voltadas a um ser humano, os graduandos necessitam evitar ao máximo a ocorrência de erros de conduta. Neste sentido, a simulação representa uma estratégia complementar importante ao processo de ensino-aprendizagem.

A simulação é uma técnica para substituir ou incrementar as experiências reais com experiências dirigidas, de natureza imersiva, que evocam ou replicam aspectos substanciais do mundo real de forma interativa (GABA, 2007).

As técnicas de simulação são utilizadas como estratégia de ensino-aprendizagem e de avaliação há cerca de 40 anos em diversos cenários educacionais. O conhecimento construído

a partir de situações programadas, representativas da realidade prática, simuladas em ambiente protegido e controlado possibilita construir com os graduandos a competência para identificar necessidades de saúde e elaborar planos de cuidado, por meio do desenvolvimento de capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras. Nesse ambiente protegido, o estudante tem oportunidade de aprender fazendo, errando e aprendendo com os próprios erros que são considerados como matéria-prima para o desenvolvimento da consciência crítica. Ao refletir sobre o erro, individualmente ou em grupo, o graduando reconhece as lacunas de seu conhecimento e tem a oportunidade de desenvolver novas fundamentações cognitivas e aprimorar suas capacidades de intervenção (VARGA et al., 2009).

Os modelos de simuladores podem ser classificados em (GABA, 2007; FLATO; GUIMARÃES, 2011):

- treinadores para tarefas (*part task trainers*): manequins de partes anatômicas que permitem o treino de procedimentos específicos (por exemplo: otoscopia). Não necessariamente é utilizado um cenário para contextualização da situação;
- simuladores de alta tecnologia: dispositivos operados por computador capazes de recriar qualquer doença e reposta frente às intervenções;
- simulação com pessoas (paciente padronizado): podem ser utilizados atores especializados em simulação, alunos treinados ou os próprios pacientes;
- simuladores baseados em programas de computadores: programa de computador interativo associado com resolução de problemas;
- realidade virtual: utilização de computação gráfica tridimensional acoplada à dispositivos comandáveis;
- simulação baseada em jogos: jogos de computadores com vida virtuais (por exemplo: *Second Life*);
- simulação híbrida: uso de dois tipos de simuladores.

A utilização dos pacientes simulado, deve ser vista como complementar ao uso dos pacientes reais, em especial, antecedendo a prática mais intensiva com eles, de modo a permitir que as atividades educacionais envolvendo o binômio graduando–paciente sejam desenvolvidas com mais segurança e menor desgaste para as partes envolvidas, minimizando as complicações decorrentes de intervenções ou tratamentos inadequados, ou seja, aumentando a segurança aos pacientes assistidos nas “clínicas-escola” (TRONCON, 2007).

Um dos métodos de simulação que vem sendo utilizado com sucesso na área da saúde é a participação de atores interpretando pacientes (KURTZ, 2006). Esta estratégia pode ser utilizada para o ensino de habilidades de comunicação por meio de experiências ativas, realistas e significativas, possibilitando também a aprendizagem por meio do ensaio e erro, preservando a saúde do paciente (WILSON et al., 2010).

O processo de simulação com atores oferece a oportunidade para que a aprendizagem clínica seja centrada no paciente, garantindo melhor relacionamento interpessoal, resolução de problemas e análise e síntese das informações clínicas. Os atores também podem avaliar o desempenho do graduando, colaborando para enriquecer o processo de ensino-aprendizagem (KURTZ, 2006; VARGA et al., 2009).

Existem diferentes vantagens para o uso de pacientes simulados no treinamento das habilidades de comunicação. Eles permitem que os estudantes experimentem as novas habilidades aprendidas. Os cenários podem ser modificados e reaplicados quantas vezes forem necessárias, com oportunidade para padronização e individualização dos casos e para a abordagem de questões difíceis. Os pacientes simulados também podem fornecer um feedback para o estudante, auxiliando e facilitando o ensino. As principais desvantagens se relacionam ao custo da contratação de atores experientes, o tempo consumido na natureza deste tipo de treinamento e seleção dos atores e o processo de organização da atividade. Também existe a possibilidade dos atores desempenharem de forma diferente daquela acordada durante o seu treinamento (LANE; ROLLNICK, 2007).

Na área da educação médica, Rees, Sheard e McPherson (2004) realizaram grupos focais com 32 estudantes de medicina de diferentes anos, a fim de explorar suas visões sobre os métodos de ensino das habilidades de comunicação. A partir de uma análise qualitativa, dois temas relacionados. Os alunos tiveram visões distintas a respeito das aulas expositivas como método de ensino – alguns relataram que este método estimulou seu pensamento sobre importantes questões de comunicação, auxiliando-os a se comunicar com pacientes reais. Por outro lado, também houve críticas quanto à aquisição passiva de conhecimento. De modo geral, os participantes tiveram opiniões favoráveis e pareceram preferir métodos de aprendizagem baseada na experiência como as trocas de papéis ou pacientes simulados. Em particular julgaram ser de importância a filmagem das atividades para que pudessem auto-avaliar suas habilidades de comunicação.

Lane e Rollnick (2007) realizaram a revisão sistemática de 23 estudos para comparar o uso de pacientes simulados ou atividades de troca de papéis (*role playing*) com outras

estratégias de ensino de habilidades de comunicação. A maioria dos estudos mostrou que o uso de simulação e troca de papéis, quando comparado a nenhuma intervenção, levou a um aumento significativo do uso de habilidades de comunicação. Entretanto, estes artigos apresentavam limitações metodológicas comprometendo as conclusões.

O planejamento cuidadoso é crucial para o sucesso da atividade de simulação. Além disto, os desempenhos esperados precisam estar bem definidos e compatíveis com cada ciclo educacional e série do curso, para nortear a elaboração de situações simuladas adequadas. A construção da situação deve ser orientada por matrizes de intencionalidade que determinam os objetivos e o foco de aprendizagem a serem alcançados pelo estudante em cada simulação (VARGA et al., 2009).

A simulação clínica apresenta diferentes etapas (ARAÚJO; QUILICI, 2012):

- sessão informativa: ocorre antes da simulação, quando os discentes recebem a orientação de estudo;
- introdução aos ambientes: ocorre presencialmente e os discentes recebem orientações gerais sobre a temática da simulação. Também são levantadas as expectativas formadas durante a sessão informativa;
- entrada da teoria: nesta etapa a teoria é explorada por meio de metodologias ativas de ensino;
- *briefing*: são fornecidas informações básicas sobre o caso clínico que será simulado. Nesta fase é feita a contextualização da situação clínica que será vivenciada;
- cenário: nesta etapa é feito o desenvolvimento da cena. Os cenários são preparados previamente de forma a reproduzir a realidade clínica de forma fiel. O planejamento do cenário precisa ser baseado nos objetivos que se deseja trabalhar. É recomendada a gravação (áudio e vídeo) da realização da cena;
- *debriefing*: nesta etapa um facilitador media a interação entre os participantes para que as ações desenvolvidas possam ser exploradas, analisadas e sintetizadas. Além disto, os processos de pensamento são formulados e as emoções desencadeadas para melhorar o desempenho em situações reais.

As atividades com pacientes simulados são utilizadas, geralmente, para complementar a experiência do estudante, para desenvolver ainda mais suas habilidades

clínicas e para avaliar competências. O Exame Clínico Objetivo Estruturado (*Objective Structured Clinical Examination* - OSCE) vem sendo bastante utilizado para avaliação na educação médica. Consiste em um exame cronometrado, com múltiplas estações, que utiliza pacientes simulados para simular cenários clínicos, exames físicos e habilidades de comunicação profissional-paciente (DINSMORE; BOHNERT; PREMINGER, 2013).

Quando a simulação é realizada de uma maneira formativa, como em uma atividade de ensino-aprendizagem, o objetivo é melhorar o desempenho do aluno. Nesta situação, os estudantes recebem feedback do supervisor e dos colegas e refletem ações realizadas. Os desempenhos esperados vão evoluindo em grau de dificuldade aprofundando e ao mesmo tempo respeitando a fase de aquisição de conhecimento e o grau de autonomia dos estudantes no sentido construir um conceito clínico ampliado (GABA, 2007).

Ruiz-Moral et al. (2012) descreveram um programa formativo de integração de habilidades de anamnese e comunicação profissional-paciente realizado com 158 alunos do terceiro ano de medicina, na disciplina de Patologia Geral. Este programa enfatizou o ensino de como obter história clínica em uma perspectiva centrada na pessoa, considerando tanto as questões biomédicas como a perspectiva biopsicossocial. Para tal foram utilizadas aulas expositivas, análise de vídeos, técnicas de “role playing” e discussões individuais ou em grupo. Os alunos então participaram de uma consulta com um paciente simulado, a qual foi gravada em vídeo. Foram analisadas, por um avaliador independente, 158 filmagens sendo utilizada uma escala de 52 itens que compreendia habilidades técnicas e de comunicação centrada na pessoa. Foi obtida uma média de 56,2 pontos, de um total de 104 pontos possíveis. No tocante à relação com o paciente verificou-se que os alunos receberam o paciente adequadamente, se mostraram educados e com empatia sobre o problema e usaram linguagem adequada. Também identificaram o problema de saúde em um contexto mais pessoal, mostrando reatividade adequada e facilitando o discurso do paciente. Verificaram, ainda, que os alunos que abordaram de forma mais adequada os aspectos relacionais da consulta, também obtiveram maiores informações na anamnese.

Estudantes de audiologia indicaram que o conteúdo de aconselhamento e comunicação profissional-paciente deve ser realizado a partir de “exemplos práticos”, com uso de troca de papéis ou vídeos mostrando exemplos de esforços de aconselhamento que são eficazes e ineficazes (ENGLISH; ZOLADKIEWICZ, 2005). Contudo, a despeito do potencial da simulação, poucas publicações existem a respeito do uso de pacientes simulados para o treinamento de estudantes de audiologia.

English et al. (2007) utilizaram consultas simuladas com dez estudantes de audiologia com a finalidade de validar um instrumento de avaliação de habilidades de aconselhamento. As consultas envolviam uma sessão onde os estudantes deveriam dar a notícia para uma mãe (atriz experiente) a respeito da deficiência auditiva de seu filho. Os estudantes receberam feedback sobre seu desempenho durante o *debriefing*, após a consulta e também preencheram um questionário avaliando a experiência da simulação. Os alunos concordaram que a consulta simulada auxiliou na auto-identificação de pontos fortes e pontos que necessitavam de melhoria em relação ao aconselhamento, que a simulação foi uma atividade de aprendizagem útil e que o *debriefing* forneceu instrução adicional.

Wilson et al. (2010) realizaram um estudo com 25 alunos do primeiro ano de um curso de Audiologia a respeito de suas experiências com o uso de paciente simulado (PS) e simulação em computador (SC) para treino das habilidades para realização da audiometria tonal limiar e obtenção do histórico do paciente. Estas atividades ocorreram como parte da disciplina de Audiologia Clínica e durante a mesma os professores realizaram avaliações formativas para que o aluno refletisse sobre o seu desempenho. As consultas simuladas foram filmadas e os alunos assistiram ao vídeo de suas interações com o PS e realizaram, por escrito, comentários sobre as mesmas. O professor também realizou a análise destes vídeos juntamente com os alunos. Ao final da disciplina os alunos preencheram, anonimamente, um questionário a respeito da utilidade das simulações para melhoria de suas habilidades na realização da entrevista e interação com o paciente (10 itens) e procedimentos audiométricos (8 itens). Também foi solicitado que os alunos respondessem perguntas a respeito de sua ansiedade durante a realização das simulações. Os participantes relataram que as interações com os pacientes simulados melhoraram significativamente suas habilidades de interação nas 10 áreas avaliadas. Também indicaram que a simulação com o computador melhorou significativamente seis das oito áreas avaliadas para o procedimento audiométrico. Os participantes também indicaram que as simulações foram realistas e que eles receberam feedback adequado dos professores. Os alunos relataram uma ansiedade pequena com o uso da simulação em computador e ansiedade moderada durante a consulta simulada.

Dinsmore, Bohnert e Preminger (2013) publicaram um arcabouço para o uso de consultas simuladas para avaliar competências de estudantes de audiologia. Os autores detalharam o uso de pacientes simulados e desenvolveram a lógica deste método para a avaliação, além de delinear os passos para criar e implementar casos de pacientes simulados.

Naeve-Velguth, Christensen e Woods (2013) avaliaram uma atividade de consulta simulada para treino das habilidades de “fornecer más notícias”. Vinte e nove estudantes preencheram um questionário online contendo sete perguntas sobre suas experiências na consulta simulada, sendo as opções de respostas baseadas em uma escala Likert de 5 pontos. Os participantes também foram solicitados a dar sugestões para atividades futuras de consultas simuladas. Para cada uma das questões a maioria dos participantes (76 a 100%) respondeu positivamente expressando concordância quanto à utilidade do procedimento para o aprendizado. Em particular, relataram que a experiência com o paciente simulado e discussões em sala de aula facilitaram a identificação de seus pontos fracos e fortes quanto ao aconselhamento. Os discentes também sugeriram que cenários com pacientes difíceis (hostis, não comunicativos) deveriam ser utilizados em outras consultas simuladas.

3 PROPOSIÇÃO

Realizar e avaliar um workshop, baseado no modelo Calgary-Cambridge, para que os estudantes de graduação em Fonoaudiologia integrassem as habilidades comunicativas centradas no paciente com os procedimentos técnicos do processo de seleção e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado no Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição - CAAE: 21128713.6.0000.5417, parecer número: 489.217 (Anexo B). Ressalta-se que esta pesquisa está inserida em um projeto maior do referido Departamento, denominado “Ensino com simulação e reflexão: novas práticas educativas na graduação (ENSIRE)”, desenvolvido com apoio do Edital Pró-Inovalab, da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo.

Este estudo utilizou métodos mistos, com a conjugação de elementos quantitativos e qualitativos.

4.1 PARTICIPANTES

Participaram voluntariamente do estudo, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C), 27 indivíduos do sexo feminino, com idades entre 20 e 27 anos (média de idade de 21 anos). Todas as participantes eram discentes do quarto ano do curso de graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP e já haviam cursado pelo menos três disciplinas de estágio supervisionado na área de audiolgia, durante o 3º ano do Curso de Fonoaudiologia. No momento da coleta de dados todas as participantes estavam regularmente matriculadas na disciplina Audiolgia Educacional e Reabilitação Auditiva III.

4.2 PROCEDIMENTOS

O *workshop* foi realizado como parte do conteúdo programático da Disciplina Audiolgia Educacional e Reabilitação Auditiva III, do Departamento de Fonoaudiologia da FOB/USP. O *workshop* foi facilitado por uma das docentes responsáveis pela disciplina e orientadora desta pesquisa. Esta docente tem experiência na área de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI) e no aconselhamento de ajuste pessoal, segundo os pressupostos da abordagem centrada na pessoa.

A estrutura do workshop foi baseada na ferramenta “*Time and Talk*” (<http://ida institute.com/>) produzida pelo Ida Institute, Dinamarca. Esta ferramenta, adaptada do guia Calgary-Cambridge (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 1998) utiliza cenários e dramatizações de situações clínicas para ensinar como integrar as competências de processo (como conduzir a entrevista paciente) com habilidades práticas realizadas no procedimento de seleção e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI).

O “*Time and Talk*” é baseado em um workshop estruturado, com duração de um dia. Utiliza uma metodologia ativa de ensino por meio de dramatizações e consultas com pacientes simulados e reflexão sobre o que foi observado nestas atividades. Para os propósitos deste estudo e das necessidades da Disciplina Audiologia Educacional e Reabilitação Auditiva III, foram realizadas adaptações nas atividades do “*Time and Talk*” (Apêndice A). Assim, o workshop foi conduzido da forma como descrito a seguir.

4.2.1 Apresentação dos objetivos do workshop (duração de 10 minutos) e administração do Questionário SLQ-R

Foi apresentado aos participantes o objetivo do workshop de ampliar o repertório de comunicação profissional-paciente por intermédio de atividades consultas com paciente simulado.

Também foi solicitado o preenchimento do “Questionário dos Níveis do Supervisionado – Revisado” (Supervisee Levels Questionnaire Revised – SLQ-R), desenvolvido por McNeill, Stoltenberg e Romans (1992), baseado no “Modelo Desenvolvimental Integrado” (STOLTENBERG, 1981) para avaliar estágios específicos de habilidade do profissional para aconselhamento.

De forma resumida, este modelo integrado propõe mudanças em três estruturas que delineam o progresso de indivíduos ao longo de quatro estágios de desenvolvimento. Estas estruturas incluem: (1) consciência sobre si e outros, (2) motivação e (3) dependência e autonomia. Por exemplo, no primeiro estágio de desenvolvimento, o profissional em treinamento pode ser mais dependente do direcionamento do supervisor, mais focado em suas próprias ansiedades e altamente motivado para tornar-se um aconselhador.

O SLQ-R é composto por 30 questões baseadas em uma escala Likert de 7 pontos (1=Nunca até 7=Sempre). Algumas questões apresentam pontuação reversa (1=Sempre até

7=Nunca). Estas 30 questões estão divididas em três subescalas: dependência e autonomia (10 itens), motivação (8 itens) e consciência de si e outros (10 itens).

A pontuação é dada pela somatória de pontos em cada subescala e também em todas as subescalas (pontuação total). Pontuações maiores indicam níveis mais altos de desenvolvimento. O SLQ-R apresenta alta confiabilidade, tendo um alfa de Cronbach variando de 0,64 a 0,83 para as subescalas e igual a 0,88 para a pontuação total (MCNEILL; STOLTENBERG; ROMANS, 1992).

O SLQ-R foi adaptado para uso na Audiologia por Hounam (2008) sendo os itens modificados para refletir o público para quem o questionário estava sendo administrado. Por exemplo, ao invés da afirmação “Eu consigo avaliar adequadamente o impacto interpessoal do paciente em mim e utilizá-lo terapeuticamente” (psicologia) foi utilizado “Eu consigo avaliar adequadamente o impacto interpessoal do paciente em mim e utilizá-lo para fornecer um cuidado efetivo em saúde auditiva” (audiologia). Esta versão adaptada, com 23 itens, foi utilizada no presente estudo (Anexo D). A maior modificação se deu na subescala “Dependência e Autonomia” que passou a ter apenas três itens. Por esta razão, a pontuação nesta subescala foi normalizada.

- Consciência de si e outros (12 itens – pontuação variando de 12 a 84): se refere aos pensamentos e sentimentos do profissional em relação a si e aos pacientes, portanto, esta subescala apresenta componentes cognitivos e afetivos. Mais especificamente, mensura a auto-preocupação, conscientização a respeito do mundo do paciente, conscientização de atributos pessoais e limitações.

Exemplo: *“Durante o aconselhamento eu tenho dificuldade para me concentrar devido à preocupação com o meu desempenho”.*

- Motivação (8 itens – pontuação variando de 8 a 56): se refere ao investimento do indivíduo no que se refere ao treinamento e prática ao longo do tempo.

Exemplo: *“Eu sinto que o aconselhamento é tão complexo que eu nunca vou ser capaz de aprender”.*

- Dependência-Autonomia (3 itens – pontuação normalizada variando de 10 a 70): se refere ao grau de dependência do indivíduo junto ao supervisor, para realizar as atividades de aconselhamento.

Exemplo: *“Eu dependo bastante dos meus colegas para entender como eu posso lidar com os meus pacientes”.*

O SLQ-R foi respondido anonimamente. Foi solicitado aos participantes que lessem cada afirmação e escolhessem uma alternativa de resposta baseada na percepção de seu comportamento atual. A mesma escala Likert de 7 pontos foi utilizada para respostas. Também foi incluída uma opção “não se aplica”.

4.2.2 Formas de obtenção da informação (duração de 25 minutos)

Nesta parte do workshop, foi realizado uma atividade em dupla onde uma aluna era a entrevistadora e a outra aluna era a entrevistada. Inicialmente a facilitadora solicitou ao entrevistador que obtivesse informações do entrevistado sobre o tópico “como escolher a manicure”. O entrevistador não poderia dizer ou perguntar nada mais, nem interromper o entrevistado, apenas ouvi-lo. Posteriormente foi realizada a inversão dos papéis, porém, desta vez foi solicitado ao entrevistador que uma lista de perguntas fechadas a respeito do tópico “como você escolhe o cabelereiro?”.

Ao final do exercício, foram discutidas com o grupo as experiências com as diferentes formas de obtenção da informação. Foram elencados os efeitos e resultados de realizar perguntas abertas e fechadas em uma entrevista clínica.

4.2.3 Criação de um ambiente seguro (duração de 10 minutos)

Foram explicadas as regras básicas para promover um ambiente onde os participantes pudessem se sentir seguros e confortáveis para realizar as consultas simuladas. Foram enfatizados os aspectos de confidencialidade, confiança e respeito ao outro assim como a necessidade de observar atentamente a simulação para a aprendizagem e, quando necessário, auxiliar o colega fornecendo comentários construtivos.

4.2.4 Consultas simuladas (4 horas)

Três atores profissionais com experiência na realização de consultas simuladas interpretaram pacientes em três situações específicas. As características dos pacientes e

cenários foram extraídas de situações clínicas reais ocorridas na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP. Os nomes foram trocados para preservar a identidade dos pacientes. Os participantes do estudo não tinham conhecimento prévio a respeito destes casos.

Deve ser ressaltado que, um mês antes da realização do workshop, a professora responsável pela disciplina enviou, via e-mail, os objetivos de aprendizagem do workshop e a descrição dos três casos para os atores. Posteriormente, foram realizadas duas videoconferências (via Skype) para auxiliar os atores no preparo dos personagens e cenário.

No workshop, inicialmente, foram oferecidas as informações básicas sobre o caso clínico que seria simulado, de forma a contextualizar a situação clínica. Três alunas se voluntariaram a participar das consultas, interagindo com o paciente simulado.

Três cenários foram desenvolvidos, estando descritos no Apêndice B. Estas atividades foram filmadas (câmera modelo HVR-V1U mini DV - Sony).

Durante as consultas, em momentos específicos, a facilitadora do workshop pôde interromper a atividade solicitando a reflexão da aluna sobre a situação que estava ocorrendo e, posteriormente, convidava as demais participantes a emitir sua opinião. A partir disto o feedback era fornecido à aluna participante da simulação, de forma a auxiliar o uso de habilidades comunicativas adequadas à situação, a partir de uma lista de habilidades previamente fornecida (Anexo E). A aluna que participava da consulta também poderia interromper a mesma quando julgasse necessário, para solicitar auxílio da docente ou dos colegas sobre a forma de ação e comunicação em uma determinada situação.

Ao final de cada consulta foi realizado o *debriefing* onde as ações desenvolvidas durante a simulação foram analisadas e sintetizadas. Dúvidas dos participantes também eram discutidas e respondidas.

4.2.5 Finalização (20 minutos)

Foram resumidas as atividades realizadas durante o workshop. Os participantes discutiram sobre os objetivos e do workshop e as implicações para a prática clínica. Os

participantes responderam novamente ao questionário SLQ-R, sendo possibilitado aos mesmos a consulta às respostas assinaladas durante a primeira aplicação.

Os participantes também foram solicitados a responder a “Escala do Desenho da Simulação” (*Simulation Design Scale - SDS*). A escala SDS (Anexo F), desenvolvida pela Liga Nacional de Enfermagem e Laerdal Medical nos Estados Unidos, é composta por 20 itens para avaliar cinco características da simulação (JEFFRIES, 2005):

- objetivo/informação (5 itens): mede as percepções sobre o objetivo, preparo de materiais e pistas fornecidas durante a simulação;
- suporte (4 itens): mede as percepções sobre a necessidade e fornecimento de suporte durante a simulação;
- resolução de problemas (5 itens): mensura a facilitação e oportunidades para resolução de problemas durante a simulação;
- feedback (4 itens): mede as percepções a respeito da existência de feedback construtivo e oportunidades para reflexão;
- fidelidade (2 itens): mede os fatores reais da simulação.

O instrumento tem duas partes: uma delas versa sobre a presença destas características específicas na atividade de simulação e a outra versa sobre a importância que estas características possuem para o aluno. A confiabilidade da escala SDS medida pelo alfa de Cronbach foi de 0,92 para a presença de características da simulação e de 0,96 para a importância das características (JEFFRIES; RIZZOLO, 2006).

O participante foi solicitado a realizar a leitura de cada item do instrumento. Para a primeira parte, foi solicitado a indicar, em uma escala Likert de cinco pontos, o quanto concordava com cada afirmativa: discordo totalmente (1), discordo (2), indeciso (3), concordo (4) e concordo totalmente (5). A opção “não se aplica” também poderia ser selecionada, caso aquela característica não estivesse relacionada à atividade de simulação realizada. Para a segunda parte o participante foi solicitado a indicar, para cada item do instrumento, em uma escala Likert de 5 pontos, a importância de um determinado item: não é importante (1), pouco importante (2), neutro (3), importante (4) e muito importante (5). A pontuação é dada pela somatória de pontos em cada subescala, sendo que pontuações mais altas indicam maior presença de características da simulação e maior importância atribuída às mesmas.

Uma escala visual analógica também foi utilizada para avaliar o quanto acreditavam na sua habilidade para realizar o aconselhamento de ajuste pessoal em pacientes reais após a simulação (Figura 2).

Em uma escala de 0 a 10, o quanto você acredita na sua habilidade de realizar o aconselhamento ao paciente após a simulação?	
0	10
Nem um pouco	Muito

Figura 2 - Escala visual analógica para avaliar o benefício da simulação

Finalmente, os participantes foram solicitados a responder as seguintes perguntas abertas:

- O que você considerou mais interessante nesta atividade de simulação?
- O que você considerou mais desafiador nesta atividade de simulação?
- Após esta simulação, você acredita que precisa fazer alguma mudança no seu comportamento com atendimento com o paciente? Em caso positivo, quais?
- Sugestões para as atividades de simulação.

4.3 FORMAS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS

O teste t pareado foi utilizado para comparar as pontuações do Questionário dos Níveis do Supervisionado-Revisado (SLQ-R) antes e após o workshop. Um alfa de 5% foi adotado. Os resultados da Escala do Design da Simulação e da Escala Visual Analógica foram analisados por meio de estatística descritiva.

4.4 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS QUALITATIVOS

As respostas dos participantes às perguntas abertas foram analisadas qualitativamente, por meio de análise temático-categorial proposta por Bardin (2002), compreendendo um conjunto de técnicas de investigação com a finalidade de interpretar as

comunicações por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto nas mesmas. Segundo Minayo (2006) esta análise se presta a descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Para a análise de conteúdo foram obedecidas as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados (inferência e a interpretação), resumidamente descritas no Quadro 3.

ETAPAS	DEFINIÇÕES	INTENÇÕES	AÇÕES
Pré-análise	Fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais.	<ul style="list-style-type: none"> - Retomada do objeto da pesquisa. - Definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado. - Escolha inicial de indicadores para a análise: definição de unidades de registro-palavras-chave ou frases; e de unidade de contexto-delimitação do contexto (se necessário). 	<ul style="list-style-type: none"> - Leitura flutuante: primeiro contato com os textos captando o conteúdo genericamente, sem maiores preocupações técnicas. - Demarcação do que será analisado. - Constituição do corpus, seguindo normas de validade qualitativa: <ul style="list-style-type: none"> a) Exaustividade: esgotamento do texto. b) Representatividade: dar conta do universo pretendido; c) Homogeneidade: coerência interna de temas; d) Exclusividade: um mesmo elemento só pode estar em uma categoria; e) Pertinência-adequação ao objeto do estudo.
Exploração do material	Fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao <i>corpus</i> submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos.	<ul style="list-style-type: none"> - Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores. - Recortes do texto e categorização. - Preparação e exploração do material. - Alinhamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desmembramento do texto em unidades/categorias. - Reagrupamento por categorias para análise posterior-classificação (organização das mensagens a partir dos elementos repartidos).
Tratamento dos dados e interpretação	Etapa destinada ao tratamento dos resultados. Momento da análise reflexiva e crítica	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretações dos dados brutos - Estabelecimento de quadros de resultados, pondo em relevo as informações fornecidas pelas análises. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inferência com uma abordagem qualitativa trabalhando com significações em lugar de inferências estatísticas.

Fonte: BARDIN, 2002; MINAYO, 2006; OLIVEIRA, 2008; SOUZA-JUNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010.

Quadro 3 - Resumo das etapas da análise de conteúdo

Ressalta-se que as unidades de análise corresponderam aos segmentos do texto compreensíveis por si próprios e contendo uma ideia, um episódio ou uma informação (BARDIN, 2002). Segundo Oliveira (2008):

- Unidade de Registro (UR): trata-se de uma unidade de segmentação ou de recorte, a partir da qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise. Por exemplo, essa unidade pode ser definida por uma palavra, uma frase, um parágrafo do texto, dentre outras;
- Unidades de Contexto (UC): são unidades de compreensão da unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são maiores do que aquelas da unidade de registro. São segmentos de texto que permitem compreender a significação das unidades de registro, recolocando-as no seu contexto.

Neste estudo foram utilizadas as palavras como unidade de registro e as frases como unidade de contexto. Estas unidades foram quantificadas e agrupadas em diferentes categorias temáticas (MINAYO, 2006; OLIVEIRA, 2008).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 AVALIAÇÃO DO WORKSHOP PARA ENSINO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS COM USO DO PACIENTE SIMULADO

O Gráfico 1 mostra os resultados do Questionário dos Níveis do Supervisionado (*Supervisee Levels Questionnaire Revised* - SLQ-R) adaptado para audiologia (HOUNAM, 2008) aplicados, respectivamente, no início e no final do workshop e o resultado do teste estatístico (teste t pareado).

Gráfico 1 - Média e desvio padrão do Questionário dos Níveis do Supervisionado-Revisado (SLQ-R) pré e pós workshop (n=27)

Os resultados da Escala de Desenho da Simulação (SDS) (JEFFRIES, 2005) quanto às características da simulação e importância de cada uma delas constam no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Média e desvio padrão da Escala de Desenho da Simulação – SDS (n=27)

A mediana obtida com a aplicação da escala visual analógica foi igual a 8 (P25=7 e P75=9).

A análise das perguntas abertas sobre a experiência da simulação constam no Quadro 4.

PERGUNTA	CATEGORIAS	EXEMPLOS
O que você considerou mais interessante nesta atividade de simulação?	Realismo (34%)	<p>“O mais interessante foi estar em uma situação real da relação de terapeuta – paciente”.</p> <p>“Os atores não abordaram apenas coisas do roteiro, e sim sentimentos reais que tornaram a simulação mais parecida com uma consulta”.</p> <p>“O comportamento do paciente (atores) foi muito real, e isso foi fundamental para criar a situação e aprender com ela”.</p> <p>“A situação ser bem realista, fazendo com que todos se envolvessem”.</p>
	Conscientização (27%)	<p>“(…) é possível ter uma melhor abordagem para melhor encaminhar e entender o paciente”.</p> <p>“Reconhecer as próprias habilidades de aconselhamento e realizar uma autorreflexão”.</p> <p>“Saber escutar o que o paciente fala e o que ele não fala”.</p> <p>“Poder observar um atendimento mais humanizado e reconhecer os benefícios deste”.</p> <p>“Os pontos que antes não eram abordados por mim e nem pensados, serão a partir de hoje em meus atendimentos”.</p>
	Facilitação docente (21%)	<p>“As pausas que o docente foi realizando durante as simulações e suas respectivas discussões com o grupo”.</p> <p>“(…) Ao mesmo tempo podíamos parar para os ajustes: isso foi de grande valia”.</p> <p>“As paradas durante a estratégia para discussão e orientações”.</p>
	Aprendizagem concreta (9%)	<p>“Aprender de forma concreta com as situações apresentadas pelo paciente”.</p> <p>“Utilizar as estratégias no momento concreto”.</p>
	Novas vivências (9%)	<p>“O que considerei mais importante foi presenciar um momento que infelizmente não tive na clínica”.</p> <p>“(…) foi importante para nós que ainda não vivenciamos esta situação”.</p>
O que você considerou mais desafiador nesta atividade de simulação?	Lidar com emoções (25%)	<p>“Manter a postura profissional em situações que o paciente se emocionou”.</p> <p>“O choro dos pacientes, saber lidar com essa emoção”.</p> <p>“Lidar com situações em que o paciente se emociona e chora”.</p> <p>“Lidar com atitudes que eu nunca enfrentei na clínica. Exemplo: choro”.</p>
	Empatia (21%)	<p>“O mais desafiador foi entender a situação do paciente”.</p> <p>“(…) me colocar no lugar do paciente”.</p>
	Exposição (21%)	<p>“Participar de simulação na frente de várias pessoas”.</p> <p>“(…) a situação foi difícil também porque havia muitas pessoas na sala.”</p> <p>“Ser gravada e observada por várias pessoas foi um desafio difícil”.</p>
	Uso das habilidades de comunicação (21%)	<p>“Foi desafiador empregar o conhecimento teórico na prática”.</p> <p>“Saber refletir na hora e dar uma resposta em que paciente se sentisse a vontade”.</p>
	Resistência/ambivalência do paciente (11%)	<p>As dificuldades que os pacientes relataram, primeiramente em nem reconhecer sua perda auditiva e posteriormente, não quererem nem ouvir a possibilidade da colocação do aparelho.</p>
Após esta simulação, você acredita que precisa fazer alguma mudança no seu comportamento ou atendimento com o paciente? Em caso positivo, quais?	Escuta ativa (45%)	<p>“Ser mais “ouvinte”, dar oportunidade ao paciente para sua própria reflexão”.</p> <p>“Compreender as entrelinhas e aproveitar as dicas que o paciente nos dá”</p> <p>“Utilizar mais o silêncio e escutar mais o paciente”.</p> <p>“Utilizar mais perguntas abertas”.</p>
	Empatia (33%)	<p>“(…) me colocar no lugar do paciente, entender suas dúvidas e limitações”.</p> <p>“Acho que agora poderei olhar com mais empatia para os pacientes”.</p> <p>“Ser mais empática, me colocar no lugar dele”.</p>
	Humanização do atendimento (17%)	<p>“Agir de forma mais humanizada”.</p> <p>“Acredito que devo me preocupar menos com os procedimentos a serem realizados no dia para focar no acolhimento do paciente”.</p>
	Decisão compartilhada (5%)	<p>“Acredito que posso melhorar na pressa para oferecer uma solução do problema”.</p> <p>“Ajudar o paciente a tomar decisões por si só e não porque nós dissemos que é a melhor coisa a ser feita”.</p>
Sugestões para as atividades de simulação	Ampliar oferecimento (90%)	<p>“Estas simulações são fundamentais em qualquer ano de estágio, principalmente no início do mesmo”.</p> <p>“Deve ser feito com frequência, principalmente no começo da graduação e em todas as áreas da fonoaudiologia”.</p> <p>“Fazer essa atividade no 2º ano”.</p> <p>Adorei a atividade, acredito que seria de grande valia ocorrer no 2º, 3º e 4º ano, pois estimula a visão “humanística” e não somente “tecnicista”.</p>
	Mudanças de prática (10%)	<p>“Conscientizar os outros professores quanto a importância de nos deixar usar o aconselhamento na clínica”.</p>

Quadro 4 - Análise das perguntas abertas sobre a experiência da simulação

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Inicialmente, deve ser destacado que, com exceção do estudo Hounam (2008), até a finalização desta pesquisa não foram encontrados outros trabalhos onde o Questionário dos Níveis do Supervisionado-Revisado (SLQ-R) tivesse sido aplicado na área da Fonoaudiologia. Desta forma, a literatura da área da psicologia foi consultada para análise dos presentes dados.

O “Modelo Desenvolvidor Integrado” conceitua o processo de treinamento nas habilidades de aconselhamento como uma sequência de três níveis de progresso. Neste processo, as questões que envolvem maior autonomia e consciência sobre si, assim como a aplicação das teorias e habilidades adquiridas vão se tornando mais visíveis para o aprendiz (STOLTENBERG; PIEREE; MCNEILL, 1987). O SLQ-R (MCNEILL; STOLTENBERG; ROMANS, 1992) é um instrumento desenvolvido para avaliar estudantes envolvidos em programas de treinamento para o aconselhamento, sendo capaz de identificar as diferenças entre indivíduos em diferentes estágios de progresso.

Pontuações do SLQ-R iguais a 56 (consciência sobre si), 43 (motivação), 34 (dependência) e 133,7 (total) foram reportadas por McNeill, Stoltenberg e Romans (1992) para o grupo de principiantes nas atividades de aconselhamento, sendo estes resultados similares aos obtidos no presente estudo (Gráfico 1). Segundo Stoltenberg, Pierree e McNeill (1987) os principiantes (nível 1) possuem um grau limitado de consciência sobre si e o paciente, são altamente motivados e dependentes do supervisor. Estes achados eram esperados uma vez que os participantes do presente estudo eram estudantes do 4º ano de Fonoaudiologia e o *workshop* conduzido foi a primeira experiência formal e dirigida de treinamento das mesmas em atividades de aconselhamento de ajuste pessoal e comunicação profissional-paciente no âmbito da abordagem centrada na pessoa.

O gráfico 1 também mostra que, em média, houve uma diminuição de 5 pontos e 8 pontos, respectivamente, na subescala “Consciência sobre si e outros” e “pontuação total” do SLQ-R, após a realização do *workshop*, sendo estatisticamente significativa. A análise de dados individuais mostrou que, em ambas escalas, a pontuação aumentou ou permaneceu igual para 10 participantes (37%) e diminuiu para 17 participantes (63%). Não houve mudança significativa entre os resultados do SLQ-R pré e pós-workshop nas subescalas “Motivação” e “Dependência-Autonomia”. Sendo assim, a mudança da “pontuação total”

parece ter sido um reflexo, principalmente, da modificação ocorrida na subescala “Consciência sobre si e outros”.

Hounam (2008) não observou diferenças significativas na pontuação das subescalas “Consciência sobre si e outros” e “Motivação” quando 13 audiologistas participaram de um workshop de um dia voltado ao desenvolvimento de habilidades clínicas para a abordagem centrada no paciente. Entretanto, foi verificado um aumento discreto, mas significativo, da pontuação na escala “Dependência-Autonomia”. As diferenças entre estes resultados e os do presente estudo podem ter ocorrido em função do nível de treinamento dos participantes e momento da avaliação, já que Hounam (2008) avaliou profissionais com cinco a 25 anos de prática e o SLQ-R foi aplicado semanas após o *workshop*.

A subescala “Consciência sobre si e outros” se refere à auto-reflexão, conscientização de atributos pessoais e limitações e tomada de consciência sobre o mundo do paciente (MCNEILL; STOLTENBERG; ROMANS, 1992). English, Rojeski e Branham (2000) comentam que a área da audiologia ainda aceita uma interpretação limitada do aconselhamento, como sendo apenas a explicação e fornecimento de informação técnica de maneira clara e acurada. Nesta interpretação o fonoaudiólogo realiza o aconselhamento por meio da explicação dos resultados dos testes, descrição das opções de amplificação e apresentação de estratégias de comunicação. Desta forma, é possível que os participantes do presente estudo tenham respondido as questões da subescala “Consciência sobre si e outros” com esta idéia inicial de aconselhamento e, após o *workshop*, tenham desenvolvido um novo entendimento do processo de comunicação/aconselhamento ao paciente, levando a uma maior conscientização sobre seus atributos e limitações.

De fato, a análise dos dados individuais dos participantes deste estudo mostrou uma diminuição maior nas questões que envolviam esta auto-reflexão (por exemplo: “*Eu sou espontâneo durante o aconselhamento*”, “*Eu consigo ter empatia com os sentimentos dos pacientes*”). Esta hipótese parece ser corroborada pelos dados qualitativos (Quadro 4), já que 27% das respostas indicaram que a tomada de consciência foi um dos aspectos mais interessantes da atividade de simulação.

Deve ser destacado que, atualmente, no âmbito do Curso de Fonoaudiologia da FOB-USP, as bases do aconselhamento de ajuste pessoal e os aspectos do treino de habilidades comunicativas, escuta diferenciada e comportamento empático para aconselhamento, dentre outros, são abordados na Disciplina Psicologia III, ministrada no 2º ano do Curso. Deste modo, espera-se que o graduando tenha oportunidade para expandir seu repertório de

habilidades comunicativas profissional-paciente antes que sejam iniciadas as disciplinas clínicas.

No que se refere à avaliação da atividade de simulação em si, os resultados da “Escala de Desenho da Simulação – SDS” indicaram pontuações médias próximas do máximo para cada subescala, tanto no que se refere às características como na importância de cada aspecto da simulação. Os valores pequenos do desvio padrão também mostram que a avaliação dos participantes foi homogênea (Gráfico 2).

Os resultados do presente estudo foram semelhantes aos de Reese, Jeffries e Engum (2010), que verificaram pontuações médias altas (maiores que 4,4) para as subescalas do SDS quando estudantes de medicina e enfermagem participaram de uma atividade com uso de um simulador de paciente (SimMan).

As altas pontuações no SDS também revelam que, embora nem todos os participantes tivessem tido uma experiência direta de interação com os pacientes simulados, eles conseguiram generalizar a experiência por intermédio da ação de seus colegas. Estes resultados são diferentes dos reportados por Thidemann e Söderhamn (2013), que verificaram que as pontuações no SDS dependeram do papel desempenhado pelo indivíduo durante a simulação e menores pontuações foram atribuídas por aqueles que atuaram como observadores. As diferenças de resultados entre os estudos podem ter ocorrido em função dos objetivos de aprendizagem da atividade de simulação e também do tipo de simulação empregado (simulação com atores x simulador de paciente SimMan).

No presente estudo, as maiores pontuações no SDS foram obtidas nas escalas Feedback/Reflexão e Fidelidade/Realismo (média=4,9). A grande maioria dos participantes concordaram totalmente que o feedback foi fornecido em momentos apropriados, sendo construtivo e permitiu a autoanálise de comportamentos e um direcionamento para aumentar os conhecimentos. Neste estudo o oferecimento do feedback foi realizado seguindo algumas etapas: a aluna participante da consulta simulada comentava sobre a sua experiência e o qual auxílio gostaria de obter de seu grupo; o grupo discutia sobre o objetivo que a aluna e do paciente tentavam atingir e como alcançá-lo; a aluna pensava em sugestões para atingir o objetivo e, posteriormente, o grupo fornecia suas sugestões. Em momentos oportunos, o facilitador realizava esclarecimentos à luz da literatura e fazia uma síntese sobre os comentários (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2008). O uso destas estratégias facilitou a criação de um ambiente de aprendizagem colaborativa. Além disto, o feedback possibilitou aos participantes a reflexão sobre a situação e adequação dos comportamentos comunicativos.

Wilson et al. (2010) e Naeve-Velguth, Christensen e Woods (2013) também observaram que estudantes de audiologia julgaram o feedback com o instrutor após a simulação e com o grupo de participantes foram construtivos, permitindo reações relevantes e oportunas e também possibilitando que os estudantes expressassem suas preocupações iniciais.

Gaba (2007) ressalta a importância do feedback quando a simulação é realizada com finalidade formativa, tendo como objetivo melhorar o desempenho do aluno. É neste momento de discussão após a consulta simulada que o aluno é impelido a observar e refletir sobre sua prática e seus sentimentos na ação, aprimorando seus saberes para uma ação mais eficaz (ARAÚJO; QUILICI, 2012). O educador deve observar o comportamento do indivíduo e fornecer orientação, enfatizando os pontos fortes e fracos de maneira construtiva (LANE; ROLLNICK, 2007).

Os participantes deste estudo também concordaram totalmente de que as consultas pareciam situações de vida real. A fidelidade/realismo é um fator importante na aprendizagem do estudante por meio da simulação (JEFFRIES; RIZZOLO, 2006). Wilson et al. (2010) também observaram que estudantes de audiologia concordaram que o conteúdo e forma de apresentação dos casos foi realista quando interagiram com pacientes simulados.

No presente estudo atores profissionais interpretaram os pacientes, o que pode ter contribuído para o maior realismo. Atores profissionais possuem o treinamento necessário para criar um personagem real, utilizando suas próprias experiências e emoções reais. Além de sua capacidade de improviso dentro dos parâmetros definidos no cenário da simulação, os atores conseguem engajar os participantes de forma que estes tenham envolvimento e comportamentos genuínos. Além disto, durante as pausas para discussão dos comportamentos observados o ator pode se manter em um estado de animação suspensa e então reentrar na consulta quando o aluno e/ou grupo estiver preparado para continuar (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2008). Estas habilidades foram especialmente importantes no cenário de fornecimento de “más notícias” (consulta 1), quando a paciente teve a reação de choro frente à notícia de progressão de sua perda auditiva. Por outro lado, o uso de atores profissionais implicam em questões de seleção, treinamento e custo, podendo atentar contra a sustentabilidade de ações educacionais desta natureza (LANE; ROLLNICK, 2007; VARGA et al., 2009).

Os resultados para as subescalas Fidelidade/Realismo e Feedback da SDS foram também corroborados pelos dados qualitativos (Quadro 4) que mostram que o “realismo” e

“facilitação docente” foram apontados, respectivamente, em 34% e 21% das respostas como sendo elementos mais interessantes da atividade de simulação:

O comportamento dos pacientes (atores) foi muito real, e isso foi fundamental para criar a situação e aprender com ela.

A situação passou verdade e ao mesmo tempo podíamos parar para os ajustes: isso foi de grande valia.

Achei interessante que os atores não abordaram apenas coisas do roteiro, e sim sentimentos reais que tornaram a simulação mais parecida com uma consulta.

O fato de parecer real, de podermos dar nossas opiniões, dos atores se preocuparem em falar sobre o que nós conhecemos.

As pausas que a docente foi realizando durante as simulações e suas respectivas discussões com a sala e o grupo foram interessantes.

A realidade dos casos e as pausas para conversas com a professora e colegas.

O Gráfico 2 também mostra que a subescala “Resolução de Problemas” recebeu menor pontuação, embora ainda seja bastante favorável (média 4,5). A análise de dados individuais indicou que na questão “*A simulação realizada foi compatível com meu nível de habilidade*” cinco participantes (18,5%) responderam como indecisos e um participante (3,7%) discordou, contribuindo para a diminuição da pontuação média nesta subescala. Novamente, isto pode ter ocorrido em função do fato destes alunos não terem tido treinamento formal prévio a respeito do aconselhamento e comunicação profissional/paciente e possuírem experiência clínica limitada. Isto também é evidenciado nos dados qualitativos (Quadro 4), já que as “novas vivências” foram apontadas dentre os elementos mais interessantes da atividade.

No que se refere à escala visual analógica, a pergunta realizada se referiu a autoconfiança no processo. A mediana igual a 8 indica que os participantes acreditaram em sua habilidade de realizar o aconselhamento ao paciente após o workshop. A análise de dados individuais mostrou que 25 participantes (92,5%) escolheram valores entre 7 e 10 e apenas dois participantes (7,4%) escolheram valores iguais a 5.

No tocante aos demais dados qualitativos (Quadro 4), a maioria das respostas indicaram que o aspecto mais desafiador da consulta simulada foi lidar com as emoções dos pacientes (25%). Nesta categoria foi frequente a menção do cenário de fornecimento de más notícias (consulta 1) e a expressão das emoções da paciente por meio do choro, como mostra as transcrições abaixo:

As cenas onde os pacientes choraram foram bastante desafiadoras de se contornar.

Lidar com situações em que o paciente se emociona e chora.

O fato de atender paciente que ainda não aceitou seus problemas e quando ficam sabendo da gravidade expõe suas emoções.

De fato, a análise de consultas mostrou que menos de 5% do teor da conversação entre audiologistas e pacientes tem enfoque nas emoções associadas à deficiência auditiva e em poucos momentos ocorre um envolvimento emocional entre eles (GRENNESS et al., 2014b).

O choro é uma das respostas mais difíceis do paciente com a qual o fonoaudiólogo deve estar pronto para lidar e pode representar diferentes emoções: medo, dor, frustração, desespero, etc. Muitas pessoas, incluindo fonoaudiólogos, ficam desconfortáveis frente ao choro de uma pessoa com quem não se tem intimidade. Como clínicos é frequente a incerteza sobre como fornecer algum conforto ao paciente nesta situação (FLASHER; FOGLE, 2004).

Os dados do presente estudo sugerem que os estudantes de Fonoaudiologia poderiam se beneficiar de um treinamento específico para o fornecimento de más notícias e para lidar com as consequentes reações emocionais de pacientes e familiares. Naeve-Velguth, Christensen e Woods (2013) verificaram que o uso de consultas simuladas auxiliou estudantes de audiolgia no fornecimento de más notícias.

Na literatura das áreas da medicina e enfermagem são citadas diferentes diretrizes e modelos para esta atividade clínica. Em contraste, na área da audiolgia ainda há uma escassez de tais publicações. English, Kooper e Bratt (2004) descreveram algumas diretrizes para audiologistas informarem os pais a respeito da perda auditiva de seu filho e English et al. (2007) descreveram o desenvolvimento de um instrumento para avaliar a habilidade de estudantes de audiolgia em fornecer tais notícias. Pontos em comum emergem desta literatura e indicam, dentre outras, a importância de observar o comportamento dos indivíduos frente às notícias, encorajar a expressão das emoções e responder às mesmas com empatia (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013).

Desenvolver empatia foi outro desafio apontado pelos participantes durante as consultas simuladas (Quadro 4). A empatia tem uma grande importância na abordagem centrada na pessoa, sendo entendida como uma habilidade do terapeuta de sensibilizar-se pelo relato do paciente, apreender e compreender seu estado interno, sem realizar juízos de valor (ROGERS, 1979). A empatia é central para o desenvolvimento da relação terapêutica e envolve a escuta atenta, a compreensão e a comunicação desta compreensão para o paciente. O profissional tenta comunicar que não só possui a expertise técnica e compreende os

problemas de comunicação do paciente, mas está tentando entender como é estar em seu lugar, vivenciando aquela experiência (FLASHER; FOGLE, 2004).

Os níveis de empatia dos participantes deste estudo não foram mensurados e até o presente momento não foram encontradas outras pesquisas a respeito dos níveis de empatia em estudantes de fonoaudiologia. Contudo, o fato dos participantes terem julgado este aspecto como desafiador vai ao encontro da literatura em outras áreas da saúde. Williams et al. (2014) reportaram níveis de empatia auto-referida variáveis entre estudantes de diferentes profissões de saúde. Também verificaram que mulheres foram mais empáticas do que homens e que há uma tendência de maior empatia em estudantes de maior idade.

Silverman, Kurtz e Draper (2013) relatam que embora o primeiro passo na empatia seja a motivação interna e o compromisso de compreender a perspectiva do paciente e que alguns indivíduos consigam naturalmente expressar empatia do que outros, esta é uma habilidade que pode ser aprendida. Recentemente, educadores tem incorporado o desenvolvimento de habilidades empáticas no curriculum de profissionais de saúde de forma a auxiliar os estudantes a progredir para níveis mais altos de empatia e a exibir comportamentos empáticos de forma apropriada.

Respostas empáticas são construídas inicialmente pelo entendimento da situação e sentimentos do paciente. Diferentes habilidades de comunicação do Guia Calgary-Cambridge (por exemplo: escuta ativa, paráfrase de conteúdos e sentimentos, observação e interpretação de pistas verbais e não verbais, uso do silêncio, etc.) demonstram ao paciente o interesse genuíno do profissional em seu pensamento, facilitando o diálogo e a compreensão do ponto de vista do paciente. Em segundo lugar, é necessário comunicar este entendimento ao paciente, para que ele saiba que o clínico é sensível a esta situação. Neste caso, a comunicação não verbal deve ser empática (expressão facial, proximidade, toque, dentre outras) e expressões de apoio que conectem o “eu” do profissional e o “você” do paciente são utilizadas: “*Eu* posso entender como é difícil para *você* falar sobre isto” ou “*Eu* posso sentir que é difícil para *você* lidar com a perda auditiva” (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013).

Uma revisão sistemática avaliou mudanças na empatia como fruto de intervenções em estudantes e profissionais da medicina. O aumento da empatia foi verificado em oito de dez estudos com maior rigor metodológico, que envolviam intervenções como o treino de habilidades de comunicação, entrevista motivacional e troca de papéis. Contudo, o conhecimento ainda é pouco a respeito dos efeitos destas intervenções a longo prazo (KELM et al., 2014).

Outro desafio apontado na atividade de simulação foi a exposição perante o grupo (21%) (Quadro 4):

Acredito que a situação de ser gravada e observada por várias pessoas foi um desafio difícil também.

Acredito que o mais desafiador foi as meninas conseguirem lidar com as câmeras.

O enfrentamento de meus colegas perante a sala e câmeras e pensar sobre o que meus colegas poderiam fazer em cada situação.

Quanto mais desafiador for um método para os estudantes, maior o risco que eles tomam. Se expor à crítica nunca é fácil e, em um ambiente negativo ou comentários não colaborativos do facilitador ou dos colegas pode bloquear a aprendizagem potencial (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2008). Desta forma é de grande importância explicar regras básicas que ajudarão a garantir que os participantes se sintam seguros e confortáveis para realizar as dramatizações. Conforme consta no instrumento *“Time and Talk”* as regras incluem: a confidencialidade, respeito ao outro, não interromper, confiar no outro e fornecer feedback construtivo. Além disto, a utilidade da observação para a aprendizagem e as dramatizações são responsabilidade do grupo (IDA INSTITUTE, 2013).

O uso das habilidades de comunicação (21%) na prática com o paciente simulado também foi considerado desafiador (Quadro 4):

Foi desafiador empregar o conhecimento teórico na prática.

Saber refletir na hora e dar uma resposta em que paciente se sentisse a vontade.

Este achado era esperado considerando que esta foi a primeira experiência formal dos alunos na aplicação de habilidades de comunicação profissional-paciente. Conforme exposto por Kurtz (2002) e Silverman (2009) o conhecimento teórico das habilidades de comunicação, por si só, não se traduz no emprego destas habilidades na prática clínica. Por esta razão, os autores enfatizam a aprendizagem por meio da experiência. Deve ser ressaltado, entretanto, que o ensaio e prática destas habilidades assim como a repetição são considerados elementos essenciais para a mudança de comportamento do profissional.

Quando questionados a respeito de mudanças de comportamento que os participantes julgaram que deveriam ser realizadas após o workshop, a maioria das respostas versou sobre o uso da escuta ativa (45%) e empatia (33%), conforme mostra o Quadro 4. As questões relacionadas à empatia foram abordadas anteriormente, desta forma, nesta parte da discussão serão tecidos comentários a respeito das habilidades de escuta.

Conforme observado por Grenness et al. (2014c) deficientes auditivos consideram como ruins as experiências onde o audiologista parece não escutar ou valorizar suas perspectivas, daí a importância das habilidades de escuta. Silverman, Kurtz e Draper (2013) definem a escuta atenta ou ativa como sendo um processo altamente qualificado, que requer a combinação de foco no que é dito pelo paciente, uso de estratégias de facilitação, tempo de espera e observação de pistas verbais e não verbais. As estratégias de facilitação constituem qualquer comportamento que tenha o efeito de convidar o paciente a falar mais a respeito de algum assunto, por exemplo: encorajamento, uso de silêncio, paráfrase e compartilhar os pensamentos. A paráfrase consiste em comunicar os conteúdos ou sentimento que foram inferidos da fala do paciente, sendo utilizada para aguçar ao invés de apenas confirmar o entendimento de uma informação.

Entretanto, Flasher e Fogle (2004) mencionam que as pressões de uma agenda cheia e demandas do ambiente clínico podem fazer com que os fonoaudiólogos se sintam muito cansados, distraídos ou que simplesmente se esqueçam de ouvir atentamente ao paciente e seus familiares. Ao invés disto, os profissionais podem operar no “piloto automático”, apenas explicando ao paciente a respeito de seus problemas de comunicação e os procedimentos necessários de ser realizados.

Finalmente, no tocante às sugestões para futuras simulações, a grande maioria das respostas apontaram para a necessidade de ampliar a oferta das atividades de consulta simulada para os demais anos do Curso de Fonoaudiologia:

Adorei a atividade, acredito que seria de grande valia ocorrer no 2º, 3º e 4º ano, pois estimula a visão humanista e não somente tecnicista.

A iniciativa é muito boa. Deve ser feito com frequência, principalmente no começo da graduação e em todas as áreas da fonoaudiologia.

Naeve-Velguth, Christensen e Woods (2013) também verificaram que 100% dos estudantes de audiologia que participaram de atividades de simulação com atores julgaram que esta experiência beneficiaria outros alunos. Conforme mencionado anteriormente, as bases do aconselhamento de ajuste pessoal são atualmente abordados 2º ano do Curso de Fonoaudiologia da FOB-USP, o que possibilita um espaço para a realização de atividades de consulta simulada já neste período do treinamento profissional.

Dado o impacto da deficiência auditiva na auto-imagem e relações interpessoais dos indivíduos afetados, faz-se necessário que os fonoaudiólogos atendam aos estados emocionais e psicológicos do paciente. Assim, o profissional deve ter habilidades para extrair e validar as

preocupações dos pacientes, legitimando as suas ideias e expectativas, avaliando o impacto dos sintomas e respondendo às indicações de angústia emocional usando uma linguagem empática (ENGLISH, 2008).

O workshop de um dia, com atividades de consulta simulada, parece ser uma estratégia importante de preparo do graduando para a aprendizagem das habilidades de comunicação profissional-paciente. Outros estudos são necessários para verificar como tais habilidades se traduzem na prática clínica.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

O uso do workshop como estratégia de ensino permitiu sensibilizar o discente quanto à importância do uso de habilidades de comunicação-paciente efetivas e levou a uma reflexão e crítica sobre suas próprias habilidades.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Abreu W. Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. Coimbra: Formasau; 2008.
- Araújo ALLS, Quilici AP. O que é simulação e por que simular. In: Araújo ALLS, Quilici AP. Simulação clínica: do conceito à aplicabilidade. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 1-16.
- Balduino PM, Palis FP, Paranaíba VF, Almeida HO, Trindade EMV. Perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. Rev Bras Educ Med. 2012;36(3):335-42.
- Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam SSA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Rev Bras Educ Med. 2010;34(4):598-606.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002. 229p.
- Béria JU, Raymann BC, Gigante LP, Figueiredo AC, Jotz G, Roithman R, et al. Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(6):381-7.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 04 mar 2002. Seção1. p. 12 [acesso em 2014 set 22]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Áreas de competência do fonoaudiólogo no Brasil [homepage na internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Fonoaudiologia; 2007 [acesso em 2014 jun 14]. Disponível em: http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/areas_competencia.pdf.
- Dinsmore BF, Bohnert C, Preminger JE. Standardized patients in audiology: a proposal for a new method of evaluating clinical competence. J Am Acad Audiol. 2013;24(5):372-92.
- English K. Counseling for diagnosis and management of auditory disorders. In: Valente M, Hosford-Dunn H, Roeser RJ. Audiology treatment. 2nd ed. New York: Thieme; 2008. p. 198-211.
- English K, Zoladkiewicz L. Au.D. students' concerns about interacting with patients and families. Audiology Today. 2005;17:22-5.
- English K, Rojeski T, Branham K. Acquiring counseling skills in mid-career: outcomes of a distance education course for practicing audiologists. J Am Acad Audiol. 2000;11(2):84-90.

- English K, Kooper R, Bratt G. Informing parents of their child's hearing loss – breaking bad news guidelines for audiologists. *Audiology Today*. 2004;16(2):10-2.
- English K, Naeve-Velguth S, Rall E, Uyehara-Isono J, Pittman A. Development of an instrument to evaluate audiologic counseling skills. *J Am Acad Audiol*. 2007;18(8):675-87.
- Flasher LV, Fogle PT. Counseling skills for speech-language pathologists and audiologists. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning; 2004.
- Flato UAP, Guimarães HP. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2011;9(5):360-4.
- Gaba DM. The future vision of simulation in healthcare. *Simul Healthc*. 2007;2(2):126-35.
- Gondim L, Balen SA, Zimmermann KJ, Pagnossin DF, Fialho IM, Roggia SM. Estudo da prevalência e fatores determinantes da deficiência auditiva no município de Itajaí, SC. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012;78(2):27-34.
- Grenness C, Hickson L, Laplante-Lévesque A, Davidson B. Patient-centred care: a review for rehabilitative audiologists. *Int J Audiol*. 2014a;53(Suppl 1):S60-7.
- Grenness C, Hickson L, Laplante-Lévesque A, Davidson B. Patient-centred audiological rehabilitation: perspectives of older adults who own hearing aids. *Int J Audiol*. 2014b;53(Suppl 1):S68-75.
- Grenness C, Hickson L, Laplante-Lévesque A, Meyer C, Davidson B. Communication patterns in audiologic rehabilitation history-taking: audiologists, patients, and their companions. *Ear Hear*. In press 2014c.
- Hickson L. Defining a paradigm shift. *Semin Hear*. 2012;33(1):3-8.
- Hounam GM Strengthening relationship-centered care through a focused workshop for audiologists [thesis]. University of Cincinnati; 2008.
- Hughes JC, Bamford C, May C. Types of centredness in health care: themes and concepts. *Med Health Care Philos*. 2008;11(4):455-63 apud Grenness C, Hickson L, Laplante-Lévesque A, Davidson B. Patient-centred care: a review for rehabilitative audiologists. *Int J Audiol*. 2014a;53(Suppl 1):S60-7.
- Ida Institute. Time and talk: structuring patient-centered communication [homepage on the internet]. 2013 [cited 2014 May 09]. Available from: http://idainstitute.com/fileadmin/user_upload/Downloads/Time%20and%20Talk/Competency%20Skills%20List%20-%20Time%20and%20Talk.pdf.

Iwahashi JH, Jardim IS, Bento RF. Is the hearing aid granted by the national health system continues being used after a year of adaptation?. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2012;16(Suppl. 1):108.

Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nurs Educ Perspect*. 2005;26(2):96-103.

Jeffries PR, Rizzolo M. A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children: a national, multi-site, multi-method study. New York: National League for Nursing and Laerdal Medical; 2006.

Jones L. Tales from the other side: clinical encounters and hearing impairment. *Hearing Review*. 2012;19:20.

Kochkin S. MarkeTrak VII: Hearing loss population tops 31 million people. *Hearing Review*. 2005;12(7):16-29.

Kurtz S. Teaching and learning communication in veterinary medicine. *J Vet Med Educ*. 2006;33(1):11-9.

Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003;78(8):802-9.

Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci*. 2002;29(Suppl 2):S23-9.

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1998.

Kurtz SM, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2008.

Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns*. 2007;67(1-2):13-20.

Laplane-Lévesque A, Hickson L, Worrall L. Promoting the participation of adults with acquired hearing impairment in their rehabilitation. *J Acad Rehab Audiol*. 2010;43:11-26.

Laplane-Lévesque A, Hickson L, Grenness C. An Australian survey of audiologists' preferences for patient-centredness. *Int J Audiol*. 2014;53(Suppl 1):S76-82.

Manchaiah V, Gomersall PA, Tomé D, Ahmadi T, Krishna R. Audiologists' preferences for patient-centredness: a cross-sectional questionnaire study of cross-cultural differences and similarities among professionals in Portugal, India and Iran. *BMJ Open*. 2014;4(10):e005915.

- McNeill BW, Stoltenberg CD, Romans JS. The Integrated developmental model of supervision: scale development and validation procedures. *Prof Psychol Res Pr*. 1992;23(6):504-8.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. Doctor patient communication: which skills are effective? *Rev Med Chil*. 2010;138(8):1047-54.
- Naeve-Velguth S, Christensen SA, Woods S. Simulated patients in audiology education: student reports. *J Am Acad Audiol*. 2013;24(8):740-6.
- Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev Enferm UERJ*. 2008;16(4):569-76.
- Poles-Reginato TT, Ferrari DV. Teleaudiologia: comunicação profissional-paciente na programação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta. *Audiol, Commun Res*. 2014;19(3):299-309.
- Poost-Foroosh L, Jennings MB, Shaw L, Meston CN, Cheesman MF. Factors in client-clinician interaction that influence hearing aid adoption. *Trends Amplif*. 2011;15(3):127-39.
- Rees C, Sheard C, McPherson A. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Educ Couns*. 2004;54(1):119-21.
- Reese CE, Jeffries PR, Engum SA. Learning together: Using simulations to develop nursing and medical student collaboration. *Nurs Educ Perspect*. 2010;31(1):33-7.
- Rogers CR. Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory. London: Constable; 1951.
- Rogers CR. The foundations of the Person-Centered approach. *Education*. 1979;100(2):98-107.
- Ruiz-Moral R, Salido-Morales I, Aguado-Taberné C, Pérula TLA, Alba-Dios A, Guerra-Pasadas F. Programa para ayudar a estudiantes de tercer año a integrar el contenido y la forma en la realización de la historia clínica. *Educ Méd*. 2012;15(1):53-61.
- Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):361-7.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2013.

- Souza Júnior M, Melo MST, Santiago ME. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. *Movimento*. 2010;16(3):29-47.
- Stoltenberg CD. Approaching supervision from a developmental perspective: the counselor complexity model. *J Couns Psychol*. 1981;28(1):59-65.
- Stoltenberg CD, Pierree RA, McNeill BW. Effects of experience on counselors' needs. *Clinical Supervisor*. 1987;5(1):23-32.
- Thidemann IJ, Söderhamn O. High-fidelity simulation among bachelor students in simulation groups and use of different roles. *Nurse Educ Today*. 2013;33(12):1599-604.
- Troncon LEA. Utilização de pacientes simulados no ensino e a avaliação de habilidades clínicas. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007;40(2):180-91.
- Varga CRR, Almeida VC, Germano CMR, Melo DG, Chachá SGF, Souto BGA, et al. Relato de experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(2):291-7.
- Williams B, Brown T, McKenna L, Boyle MJ, Palermo C, Nestel D, et al. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Adv Med Educ Pract*. 2014;5:107-13.
- Wilson W, Hill A, Hughes J, Sher A, Laplante-Lévesque A. Student audiologists' impressions of a simulation training program. *Australian and New Zealand Journal of Audiology*. 2010;32(1):19-30.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Estrutura do Workshop – “Time and Talk”

ATIVIDADE	PROPÓSITO	TEMPO (minutos)
<p><i>Objetivos</i></p> <p>Discutir objetivos dos participantes sobre o que eles gostariam de obter em termos de comunicação profissional-paciente.</p>	Garantir que os participantes compreendam claramente os objetivos e agenda do workshop e que necessidades especiais sejam incluídas, na medida do possível.	10
<p><i>Modos de obter informação</i></p> <p>- Exercício em dupla com uso de perguntas abertas.</p> <p>- Exercício em dupla com uso de perguntas fechadas.</p> <p>Em grupo, discutir as experiências com os diferentes métodos de obtenção de informação. Enfatizar o uso de perguntas abertas para iniciar a conversação com o paciente e o uso de perguntas fechadas para investigar temas mais específicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre os efeitos e resultados de perguntas abertas x fechadas. • Demonstrar quantidade de informação que pode ser adquirida pelo ato de “ouvir” - sem interromper ou fazer perguntas. • Demonstrar o que acontece se o profissional limitar a conversação apenas a perguntas fechadas. • Enfatizar as necessidades de ambos os métodos em situações apropriadas. 	25
<p><i>Introdução ao modelo Calgary-Cambridge</i></p> <p>Introduz o modelo e fontes bibliográficas.</p>	Auxiliar os participantes a compreenderem o contexto do método e fontes correspondentes.	15
<p><i>Estabelecimento de um ambiente seguro</i></p> <p>Explicar regras básicas que ajudarão a garantir que os participantes sintam-se seguros e confortáveis para realizar as dramatizações.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confidencialidade, respeito ao outro, não interromper, confiar no outro, fornecer feedback construtivo, utilidade da observação para a aprendizagem, dramatizações são responsabilidade do grupo. 	Assegurar que os participantes compreendam as regras e sua importância.	10
<p><i>Dramatizações</i></p> <p>“Fazendo do jeito errado”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participantes em grupo se recordam e discutem aspectos de consultas com profissional de saúde que foram mal sucedidas. - Participantes se recordam de consultas que eles fizeram como profissionais e que foram mal sucedidas. Será realizada a dramatização (role play) por dois participantes e observação pelo grupo. - Reflexão sobre a dramatização: • Qual a sua opinião sobre a sessão? • O que você faria de modo diferente? • O que você gostaria de melhorar? Quer tentar de novo? • Como você se sentiu? <p>Participantes discutem as melhorias e dão sugestão para uma nova forma de conduzir a sessão.</p> <p>“Fazendo do jeito certo”</p> <p>A dramatização é realizada novamente, incorporando as mudanças sugeridas pelo grupo.</p> <p>É feita a reflexão sobre a situação, baseada na lista de competências sendo identificadas as competências observadas.</p>	Ilustrar os aspectos básicos da comunicação e identificar habilidades e desafios.	75
<p><i>2) Dramatizações com paciente simulado</i></p> <p>Diferentes grupos constroem uma situação clínica ou escolhem uma dentre um “banco de sugestões de cenários”.</p> <p>A informação sobre o paciente e a situação clínica escolhida por cada grupo são informadas aos atores profissionais que representarão o paciente.</p> <p>Um participante do outro grupo representará o profissional e irá interagir com o ator.</p> <p>Os demais participantes irão observar e identificar habilidades de comunicação (Anexo A) utilizadas pelo profissional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre a dramatização: • Qual a sua opinião sobre a sessão? • O que você faria de modo diferente? • O que você gostaria de melhorar? Quer tentar de novo? • Como você se sentiu? • Quais habilidades foram utilizadas? 	Aprender como aplicar novas habilidades de comunicação.	90
<p><i>Finalização</i></p> <p>Resumir as atividades realizadas durante o workshop.</p> <p>Revisitar os objetivos elencados pelos participantes no início do workshop e discutir o quanto estes objetivos e necessidades foram atendidos. Resolver questões pendentes e responder perguntas.</p>	Criar uma compreensão comum do que foi aprendido.	15

APÊNDICE B – Cenário das consultas simuladas realizadas durante o workshop

CONSULTA 1	
Situação	Entrevista após o diagnóstico audiológico. Paciente Ignez Maia Ribeiro e seu esposo Sérgio Parra Ribeiro.
Dados do paciente	<p>Ignez Maia Ribeiro, 29 anos de idade, raça branca, evangélica. Nível socioeconômico: classe média baixa. Casada com Sérgio Parra Ribeiro.</p> <p>Trabalha realizando decoração de festas infantis (empresa em sua própria casa). Tem uma filha de três anos e está grávida da segunda filha.</p> <p>Atividades sociais: é bastante ativa em função de seu trabalho. Frequenta curso de decoração com um grupo de cinco pessoas. Frequenta a igreja todos os finais de semana.</p> <p>Ignez começou a sentir dificuldade em escutar depois da primeira gravidez, cerca de quatro anos atrás. Sua tia materna também teve perda de audição ainda quando jovem.</p> <p>Sua dificuldade em ouvir era maior quando havia várias pessoas falando, mas conseguia entender quando estava em um lugar sem barulho. Tinha dificuldade para falar no telefone.</p> <p>Nesta época procurou um otorrinolaringologista e realizou exames indicando perda auditiva condutiva bilateral. O médico atribuiu a perda de audição à otosclerose. Entretanto, não foi indicado cirurgia naquele momento.</p>
Informações que deveriam ser obtidas na consulta	<p>Ignez relata perceber a dificuldade auditiva, tem medo que continue piorando e ela deixe de escutar “de vez” (sic). O marido Sérgio também está preocupado com a saúde da esposa principalmente porque quando ela fica grávida o ouvido piora. Ambos têm medo de que ela não escute a filha e algum acidente aconteça.</p> <p>Relatou que uma tia que tinha perda auditiva usou o aparelho mas não se adaptou – “o aparelho era muito grande, este que fica atrás da orelha. Machucava a orelha, estava o tempo todo apitando”. Ignez tem problemas no trabalho porque nem sempre consegue escutar as pessoas chamando ou quando ela está de costas. Já passou situações constrangedoras e algumas “piadas” das pessoas que falam que ela é muito desligada. Ela não contou para todas as pessoas que tem uma perda auditiva.</p> <p>Sérgio trabalha o dia todo em uma fábrica que produz utensílios plásticos, chega em casa apenas a noite e ajuda a cuidar da filha neste momento. O casal tem um bom relacionamento, coopera um com o outro.</p>
O que deveria ser exposto na consulta	O conflito interno da paciente. Ela sabe que tem a perda auditiva, tem medo de que continue piorando e que ela deixe de escutar. Ela pensa que se usar o aparelho a audição vai estacionar – este foi o motivador principal para ela procurar a consulta. Entretanto, ao descobrir que isto não é verdade ela sente-se mais ambivalente, em função da estética, o que as outras pessoas vão achar. A paciente se baseia na história da tia, que não se adaptou com o aparelho. Está em grande sofrimento em função da possibilidade de maior progressão da perda auditiva e questiona as consequências desta perda em seu papel como mãe.
Habilidades esperadas	Espera-se que o aluno saiba dar a notícia da progressão da perda auditiva. Espera-se que o aluno consiga transmitir para a paciente que o aparelho auditivo não evitará que a perda auditiva progrida, mas que pode trazer melhora da situação de comunicação. Espera-se que o aluno tenha o insight de usar as ferramentas motivacionais da balança decisória (quadrado) para eliciar em Ignez outros motivadores que o histórico dela traz: ouvir a filha, conseguir compreender melhor os clientes.
CONSULTA 2	
Situação	Entrevista inicial. Paciente: Maria Olavo Machado acompanhada de sua filha Rosana Machado.
Dados do paciente	<p>Maria Olavo Machado, 68 anos de idade, raça branca, católica. Nível sócio econômico: classe média baixa. Estado civil: viúva.</p> <p>A paciente reside em casa sozinha. Trabalhava em supermercado, mas se aposentou quando estava com 60 anos. Apresenta dificuldade de audição há 10 anos, na ocasião fez um exame de audição que mostrou perda auditiva neurosensorial moderada bilateral. O médico otorrinolaringologista indicou o aparelho auditivo e ela começou a utilizar, estava bem adaptada com o aparelho (modelo micro canal).</p>
Informações que deveriam ser obtidas na consulta	<p>A paciente comparece à clínica acompanhada de sua filha, Rosana (40 anos) que é professora de ensino médio em escola estadual. Relata que aproximadamente 6 meses atrás sentiu que o aparelho está ficando fraco e não ajudando a entender e, por isto, procurou a clínica.</p> <p>A paciente possui uma vida social bastante ativa, frequenta grupo de oração na igreja e realizam atividades para a comunidade (bingo, ajuda para pessoas carentes, etc.). Também gosta de frequentar os bailes para terceira idade. É bastante vaidosa, está sempre arrumada.</p> <p>O exame de audição realizado na Clínica de Fonoaudiologia mostra que houve uma piora significativa da audição da paciente e que o aparelho micro canal não consegue atender as necessidades audiológicas deste novo quadro.</p>

continua

continuação

CONSULTA 2	
O que deveria ser exposto na consulta	<p>A necessidade de realizar a troca do modelo do AASI de microcanal para retroauricular. A paciente não está disposta a mudar o tamanho do aparelho, em função de estética. D. Maria sente sua autoimagem ameaçada porque gosta de usar cabelo curto e a visibilidade do aparelho a deixará “mais velha”.</p> <p>A filha acha que a mãe tem que aceitar e usar aquilo que for melhor para escutar. Relata que vaidade nesta idade é uma “bobagem”. A filha está com pressa pois tem que voltar ao trabalho – insiste que a mãe tome uma decisão rápido e não fique “enrolando”.</p>
Habilidades esperadas	<p>Espera-se que o aluno dê a notícia da perda auditiva de forma acolhedora. Espera-se que o aluno tenha o insight de usar as ferramentas motivacionais (linha, quadrado) para eliciar em D. Maria os prós e contras de mudar o tamanho do aparelho. Também é esperado que o aluno compreenda que isto não é uma tarefa fácil para D. Maria, a notícia da progressão da perda auditiva abala a sua autoconfiança.</p> <p>O aluno também deverá usar estratégias para que a filha tenha empatia pela situação da mãe.</p>
CONSULTA 3	
Situação	Entrevista inicial e diagnóstico audiológico.
Dados do paciente	<p>Reinaldo Passareli, 67 anos de idade, raça branca, católico, status social: classe média. (Casado com Arminda Passareli 60 anos, branca, católica) há 33 anos. O casal possui dois filhos e três netos.</p> <p>Sempre trabalhou na área comercial (vendas). No seu último emprego trabalhou com venda de produtos agrícolas por 20 anos. Está aposentado há 3 anos.</p> <p>Atividades sociais: tem um grupo de amigos que se encontram para assistir futebol em um bar perto de sua residência.</p>
Informações que deveriam ser obtidas na consulta	<p>Arminda marcou a avaliação auditiva de Reinaldo, relatando que ele não está escutando bem. Relata que o esposo aumenta o volume da televisão deixando sempre muito forte, incomodando Arminda que acaba saindo da sala.</p> <p>Quando estão almoçando em família Reinaldo fica quieto, não consegue acompanhar a conversa – fica pedindo para repetir ou sai da mesa. Arminda relata que os filhos não falam com Reinaldo ao telefone porque ele tem dificuldade para entender.</p> <p>Reinaldo acredita que não há nada errado com sua audição e que entenderia melhor se a esposa e os filhos não falassem “direito” com ele. Reinaldo acha uma “perda de tempo” fazer o exame de audição, mas que veio a Clínica para que a esposa e os filhos parem de ficar “pegando no pé” dele.</p>
O que deveria ser exposto na consulta	<p>O conflito marido / esposa em função da não aceitação da perda auditiva. Reinaldo não acredita que tem um problema e, por esta razão, não considera nenhuma atitude de mudança comportamental.</p> <p>A avaliação audiológica mostra que Reinaldo tem uma perda auditiva neurossensorial leve a severa bilateral e que ele é um candidato ao uso do aparelho de audição. Reinaldo é resistente ao uso do aparelho.</p>
Habilidades esperadas	<p>É esperado que, por meio da comunicação, o aluno leve Reinaldo a perceber que realizar o exame de audição também é de seu interesse.</p> <p>Espera-se que o aluno dê a notícia da perda auditiva de forma acolhedora. Espera-se que o aluno tenha o insight de usar as ferramentas motivacionais (linha, quadrado) para eliciar em Reinaldo atitudes em favor da mudança.</p>

ANEXOS

ANEXO A – Guia de Habilidades de Processos Calgary-Cambridge (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 1998)

<p>Iniciando a sessão <i>Estabelecimento do rapport inicial</i></p> <p>1 Cumprimenta o paciente e obtém seu nome.</p> <p>2. Se apresenta e apresenta o papel e natureza da entrevista; obtém consentimento se necessário.</p> <p>3 Demonstra respeito e interesse. Atende ao conforto físico do paciente</p> <p><i>Identificar a(s) razão(ões) da consulta</i></p> <p>4. Identifica os problemas do paciente ou as questões que o paciente deseja falar com uma pergunta aberta apropriada (Por exemplo: “Sobre o que você gostaria de falar hoje?”)</p> <p>5. Escuta atentamente a declaração de abertura do paciente, sem interromper ou direcionar sua resposta.</p> <p>6. Confirma, lista e verifica outros problemas (ex.: “Então, além de dor de cabeça e cansaço, há alguma outra coisa?”)</p> <p>7. Negocia a agenda levando em consideração as necessidades do profissional e paciente.</p> <p>Obtendo informações <i>Exploração dos problemas do paciente</i></p> <p>8. Incentiva o paciente a contar a história do problema (s) a partir de quando começou até o presente momento, em suas próprias palavras (esclarecer as razões pelas quais o paciente procura ajuda agora).</p> <p>9. Utiliza técnicas de perguntas abertas e fechadas de forma adequada.</p> <p>10. Escuta atentamente, permitindo que o paciente complete declarações, sem interrupção e deixando espaço para que o paciente pense antes de responder ou que continue a falar depois de uma pausa.</p> <p>11. Facilita as respostas do paciente de forma verbal e não-verbal (ex: uso de encorajamento, silêncio, repetição, paráfrase, interpretação).</p> <p>12. Percebe pistas verbais e não verbais (linguagem corporal, fala, expressão facial); verifica e valida conforme for apropriado.</p> <p>13. Esclarecer as declarações de pacientes que são pouco claras ou necessidade de amplificação (ex.: “você poderia explicar o que você quer dizer com luz dirigida?”).</p> <p>14. Periodicamente, resumir para verificar a própria compreensão que o paciente possui no que disse; convidar paciente para corrigir a interpretação ou fornecer mais informações.</p> <p>15. Usar termos, facilmente compreensíveis, perguntas e comentários, evitar uso de jargão.</p> <p>16. Estabelecer datas e sequência de eventos. Habilidades adicionais para compreender a perspectiva do paciente.</p> <p>17. Ativar, determinar e explorar de forma adequada, as ideias do paciente (Isto é, crenças, objetivos, preocupações em relação a cada problema que podem afetar a vida do paciente).</p>	<p>22. Respeitar o tempo e mantendo entrevista na tarefa da construção de relacionamento usando o comportamento não-verbal adequado.</p> <p>23. Demonstrar comportamento não-verbal apropriado: contato visual, expressão facial, postura, posição e movimento. Características vocais, por exemplo, taxa volume e tom.</p> <p>24. Caso precise ler, escrever notas ou usar computador, que se faça de forma que não de uma maneira que não interfira no diálogo ou relacionamento.</p> <p>25. Demonstrar confiança apropriada Desenvolver a harmonia.</p> <p>26. Aceita legitimidade de pontos de vista e sentimentos do paciente, ele não é crítico.</p> <p>27. Usa empatia para comunicar a compreensão e valorização do paciente sentimentos ou contrariedade; abertamente, reconhecer vista do paciente de seus sentimentos.</p> <p>28. Fornece suporte: expressar preocupação, compreensão, vontade de ajudar; reconhecer os esforços de enfrentamento e autocuidados adequados; oferece parceria.</p> <p>29. Demonstrar sensibilidade com temas embaraçosos e delicados, com a dor física incluindo quando esse é associado ao exame físico. Envolver o paciente.</p> <p>30. Ações de pensamento com o paciente para encorajar o envolvimento do mesmo.</p> <p>31. Explicar a lógica dos exames físicos em caso de dúvidas.</p> <p>32. Durante exame físico, explicar o processo, peça permissão para a explicação e planejamento. Fornecer a quantidade de informações corretas.</p> <p>33. Dividir e confirmar: dar a informação em partes gerenciáveis, confirmar a compreensão, usar a resposta do paciente como um guia de como prosseguir.</p> <p>34. Avaliar o ponto de partida do paciente: pedir o conhecimento prévio do paciente no início ao dar informações, descobrir a extensão da vontade do paciente para obter informações.</p> <p>35. Perguntar aos pacientes que outras informações seriam úteis por exemplo etiologia, prognóstico.</p> <p>36. Dar explicações em momentos apropriados: evita dar conselhos, informações ou garantia prematuramente.</p> <p>37. Organizar a explicação: divide-se em seções distintas, desenvolver uma lógica sequencial.</p> <p>38. Usar categorização explícita ou sinalização, (por exemplo: “há três importantes coisas que eu gostaria de discutir”).</p> <p>39. Usar a repetição e resumo para reforçar informações.</p> <p>40. Usar conciso, facilmente compreensível linguagem, evitar ou explicar jargão.</p> <p>41. Usa métodos visuais de transmitir informações: diagramas, modelos, escritos informações e instruções.</p>	<p>46. Provocar crenças, reações e sentimentos do paciente informações de dados, termos utilizados; reconhecer e abordar, sempre que necessário planejamento: a tomada de decisão compartilhada.</p> <p>47. Ações próprio pensamento conforme o caso: ideias, processos de pensamento, dilemas.</p> <p>48. Envolver o paciente fazendo sugestões em vez de imposições.</p> <p>49. Incentivar o paciente para contribuir com seus pensamentos: ideias, sugestões e preferências.</p> <p>50. Negociar uma solução mutuamente plano aceitável.</p> <p>51. Oferecer opções: incentivar o paciente a fazer escolhas e decisões para o nível que desejam.</p> <p>52. Cheques com paciente se aceita planos, se as preocupações foram abordadas. Encerramento da sessão. Planejamento futuro.</p> <p>53. Contratos com o paciente re próximos passos para o paciente e o médico.</p> <p>54. As redes de segurança, explicando possíveis resultados inesperados, o que fazer se o plano é não está funcionando, quando e como procurar ajuda. Garantir ponto apropriado de fechamento.</p> <p>55. Resumir a sessão brevemente e esclarecer plano de cuidados.</p> <p>56. Verificação final: verificar se o paciente concorda e está confortável com o plano e perguntar se há perguntas ou outros itens para discutir. Opções de Explicações e Planejamento (inclui conteúdo).</p> <p>Discutir as investigações e os procedimentos.</p> <p>57. Fornecer informações claras sobre os procedimentos, por exemplo, o paciente pode experimentar como o paciente será informado dos resultados.</p> <p>58. Relacionar os procedimentos para plano de tratamento: o valor, o propósito.</p> <p>59. Incentivar perguntas sobre e discussão de possíveis ansiedades ou negativos resultados. Discutir opinião e a importância do problema.</p> <p>60. Oferecer opinião sobre o que está acontecendo e, se possível, os nomes.</p> <p>61. Revelar justificativa para a opinião.</p> <p>62. Explicar causalidade, seriedade, resultados previstos, a curto e longo prazo consequências.</p> <p>63. Provocar crenças do paciente, reações, preocupações de opinião renegociar plano de ação mútua.</p> <p>64. Discutir opções, por exemplo, nenhuma ação, investigação, medicação ou cirurgia, o não uso de drogas, tratamento, (fisioterapia, assessores pé, fluidos, aconselhamento preventivo medidas).</p>
--	---	--

continua

continuação

<p>18. Incentivar o paciente a expressar sentimentos.</p> <p>19. Resumo no final de uma linha específica de investigação para confirmar a compreensão antes de passar para a próxima seção.</p> <p>20. Progresso de uma seção para outra usando sinalização, de transição, declarações, o que inclui uma sequência lógica para próxima seção.</p> <p>21. Estruturar a entrevista numa sequência lógica.</p>	<p>42. Confirmações: compreensão do paciente da informação dada (ou planos feitos): por exemplo, por pedindo paciente para reafirmar em suas próprias palavras, esclarece, se necessário.</p> <p>Alcançar um entendimento comum: incorporar a perspectiva do paciente.</p> <p>43. Referir as explicações ao quadro da doença do paciente: para suscitar ideias anteriores, preocupações e expectativas.</p> <p>44. Oferecer oportunidades e incentivar o paciente para contribuir: com perguntas, pedir esclarecimentos ou manifestar dúvidas; responder adequadamente.</p> <p>45. Coletar pistas verbais e não-verbais, por exemplo: a necessidade do paciente para contribuir com informações ou fazer perguntas, a sobrecarga de informações, angústia.</p>	<p>65. Fornecer informações sobre a ação ou tratamento oferecido: nome passos envolvidos, como funciona, benefícios e vantagens os possíveis efeitos colaterais.</p> <p>66. Obter vista do paciente da necessidade de ação, benefícios percebidos, barreiras e motivação.</p> <p>67. Aceitar opiniões, defender alternativas, ponto de vista do paciente, se necessário.</p> <p>68. Provocar reações e preocupações do paciente sobre os planos e tratamentos, incluindo aceitabilidade.</p> <p>69. Toma estilo de vida do paciente, crenças, fundo cultural e habilidades em consideração.</p> <p>70. Incentivar o paciente estar envolvido nos planos de execução, para assumir a responsabilidade e ser autossuficientes.</p> <p>71. Perguntar sobre sistemas de apoio aos doentes discute outras formas de apoio disponíveis.</p>
---	--	---

ANEXO B – Parecer de aprovação do CEP da Faculdade de Odontologia de Bauru

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Ensino E Aprendizagem De Habilidades De Comunicação Profissional/Paciente No Processo De Seleção De Aparelhos De Amplificação Sonora Individuais.

Pesquisador: Alessandra Adriano de Almeida Miranda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21128713.6.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia de Bauru

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 489.217

Data da Relatoria: 04/12/2013

Apresentação do Projeto:

Ensino E Aprendizagem De Habilidades De Comunicação Profissional/Paciente No Processo De Seleção De Aparelhos De Amplificação Sonora Individuais.

Alessandra Adriano de Almeida Miranda.

O aprimoramento dos processos que envolvem a comunicação do profissional de saúde com o paciente é fundamental para a humanização destes procedimentos e para a melhor qualificação dos resultados. Por meio de ensino apropriado, habilidades de comunicação que incorporam a abordagem centrada no paciente podem ser aprendidas e integradas às consultas clínicas. O guia Calgary-Cambridge é um modelo proposto para o ensino e avaliação da comunicação na área da saúde, sendo desenvolvido para delinear uma efetiva comunicação profissional-paciente e fornecer uma estrutura, baseada em evidência, para análise e ensino destas habilidades na entrevista com o paciente.

Metodologia: Serão convidados a participar do estudo 30 discentes do 4º ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da FOB/USP, os quais serão solicitados a realizar a filmagem de duas consultas envolvendo o processo de seleção e adaptação do AASI. Será realizada a adaptação para o português da ferramenta *¿Time and Talk¿* produzida pelo Ida Institute. Esta ferramenta, adaptada do modelo Calgary-Cambridge, utiliza cenários e dramatizações de situações clínicas

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 489.217

para ensinar como integrar as competências de processo (como conduzir a entrevista paciente) com habilidades práticas realizadas no procedimento de seleção e adaptação do AASI. O *¿Time and Talk¿* utiliza uma metodologia ativa de ensino por meio de dramatizações e consultas com pacientes simulados e reflexão sobre o que foi observado nestas atividades. A ferramenta é baseada em um workshop estruturado, com duração de um dia. Após a participação no workshop será solicitado novamente aos participantes que realizem a filmagem de duas consultas. As filmagens pré e pós participação no workshop serão analisadas e comparadas. Para tal, será criado um checklist baseado nas habilidades de comunicação propostas pelo guia Calgary- Cambridge. O tempo das consultas e a frequência das habilidades de comunicação observadas pré e pós participação no workshop serão comparados por meio de estatística indutiva. A pesquisa será financiada com os recursos do projeto coordenado pela Profa. Deborah Viviane Ferrari - ENSIRE - Ensino com Reflexão e Simulação: Novas Práticas Educativas na Graduação, auxílio recebido pela Pró-Reitoria de Graduação USP (Edital Inovalab Inovações no Ensino Prático da Graduação)

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver um workshop, baseado no modelo Calgary-Cambridge, para que os estudantes de graduação em Fonoaudiologia integrem as habilidades comunicativas centradas no paciente com os procedimentos técnicos do processo de seleção e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos previsíveis para essa pesquisa, pois o pesquisador realizará a mesma por meio de observação.

Benefícios: Pretende-se colaborar de forma social, psicológica, científica/acadêmica, beneficiando a sociedade de forma geral com a formação qualitativa de profissionais na área da saúde auditiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa " Ensino E Aprendizagem De Habilidades De Comunicação Profissional/Paciente No Processo De Seleção De Aparelhos De Amplificação Sonora Individuais " de autoria de Alessandra Adriano de Almeida Miranda está fundamentada em fatos científicos e utiliza-se de metodos

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 489.217

adequados para responder as questões estudadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou a documentação necessária, entretanto há inadequações.

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa ficou pendente em reunião de 30/10/2013, pois a pesquisadora não havia apresentado o TCLE conforme recomendação da resolução 466/12/12, e também não deixava claro como seria recrutado o grupo de voluntários para a pesquisa.

A pesquisa foi reapresentada com as pendências esclarecidas, não havendo mais nenhum impedimento para o início da mesma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião extraordinária do CEP de 4.12.2013, com base nas normas ética da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados.

BAURU, 11 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Izabel Regina Fischer Rubira Bullen
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

ANEXO C – Termo de Livre Consentimento Esclarecido – TCLE

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa “**Ensino e aprendizagem de habilidades de comunicação profissional/paciente no processo de seleção de aparelhos de amplificação sonora individuais**”, de autoria de Alessandra Adriano de Almeida Miranda, sob orientação de Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari, com o objetivo de avaliar o processo de ensino-aprendizagem de habilidades de comunicação profissional/paciente, visando a melhoria do aconselhamento fonoaudiológico.

Caso aceite participar do estudo, o(a) senhor(a) será solicitado a realizar, sob supervisão da Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari, atividades de leitura, exercícios em grupo, análise de filmes etnográficos e simulações de atendimentos com atores. Estes processos serão realizados no Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, como parte do conteúdo da disciplina Audiologia Educacional e Reabilitação Auditiva III. Os resultados do seu desempenho serão esclarecidos oportunamente para o(a) senhor(a), ao final do estudo.

Nenhum dos procedimentos aqui citados oferecem riscos para o(a) senhor(a). Não serão realizados nenhum procedimento adicional em função da participação neste estudo, desta forma não haverá ônus financeiro para o(a) senhor(a). Informamos que a participação nesta pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto, tendo em vista que os procedimentos ora apresentados já fazem parte da matriz curricular. Os resultados do seu desempenho serão esclarecidos oportunamente para o(a) senhor(a), ao final do estudo.

Ressaltamos que sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do mesmo, sem a necessidade de expor as razões, assim como a desistência da participação a qualquer momento, não ocasionará prejuízos de nenhuma espécie. É garantido a(o) senhor(a) indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Todas as informações são CONFIDENCIAIS, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto, sem identificação do indivíduo, como nome e endereço. Caso aceite participar da pesquisa o(a) senhor(a) receberá uma via do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para esclarecer dúvidas ou obter quaisquer informações a respeito de sua participação nesta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora Alessandra Adriano de Almeida Miranda, pelos telefones (14) 97960701/(14) 32393823; e-mail: pedagoga_2013@usp.br ou com a Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari pelo telefone (14)32358332; e-mail: deborahferrari@usp.br, ou na FOB/USP no do endereço: Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária. Para denúncias e/ou reclamações entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa -FOB/USP, situado à Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária, ou pelo telefone (14)3235-8356, e-mail: cep@fob.usp.br.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 13o do Código de Ética da Fonoaudiologia). Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, comprometo-me a cumprir todas as exigências contidas no item IV.3 da resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias (uma via para o sujeito da pesquisa e outra para a pesquisadora), que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Alessandra A. A. Miranda
Assinatura de Pesquisadora

ANEXO D – Questionário do Nível do Supervisionado-Revisado. Versão para Audiologia (HOUNAM, 2008)

Por favor, leia cada item e responda, a partir do seu comportamento atual:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Metade das vezes	Frequentemente	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica
1. Eu me sinto verdadeiramente relaxado e confortável durante a comunicação com meus pacientes.								
2. Eu sou espontâneo durante o aconselhamento e meu comportamento é relevante.								
3. Me falta auto-confiança para estabelecer uma relação de aconselhamento com pacientes diferentes.								
4. Eu consigo aplicar um raciocínio personalizado consistente de comportamento humano com meus pacientes.								
5. Eu tendo a ficar confuso quando as coisas não ocorrem como planejado e não tenho confiança na minha habilidade de lidar com situações inesperadas.								
6. A qualidade geral do meu trabalho é “flutuante” – tem dias que eu me saio bem e outros eu me saio mal.								
7. Eu dependo bastante dos meus colegas para entender como posso lidar com meus pacientes.								
8. Eu me sinto confortável ao confrontar os meus pacientes								
9. Durante o aconselhamento, na maioria das vezes eu me pego pensando em qual será a minha resposta para o paciente, ao invés de ajustar a minha intervenção para a situação em geral.								
10. Minha motivação para fazer o aconselhamento varia conforme o dia.								
11. Durante o aconselhamento eu tenho dificuldade para me concentrar devido à preocupação com o meu desempenho.								
12. Algumas vezes a situação do paciente parece não ter jeito, e eu fico sem saber o que fazer.								
13. Eu me questiono se estou apta para fornecer aconselhamento.								
14. Eu sinto que o aconselhamento é tão complexo que eu nunca vou ser capaz de aprender.								
15. Eu acredito que eu tenho conhecimento suficiente sobre meus pontos fortes e fracos para realizar o aconselhamento, e entendo meu potencial e minhas limitações.								
16. Eu acredito que eu me conheço bem e posso integrar isto no meu estilo de aconselhamento.								
17. Eu acho que sou capaz de compreender a visão de mundo que meu paciente tem e auxiliá-lo a avaliar as opções terapêuticas.								
18. No meu nível atual de desenvolvimento profissional, minha confiança nas minhas habilidades é tal que a minha vontade de realizar o aconselhamento não muda muito de um dia para outro.								
19. Eu acho que consigo ter empatia com os sentimentos dos meus pacientes e ainda assim auxiliá-los a enfocar a resolução de problemas.								
20. Eu posso avaliar adequadamente o meu impacto interpessoal nos pacientes e utilizar esta informação para fornecer um tratamento apropriado e efetivo.								
21. Eu posso avaliar adequadamente o impacto interpessoal dos pacientes em mim e utilizar esta informação para fornecer um tratamento apropriado e efetivo.								
22. Eu acredito que eu demonstro uma objetividade profissional consistente e habilidade para trabalhar dentro do meu papel profissional de aconselhar os pacientes sem que meu <u>envolvimento</u> com eles seja excessivo / inadequado.								
23. Eu acredito que eu demonstro uma objetividade profissional consistente e habilidade para trabalhar dentro do meu papel profissional de aconselhar os pacientes sem que meu <u>distanciamento</u> com eles seja excessivo / inadequado.								

Consciência sobre si e outros (12 itens): 1, 2, 4, 8, 9*, 11*, 17, 19, 20, 21, 22 e 23.

Motivação (8 itens): 6, 10*, 12*, 13*, 1*, 15, 16, 18.

Dependência-Autonomia (itens): 3*, 5*, 7

* Itens com pontuação reversa.

ANEXO E – Lista de Habilidades e Competências Comunicativas da Ferramenta “*Time and Talk*” (IDA INSTITUTE, 2013)

OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES	<p>INÍCIO DA SESSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentar o paciente e obter seu nome. • Se apresentar para o paciente e explicar sua função. <p>IDENTIFICAR AS RAZÕES PARA A CONSULTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar pergunta aberta para identificar o problema do paciente. • Escutar a resposta do paciente sem interromper ou direcionar. • Verificar e confirmar se compreendeu os problemas / queixas do paciente. • Negociar com o paciente uma agenda para a sessão. <p>EXPLORAR O PROBLEMA / QUEIXA DO PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o paciente a contar sua história. • Utilizar perguntas abertas e fechadas, mesclando estas duas de forma apropriada. • Escutar atentamente, deixando espaço para que o paciente possa pensar antes de responder e continuar a falar após uma pausa. • Facilitar as respostas por meio de técnicas verbais e não-verbais. • Captar e responder às pistas verbais e não-verbais. • Esclarecer afirmações do paciente. • Utilizar uma linguagem clara, evitando jargão técnico. • Resumir o que foi dito, para se certificar que entendeu, antes de continuar. • Eliciar informações relevantes e específicas de pacientes para ajudar a compreender o problema. <p>COMPREENDER A PERSPECTIVA DO PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descobrir as ideias que o paciente tem em relação ao seu(s) problema(s). • Determinar como o(s) problema(s) afeta a vida do paciente. • Determinar os objetivos do paciente - que tipo de ajuda eles esperam obter para o(s) problema(s). • Encorajar o paciente a expressar seus sentimentos e pensamentos. • Aceitar a legitimidade dos pontos de vista do paciente. <p>EXPLORAR O CONTEXTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar características físicas e psicossociais relevantes do paciente. <p>ESTRUTURAR A CONSULTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer datas, sequência de eventos. • Usar palavras e frases que facilitem ao paciente acompanhar a sua explicação. • Estruturar a explicação em sequência lógica, prestar atenção no “timing” da consulta. • Tomar notas sem que isto interfira com o fluxo da consulta. • Resumir o que foi acordado (fechamento), agradecer ao paciente e encerrar esta parte da consulta.
TAREFAS AUDIOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre que necessário, realizar inspeção otológica e avaliação audiológica. Além disto, realizar seleção, verificação e adaptação de dispositivos eletrônicos, adequadamente. • Analisar os resultados, reconhecendo as características fisiológicas e psicossociais que estejam mais distante da normalidade. • Eliciar com o paciente estas características fisiológicas e psicossociais anormais, de forma sensível.
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir a causa e o grau da perda auditiva, à luz da história do paciente. • Apresentar opções para lidar com o problema. • Envolver o paciente na tomada de decisão compartilhada. • Estabelecer metas em conjunto com o paciente. • Negociar estratégias realistas para alcançar as metas estabelecidas. • Reconhecer os limites da sua competência profissional e agir de acordo com isto.
MANEJO DO PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Usar testes e procedimentos de forma racional. • Interpretar resultados à luz da história do paciente. • Formular estratégias de ação adequados para os resultados, em colaboração com o paciente. • Utilizar o tempo, realizar encaminhamentos e trabalhar em equipe de forma adequada. • Agir nas oportunidades adequadas para a promoção da saúde. • Facilitar o envolvimento do paciente no plano de tratamento.
RELAÇÕES COM OS PACIENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar a empatia para transmitir compreensão à situação do paciente. • Fornecer suporte. • Ter sensibilidade ao lidar com assuntos constrangedores. • Explicar a razão para perguntas, tarefas e testes. • Manter com o paciente uma relação amigável, porém, profissional. • Prestar atenção ao conforto do paciente.

ANEXO F – Escala do Design da Simulação (JEFFRIES, 2005)

[illegible]