

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

RODOLPHO CAMARGO

**Localização para português brasileiro do curso on-line
Client Engagement and Ida Motivation Tools
para alunos de graduação em Fonoaudiologia**

**BAURU
2020**

RODOLPHO CAMARGO

**Localização para português brasileiro do curso on-line
Client Engagement and Ida Motivation Tools
para alunos de graduação em Fonoaudiologia**

Dissertação apresentada à 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
2020**

Camargo, Rodolpho

Localização para português brasileiro do curso on-line *Client Engagement and Ida Motivation Tools* para alunos de graduação em Fonoaudiologia / Rodolpho Camargo. – Bauru, 2020.

110 p. : il. ; 30 cm.

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/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 08506319.0.0000.5417

ERRATA

FOLHA DE APROVAÇÃO

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari**, por todo o rumo que me ofereceu em um mundo que eu nunca havia imaginado conhecer, sendo sempre extremamente paciente comigo.

Ao Ida Institute, por ter financiado este estudo e acreditado nesta pesquisa.

À Profa. Dra. Leila Maria Gumushian Felipini, que desde a graduação foi meu modelo tanto na vida acadêmica quanto na profissional, sempre me salvando quando eu precisei – fosse por conta do mestrado ou por qualquer outro motivo. Meu carinho por você vai muito além da nossa parceria profissional.

À minha amiga muito amada Caroline Pascon, por estar a meu lado nas situações mais diversas possíveis – e por ter sido por duas vezes a melhor colega de apartamento com quem eu já vivi.

À inseparável Gabriele Ramos de Luccas, com quem passei o maior número de horas desde o início do programa, fiel escudeira nos rolês gastronômicos.

Às amigas de quem sinto muita saudade Anna Paula Campelo, Bárbara Camilo Rosa, Gláucia Gonçalves Raineri, Izabella Lima de Matos, Maria Julia Ferreira Cardoso e Simone Fiuza Regaçone. O misto agridoce de momentos que nós passamos juntos foi maravilhoso, e vocês foram uma das melhores surpresas desse programa para mim.

Ao meu irmão e compadre Cesar Ronchesel, por estar a uma mensagem de distância para qualquer coisa, compartilhando comigo e tornando tolerável a insanidade do dia a dia.

Ao Prof. Dr. Eli Vagner Rodrigues e à maravilhosa Silvia Helena Rodrigues, por me confiarem a própria morada e por me proporcionarem um ano maravilhoso com o Perseu.

À Profa. Dra. Lucinéa Marcelino Villela e ao Prof. Dr. Marcelo Concário, por terem sido os melhores mentores do mundo durante minha experiência como professor universitário.

Às colegas de profissão e de estudos e amigas Amanda Salimon e Nayara Ribeiro da Silva por terem dividido comigo angústias parecidas justamente por trilharmos caminhos semelhantes.

Aos meus queridíssimos amigos Igor Fontes e Aline De Lima Pinho Nogueira, que passaram por essa caminhada de mãos dadas comigo.

Por fim, mas não menos importante, à minha família: Antônia Monteiro Conceição de Camargo, Elisângela Regina de Camargo, Fátima Conceição de Camargo, Yedda Maria Camargo e Yolanda Camargo Salado, principalmente por apoiarem e ajudarem com a mão na massa, sem nunca questionar, durante as mais de cinquenta mudanças de apartamento pelas quais passei nesse período da pós-graduação.

Muito obrigado mesmo, pessoal.

RESUMO

A Entrevista Motivacional (EM) pode ser compreendida como um estilo de aconselhamento diretivo, centrado na pessoa, para abordar e explorar a ambivalência, visando à mudança comportamental. A EM vem sendo utilizada em diferentes áreas da saúde, sendo observada sua eficácia tanto na redução de comportamentos inadequados quanto na promoção de mudanças adaptativas no comportamento em saúde. Este estudo teve como objetivos: (1) verificar a aplicação da entrevista motivacional no tratamento da deficiência auditiva sensorineural e (2) realizar o processo de localização para o público brasileiro do curso *Client Engagement and Ida Motivation Tools* desenvolvido pelo Ida Institute, para posterior disponibilização a alunos de graduação do Curso de Fonoaudiologia. Para responder ao 1º objetivo, realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados: Virtual Health Library, CINAHL, Embase, PsycINFO, MEDLINE, Scopus, Web of Science e Google Acadêmico, nas quais foram buscados estudos de intervenção sem limitação quanto ao desenho. Foram encontradas 130 referências, e, após exclusão de repetidas e análise independente por dois avaliadores, quatro estudos incluídas na revisão, sendo ensaios clínicos randomizados (n=2), quasi-experimental (n=1) e pré e pós teste (n=1). Os estudos versaram sobre os benefícios da EM para aumentar a utilização ou benefício obtido com o aparelho de amplificação sonora individual (AASI). A qualidade das evidências foi verificada por meio da avaliação de risco de viés.

Palavras-chave: Entrevista motivacional. Ferramentas motivacionais. Abordagem centrada na pessoa.

ABSTRACT

Brazilian Portuguese localization of the on-line course *Client Engagement and Ida Motivation Tools* for Speech-Language Pathology and Audiology undergraduate students

Motivational Interviewing (MI) is as a directive, person-centered style of counseling to address and explore ambivalence for behavioral change. MI has been used in different areas of health care, and it has proved to be effective both in reducing inappropriate behaviors and in promoting adaptive changes in health behavior. This study aimed to: (1) verify the application of motivational interviewing in the treatment of sensorineural hearing loss and (2) perform the localization process for the Brazilian public of the *Client Engagement and Ida Motivation Tools* course developed by the Ida Institute for later availability to Speech-Language Pathology and Audiology undergraduate students. To answer the 1st objective, a systematic literature review was performed in the following databases: Virtual Health Library, CINAHL, Embase, PsycINFO, MEDLINE, Scopus, Web of Science and Google Scholar, in which intervention studies were searched with no design limitations. We found 130 references and, after exclusion of repeated studies and independent analysis by two evaluators, four studies were included in the review, namely randomized clinical trials (n = 2), quasi-experimental (n=1), and pre and post-test (n=1). The studies focused on the benefits of MI to increase the use or benefit obtained with the hearing aids (HA). The evidence quality was checked via bias risk assessment.

Keywords: Motivational interviewing. Motivational tools. Person-centered approach.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Relações hipotetizadas entre as variáveis de processo e resultado na Entrevista Motivacional.....	33
Figura 2 – Círculo	37
Figura 3 – Escala visual analógica (Linha)	39
Figura 4 – Balança decisória (Quadrado).....	41
Figura 5 – Fluxograma da seleção dos estudos para a revisão	57
Figura 6 – Captura de tela de encenação clínica entre profissional e paciente.....	83
Figura 7 – Captura de tela de encenação clínica em que o paciente utiliza a Linha	84
Figura 8 – Ilustração para o curso produzida por designer	84

QUADROS

Quadro 1 – Temas e descrições a respeito da abordagem centrada na pessoa.....	22
Quadro 2 – Espírito da entrevista motivacional	30
Quadro 3 – Principais habilidades na entrevista motivacional.....	32
Quadro 4 – Estágios de mudança segundo o modelo transteórico	38
Quadro 5 – Resumo do Curso Envolvimento do Paciente e Ferramentas	68
Quadro 6 – Procedimentos de tradução.....	71
Quadro 7 – Motivational Interviewing Knowledge and Attitudes Test adaptado para alterações auditivas	76
Quadro 8 – Helpful Responses Questionnaire (HRQ) adaptado para alterações auditivas.....	78
Quadro 9 – Resumo das alterações de conteúdo para o curso <i>Envolvimento do Paciente e Ferramentas Motivacionais</i> (versão em português brasileiro)	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características principais da entrevista motivacional.....	35
Tabela 2 – Resumo das características dos estudos incluídos.....	59
Tabela 3 – Risco de vieses dos estudos incluídos.....	63
Tabela 4 – Caracterização dos participantes (n=19)	73
Tabela 5 – Pontuação média da escala visual analógica e do Teste sobre os Conhecimento e Atitudes em Entrevista Motivacional (MIKAT) (n=19) ..	80
Tabela 6 – Pontuação média total e dos itens individuais do Helpful Responses Questionnaire (n=15).....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI	Aparelho de amplificação sonora individual
ACP	Abordagem centrada na pessoa
EM	Entrevista Motivacional
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
HRQ	Helpful Responses Questionnaire
LC	Língua de chegada
LP	Língua de partida
MIKAT	Motivational Interviewing Knowledge and Attitudes Test
PARR-I	Perguntas abertas, Afirmação, Reflexão, Resumos e Informação
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA: CONSIDERAÇÕES PARA A REABILITAÇÃO AUDITIVA	19
2.2	A ENTREVISTA MOTIVACIONAL: CONCEITOS ESSENCIAIS	25
2.2.1	<i>Influências teóricas e conceitos centrais da entrevista motivacional</i>	<i>26</i>
2.2.2	<i>O espírito e os princípios da entrevista motivacional.....</i>	<i>29</i>
2.2.3	<i>Principais habilidades da entrevista motivacional.....</i>	<i>31</i>
2.3.1	<i>O Círculo</i>	<i>36</i>
2.3.2	<i>A Linha</i>	<i>38</i>
2.3.3	<i>O Quadrado.....</i>	<i>40</i>
2.4	A COMUNICAÇÃO CENTRADA NO PACIENTE E O TREINAMENTO DO FONOAUDIÓLOGO.....	41
3	PROPOSIÇÃO	51
4	DESENVOLVIMENTO.....	55
4.1	A ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DAS ALTERAÇÕES AUDITIVAS: REVISÃO SISTEMÁTICA	55
4.1.1	<i>Metodologia</i>	<i>55</i>
4.1.1.1	<i>Critério de elegibilidade.....</i>	<i>55</i>
4.1.1.2	<i>Estratégia de busca.....</i>	<i>56</i>
4.1.1.3	<i>Extração de dados e síntese de resultados.....</i>	<i>56</i>
4.1.1.4	<i>Forma de análise.....</i>	<i>56</i>
4.1.2	<i>Resultados</i>	<i>57</i>
4.1.3	<i>Discussão.....</i>	<i>64</i>
4.2	DESENVOLVIMENTO DO CURSO ON-LINE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE E ENTREVISTA MOTIVACIONAL” EM PORTUGUÊS	65
4.2.1	<i>Etapa 1: Adaptação e localização para o português do material original</i>	<i>65</i>
4.2.1.1	<i>Descrição do material original</i>	<i>65</i>
4.2.1.2	<i>Tradução e localização.....</i>	<i>68</i>
4.2.2	<i>Etapa 2: Avaliação diagnóstica</i>	<i>73</i>
4.2.2.1	<i>Participantes.....</i>	<i>73</i>

4.2.2.2 Procedimentos	74
4.2.2.3 Resultados e discussão.....	79
4.2.3 <i>Etapa 3: Elaboração do conteúdo</i>	82
5 CONCLUSÕES	87
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	101

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Segundo Béria et al. (2007), 6,87% da população brasileira (cerca de 14 milhões de pessoas) possui perda auditiva incapacitante, necessitando de intervenção. Nos últimos 25 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu uma melhora significativa no tocante aos cuidados em saúde auditiva e sua oferta de serviços foi aprimorada, abrangendo desde o diagnóstico até a reabilitação auditiva. Como exemplo da importância do SUS no processo de tratamento das perdas auditivas neurossensoriais, 54,6% dos aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI) importados no Brasil foram dispensados por esse sistema de 2000 a 2016 (FERRARI; LOPEZ, 2017).

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, tem como foco a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a Saúde Pública no Brasil. Dentre as diretrizes da PNH, consta o acolhimento – ou seja, o ato de reconhecer o outro e que ele traz como legítima e singular sua necessidade de saúde –, o qual é realizado por meio de escuta qualificada. Além disso, destaca-se a clínica ampliada, instrumento teórico que coloca o sujeito e sua necessidade de saúde em outras perspectivas, como a social, a econômica, a cultural, a psíquica, ou seja, para além do olhar biomédico (BRASIL, 2017).

No ano de 1939, o psicólogo Carl Rogers apresentou uma abordagem terapêutica conhecida como *terapia centrada na pessoa/cliente* (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 1952), implicando o papel do profissional como “uma companhia na jornada de autodescoberta do paciente, oferecendo a ele a chance de se desenvolver ao promover uma atmosfera de acolhimento, empatia e sinceridade” (DILOLLO; FAVREAU, 2010).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA: CONSIDERAÇÕES PARA A REABILITAÇÃO AUDITIVA

Segundo Béria et al. (2007), 6,87% da população brasileira (cerca de 14 milhões de pessoas) possuem perda auditiva incapacitante, necessitando de intervenção. Nos últimos 25 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu uma melhora significativa no tocante aos cuidados em saúde auditiva, e sua oferta de serviços foi aprimorada, abrangendo desde o diagnóstico até a reabilitação auditiva. Como exemplo da importância do SUS no processo de tratamento das perdas auditivas sensorineurais, 54,6% dos aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI) importados no Brasil foram dispensados por esse sistema de 2000 a 2016 (FERRARI; LOPEZ, 2017).

Criada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem como foco a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a Saúde Pública no Brasil. Dentre as diretrizes da PNH, consta o acolhimento – ou seja, o ato de reconhecer o outro e que ele traz como legítima e singular sua necessidade de saúde –, o qual é realizado por meio de escuta qualificada. Além disso, destaca-se a clínica ampliada, instrumento teórico que coloca o sujeito e sua necessidade de saúde em outras perspectivas, como a social, a econômica, a cultural e a psíquica, ou seja, para além do olhar biomédico (BRASIL, 2017).

Também no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS, por meio do *Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual*, é destacado que o trabalho em saúde com esta população deve envolver o usuário e seus familiares nos processos de cuidado. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação devem ser estabelecidas a partir das necessidades singulares de cada indivíduo, considerando o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade bem como os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos (BRASIL, 2014).

No entanto, ao analisar os serviços de saúde auditiva oferecido pelo SUS, é possível perceber uma incoerência entre o que é proposto e o que é realmente

praticado: nota-se um tratamento cuja abordagem é reducionista, fragmentada e centrada na doença (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLI, 2014).

Nos últimos séculos, o *modelo biomédico* se cristalizou no ensino e nas práticas de saúde. Esse modelo reflete o referencial técnico-instrumental das biociências, excluindo o contexto psicossocial do qual depende a compreensão plena do paciente (DE MARCO, 2006). Nessa abordagem, o processo do tratamento é bem definido e sistemático: uma causa é informada, o diagnóstico é realizado e então o tratamento é administrado a fim de eliminar ou amenizar a doença ou seus sintomas. Comparativamente, a abordagem biomédica é utilizada com frequência na área da audiolgia: o profissional realiza exames para definir o tipo, o grau e a configuração da perda auditiva e, então, prescreve o uso do AASI ou de outras intervenções (DUCHAN, 2004).

Esse modelo, no entanto, não oferece respostas satisfatórias para muitos problemas, sobretudo para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença (BARROS, 2002). Além disso, o modelo biomédico não enxerga o paciente de forma mais holística nem associa os resultados ideais à valorização da contribuição desses indivíduos (GOODYEAR-SMITH; BUETOW, 2001; GRENNESSE et al., 2014a).

O modelo biomédico também se mostra inadequado para o tratamento de doenças crônicas, como a deficiência auditiva sensorineural, para as quais o paradigma de tratamento é pautado em sua administração funcional. Isso exige, dentre outros fatores, um papel ativo e, frequentemente, mudança de comportamento do indivíduo afetado. Em função disto, outra abordagem vem sendo preconizada: a abordagem centrada na pessoa.

A abordagem centrada na pessoa (ACP) se contrapõe ao modelo biomédico na medida em que posiciona o paciente no cerne do tratamento e sua autonomia como o ponto de partida. A ACP considera a história de vida, a cultura, a personalidade e o modo de viver de cada paciente. O profissional exerce o papel de “companhia na jornada de autodescoberta do paciente, oferecendo a ele a chance de se desenvolver ao promover uma atmosfera de acolhimento, empatia e sinceridade” (DILOLLO; FAVREAU, 2010).

Segundo White, Newton-Curtis e Lyons (2008), a abordagem centrada na pessoa tem como base cinco aspectos essenciais: 1) individualidade: cada ser humano é único, tem valores intrínsecos e merece respeito; 2) reconhecimento do

paciente como pessoa: cada um tem histórias, experiências culturais, personalidade e hábitos cotidianos próprios, todos de grande interesse para o profissional da saúde; 3) autonomia e escolha: presumir que a independência aumenta a competência e que o tratamento deve incentivar a agência pessoal; 4) construção de relacionamentos: os relacionamentos entre profissionais e pessoas (ou sua família) promove comunicação, consistência, confiança, afeto, amizade e parceria; 5) atendimento confortável: o tratamento de questões físicas e emocionais é realizado de maneira personalizada de acordo com as preferências e as necessidades do indivíduo.

Na área da audiologia, Greenes et al. (2014b) realizaram um estudo qualitativo a fim de definir a abordagem centrada na pessoa na reabilitação auditiva, sob a perspectiva de usuários experientes de AASI. Os dados de entrevistas com esses indivíduos foram analisados e um tema central foi identificado, o “cuidado individualizado”, perpassando três categorias: a relação terapêutica (os pacientes valorizam e esperam desenvolver uma relação com o profissional, sendo esta a necessidade mais básica em uma interação no cuidado em saúde); os principais atores envolvidos (papel do profissional e do paciente na obtenção do sucesso do tratamento); e os processos clínicos (a troca de informação e a tomada de decisões).

Grenness et al. (2014) realizaram uma síntese da literatura a respeito da ACP em diferentes profissões de saúde. As autoras apresentam a síntese dos temas encontrados na análise de Hughes et al. (2008), os quais encontram-se resumidos no Quadro 1. As autoras também comentam sobre a necessidade de investigações sobre a ACP no contexto da reabilitação auditiva assim como da existência de uma definição específica para a área.

Tema	Descrição
Respeito pela individualidade e pelos valores	Reconhecimento da importância de valorizar as pessoas como indivíduos, com consciência das suas diferenças, valores, necessidades e direitos.
Significado	Aceita a perspectiva única do indivíduo e sua definição de metas e, potencialmente, a compreensão mútua do significado da doença.
Aliança terapêutica	Inclui a empatia e a consideração positiva incondicional. A aliança é baseada no respeito à pessoa, na confiança, na abertura e na honestidade. Relações sem julgamento.
Contexto social e relacionamentos	Reconhece a natureza social das pessoas, com ênfase nos relacionamentos. Familiares e cuidadores são incluídos no processo.

Modelo inclusivo de saúde e bem-estar	Inclui a atenção e o bem-estar da pessoa como um todo. O cuidado é holístico e integrado. Também inclui a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a melhora da qualidade de vida.
Leigo como especialista	A legitimidade do conhecimento e a experiência do paciente e familiares são reconhecidas. Incentiva-se sua participação para o desenvolvimento do cuidado.
Responsabilidade compartilhada	Responsabilidade e controle são compartilhados. O paciente é envolvido na tomada de decisão e no plano de tratamento .
Comunicação	A comunicação cuidadosa e sensível é incentivada, incluindo a escuta atenta e fornecimento de informações sem viés por parte do profissional.
Autonomia	Inclui a habilidade de o paciente tomar suas decisões e fazer escolhas com independência.
Profissional como pessoa	Valoriza equipes e profissionais da saúde como pessoas com emoções, que podem necessitar de apoio para estabelecer autoconscientização e parcerias significativas.

Fonte: GRENNESS et al., 2014a, tradução nossa.

Quadro 1 – Temas e descrições a respeito da abordagem centrada na pessoa

Um ponto importante da ACP é a comunicação acerca de questões psicossociais. No caso de indivíduos com deficiência auditiva sensorineural, o uso de tecnologias assistivas, como o AASI, melhora a comunicação, mas não remove a experiência de viver com a perda auditiva. Deste modo, nas consultas audiológicas, é necessário fornecer apoio adequado para os pacientes e para suas famílias, compreender o que a perda auditiva significa para eles e como ela afeta suas vidas. Abordar essas preocupações emocionais faz com que os pacientes se sintam valorizados, aumenta a probabilidade de adesão ao tratamento e, eventualmente, melhora o bem-estar geral dos pacientes (COLEMAN et al., 2018).

Na Austrália, um grupo de pesquisadores publicou diferentes estudos que analisaram a comunicação profissional-paciente em consultas para diagnóstico e planejamento da reabilitação auditiva. Tais análises foram realizadas a partir de filmagens de 63 consultas iniciais de pacientes com deficiência auditiva (idade maior que 55 anos, sendo 43% mulheres e 57% homens) e 26 diferentes audiologistas. Além disto, 17 acompanhantes estavam presentes nas consultas com pacientes. (EKBERG; GRENNESS; HICKSON, 2014; GRENNESS et al., 2015a; 2015b; MEYER et al., 2017). Alguns resultados pertinentes ao tema do presente projeto serão expostos a seguir.

A análise qualitativa de conversas de consultas iniciais indicaram que, por diversas vezes, os pacientes expressaram preocupações com conteúdo emocional a respeito do uso do AASI. Entretanto, em vez de responderem de forma empática, os audiologistas frequentemente ofereceram respostas técnicas a essas questões psicossociais (EKBERG; GRENNESS; HICKSON, 2014).

Em três estudos (GRENNESS et al., 2015a; 2015b; MEYER et al., 2017), o método RIAS (*Roter Interaction Analysis System* – Sistema de Análise de Interação Roter) foi usado para codificar a comunicação verbal entre pacientes, acompanhantes e audiologistas em diferentes etapas das consultas.

Grenness et al. (2015a) avaliaram a natureza da comunicação e fatores associados à dinâmica de comunicação na etapa de entrevista (obtenção do histórico) de consultas de reabilitação auditiva. Foi verificada dominância verbal do profissional e frequente utilização de perguntas fechadas. A natureza das questões realizadas pelo audiologista foi biomédica e de estilo de vida, sendo que apenas 5% das elocuições do profissional e paciente abrangeram conteúdo emocional.

Grenness et al. (2015b) avaliaram a natureza da comunicação no diagnóstico audiológico e no planejamento do tratamento (aconselhamento). Verificou-se novamente o domínio do profissional na conversa e pouca exploração de oportunidades para construção de um relacionamento, já que as reocupações psicossociais dos pacientes foram pouco consideradas. Quando diagnosticada a perda auditiva, a recomendação de tratamento centrou-se no uso do AASI e raramente envolveu o paciente ou acompanhante, ou seja, não houve decisão compartilhada.

Meyer et al. (2017) expandiram as pesquisas de Grenness et al. (2015a; 2015b) com objetivo de traçar o perfil da comunicação profissional-paciente durante a entrevista, diagnóstico e planejamento da intervenção e também explorar as associações desses perfis com as características da consulta e com as decisões do paciente em utilizar um AASI. Observaram que, na entrevista inicial, 25% das consultas iniciaram com uma interação psicossocial - ou seja, profissional e, sobretudo, o paciente abordaram questões psicossociais. Este tipo de interação não impactou a duração da consulta. Entretanto, nas fases de diagnóstico e planejamento da intervenção, houve predomínio de conteúdo biomédico, em particular os AASI e seus aspectos técnicos. Ao final da consulta, cerca de 60% dos pacientes decidiram prosseguir com o processo de adaptação do AASI. Entretanto, não foram encontradas associações significativas entre essa decisão e entre o perfil da comunicação profissional-paciente, provavelmente pelo fato de a maioria desses perfis ter caráter biomédico.

Nos Estados Unidos, Coleman et al. (2018) realizaram a análise de conversação de consultas audiológicas com uma amostra de quatro instrutores

clínicos e seis estudantes com os pais de crianças já diagnosticadas com perda auditiva permanente e adaptadas com AASI ou implantes cocleares. Os autores descobriram chances desperdiçadas por parte dos profissionais de abordar preocupações emocionais e psicológicas dos pacientes, déficit em habilidades específicas de aconselhamento, inconsistência na validação de questões emocionais (como isolamento social e frustração) e domínio do planejamento do tratamento por parte dos audiologistas com pouca ou nenhuma participação do paciente.

No Brasil, Campos (2016) realizou a análise de conteúdo para avaliar a comunicação profissional-paciente em dez consultas para a concessão do AASI, conduzidas por cinco fonoaudiólogas com experiência nesta área. Foi evidenciada maior frequência de conteúdo de caráter biomédico do que psicossocial. Este último, quando existente, abordou questões do estilo de vida do paciente. Pouca comunicação de caráter afetivo foi observada.

Como visto, as análises das consultas audiológicas indicam que as interações profissional-paciente não contemplaram os princípios da comunicação centrada na pessoa. Por outro lado, a aplicação da Escala de Orientação Profissional-Paciente (Patient-practitioner Orientation Scale – PPOS) em audiologistas na Austrália (LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; GRENNESSE, 2014), Portugal, Índia e Iran (MANCHAIH et al., 2014) evidenciaram a preferência destes profissionais pela ACP. Desta forma, parece existir uma lacuna entre aquilo que os profissionais desejam e o que verdadeiramente praticam.

Segundo Beck e Harvey (2009) a qualidade do relacionamento entre o fonoaudiólogo e o paciente afeta a adesão ao tratamento. Para obter sucesso os profissionais devem recorrer à suas habilidades para influenciar e motivar seus pacientes a alcançar uma melhor qualidade de vida. Os autores sugerem a utilização da Entrevista Motivacional, para que o paciente se torne um participante ativo do discurso e sinta-se validado, respeitado e apreciado pelo profissional.

2.2 A ENTREVISTA MOTIVACIONAL: CONCEITOS ESSENCIAIS

A mudança de comportamento é, geralmente, um processo complexo, que implica que o indivíduo tome a decisão de mudar, opere uma mudança efetiva de comportamento e mantenha o novo comportamento em longo prazo. A discussão sobre mudanças de comportamento ocorre em diversas áreas da saúde. Na área da reabilitação auditiva, a mudança de comportamento pode implicar, dentre outros, na utilização de um AASI, a adoção de estratégias de comunicação específicas ou a realização de treinamento auditivo.

Há diferentes teorias e modelos utilizados para a compreensão de mudanças e de manutenção de comportamentos em saúde. Todas essas teorias reconhecem a importância da motivação para a mudança de comportamento e destacam a necessidade de fortalecer os fatores ou processos que levam à esta mudança. Perspectivas teóricas distintas postulam precursores diferentes para a mudança, entretanto, a autoeficácia, o apoio social, os processos decisórios e a relevância percebida pelo paciente foram identificados como fatores importantes (EMMONS; ROLLNICK, 2001).

Rollnick e Miller (1995) comentam que a motivação é um estado de prontidão à mudança, não sendo uma característica do paciente, mas sim produto de interações interpessoais. O profissional pode influenciar e fortalecer a motivação do paciente para a mudança do comportamento e uma forma de atingir este objetivo é a utilização da entrevista motivacional.

A definição da entrevista motivacional (EM) evoluiu desde sua concepção original. Miller e Rollnick (2013) apresentam três diferentes níveis de definições da entrevista motivacional (EM):

- Leiga: “é um estilo de conversa colaborativa para fortalecer a motivação e o compromisso de uma pessoa em mudar”.
- Profissional (clínica): “é um estilo de aconselhamento, centrado na pessoa, para abordar o problema comum da ambivalência sobre a mudança”.
- Técnica: “é um estilo de comunicação colaborativo, orientado a objetivos, com atenção especial à linguagem da mudança. Foi desenvolvida para fortalecer a motivação pessoal e o comprometimento com uma meta específica, induzindo e explorando os motivos da pessoa para mudar, em um ambiente de aceitação e compaixão”

O objetivo da EM é extrair a motivação para mudança do próprio paciente, em vez de tentar instilar isso nele (ROLLNICK et al., 2010). Para isto, é necessário conectar a mudança de comportamento aos valores e preocupações do paciente, o que requer um entendimento da perspectiva deste indivíduo (ROLLNICK et al., 2008). A EM é, acima de tudo, uma conversa sobre mudança. Pode ser breve ou prolongada, e pode ocorrer em muitos contextos diferentes, com indivíduos ou em grupos, podem, sempre mantendo um diálogo colaborativo (MILLER; ROLLNICK, 2013).

A EM também pode ser usada como um prelúdio ao tratamento, adicionado ou integrado a outras abordagens de aconselhamento, ou como uma alternativa, caso surgirem problemas motivacionais dentro de um contexto de tratamento (MASON, 2009). De fato, Miller e Rose (2009) comentam que a eficácia da EM torna-se maior quando utilizada em conjunto com outros métodos ativos de tratamento. Portanto, a EM é uma ferramenta clínica, a ser integrada a outros métodos baseados em evidências, para uso quando a ambivalência e a motivação do cliente parecem ser obstáculos à mudança.

2.2.1 Influências teóricas e conceitos centrais da entrevista motivacional

A EM surgiu da prática clínica intuitiva, ao invés de um modelo teórico, racional-dedutivo (MILLER; ROLLNICK, 2012). Foi originalmente descrita por Miller (1983), para o tratamento do alcoolismo, como uma abordagem baseada nos princípios da psicologia social, utilizando processos como atribuição interna (o indivíduo é responsável pelo por uma condição ou mudança), dissonância cognitiva (percepção de que o comportamento é altamente discrepante das crenças, valores, atitudes e sentimentos da pessoa) e autoeficácia de Bandura (percepção da capacidade de enfrentamento eficaz em face a uma situação problemática específica). Processos empáticos propostos por Carl Rogers, princípios psicológicos sociais de motivação são empregados para promover a dissonância em direção à mudança comportamental.

Muitos princípios e técnicas da EM têm como origem a abordagem centrada na pessoa de Rogers (RESNICOW; MASTER, 2012). Mason (2009) relata que a EM utiliza muitos, se não todos, os principais ingredientes que Rogers expôs em seu

trabalho. A EM suscita as motivações intrínsecas do paciente para a mudança, sendo um estilo de aconselhamento solidário, empático, reflexivo e colaborativo que respeita a autonomia do paciente. Contudo, a EM é mais voltada a objetivos e direcionada - ou seja, há um resultado comportamental positivo claro - por exemplo, parar de fumar, perder peso ou aderir ao uso de medicamentos. No entanto, para manter a autonomia do paciente, o profissional também podem comunicar, de forma explícita, que qualquer decisão depende do próprio paciente (RESNICOW; MASTER, 2012).

Posteriormente, Miller e Rollnick expandiram os princípios e procedimentos clínicos da EM em livros publicados nos anos de 1991 e 2002 (MARKLAND et al., 2005), sem propor uma teoria subjacente de tratamento ou mudança de comportamento.

O Modelo Transteórico (MTT) também fornece construtos para a compreensão da entrevista motivacional. Esse modelo enfatiza a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão do indivíduo, e tem como seu principal constructo os “estágios de mudança”. Segundo o MTT, existem diferentes estágios de prontidão para a mudança comportamental: (1) pré-contemplação: o indivíduo não considera que existe um problema; (2) contemplação: o indivíduo começa a pensar que existe um problema, porém, ainda está ambivalente; (3) preparação: a ambivalência ainda existe, porém, o indivíduo começa a procurar informações sobre a intervenção; (4) ação: o indivíduo está pronto para realizar a intervenção; (5) manutenção: o indivíduo incorporou a mudança comportamental em sua vida. (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982). Informações sobre os demais construtos deste modelo e exemplos de seu alinhamento à área de reabilitação auditiva serão apresentadas mais adiante.

O MTT popularizou o reconhecimento de que muitos indivíduos, mesmo que procurem por tratamento, ainda não estão totalmente decididos ou comprometidos com a mudança comportamental, sendo assim, as intervenções devem ser ajustadas ao nível de prontidão da pessoa. Uma das tarefas do profissional é aumentar a motivação para a mudança. Os estágios de mudança fornecem uma maneira lógica de pensar sobre o papel da EM na prática clínica e a EM, por sua vez, fornece um exemplo claro de como os profissionais poderiam auxiliar os pacientes a evoluir ao longo destes estágios (MILLER; ROLLNICK, 2009).

A Teoria da Autodeterminação (*Self-Determination Theory* – SDT) também vem sendo proposta para subsidiar melhor compreensão da EM. Resumidamente, a TA conceitua um continuum motivação (variando de “amotivado” a totalmente intrínseco), e permite que os humanos possam experimentar vários tipos de regulações motivacionais simultaneamente - externas (por exemplo: punições ou recompensas de outrem) ou internas, ou seja, do próprio indivíduo. Estas últimas promovem mudanças mais duradouras (RESNICOW; MASTER, 2012). A EM também propõe respeitar e eliciar a motivação intrínseca (MILLER; ROLLNICK, 2012).

Tanto a EM como a SDT supõem que os seres humanos têm uma propensão inata ao crescimento pessoal em direção à coesão e integração. Essa tendência integrativa pode ser fomentada ou frustrada pelo apoio ambiental (MARKLAND et al., 2005). A SDT também propõe três necessidades humanas fundamentais relevantes para motivar a mudança de comportamento: competência (conceito similar à autoeficácia), relacionamento (necessidade de conexão social significativa) e autonomia. Todas as três necessidades são consistentes com o espírito e princípios da EM. (RESNICOW; MASTER, 2012; MILLER; ROLLNICK, 2012)

Uma das críticas à entrevista motivacional é o fato dela ser, em essência, ateórica (MARKLAND et al. 2005). Os proponentes da EM reconhecem que relativa pouca atenção foi dada ao desenvolvimento de uma base teórica e que ainda não há uma explicação satisfatória sobre como e por que ela pode ser eficaz. Entretanto, também comentam que as hipóteses da EM derivadas da experiência clínica vem sendo, ao longo do tempo, submetidas à verificação pelo método científico, e estes resultados são utilizados para aprimorar a EM, em um processo de retroalimentação (MILLER; ROLLNICK, 2012). Uma proposta de compreensão dos mecanismos da eficácia da EM (MILLER; ROSE, 2009) será apresentada mais adiante.

Um dos conceitos centrais da EM é a compreensão da motivação como um estado de prontidão para mudar, que não é estático e pode ser influenciado por outras pessoas (ROLLNICK; MILLER, 1995). Conforme discutido anteriormente, esta prontidão para mudança vem sendo conceituada de diferentes formas, seja como estágios, conforme postula o MTT, ou como um continuum, conforme preconizado pela SDT. De qualquer modo, a EM ressalta a necessidade de o profissional manter

a congruência com a prontidão do paciente (ROLLNICK et al., 2008; MILLER; ROLLNICK, 2013).

Um outro conceito central da EM é a “ambivalência”. A ambivalência representa um estado de desarmonia caracterizado pela coexistência de pensamentos, sentimentos e ações conflitantes a respeito da mudança do comportamento (ROSENGREN, 2018). Em outras palavras, o indivíduo se sente de duas formas, concomitantemente, a respeito de uma dada decisão. Um exemplo, na área da reabilitação auditiva, é a situação em que o indivíduo com deficiência auditiva deseja ouvir melhor, mas, ao mesmo tempo, sente-se reticente em utilizar o aparelho de amplificação sonora individual.

A ambivalência está presente em grande parte dos pacientes. Por um lado, eles têm boas razões para mudar seus comportamentos atuais, mas, por outro lado, sabem que existem benefícios e custos associados à mudança e à manutenção do comportamento. Esse conflito pode resultar na paralisação do paciente - permanência em um estado em que não consegue mudar, apesar de haver incentivos para fazê-lo (MARKLAND et al., 2005).

Quando os pacientes estão ambivalentes, os profissionais de saúde geralmente tentam aconselhá-los a mudar o comportamento, utilizando um estilo de comunicação diretivo, que, sua vez, gera passividade ou maior resistência. Na entrevista motivacional compreende-se que mudança de comportamento é um processo e toda a mudança é precedida por algum grau de ambivalência - desta forma, a ambivalência é uma experiência “normal”. Reconhecer, compreender e trabalhar com a ambivalência do paciente, ao invés de ignorá-la, pode ser uma das chaves para auxiliar o paciente na mudança de comportamento (MILLER; ROLLNICK, 2013).

2.2.2 O espírito e os princípios da entrevista motivacional

O “espírito” da entrevista motivacional se refere à qualidade da interação profissional-paciente, sendo um elemento chave para a mudança de comportamento (EMMONS; ROLLNICK, 2001). A colaboração, a evocação, o respeito pela autonomia e a compaixão sustentam o espírito da EM (Quadro 2).

Colaboração	Deve haver uma parceria entre o profissional e o paciente, fundamentada no ponto de vista e na expertise do paciente. Ela gera rapport e facilita o estabelecimento de confiança no relacionamento profissional-paciente (MILLER; ROLLNICK, 2013).
Evocação	A motivação e o compromisso com a mudança são mais eficazes quando surgem do próprio paciente - o papel do profissional é extrair as motivações e as habilidades que a pessoa tem para mudar (MILLER; ROLLNICK, 2013).
Respeito pela autonomia	Reconhecer e honrar a autonomia do cliente é um elemento importante para facilitar a mudança de comportamento. É necessário um certo distanciamento dos resultados quando se utiliza a EM - isto não significa que o profissional não se importa, mas sim que ele aceita que os pacientes podem fazer escolhas, inclusive a opção de não realizar uma mudança de comportamento (ROLLNICK et al., 2008; MILLER; ROLLNICK, 2013).
Compaixão	É a capacidade de promover ativamente o bem-estar do outro e de dar prioridade às suas necessidades. É necessário buscar entender as experiências, os valores e as motivações da outra pessoa, sem realizar julgamentos (MILLER; ROLLNICK, 2013).

Quadro 2 – Espírito da entrevista motivacional

Embora a essência da EM esteja em seu “espírito”, a prática da entrevista motivacional segue alguns princípios orientadores, sendo descritos a seguir.

Lidar bem com a resistência

Na tentativa de auxiliar o paciente, profissionais de saúde frequentemente apresentam o “reflexo de consertar as coisas”, uma crença de que devem convencer ou persuadir o paciente a fazer a “coisa certa”. O raciocínio subjacente é que se o paciente for convencido sobre as razões para mudar seu comportamento ele irá fazê-lo. Paradoxalmente, esta estratégia muitas vezes acaba tendo o efeito oposto (ROLLNICK et al., 2008).

A questão é que, ao argumentar em favor da mudança, o profissional se ocupa de um lado da ambivalência do cliente. Um resultado previsível é que o paciente responda ocupando-se do lado da ambivalência, ou seja, com argumentos contra a mudança (MILLER, ARKOWITZ; 2015). Esta abordagem confrontativa provoca reatância nos pacientes e tendência a exibir maior resistência, o que reduzirá ainda mais a probabilidade de mudança (MARKLAND et al., 2005).

É papel do profissional lidar com esta resistência, evitar uma abordagem confrontativa que gera, como resposta do paciente, uma fala de “resistência” ou favorável à manutenção do status quo (*sustain talk*) (MILLER; ARKOWITZ, 2015). Em vez disso, é necessário reenquadrar as declarações dos pacientes, convidando-os a considerar novas informações e perspectivas (MILLER; ROLLNICK, 2013).

Desenvolver discrepância

O profissional deve ter interesse genuíno e explorar as preocupações, valores do paciente e aspirações para o futuro (ROLLNICK et al., 2008). Neste processo, um estado de desconforto (discrepância) pode surgir na medida em que o paciente contrasta seu comportamento atual com estes valores e aspirações. Esta discrepância pode ser um catalisador para a mudança comportamental (MILLER; ROLLNICK, 2013).

Expressar empatia

A mudança de comportamento só é possível quando o paciente se sente pessoalmente aceito e valorizado. A escuta é uma habilidade clínica complexa. Envolve um interesse empático em garantir que o profissional entenda o que o paciente disse e fazer suposições sobre o significado. A empatia pode ser demonstrada por meio da escuta reflexiva e de uma atitude de aceitação dos sentimentos e das perspectivas do paciente (ROLLNICK et al., 2008)

Promover a autoeficácia

Melhores resultados são obtidos quando o paciente tem interesse e papel ativos em seu próprio cuidado. O empoderamento consiste em auxiliar os pacientes a explorar como eles podem fazer a diferença em sua própria saúde. Novamente, as ideias e os recursos do próprio paciente são essenciais, já que eles são os experts em como podem incorporar as mudanças de comportamento em sua vida diária (ROLLNICK et al., 2008). Mesmo que o paciente esteja motivado a modificar seus comportamentos, a mudança não ocorrerá, a menos que ele acredite que possui os recursos e capacidades para superar barreiras e implementar com sucesso novas formas de comportamento (MARKLAND et al., 2005). Nos processos da EM o profissional busca eliciar esta convicção interna.

2.2.3 Principais habilidades da entrevista motivacional

No processo da Entrevista Motivacional, são utilizadas cinco habilidades comunicativas fundamentais de forma a guiar a interação em direção à mudança de comportamento (MILLER; ROLLNICK, 2013). Em português, essas habilidades são

representadas pela sigla PARR-I: (P) Perguntas abertas; (A) Afirmação; (R) Reflexão; (R) Resumos e (I) Informação, estando resumidas no Quadro 3.

Perguntas abertas	A EM faz uso de perguntas abertas, que convidam a pessoa a refletir e elaborar. As perguntas abertas envolvem o paciente, ajudam a entender seu referencial interno, fortalecendo um relacionamento colaborativo e facilitando o direcionamento. As perguntas abertas também desempenham um papel fundamental na evocação da motivação e no planejamento de um caminho para a mudança (MILLER; ROLLNICK, 2013).
Afirmações	A EM conta com os pontos fortes, esforços e recursos pessoais dos pacientes para que a mudança ocorra. A afirmação envolve comentar positivamente estes pontos fortes, atributos, esforços e comportamento positivo de um paciente. Envolve procurar, de forma consciente, o que é bom nas pessoas em vez de se concentrar em suas deficiências. As afirmações devem ser genuínas e congruentes, por isso elas exigem uma escuta ativa - ouvir o lado positivo e acentuá-lo (ROSENGREN, 2018).
Reflexão	A escuta reflexiva é a principal habilidade sobre a qual a entrevista motivacional foi construída. É o mecanismo pelo qual os profissionais transmitem seu interesse, empatia e compreensão aos pacientes (ROSENGREN, 2018). A escuta reflexiva envolve ouvir respeitosa e ativamente ao paciente, a fim de compreender o que ele verdadeiramente quer dizer. As reflexões são suposições ou hipóteses que o profissional faz sobre algo que o paciente disse ou demonstrou. Estas reflexões são apresentadas ao paciente como afirmações - por sua vez, estas afirmações levam a uma maior elaboração por parte do paciente. As reflexões também permitem que os pacientes ouçam novamente os pensamentos e sentimentos que estão expressando, provavelmente com outras palavras, e ponderam sobre eles (MILLER; ROLLNICK, 2013).
Resumo	A realização de resumos sobre o que foi conversado em uma parte da consulta cumpre variados objetivos. Eles permitem ao profissional certificar a compreensão sobre o que foi dito, mostram ao paciente que o profissional está escutando atentamente e fornecem oportunidade para o paciente complementar o que falou. Podem funcionar como elemento de transição entre uma parte da consulta e outra, dentre outras funções (MILLER; ROLLNICK, 2013).
Informação	O fornecimento de informações é realizado quando for adequado, como, por exemplo, quando solicitado pelo paciente. As informações são oferecidas sempre com a permissão do paciente (ROSENGREN, 2018). Entretanto, é feita uma distinção clara entre o fornecimento de fatos, realizada pelo profissional, e a interpretação das implicações pessoais desses fatos, as quais são extraídas do paciente. Essa abordagem influencia o processo de tomada de decisão ao envolver ativamente os pacientes na avaliação de seu comportamento. O paciente é colocado em um papel ativo, na medida em que ele decide como interpretar e integrar as informações recebidas, assim como a relevância destas informações para sua própria situação (EMMONS; ROLLNICK, 2001).

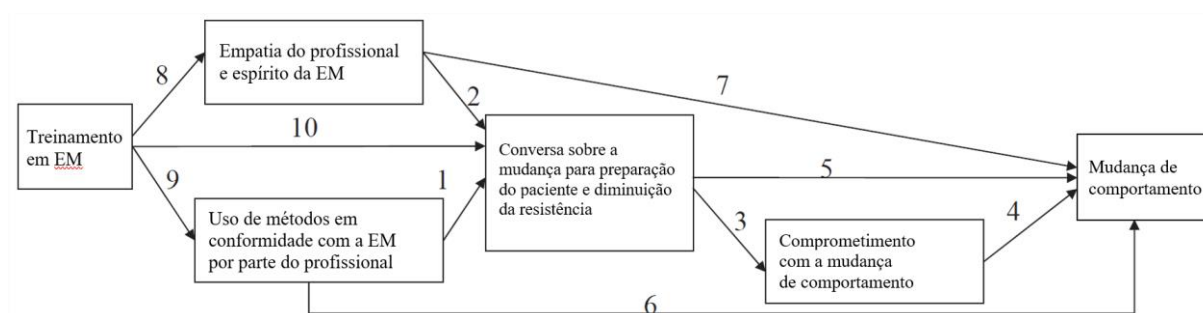
Quadro 3 – Principais habilidades na entrevista motivacional

Na EM os pacientes fazem grande parte do trabalho psicológico - eles geram a justificativa para a mudança. Os profissionais geralmente não fazem nenhuma tentativa direta de confrontar as crenças irracionais. Em vez disso, podem ajudar sutilmente os pacientes a pensar e expressar verbalmente suas próprias razões em favor da mudança, e a explorar como seu comportamento ou estado de saúde atual pode afetar sua capacidade de alcançar seus objetivos de vida ou se alinhar com seus valores essenciais. (RESNICOW; MASTER, 2012).

A intenção de transferir ao paciente a responsabilidade de argumentar em favor da mudança é provocar a chamada “conversa sobre mudança” (*change talk*) –

afirmações do paciente que demonstra o reconhecimento da necessidade de mudança, preocupação com sua situação atual, intenção de mudar ou a crença de que a mudança é possível (MARKLAND et al., 2005).

Embora a EM seja eficaz, o “porquê” e “como” ela funciona ainda não foram totalmente compreendidos (MASON, 2009). A partir de evidências da literatura, Miller e Rose (2009) hipotetizaram diferentes caminhos pelos quais a EM pode facilitar a mudança de comportamento (Figura 1).



Fonte: MILLER; ROSE, 2009, tradução nossa.

Figura 1 - Relações hipotetizadas entre as variáveis de processo e resultado na Entrevista Motivacional

Uma hipótese “técnica” é que, a partir do uso proficiente da EM o profissional evoca a “conversa sobre a mudança” e, ao mesmo tempo, diminui a fala que sustenta o status quo (*sustain talk*) o que prediz a mudança comportamental. Outra hipótese, relacional, diz respeito à relação profissional-paciente, mais especificamente a habilidade terapêutica de compreensão empática (MILLER e ROSE; 2009).

2.2.4 Processos da entrevista motivacional

Miller e Rollnick (2013) assim como Miller e Arkowitz (2015) descrevem a EM como sendo composta por quatro processos: envolvimento, enfoque, evocação e planejamento:

- **Envolvimento:** é o processo de estabelecimento de aliança terapêutica, uma relação construtiva com um paciente, que facilita o trabalho. O envolvimento significa conectar-se ao paciente e garantir que ele se sinta compreendido, desta forma, as habilidades de aconselhamento

centradas na pessoa são importantes de serem utilizadas durante todo o processo terapêutico.

- **Enfoque:** é o processo de estabelecimento, com o consentimento do paciente, da direção da conversa sobre a mudança. Um erro comum na prática clínica é abordar muito rapidamente o tópico da mudança comportamental, sem estabelecer se o paciente está de acordo com isto. O enfoque visa envolver o paciente na decisão de uma direção para a conversa sobre mudança de comportamento que faça sentido tanto para o paciente como para o clínico.
- **Evocação:** a evocação está no cerne da EM. A partir do delineamento de um objetivo claro (enfoque) o paciente é incentivado a tornar-se um participante ativo no processo de mudança, evocando suas próprias motivações intrínsecas à mudança. É aqui que o terapeuta atende, em particular, à conversa sobre mudança do paciente, buscando evocar, entender, refletir, explorar e resumir. Quando parece haver disponibilidade suficiente para a mudança, a EM segue para o quarto processo.
- **Planejamento:** Nesta etapa, o paciente é capaz de vislumbrar a mudança e o processo que deve trilhar para alcançá-la. O espírito da entrevista motivacional estará contido neste planejamento - será dado apoio para a autonomia do paciente, a colaboração e compartilhamento de ideias serão respeitados. Assim como nos outros três processos, pode ser necessário revisar o planejamento periodicamente - por exemplo, se o paciente se deparar com obstáculos ou contratempos (as chamadas “recaídas”).

É importante ressaltar que estes processos não ocorrem de forma linear. De fato, na prática eles são bastante recursivos. Por exemplo, pode-se voltar atrás do planejamento para evocação, quando a motivação do paciente parece diminuir. Habilidades um pouco diferentes estão envolvidas em cada processo, contudo, as habilidades de envolvimento centradas na pessoa forma a sua base (MILLER; ARKOWITZ, 2015).

A Tabela 1 resume três questões principais da EM - os pressupostos teóricos, abordagens de aconselhamento e treinamento padronizado.

Tabela 1 – Características principais da entrevista motivacional

Pressupostos	
Visão da natureza humana	A mudança ocorre de forma natural (MILLER; ROLLNICK, 2013)
Origem da motivação	Interna (do próprio paciente) (ROLLNICK; MILLER, 1995)
Motivo dos problemas	Ambivalência em relação ao problema (ROLLNICK; MILLER, 1995)
Objetivo	Resolver a ambivalência, promover a autoeficácia (ROLLNICK; MILLER, 1995)
Abordagem de aconselhamento	
Origem	Experiência clínica (MILLER, 1983; ROLLNICK; MILLER, 1995; ROLLNICK; MILLER, 2012)
Estilo do aconselhamento	Diretivo (ROLLNICK; MILLER, 1995; MILLER; ROLLNICK, 2013)
Articulação do problema	Responsabilidade do paciente (ROLLNICK; MILLER, 1995)
Foco terapêutico	Explorar/resolver a ambivalência (ROLLNICK; MILLER, 1995)
Relação terapêutica	Parceria (ROLLNICK; MILLER, 1995)
Duração	Intervenção breve (aproximadamente de uma a duas sessões) (HETTEMA; STEELE; MILLER, 2005)
Condições para a mudança	Espírito da EM: Colaboração, evocação, respeito pela autonomia e compaixão (MILLER; ROLLNICK, 2013)
Habilidades principais	PARR-I Perguntas abertas; Escuta reflexiva; Afirmações; Resumos e fornecimento de Informações (ROLLNICK et al, 2008; MILLER; ROLLNICK, 2013; ROSENGREN, 2018)
Processos	Envolvimento; Enfoque; Evocação e Planejamento (MILLER; ROLLNICK, 2013; MILLER; ARKOWITZ, 2015)
Treinamento padronizado	
	Rede de Treinadores em Entrevista Motivacional (MINT, c2020)

Fonte: adaptado de MASON, 2009.

A EM vem sendo avaliada em uma ampla gama de mudanças de comportamento, sendo observada sua eficácia tanto na redução de comportamentos inadequados (por exemplo, alcoolismo, comportamentos de risco para o HIV) quanto na promoção de mudanças adaptativas no comportamento da saúde (como exercícios físicos, dieta, adesão a medicamentos) (MILLER; ROSE, 2009). Contudo, deve ser lembrado que a EM não foi concebida para ser uma abordagem abrangente do tratamento. Ela também não se destina a abordar todas as situações

e problemas apresentados a um profissional de saúde - por exemplo, pessoas que já estão prontas para a mudança não precisam da EM (MILLER; ROLLNICK, 2009).

2.3 FERRAMENTAS MOTIVACIONAIS: MODELO OPERACIONAL DO IDA INSTITUTE

O Ida Institute, estabelecido na Dinamarca, em 2008, é uma organização independente, sem fins lucrativos, que trabalha para integrar a abordagem centrada na pessoa (ACP) na reabilitação auditiva. Dentre outras atividades, o Ida Institute desenvolve diferentes ferramentas, materiais e recursos para auxiliar os profissionais a prestar atendimento com base na ACP.

Tendo como base, sobretudo, o modelo transteórico (MTT), a balança decisória e a entrevista motivacional, o Ida Institute criou três ferramentas motivacionais chamadas de “Linha, Quadrado e Círculo”. Estas ferramentas, disponíveis gratuitamente no website no Instituto, auxiliam os profissionais a levar o paciente a encontrar a própria motivação e a se responsabilizar pelas mudanças comportamentais necessárias ao tratamento. Com base nestas ferramentas, o Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um modelo operacional para auxiliar profissionais de saúde a entender e capacitar melhor os pacientes a mudarem seus estilos de vida e comportamento (TØNESSEN, 2012).

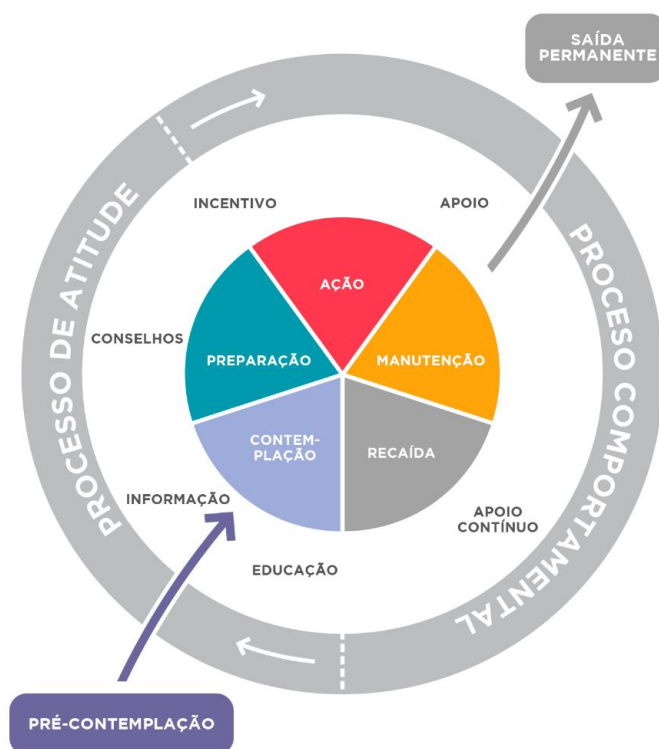
2.3.1 O Círculo

O Modelo Transteórico (TTM) é um modelo biopsicossocial integrativo, postulando que a mudança comportamental intencional ocorre ao longo de um processo, envolvendo o progresso através de diferentes estágios ou níveis de motivação. O construto “estágios de mudança” representa a dimensão temporal da mudança comportamental, ou seja, quando ocorrem mudanças de atitudes, intenções e comportamentos (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

O Círculo (Figura 2) representa sete estágios diferentes pelos quais um paciente passa ao mudar o comportamento: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção, recaída e saída permanente. As descrições destes estágios e exemplos de como eles se relacionam à área de reabilitação auditiva encontram-se no Quadro 4.

As estratégias que movem o indivíduo de um estágio para o outro são os processos de mudança. O construto "processos de mudança" descreve como as mudanças ocorrem, sendo divididas em afetivo-cognitivo (experiential) e comportamental (Figura 2). O MTT descreve dez mecanismos que, consciente ou inconscientemente, os indivíduos utilizam e envolvem para modificar um comportamento (PROCHASKA; VELICER, 1997).

Os processos atitudinais se concentram nos pensamentos e/ou sentimentos do indivíduo acerca do comportamento e tendem a ser mais importantes nos estágios de mudança iniciais (pré-contemplação e contemplação). Os processos comportamentais fornecem as ferramentas que são necessárias para levar o indivíduo à ação, sendo mais usados nos estágios de preparação, ação e manutenção. (IDA INSTITUTE, 2009a).



Fonte: JØRGENSEN et al., 2003 apud Ida Institute, 2009a, tradução nossa.

Figura 2 - Círculo

Estágio	Descrição
Pré-contemplação	O indivíduo não tem consciência da existência do problema. apesar de outras pessoas poderem perceber; além disso, pode simplesmente não ter nenhuma informação sobre o problema ou mesmo negar que exista algo de errado; é improvável que um paciente neste

	estágio mude seu comportamento (PROCHASKA; DI CLEMENTE, 1982). Exemplo: o indivíduo considera que não escuta somente em algumas situações ou que as pessoas falam baixo, concluindo que não precisa de ajuda profissional
Contemplação	O indivíduo começa a admitir que existe um problema, tem a intenção de iniciar uma mudança, porém, nada de concreto é realizado. Pondera os prós e contras, mas ainda não está pronto para tomar nenhuma decisão, podendo ficar preso neste estágio por longos períodos (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; VELICER, 1997). Exemplo: o indivíduo pode reconhecer que a dificuldade de escutar as pessoas o isola de situações sociais, mas, ao mesmo tempo, compreende que o uso do AASI irá interferir com o seu autoconceito.
Preparação	Existe prontidão para estabelecer metas e prioridades. Os indivíduos podem começar a buscar informações sobre seus problemas e procurar tratamento. A ambivalência continua a existir, porém, em menor grau. Exemplo: o indivíduo busca informações para apoiar sua decisão. Pode solicitar que o fonoaudiólogo forneça informações sobre a progressão da perda auditiva, o preço do AASI, entre outros (CLARK, 2010).
Ação	O indivíduo modifica o seu comportamento, experiências ou ambiente para superar problemas e tais mudanças são evidentes. (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992) Exemplo: O indivíduo passa a utilizar o AASI ou a realizar terapia fonoaudiológica.
Manutenção	O indivíduo persiste na mudança de comportamento e há um esforço para evitar recaídas nos estágios anteriores (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992) Exemplo: o indivíduo tornou-se um usuário de aparelho auditivo e /ou está usando estratégias de comunicação eficazes, além disso, busca assistência quando necessário (IDA INSTITUTE, 2009a).
Recaída	Não se trata de um estágio. Ocorre quando o indivíduo não consegue manter seu comportamento e tenha uma recaída em seguida, podendo voltar aos estágios anteriores (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). Exemplo: o indivíduo desiste de usar o AASI ou estratégias de comunicação (IDA INSTITUTE, 2009a).

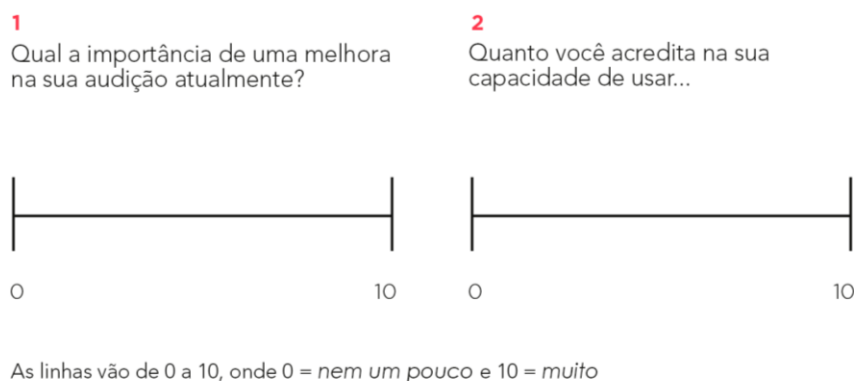
Quadro 4 – Estágios de mudança segundo o modelo transteórico

2.3.2 A Linha

A Linha é uma escala visual analógica sendo utilizada como uma forma de entender a motivação do paciente e seu grau de prontidão à mudança.

A partir de um trabalho piloto com fumantes e na revisão da literatura, Rollnick, Mason e Butler (1999) desenvolveram uma estratégia para estruturar consultas breves. A construção de diferentes modelos na psicologia da saúde se concentra em dois conceitos: o quanto importante é a mudança para o indivíduo (crenças na saúde, expectativas de resultados) e o quão confiante ele se sente em fazer o que é necessário para obter sucesso (autoeficácia). Em outras palavras, o “por quê” mudar e o “como” mudar, respectivamente. Níveis altos de importância e confiança levam ao aumento da prontidão para mudar. Os autores desenvolveram uma breve avaliação numérica dessas dimensões.

Consiste em duas linhas paralelas (Figura 3), com uma escala de 0 (nem um pouco) a 10 (muito). O paciente é solicitado ao indicar nessa escala de 0 a 10 a resposta para duas as perguntas (TØNESSEN, 2012).



Fonte: IDA INSTITUTE, 2009b, tradução nossa.

Figura 3 – Escala visual analógica (Linha)

A primeira pergunta verifica a importância que a pessoa dá a determinada mudança de comportamento em sua vida (CLARK, 2010) e auxilia o paciente a avaliar suas próprias motivações e prontidão para melhorar a audição/comunicação (FERGUNSON et al., 2016).

Supondo que um dado paciente atribua a pontuação “3” para a primeira pergunta. Esta pontuação é baixa e, em princípio, indica que o paciente não parece ter interesse em melhorar sua audição (comunicação). O profissional, poderá auxiliar o paciente a explorar esta resposta, perguntando qual a razão de não ter atribuído um número menor (por exemplo, 1 ou 0). Ao responder esta pergunta o paciente provavelmente comentará sobre as razões individuais para melhorar a audição/comunicação (CLARK, 2010; TØNESSEN, 2012).

Posteriormente, o profissional pode expandir esta reflexão, fazendo perguntas abertas a respeito do estilo de vida do paciente, suas metas e objetivos, podendo revelar as situações em que o paciente deseja melhorar sua audição (comunicação) e que ele nem mesmo estava ciente (IDA INSTITUTE, 2009b).

A segunda pergunta é realizada de acordo com a terapêutica proposta – por exemplo, uso do AASI, uso de um equipamento auxiliar, uso de estratégias de comunicação. Essa pergunta indica quanto investimento o paciente está proposto a realizar para mudar (CLARK, 2010) e auxilia-o a avaliar sua autoeficácia quanto à

terapêutica selecionada, identificando qualquer medo ou falta de confiança (FERGUNSON et al., 2016). O processo é o mesmo citado anteriormente - após o paciente indicar a pontuação o profissional auxilia o paciente a explorar a resposta, considerando os motivos de não ter atribuído uma pontuação menor.

O profissional também pode questionar o que seria necessário ou como ele pode auxiliar para que a pontuação nesta segunda pergunta aumente. Esta pergunta pode ajudar o paciente a expressar as preocupações que necessitam consideradas para aumentar sua autoeficácia. É possível desenvolver a conversa para tratar as inibições que o paciente talvez tenha ao agir em sua perda auditiva, as quais podem estar relacionadas a estilo de vida, estigma relacionado ao uso do AASI, etc. (IDA INSTITUTE, 2009b).

2.3.3 O Quadrado

Com base na pesquisa de pessoas submetidas a decisões estressantes, Jannis e Mann concluíram que um dos indicadores de uma tomada de decisão bem-sucedida é uma contemplação completa de todas as consequências da decisão. (TØNESSEN, 2012). Para isto, utilizaram a “balança decisória” para facilitar este processo (Figura 4).

No modelo de matriz de 2 x 2, o “Quadrado” oferece um panorama que inclui quatro itens: (1) benefícios de não se fazer nada – permite ao profissional explorar quais são as vantagens consideradas pelo paciente caso ele não faça nada para mudar sua situação; (2) custos de não se fazer nada – por exemplo: as frustrações que acontecem quando o paciente não é compreendido por alguém, as discussões por conta disso e o que significa não ouvir os familiares ou se afastar de atividades sociais; (3) possíveis custos de se fazer alguma coisa – por exemplo: “usar o AASI vai afastar as pessoas de mim devido à aparência”; e (4) possíveis benefícios de se fazer alguma coisa – por exemplo: “vou trabalhar melhor e terei menos conflitos na família” (CLARK, 2010).

BENEFÍCIOS DE NÃO SE FAZER NADA	CUSTOS DE NÃO SE FAZER NADA
POSSÍVEIS CUSTOS DE SE FAZER ALGUMA COISA	POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DE SE FAZER ALGUMA COISA

Fonte: IDA INSTITUTE, 2009a, tradução nossa.

Figura 4 – Balança decisória (Quadrado)

A literatura na área de psicologia social indica que o saldo de prós e contras de um dado indivíduo (uma medida passiva da balança decisória) reflete sua prontidão e a probabilidade de mudança. No entanto, como procedimento clínico, a balança decisória envolve evocar e explorar ativamente todos os prós e contras da mudança, fazendo com que os clientes expressem tanto a conversa sobre mudança quanto a de manutenção do status quo (MILLER; ARKOWITZ, 2015).

Segundo Miller e Rollnick (2009), a balança decisória não é um método de uso rotineiro. Pode ser utilizada em pacientes que estão ainda nos estágios iniciais de prontidão para mudança, que oferecem relativamente poucos argumentos a favor da mudança. Deve-se perguntar primeiro sobre os prós a respeito do comportamento atual e, em seguida, perguntar sobre os contras.

2.4 A COMUNICAÇÃO CENTRADA NO PACIENTE E O TREINAMENTO DO FONOAUDIÓLOGO

No Brasil, desde 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2002) definem o modelo biopsicossocial como uma das diretrizes para o ensino superior na área da saúde, incluindo a fonoaudiologia. No entanto, por razões históricas, as matrizes curriculares e as práticas de ensino ainda são fortemente influenciadas pelo modelo biomédico (DE MARCO, 2006).

Até o presente momento, não foram encontrados estudos nacionais que tenham avaliado as matrizes curriculares dos cursos de Fonoaudiologia ou as competências de fonoaudiólogos/estudantes de fonoaudiologia para atuação pautada na abordagem centrada na pessoa.

Nos Estados Unidos, Phillips e Mendel (2008) realizaram um levantamento com 28 indivíduos a fim de analisar seu preparo para realizar atividades de aconselhamento ao começarem sua prática clínica, além de examinarem também a quantidade de treinamento em aconselhamento oferecida durante a formação profissional. A grande maioria (93,3%) concordou que a oferta de aconselhamento a pacientes e familiares faz parte do escopo das funções do fonoaudiólogo e acredita que o treinamento nesta área (86,7%), de forma tanto teórica quanto prática, é responsabilidade dos programas de formação profissional. Apenas 20% disseram ter realizado cursos de aconselhamento oferecidos durante o programa, e a maioria (60%) relatou sentir que o aconselhamento não foi parte integral do programa. Apenas 33,3% relataram que se sentem preparados para realizar aconselhamento a pacientes depois da conclusão do curso.

Whicker et al. (2017) realizaram um levantamento dos 73 programas norte-americanos acreditados para formação profissional na área da audiolgia. Dos 53 programas que responderam ao levantamento, 40 possuíam um curso voltado para o aconselhamento. As ementas de 30 de tais cursos foram analisadas. Conforme indicado nos planos de ensino, o conteúdo abordado sugere bastante inconsistência nos tópicos dos programas. “Teorias de aconselhamento” foi o tópico abordado com a maior frequência. Outras áreas essenciais à compreensão básica do aconselhamento em audiolgia também não foram amplamente representadas nos planos de ensino estudados. Os resultados também indicam que não está claro como os cursos de aconselhamento oferecem aos alunos oportunidades de desenvolver suas habilidades de aconselhamento.

Dockens, Bellon-Harn e Manchaiah (2016) verificaram, por meio de um instrumento de autoavaliação chamado *Patient-practitioner Orientation Scale* (PPOS – Escala de Orientação Médico-paciente, em tradução livre), que graduandos de Fonoaudiologia norte-americanos, os quais ainda não haviam começado a atuação clínica, exibiram preferência pela abordagem centrada no paciente. Os autores sugeriram o aprimoramento do programa do curso para que os estudantes possam desenvolver habilidades pertinentes a este modelo, como a empatia.

Em outro levantamento realizado nos EUA, 143 estudantes do último ano de formação clínica indicaram que o aconselhamento é parte importante da prática audiológica e relataram uma grande inconsistência na supervisão de aconselhamento que receberam. Menos da metade relatou ter passado por experiências consistentes de ensino e de recebimento de feedback com foco em aconselhamento por parte dos seus supervisores clínicos. Também houve variabilidade nas percepções dos alunos em relação a alguns aspectos, como a importância de se abordar os desafios internos e externos dos pacientes, além de explorar seu desejo de conversar com outras pessoas, o que pode indicar inconsistências no ensino de aconselhamento desses programas (WHICKER, MUÑOZ; SCHULTZ, 2018).

As oportunidades limitadas de treinamento podem explicar por que muitos estudantes questionam sua própria qualificação para lidar com aspectos psicossociais. Um levantamento online com 209 estudantes de cursos de Audiologia buscou descobrir o que esses alunos identificam como essencial no aconselhamento de pacientes e com quais tipos de suporte gostariam de poder contar. Foi observado que 42% já haviam concluído um curso sobre aconselhamento, 8% estavam atualmente matriculados, 41% iriam realizar o curso futuramente e 9% estavam em um programa que não oferecia tal curso. Os aspectos que mais preocupavam os alunos foram a) lidar com situações em que o paciente apresenta raiva ou hostilidade (33,7%), b) não saber responder a uma pergunta do paciente (30,7%) e c) informar aos pais o diagnóstico da perda auditiva de seu filho (28,2%). As autoras concluíram que são necessários mais materiais didáticos para que seja possível atender às necessidades dos alunos em relação ao aconselhamento (ENGLISH; ZOLADKIEWICZ, 2005).

Pelo exposto, é necessário criar estratégias para que se fortaleça, durante a formação profissional, o desenvolvimento de habilidades e competências, oferecendo apoio à relação empática, à solidariedade e à colaboração entre profissional e paciente.

English et al. (1999) conduziram um estudo preliminar para avaliar a aprendizagem de 14 alunos em treinamento profissional em audiologia quanto à diferenciação entre mensagens de conteúdo e mensagens afetivas, além de como responder adequadamente a cada tipo de mensagem. Um instrumento de oito itens, criado pelas autoras, foi aplicado pré e pós-participação em um curso a fim de

verificar se os alunos eram capazes de reconhecer e responder de forma adequada as expressões de preocupações sobre ajuste pessoal. As respostas dos alunos foram classificadas em uma escala de 1 (resposta totalmente técnica) a 5 (resposta totalmente afetiva). Antes do curso, observou-se que 88% das respostas fornecidas foram técnicas. Após o curso, esse número diminuiu para 28%, sendo também observado aumento nas respostas de cunho afetivo. Pelo fato de o estudo não empregar um grupo controle, não foi possível atribuir essa mudança apenas à participação no curso (ENGLISH et al., 1999).

English e Archbold (2014), por sua vez, aplicaram um questionário pós-curso em 24 audiologistas britânicos que participaram de programas formativos de audiologia no Reino Unido, apresentando quatro perguntas sobre a mudança de práticas clínicas. Todos os participantes indicaram algum grau de mudança, bem como uma mudança na dinâmica profissional-paciente, além de oferecerem aos pacientes mais oportunidades para que se comunicassem. Os participantes também responderam que continuariam a utilizar o material do curso e que ainda incentivariam os colegas de trabalho a serem menos prescritivos e a usarem ferramentas e questionários de reabilitação a fim de manter o foco nas questões dos pacientes (ENGLISH; ARCHBOLD, 2014)

Um estudo de Berg et al. (2008) teve como objetivo determinar se a exposição a narrativas de deficiência e perda auditiva aumentaria as respostas afetivas frente a indivíduos com deficiência auditiva. Para isso, 35 alunos de um curso de Ciências e Distúrbios da Comunicação responderam a oito situações, sendo que 16 deles não tiveram contato prévio com narrativas de deficiência e perda auditiva e 19 deles tiveram. Um questionário sobre o papel do audiologista na reabilitação foi aplicado no primeiro dia de aula e, posteriormente, no fim do curso, outro questionário com as oito situações foi entregue aos estudantes. Descobriu-se que os alunos expostos às narrativas incorporaram mais elementos afetivos em suas respostas técnicas em comparação àqueles que não foram expostos. O estudo concluiu então que essa exposição parece ajudar os alunos a ouvir o que está nas entrelinhas, o que segundo os autores é um componente essencial à habilitação e à reabilitação audiológica.

Até o presente momento não foram identificadas pesquisas, nacionais ou internacionais, que tenham avaliado o ensino da entrevista motivacional na área da

fonoaudiologia. Desta forma, serão apresentados alguns resultados obtidos com o treinamento em outras áreas da saúde.

Poirier et al. (2004) avaliaram se o treinamento em entrevista motivacional era capaz de melhorar as habilidades de alunos de medicina e sua confiança no aconselhamento de pacientes quanto à mudança de comportamento. O curso tinha um formato de dez horas divididas em cinco sessões, e os pesquisadores pediram aos participantes que preenchessem um formulário com 8 questões tanto no primeiro encontro quanto ao final da última sessão. Descobriu-se que, depois do curso, houve aumento de 25% no conhecimento sobre o assunto e de 72% na confiança sobre o conhecimento em entrevista motivacional.

Em um estudo que avaliou uma nova abordagem sobre Entrevista Motivacional em um curso de medicina de uma universidade estadunidense, pesquisadores descobriram que, depois de dois anos, os 112 alunos pesquisados alcançaram um nível de proficiência na taxa de reflexões e ficaram um pouco abaixo desse mesmo nível em relação à avaliação do espírito de empatia e entrevista motivacional. Além disso, os dados de questionários demonstraram que 83% dos alunos sentiram que essa abordagem no curso ajudou a todos se sentirem mais confortáveis para discutir sobre mudança de comportamento com os pacientes e que 98% consideraram a entrevista motivacional uma habilidade útil para médicos (WHITE; GAZEWOOD; MOUNSEY, 2007).

A despeito dessas evidências, existem fatores que podem competir com o ensino de habilidades relacionadas à abordagem centrada na pessoa. Tai, Barr e Woodward-Kron (2017) realizaram um estudo qualitativo com nove coordenadores de curso de formação profissional em audiologia na Austrália a fim de examinar suas perspectivas, assim como barreiras e facilitadores para o ensino dessa abordagem centrada na pessoa. Os participantes descreveram a cultura da profissão de audiologista como biomédica, cujo desenvolvimento do programa de ensino e aprendizagem do aluno dão prioridade a habilidades técnicas. Também foram relatados fatores contextuais que dificultam o desenvolvimento curricular do cuidado centrado na pessoa na audiologia, como limitações de horários, necessidade de capacitação de pessoal em cuidado centrado na pessoa e restrições financeiras para utilização de metodologias que permitam a vivência do aluno, como o paciente simulado.

O ensino a distância pode ser uma estratégia para manejar limitações de tempo e treinamento de docentes para ministração de cursos voltados à abordagem centrada na pessoa. Alguns estudos avaliaram o potencial do ensino a distância para a aprendizagem de habilidades de aconselhamento de ajuste pessoal, que estão relacionadas ao modelo centrado na pessoa. English, Rojeski e Branham (2000) descreveram os resultados de um curso de aconselhamento ministrado a distância para audiologistas em meio de carreira. Os pesquisadores descobriram que os alunos demonstraram resultados de aprendizagem comparáveis aos de salas de aula tradicionais, além de uma melhora na habilidade de oferecer respostas de natureza afetiva aos comentários dos pacientes.

Crandell e Weiner (2002) realizaram um estudo para mensurar a eficiência de programas de ensino de audiologia a distância ao ensinar habilidades de aconselhamento. Participaram 183 indivíduos matriculados em cursos EAD de aconselhamento de 8 semanas, os quais responderam a um questionário de 25 itens atribuindo notas de 1 a 5 (sendo 1=Essa aula diminuiu a qualidade das minhas habilidades de aconselhamento nesta área e 5=Essa aula trouxe uma enorme melhora às minhas habilidades de aconselhamento nesta área). Os autores do estudo descobriram que mais de 70% dos participantes indicaram uma melhora de grande a enorme em suas habilidades de aconselhamento, e mais de 90% relataram que o curso a distância melhorou de alguma forma suas habilidades de aconselhamento.

Os cursos online abertos e massivos, conhecidos como MOOCs (do inglês, *massive online open course*), são cursos online oferecidos para o acesso de milhares de pessoas. As estruturas desses cursos variam, podendo ser oferecida oportunidade de contato entre tutores e alunos por meio de fóruns de discussão, além de feedback individualizado dependendo do tamanho da turma (HELLER, 2014).

Por perceberem que os MOOCs são a evolução natural do ensino por uma questão tanto educacional quanto mercadológica, várias universidades criaram parcerias com plataformas de publicação de MOOCs, que incluem Coursera, edX, Udacity e eduK, para citar algumas. Por um lado, a oferta de conteúdos nessas plataformas é valiosa para os pesquisadores, que podem obter dados de milhares de alunos e usá-los em estudos sobre a eficácia desses programas (REICH, 2015). Por outro, oferecem facilidade de acesso aos estudantes e personalização da

avaliação ao professor, além da mobilidade que isso oferece ao aluno, já que o material pode ser acessado a qualquer momento em qualquer dispositivo.

De acordo com Kellog (2013), a criação de um MOOC exige atenção rigorosa a detalhes e não é apenas uma aula gravada em vídeo e publicada na internet, pois é necessário ter em mente um público mais vasto e diversificado que o de outros formatos de educação a distância. Segundo Anant Agarwal, presidente da edX entrevistado pela autora, é necessário refletir sobre como o material educacional pode ser oferecido em frações aos alunos e sobre como é preciso guiar a discussão dos estudantes dentro dos fóruns.

Para Heller (2014), o desenvolvimento dos MOOCs aconteceu por dois avanços recentes: a internet, cujo alcance é praticamente onipresente, e a popularização do código aberto (também conhecido como *open source*), com o qual qualquer programa pode ser desenvolvido e publicado gratuitamente.

Para Kellog (2013), uma das principais diferenças entre cursos nesse formato e o aprendizado presencial é o fato de os alunos não precisarem aprender todos a mesma coisa ao mesmo tempo. Algumas plataformas disponibilizam o material por um longo tempo depois do período oficial, e outras oferecem apenas em períodos programados para que os fóruns de discussão sejam sempre monitorados.

Uma pesquisa demonstrou que cursos online se beneficiam da relação entre motivação, número de mensagens publicadas nos fóruns virtuais e número de membros nos grupos de estudo online (BARAK; WATTED; HAICK, 2016). Além disso, também foi comprovado que alunos de cursos online apresentavam mais motivação que seus colegas que realizavam o mesmo curso presencialmente. Devido à natureza aberta dos cursos massivos, esses alunos geralmente escolhem apenas determinados segmentos do material que satisfaçam suas necessidades e objetivos pontuais (KIZILCEC; SCHNEIDER, 2015).

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivos:

- Verificar a aplicação da entrevista motivacional no tratamento da deficiência auditiva sensorioneural.
- Realizar o processo de localização para o público brasileiro do curso *Client Engagement and Ida Motivation Tools* desenvolvido pelo *Ida Institute*.

4 DESENVOLVIMENTO

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 A ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DAS ALTERAÇÕES AUDITIVAS: REVISÃO SISTEMÁTICA

A fim de verificar a aplicação da entrevista motivacional no tratamento da deficiência auditiva sensorineural, foi realizada uma revisão sistemática da literatura.

4.1.1 Metodologia

4.1.1.1 Critério de elegibilidade

No que se refere aos participantes, nesta revisão foram incluídos adultos (idade > 18 anos) com perda auditiva sensorineural, uni ou bilateral, de qualquer grau.

Foram incluídos estudos empíricos, retrospectivos ou prospectivos, ensaios clínicos randomizados, estudos quasi-experimentais, pré e pós-teste e relatos de caso. Artigos de revisão narrativa, protocolos de ensaios clínicos e opinião de especialistas foram excluídos.

A intervenção deveria ter sido realizada por um profissional de saúde auditiva, com alguma forma de treinamento em entrevista motivacional (EM). A intervenção deveria abranger habilidades, princípios, estratégias ou processos da EM e se concentrar em auxiliar os indivíduos na modificação de um comportamento de saúde. Não houve limitação quanto ao número de sessões ou ao modo de fornecimento (por exemplo, presencialmente ou a distância).

Os artigos deveriam avaliar os resultados da EM sobre o comportamento ou resultados da saúde dos participantes. Foram considerados elegíveis estudos com qualquer condição de comparação que não incluísse a EM ou sem nenhuma condição de comparação.

4.1.1.2 *Estratégia de busca*

Foi realizada uma busca primária nas seguintes bases de dados eletrônicas: Virtual Health Library, CINAHL, Embase, PsycINFO, MEDLINE, Scopus, Web of Science (Core Collection). A “Biblioteca Brasileira Digital de Teses e Dissertações” e ProQuest foram utilizadas para buscas de dissertações e teses não publicadas. Uma pesquisa secundária foi realizada por meio da revisão das listas de referências bibliográficas dos artigos recuperados.

A busca foi finalizada em 31 de outubro de 2019, abrangendo todo o período anterior a esta data. Não houve limitação do país de publicação, porém, houve limitação do idioma, sendo considerado apenas o português, o inglês e o espanhol.

Os termos de pesquisa em português, em inglês ou em espanhol, bem como as estratégias de pesquisa, foram definidos pelos autores com a assistência de uma bibliotecária de referência. Os termos incluíram “motivation*”, “interview*”, “audiol*,” and “hearing”. Foram usados símbolos de truncamento para incluir as variações das palavras. Os termos foram combinados com os operadores booleanos OR, AND e NOT, criando assim strings específicas para aos requisitos de cada base de dados e obter o maior número possível de resultados relevantes.

4.1.1.3 *Extração de dados e síntese de resultados*

Os dados foram extraídos independentemente por dois revisores, por meio de uma tabela de verificação padronizada, com as seguintes informações: sobrenome dos autores; ano de publicação; país onde o estudo foi realizado; objetivos do estudo (relacionados ao tópico desta revisão), características dos participantes e medidas de desfecho. Informações sobre os principais riscos de vieses também foram registradas. Discrepâncias foram resolvidas por discussão.

4.1.1.4 *Forma de análise*

Foi realizada uma análise qualitativa dos estudos incluídos. Os dados dos estudos foram resumidos e apresentados em suas unidades naturais.

4.1.2 Resultados

O processo de busca nas bases de dados retornou 130 referências. Após exclusão das duplicatas (n=72), os 52 títulos restantes foram triados pela leitura de títulos, resultando em outra exclusão de 20 referências. Dois revisores realizaram a leitura dos resumos (n=32) e, a partir disto, oito estudos foram recuperados na íntegra. Estes mesmos revisores realizaram a leitura do completo desses artigos e os classificaram como potencialmente elegíveis ou não (Figura 5).

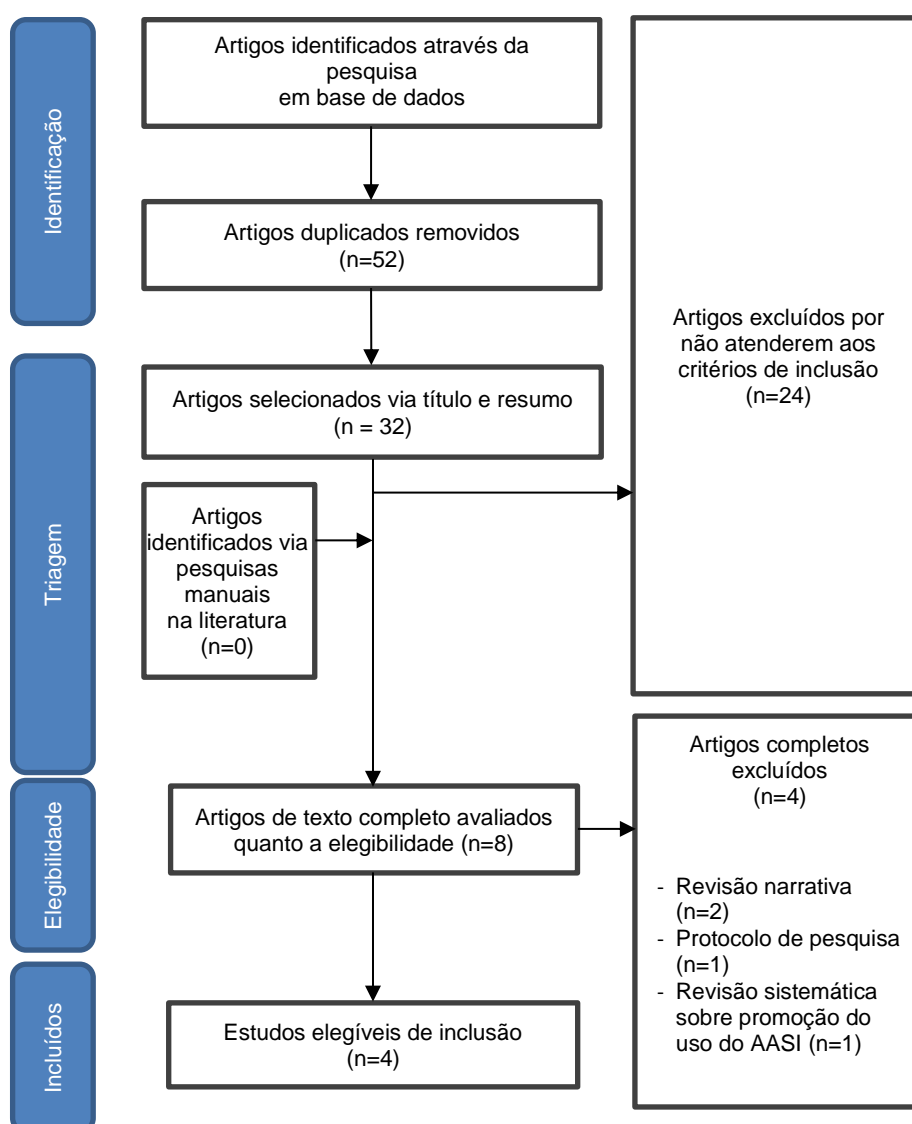


Figura 5 - Fluxograma da seleção dos estudos para a revisão

As principais características dos estudos incluídos e a avaliação do risco de viés encontram-se respectivamente nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Resumo das características dos estudos incluídos

AUTOR, ANO, PAÍS	DESIGN DO ESTUDO	OBJETIVO (relacionado à revisão)	POPULAÇÃO	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES	MEDIDAS DE DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Aazh, 2016, Reino Unido	Ensaio clínico cego randomizado	Viabilidade de estudo randomizado sobre o efeito da EM no uso de AASI	n=37 GC: 17 (10 homens, 7 mulheres) - Média de idade: 69±13,6 anos - Média do limiar: 30±10 dB NA EM: - 20 (12 homens, 8 mulheres) - Média de idade: 75±8,8 anos - Média do limiar: 31±10 dB NA	GC: - Sessões de prática clínica de rotina por audiologista sem treinamento em EM; duração média: 37±14,1 min. EM: Sessão de EM por audiologista com treinamento em EM: - 41±11,2 min. para EM - Tempo restante: revisão e ajuste do AASI Treinamento em EM: - Workshop de EM de 2 dias - 30h de prática com EM em clínicas de audiologia - 10h de supervisão/treinamento com especialistas em EM para análise e codificação das gravações das sessões de EM - 100h de aprendizado autodirigido Todas as sessões gravadas e pontuadas via MITI	GC e EM Administração na linha de base e acompanhamento (1 mês após a intervenção): - RCR, IOI-HA, GHABP, MICI, COSI, WHO-DASII e HADS (100% dos participantes) - IOI-HA-SO (51% dos participantes) Apenas EM Administração no acompanhamento: - Avaliação da entrevista motivacional (CEMI)	Correlação forte entre horas de uso (datalog) e mudança nas medidas de desfecho: IOI-HA (r=0,8; p<0.005), GHABP (r=0,7; p<0,001), IOI-HA/SO (r=0,8; p<0,005). Aumento do uso diário do AASI em horas: - EM: de 1±1,5 para 7±3,7 - GC: de 1,3±2 para 4±3,6 Tamanho do efeito do <i>d</i> de Cohen = 0,98 (95% IC: 0,3 para 1,7) Pontuações IOI-HA/SO, RCR, COSI e GHABP: melhora nos 2 grupos. Tamanhos de efeito pequenos entre os grupos (<i>d</i> de Cohen). Leve melhora de HADS e WHO DASII nos 2 grupos Média do MITI maior para EM. Média de pontuação CEMI: 56±4,3 (intervenção bem recebida).

AUTOR, ANO, PAÍS	DESIGN DO ESTUDO	OBJETIVO (relacionado à revisão)	POPULAÇÃO	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES	MEDIDAS DE DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Solheim, 2018, Noruega	Intrassujeitos, pré-teste/pós-teste	Efeito da EM em idosos, usuários inconsistentes de AASI	n=47 24 homens, 23 mulheres Média de idade: 76,8±8,9 anos Média do limiar (0.125–8 kHz): 44,2±8,8 dB NA Média de experiência prévia com AASI: 7,8±5,2 anos (n=18) Média de horas de uso: <90 min./dia (datalog)	6 meses após a adaptação AASI: Ajuste fino do AASI (30 min. com audiologista técnico) e aconselhamento de ajuste pessoal (30 min. com audiologista educacional) Participantes com uso de AASI < 90 min./dia: - EM (30 min. com audiologista educacional (participou de 2 dias de oficina de treinamento para EM) Sessão de EM com 4 estágios (envolvimento, enfoque, evocação e planejamento) - Habilidades PARR. 9 meses após adaptação do AASI (30 min. com audiologista educacional): - Datalog - Entrevista sobre a experiência com o AASI	- Uso do AASI (datalog) aos 6 e 9 meses - Experiências com AASI aos 9 meses (entrevista) - Problemas de manipulação do AASI - Percepção da necessidade do AASI - Mudança na percepção da necessidade e benefício do AASI	Acompanhamento aos 9 meses (n=37) Média de uso do AASI (horas): - Aumento de 21min.±29min. para 1h52±1h40 (Wilcoxon Z=4,61, p<0,001). - Correlação entre 6 e 9 meses (r=0,34; p=0,04) Sem influência de idade, sexo, grau de perda auditiva ou experiência prévia com AASI: Experiência com AASI: aumento do benefício do AASI: 57% (n=21) Aumento da necessidade do AASI: 59% (n=22) Problemas de manipulação do AASI: 41% (n=15)

AUTOR, ANO, PAÍS	DESIGN DO ESTUDO	OBJETIVO (relacionado à revisão)	POPULAÇÃO	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES	MEDIDAS DE DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Ferguson, 2016, Reino Unido	Prospectivo, quasi-randomizado, controlado, com 2 braços	- Viabilidade de implementação das ferramentas motivacionais em um serviço público de audiologia; - Avaliação dos benefícios da EM em novos usuários de AASI	n=68 EM: 32 (16 homens, 16 mulheres); Média do limiar (0.25-4 kHz): 35,03±9,5 dB NA; Média de incapacidade (GHABP): 54,05%±16,1; Média idade=71,85±9,7 GC: 36 (18 homens, 18 mulheres) Média do limiar (0.25-4 kHz): 35,60±10,5 dB NA; Média de incapacidade (GHABP) 46,64%±16,5; Média idade=70,31±9,8	EM: 2 audiologistas (treinamento via workshop de 3 dias) GC: 3 audiologistas - tratamento padrão Nas consultas de avaliação e adaptação do AASI - Ferramentas do Ida Institute: - Linha (escala visual analógica): prontidão e autoeficácia - Caixa (balança decisória): custos e benefícios - Círculo (modelo transteórico)	Na avaliação audiológica e 10 semanas após adaptação do AASI - Benefício do AASI (GHABP), - Intervenção na saúde auditiva (HHCIR), - Ansiedade/depressão (HADS), - Medidas de ativação (PAM) Na consulta de adaptação - Experiência com o audiologista (AOS) 10 meses após a adaptação: - Uso do AASI (Datalog) - Autoeficácia para AASI (MARS-HA) - Satisfação (SADL)	Na avaliação e adaptação do AASI: - Prontidão (Linha): GC maior que EM (p=0,047) Nenhuma diferença intragrupo - Autoeficácia (Linha) Nenhuma diferença intra ou intergrupos Círculo (apenas EM): p=0,006 - Avaliação: 83,2% no estágio de Preparação - Adaptação: 89,9 no estágio de Ação Na consulta de avaliação Diferença entre EM e GC: - HHCIR: autoeficácia (p<0,001) - HADS: EM com pontuações significativamente menores (melhores) nas escalas Geral (p=0,028) e Ansiedade (p=0,007) Na adaptação: AOS geral: sem diferença entre grupos Diferença na interpretação da questão (p=0,025) e na tomada de decisão (p=0,047) No acompanhamento: sem diferença entre grupos Avaliação x acompanhamento: HADS: nenhuma diferença significativa entre grupos PAM:

AUTOR, ANO, PAÍS	DESIGN DO ESTUDO	OBJETIVO (relacionado à revisão)	POPULAÇÃO	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES	MEDIDAS DE DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Zarenoe, 2016, Suécia	Ensaio clínico randomizado controlado	Testar os efeitos da EM em reabilitação com AASI com usuários iniciantes de AASI com zumbido e perda auditiva	<p>n=46</p> <p>EM (n=23):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 homens, 7 mulheres; - média de idade: 56,5±8,3 anos - Média do limiar de tom puro: 17,7±10,5 dB NA - Perda auditiva: simétrica (n=16; 70%); de alta frequência (n=22; 96%) - Zumbido bilateral: n=15 (65%) - Adaptação de AASI bilateral: n=13 (57%) <p>GC (n=23):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 homens, 8 mulheres; - Média de idade: 62,8±10,8 anos - Média do limiar: 26,9±11,7 dB NA (p<0,007) - Perda auditiva: simétrica (n=16; 70%); de alta frequência (n=21; 91%) - Zumbido bilateral: n=18 (78%) - Adaptação de AASI bilateral: n=18 (78%) 	<p>EM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptação/ajuste fino do AASI Técnicas breves em EM: habilidades PARR - Audiologista com 16 horas de treinamento em EM e 1 ano de educação acadêmica em comunicação na área da saúde - 4 processos: envolvimento, foco, evocação, planejamento <p>GC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptação/ajuste fino do AASI - Reabilitação auditiva tradicional 	<p>Na linha de base e 3 meses após adaptação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Handicap de zumbido (THI) Efeito da reabilitação com AASI: IOI-HA 	<p>EM:</p> <p>Linha de base THI (40,6±21,1) e acompanhamento (21,8±12,4): p<0,001</p> <p>Linha de base IOI (28,2±4,8) e acompanhamento (30,3±4,5): p<0,038</p> <p>GC:</p> <p>Linha de base THI (30,7±21,6) e acompanhamento: 25,8±20,4): p<0,006</p> <p>Linha de base IOI (25,7±3,5) e acompanhamento: 27,2±3,7): p<0,026</p> <p>Mudança no THI ao longo do tempo maior para EM (p<0,013)</p> <p>Nenhuma diferença entre grupos no IOI-HA</p> <p>Número de visitas EM (3,3±0,9) menor que GC (34,1±1,2) (p<0,022)</p>

Legenda: AASI: aparelho de amplificação sonora individual; CEMI: Avaliação do paciente da entrevista motivacional; COSI: Client Oriented Scale of Improvement; EM: entrevista motivacional; GC: grupo controle; GHABP: Glasgow Hearing Aid Benefit Profile; GI: grupo intervenção; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HHCIR: Hearing Health Care Intervention Readiness; IC: intervalo de confiança; IOI-HA: International Outcome Inventory for Hearing Aids; MARS-HA: Measure of Audiologic Rehabilitation Self-efficacy for Hearing Aids; MITI: Motivational Interviewing Treatment Integrity; OARS: perguntas abertas, afirmação, escuta reflexiva e resumo das reflexões; PA: perda auditiva; PAM: Short Form Patient Activation Measure; PTA: Média de limiar: média de 0,5; 1; 2 e 4 kHz na melhor orelha; RCR: Readiness-to-Change Ruler; SADL: Satisfaction with Amplification in Daily Life; THI: Tinnitus Handicap Inventory; WHO-DAS II: World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

Tabela 3 – Risco de vieses dos estudos incluídos

Estudo	Cálculo amostral	Redução de efeito de ordem	Equivalência experimental e controle	Viés de seleção		Performance bias Cegamento participantes e pessoal	Cegamento de resultados	Viés de atrito	Viés de relato
				Geração sequência aleatória	Sigilo da alocação				
Aazh, 2016	Não foi necessário (estudo de viabilidade)	Não se aplica	Sim	Baixo	Baixo	Alto	Alto para uso do AASI. Baixo para todas as outras medidas	Baixo	Baixo
Solheim, 2018	Não mencionado	Não se aplica	Não se aplicam	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não está claro	Alto	Não está claro
Ferguson, 2016	Sim	Não se aplica	Sim	Não está claro	Não está claro	Alto	Alto	Não está claro	Não está claro
Zarenoc, 2016	Não	Não se aplica	Não	Não está claro	Não está claro	Alto	Não está claro	Baixo	Não está claro

4.1.3 Discussão

Foram incluídos na revisão quatro estudos primários. Estes foram realizados no Reino Unido (n=2), Noruega (n=1) e Suécia (n=1). As pesquisas tiveram como objetivo avaliar o efeito da EM sobre o uso (n=2) e benefícios obtidos com o uso do AASI.

Os estudos incluíram adultos e idosos com deficiência auditiva sensorineural bilateral e um deles incluiu indivíduos que também apresentavam zumbido. Os participantes eram novos usuários de AASI.

Em todos os estudos a EM foi realizada por audiologistas, sendo que, em três deles, o treinamento em EM foi realizada por meio de oficinas com até três dias de duração.

Em apenas um estudo (AAZH, 2016) a utilização de procedimentos compatíveis com os da EM foi corroborada por meio da aplicação de instrumento de integridade da EM via análise de vídeo.

Dois estudos (AAZH et al. 2016, SOLHEIM et al. 2018) identificaram que intervenções baseadas na entrevista motivacional levaram a um aumento significativo no número de horas de uso do AASI. Este dado é relevante tendo em vista que o número de horas de uso estava relacionado ao benefício e satisfação com o uso do AASI (AAZH et al. 2016). Um estudo de Williger e Lang (2014) investigou a relação entre o uso de AASI e a satisfação na vida de 158 idosos com perda auditiva. Descobriu-se que quanto mais os indivíduos usavam seu AASI e maior satisfação relatavam com o dispositivo, mais diversas eram as situações de escuta e menor era a variabilidade na qualidade auditiva com AASI. Além disto, existe um consenso na comunidade audiológica de que o número de horas indica o sucesso da sua aplicação para o usuário (LAPLANTE-LÉVESQUE, 2014).

Zarenoe (2016) descobriu medidas de desfecho aprimoradas em seu grupo de intervenção, maior mudança no handicap relativo ao zumbido (THI) ao longo do tempo e um número menor de visitas aos profissionais da audição de pacientes que receberam o tratamento baseado na entrevista motivacional.

Dois estudos (AAZH et al. 2016; ZARENOE et al. 2016) não verificaram efeitos da EM no benefício e satisfação com o uso do AASI, quando em comparação com a consulta padrão. Ferguson (2016) encontrou pontuações significativamente

mais baixas apenas no grupo de intervenção em duas escalas (Geral e Ansiedade) do questionário HADS aplicado.

Com relação aos questionários de medidas de desfecho empregados para obter dados dos participantes, houve uma semelhança entre as abordagens dos autores: a maioria (três) utilizou medidas autorreferidas, mais especificamente questionários validados e preenchidos pelos participantes. Apesar dos questionários autorreferidos apresentarem medidas subjetivas, é tranquilizador que a maioria dos artigos declarou ter utilizado tais ferramentas padronizadas e que estas foram respondidas especificamente pelos próprios pacientes.

4.2 DESENVOLVIMENTO DO CURSO ON-LINE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE E ENTREVISTA MOTIVACIONAL” EM PORTUGUÊS

O objetivo desta parte do capítulo é descrever o processo de desenvolvimento do Curso “Envolvimento do Paciente e Entrevista Motivacional”. Este desenvolvimento seguiu diferentes etapas, descritas a seguir.

Esta pesquisa foi realizada no Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, parecer nº 3.717.986.

4.2.1 Etapa 1: Adaptação e localização para o português do material original

4.2.1.1 Descrição do material original

O curso *Client Engagement and Ida Motivation Tools* (Envolvimento do Paciente e Ferramentas Motivacionais do Ida, em tradução livre) foi desenvolvido pelo Ida Institute em parceria por uma pesquisadora norte-americana. Seu objetivo é oferecer uma melhor compreensão dos princípios da Entrevista Motivacional e das ferramentas motivacionais na prática clínica, facilitando o envolvimento do paciente no processo de mudança. Este curso está disponível gratuitamente no “*Ida Learning Hall*”, ambiente virtual de aprendizagem do Ida Institute (www.idainstitute.com). É

necessária a login e senha para acessar este e outros cursos disponíveis na plataforma.

O curso, de ritmo individual, é estruturado em dois tópicos, subdivididos em capítulos, cujas características encontram-se resumidas no Quadro 5. O público-alvo deste curso são profissionais que atuam em clínicas de audiologia. É proposto o enfoque em um número menor de objetivos de aprendizagem (*bite-sized learning*), possibilitando a criação de capítulos de curta duração - estes são mais facilmente adaptáveis ao tempo disponível dos profissionais, além de contribuírem para a maior retenção de informação.

O material instrucional foi organizado majoritariamente no formato de videoaulas, com o instrutor visível na tela, em primeiro plano. Também foram utilizados vídeos etnográficos produzidos por antropólogos do Ida Institute em colaboração com os profissionais e seus pacientes. Neste curso, tais vídeos retrataram situações clínicas reais de aplicação das ferramentas motivacionais, assim como reflexões de profissionais e pacientes a respeito destas experiências.

Tópicos	1. Envolvimento do Paciente e o Processo de Mudança	2. As ferramentas motivacionais do Ida: a Linha, o Quadrado e o Círculo
Capítulos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introdução 2. Motivação do paciente 3. Benefícios de se usar as ferramentas motivacionais 4. Envolvimento do Paciente e Entrevista Motivacional 5. Avaliação 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introdução 2. As Ferramentas Motivacionais do Ida – o Círculo 3. As Ferramentas Motivacionais do Ida – a Linha 4. Aplicando a Linha 5. As Ferramentas Motivacionais do Ida – o Quadrado 6. Conclusão 7. Avaliação de conhecimentos 8. Avaliação do curso
Objetivos de aprendizagem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envolver o paciente no processo de mudança. 2. Descrever os princípios por trás da Entrevista Motivacional (EM). 3. Aplicar os princípios da Entrevista Motivacional em pacientes em dramatizações. 4. Identificar o estágio de mudança atual do paciente. 5. Aplicar as Ferramentas Motivacionais em situações do dia a dia. 6. Escolher quando usar as ferramentas: a Linha, o Quadrado e o Círculo. 7. Refletir sobre seu próprio processo de mudança. 	

<p>Desenvolvimento do conteúdo</p>	<p>Videoaulas (duração)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Introdução ao curso sobre motivação (2min15) ● Motivação do paciente (4min28) ● Benefícios do uso das Ferramentas Motivacionais (38s) ● Conclusão de Motivação do Paciente e Benefícios (2min30) ● Conclusão de Motivação do Paciente e Benefícios (2min30) ● Introdução a Envolvimento do Paciente e a Entrevista Motivacional (1min40) ● Envolvimento do Paciente (2min06) ● Emily e Morag: resumo da reflexão (2min34) ● Mudança de comportamento (3min17) ● Entrevista Motivacional (1min35) ● Descrever os princípios da entrevista motivacional – a regra dos 4 Es (4min55) ● Conclusão de Envolvimento do Paciente e Entrevista Motivacional (2min05) <p>Vídeos etnográficos (duração)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Experiência de um Audiologista com o uso das Ferramentas Motivacionais: Vídeos #1 (3min37); #2 (2min10); #3 (1min40); #4 (2min) e #5 (1min33) ● Emily e Morag (Pré-Contemplação)** (10min35) 	<p>Videoaulas (duração)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Introdução ao curso sobre motivação (2min15) ● Introdução ao Círculo (1min33) ● Visão geral do Círculo (3min22) ● Método rápido (2min55) ● Conclusão do tópico (3min) ● A Linha em ação (52s) ● Visão geral da Linha (5min23) ● Usando a Linha e o Círculo (2min16) ● Conclusão da Linha (1min50) ● Introdução ao Quadrado (1min49) ● Visão geral do Quadrado (5min31) ● Quando usar o Quadrado (2min41) ● Conclusão do Quadrado (1min37) ● Revisão da Linha, do Quadrado e do Círculo (3min20) <p>Vídeos etnográficos (duração)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Naomi e Paul (Preparação/Ação)** (3min23) ● Naomi - reflexão sobre o uso das ferramentas (3min01) ● Naomi e Paul (Preparação/Ação)** – Reflection (50s) ● Emily e Morag (Pré-Contemplação)** (10min35) ● Emily e Robert (Contemplação) ** (5min57) ● Emily e Robert Reflexão** (2min20)
<p>Avaliação</p>	<p>Capítulo 2 (Benefício do uso das ferramentas motivacionais) Sessão “Conclusão”: 01 pergunta de múltipla escolha</p> <p>Capítulo 4 (Envolvimento do paciente e entrevista motivacional) Sessão “Emily e Robert Reflexão”: 01 pergunta de múltipla escolha Sessão “Mudança de Comportamento”: 01 pergunta de múltipla escolha Sessão “Princípios da EM”: 02 perguntas com opção sim/não</p> <p>Em todos os casos foi fornecido feedback automático ao aluno.</p>	<p>Capítulo 2 (As Ferramentas Motivacionais do Ida – o Círculo) Sessão “Os estágios do Círculo”: 01 pergunta de múltipla escolha</p> <p>Capítulo 3 (As Ferramentas Motivacionais do Ida – a Linha) Sessão “Usando a Linha e o Círculo”: 1 pergunta com opção sim/não Sessão “Naomi e Paul usam a Linha - Reflexão”: 1 pergunta com opção sim/não</p> <p>Capítulo 4 (Aplicando a Linha) Sessão “Atividade 1, 1ª pergunta”: 01 pergunta com resposta de 0 a 10 e 01 pergunta de múltipla escolha multirresposta Sessão “Atividade 2, 2ª pergunta”: 01 pergunta com resposta de 0 a 10 e 01 pergunta de múltipla escolha multirresposta</p> <p>Capítulo 5 (As Ferramentas Motivacionais do Ida – o Quadrado) Sessão “O Quadrado em ação”: 02 perguntas de múltipla escolha Sessão “Emily e Robert - Reflexão”: 01 pergunta de múltipla escolha</p> <p>Capítulo 7 (Avaliação de conhecimentos) Sessão “Avaliação”: 10 perguntas de múltipla escolha</p>

		<p>Capítulo 8 (Avaliação do curso) Sessão "Avaliação": 11 afirmações de "concordo/discordo"; 04 perguntas abertas</p> <p>Em todos os casos, exceto no Capítulo 8 (Avaliação do curso), foi fornecido feedback automático ao aluno.</p>
--	--	--

Legenda: *Profissionais de uma clínica privada da Alemanha comentam sobre sua experiência a respeito da introdução das ferramentas motivacionais na prática clínica; **Audiologistas de uma clínica pública do NHS utilizam ferramentas motivacionais com pacientes com diferentes níveis de prontidão para a mudança.

Quadro 5 – Resumo do Curso Envolvimento do Paciente e Ferramentas Motivacionais do Ida (versão em inglês)

4.2.1.2 Tradução e localização

O processo de localização foi escolhido para o desenvolvimento da versão em português brasileiro do Curso, voltada para estudantes de graduação em Fonoaudiologia.

A localização envolve a manipulação de diferentes formatos de mídia a fim de que haja uma adequação a uma situação específica (PYM, 2004), incluindo não apenas a *tradução textual*, mas diferentes etapas de modificação de gráficos e código, além do uso de imagens e vídeos, entre outros. Seu objetivo é a adaptação de determinado material ao contexto do país em questão – no caso deste estudo, o Brasil.

A Associação de Globalização e Localização (GALA) define a tradução textual como sendo apenas uma das várias tarefas que compõem o processo de localização, o qual inclui questões de design, processos linguísticos e aspectos culturais. Além disso, engloba a transposição de significado de uma língua de partida (LP) a outra de chegada (LC) e tem como objetivo considerar as diferenças culturais e regionais entre essas duas línguas (GALA, c2020). A associação exemplifica alguns dos itens que devem ser abordados durante a localização de determinado produto:

- Adaptação de gráficos aos mercados-alvo;
- Modificação de conteúdo para atender aos gostos e hábitos de consumo de outros mercados;
- Adaptação de design e layout para exibir corretamente o texto traduzido;

- Conversão para exigências regionais (como moedas e unidades de medida);
- Uso de formatos locais adequados para datas, endereços e números de telefone;
- Atenção às leis e aos requisitos jurídicos locais (GALA, c2020, tradução nossa)

Com isso em mente, para a localização para o português do curso deste estudo, foi traçado o seguinte planejamento inicial com relação às questões linguísticas:

1. Tradução textual para o português dos materiais instrucionais do curso *Client Engagement and Ida Motivation Tools* realizada pelo autor do estudo.
2. Revisão linguística dessa tradução por parte de um revisor especialista.
3. Análise e adequação do conteúdo traduzido e revisado por uma fonoaudióloga com experiência na aplicação das ferramentas motivacionais.
4. Tradução do script dos vídeos etnográficos para posterior legendagem.
5. Publicação do conteúdo devidamente localizado.

No entanto, existiram desafios para cumprir com este planejamento, havendo necessidade de reformulações. Tais desafios serão apresentados ao longo do texto.

O primeiro passo foi a tradução do *storyboard* do curso original oferecido pelo Ida Institute. Esse *storyboard* consistia em arquivos em formato Microsoft Excel contendo todo o conteúdo do curso. Depois de fornecidos pelo instituto, esses arquivos foram baixados e inseridos em um projeto no software SDL Trados Studio 2017, o qual é uma ferramenta de tradução assistida por computador padrão no mercado de tradução. Comumente conhecidas como CAT tools, essas ferramentas não realizam a tradução de forma automática, mas servem para que o tradutor possa automatizar apenas certos aspectos manuais desnecessários do seu trabalho, garantindo a consistência de termos e de outras estruturas repetidas ao longo do texto.

A escolha do Trados se deu para otimizar o fluxo de trabalho e de segurança das informações processadas: ao separar o texto por sentenças (chamadas de

segmentos), a ferramenta guarda cada um desses segmentos traduzidos em um banco de dados chamado “memória de tradução”. Estas memórias sugerem automaticamente correspondências idênticas ou semelhantes armazenadas, ou seja, já traduzidas anteriormente, à medida que novos documentos são traduzidos (SDL, c2020). Isto permite, dentre outras, garantir a consistência da tradução, algo de particular importância sobretudo no caso de vocabulário técnico.

Além disso, a ferramenta oferece contagem de palavras e status de quanto já foi traduzido, é capaz de lidar automaticamente com a formatação e oferece a possibilidade de criar e acessar glossários a qualquer momento.

Essa tradução inicial contou com alguns procedimentos de tradução essenciais ao tradutor, que estão descritos no Quadro 6.

Procedimento de tradução	Descrição	Exemplo na tradução do curso
Tradução semântica (ou equivalência)	Tradução do sentido em vez de palavra por palavra. Os códigos linguísticos são diferentes, mas o conteúdo do texto é mantido. Como é raro existir correspondência “perfeita” entre palavras exatas de duas línguas, este procedimento é amplamente utilizado. É útil em casos de provérbios ou expressões, “que não costumam ficar bons quando traduzidos ao pé da letra e exigem que o tradutor lhes dê um equivalente com o mesmo valor semântico” (SAID, 2011, p. 114).	LP: Resist the righting reflex LC: Resistir ao reflexo de consertar as coisas
Amplificação (ou tradução explicativa)	Prioriza que a mensagem seja compreendida e que possíveis barreiras culturais sejam derrubadas. Compreende os casos em que há necessidade de explicação por conta da natureza sintética da língua inglesa.	LP: [The course] consists of two topics, an exam and an evaluation . LC: [O curso] apresenta dois tópicos, uma avaliação dos conhecimentos adquiridos e uma avaliação sobre o curso .
Adaptação	Utiliza um equivalente na língua de chegada que se aproxime parcialmente do significado da língua de partida, ou seja, “uma semelhança global entre uma situação da língua que inexistente na LC” (CAMARGO et al., 2003, p. 3). Este recurso é um dos mais utilizados na localização, pois está relacionado à mudança de medidas, como a tradução de “foot” por “metro” ou “mile” por “quilômetro”.	LP: The audiologist continues to ask whether she wants to proceed with hearing aids . LC: A fonoaudióloga continua perguntando se ela quer seguir em frente com o AASI .
Omissão	Omite elementos do texto original os quais o tradutor julgar desnecessários (BARBOSA, 2004). É bastante utilizado na localização para o português de mídias que apresentem botões ou mensagens na tela, as quais normalmente costumam ser iniciadas pelo advérbio em inglês “please”.	LP: Please remember that there will be a number of activities, reflections, and quizzes throughout the course. LC: Haverá uma série de atividades, reflexões e questionários ao longo do curso.
Tradução literal	Mantém a mesma ordem e estrutura gramatical da língua de partida. Segundo Said (2011, p. 113), traduzir literalmente significa “verter determinada expressão, oração, período ou frase palavra por palavra, com equivalência 1:1 entre língua de partida e língua de	LP: A- True (Incorrect) B- False (Correct) LC: A- Verdadeiro (Incorreto) B- False (Correto)

	chegada”.	
Transposição	Altera a estrutura gramatical do texto quando os elementos estruturais da LP não são iguais aos da LC. Pode englobar a transformação de duas palavras em uma (I knew it! -> Sabia!) ou a ordem do adjetivo (hearing loss -> perda auditiva).	LP: Content (video script or instructions to learner) LC: Conteúdo (script do vídeo ou instruções ao aluno)

Quadro 6 – Procedimentos de tradução

No entanto, ao comparar o *storyboard* fornecido pelo instituto com o material em inglês que já se encontrava no ambiente virtual de aprendizagem, percebeu-se que havia diferenças estruturais e de conteúdo. Por esse motivo, os scripts das videoaulas, assim como outros materiais do curso já vigente na plataforma do Ida Institute, foram convertidos para arquivos do Word e um novo projeto foi criado no Trados.

Após essa reorganização, o autor da pesquisa e a orientadora, fonoaudióloga com experiência na área de reabilitação auditiva e aplicação das ferramentas motivacionais, analisaram todo o conteúdo, textual e não textual, que havia sido traduzido. A partir desta análise, algumas considerações importantes foram levantadas.

Primeiramente, considerou-se a adequação dos vídeos etnográficos para o público-alvo brasileiro. Uma grande vantagem destes vídeos é a possibilidade de exploração do encontro entre o paciente e profissional sob o ponto de vista antropológico, oportunizando ao espectador (estudante) a reflexão sobre aspectos de sua própria prática, consequentemente aumentando a conscientização sobre seu próprio comportamento dentro do contexto do encontro clínico e como isso pode afetar os pacientes atendidos (VON HAPSBURG; LAURITSEN, 2012). Por outro lado, os vídeos etnográficos foram registrados em clínicas da Alemanha e Reino Unido, refletindo situações específicas àquele contexto clínico, podendo ter pouca relevância para estudantes brasileiros.

Outra consideração importante se deu a partir do aprofundamento da revisão da literatura sobre a entrevista motivacional. Conforme mencionado anteriormente, a EM evoluiu desde sua concepção original. Nas últimas publicações de seus proponentes (MILLER; ROLLNICK, 2013) a abordagem da EM foi expandida e novas ideias foram incluídas como, por exemplo, a descrição dos processos (engajamento, enfoque, evocação e planejamento). Além disto, os autores vêm

fornecendo maior importância à adoção do “espírito da EM” como elemento chave para que a mudança ocorra (EMMONS; ROLLNICK 2001).

No que se refere às ferramentas motivacionais do Ida Institute, a experiência clínica do uso da Linha e do Quadrado na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP evidenciou ser necessária a simplificação do procedimento, para facilitar a compreensão por parte dos pacientes com deficiência auditiva. Considerando que o público alvo do Curso em português são graduandos em Fonoaudiologia, percebeu-se a necessidade de incorporar estas modificações no material didático.

O material didático de um curso online é também é um artefato cultural, incorporado aos valores, preferências e nuances da cultura para o qual foi originariamente desenvolvido. Deste modo, a adaptação cultural além da tradução e localização se torna crítica. Isto implica analisar o conteúdo existente (idioma, relevância e contexto), aspectos pedagógicos (métodos, atividades e avaliações) e mídia/tecnologia (aceitabilidade, imagens e cenas, áudio etc.), para que eles se alinhem às expectativas e preferências culturais do público alvo. O objetivo é modificar qualquer elemento do curso que possa alienar os alunos, interferir no aprendizado efetivo ou, simplesmente, ser incorreto ou impreciso em um local diferente (STIEGHORST; EDMUNDSON, 2015). Isso vai ao encontro da definição de “localização personalizada culturalmente” de Pym (2012), para a qual é criado um produto novo completamente imerso na cultura do país.

4.2.2 Etapa 2: Avaliação diagnóstica

A avaliação diagnóstica foi realizada a fim de obter maiores informações sobre o público alvo, particularmente seus conhecimentos a respeito da EM e uso de suas habilidades fundamentais, sobretudo a escuta reflexiva. Tais informações foram julgadas de importância para subsidiar a organização dos processos de ensino e aprendizagem do Curso.

4.2.2.1 Participantes

Um convite para participação no estudo foi enviado aos e-mails das turmas de alunos regularmente matriculados no 1º ao 4º ano do curso de graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP.

Aceitaram participar como voluntários, após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido online (TCLE), 22 alunos. Entretanto, três participantes foram excluídos por não terem preenchido os formulários obrigatórios. Desta forma, ao final, 19 alunos foram incluídos (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos participantes (n=19)

Variáveis			
Idade (anos)	Média ± DP		21,21 ± 2,57
	Extensão		19-29
Gênero	Masculino	n (%)	2 (10,52)
	Feminino	n (%)	17 (89,47)
Ano de graduação	1º ano	n (%)	4 (21,05)
	2º ano	n (%)	11 (57,89)
	3º ano	n (%)	3 (15,78)
	4º ano	n (%)	1 (5,26)
Contato prévio com conteúdo da entrevista motivacional	Disciplina no curso de Fonoaudiologia	n (%)	12 (63,15)
	Congressos ou outros eventos científicos	n (%)	5 (26,31)
	Livros, teses ou artigos científicos	n (%)	2 (10,52)
	Fontes on-line (vídeos do Youtube ou textos não científicos, por exemplo)	n (%)	1 (5,26)
	Nenhum contato prévio	n (%)	3 (15,78)
Expectativas de aprendizagem	Aprender estratégias para promover a	n (%)	8 (42,1)

mudança de comportamento (adquirir comportamentos saudáveis, aderir à terapia)		
Aprender a motivar o paciente	n (%)	7 (36,84)
Aprender melhor comunicação com o paciente	n (%)	5 (26,31)
Aprender a envolver o paciente na consulta	n (%)	4 (21,05)
Compreender melhor a entrevista motivacional	n (%)	4 (21,05)
Utilizar a EM na prática clínica (estágios)	n (%)	4 (21,05)
Aprimoramento profissional	n (%)	3 (15,78)
Aprender a solucionar problemas (recusa e resistência ao tratamento)	n (%)	2 (10,52)

Legenda: DP = desvio padrão

4.2.2.2 Procedimentos

Os participantes foram cadastrados no ambiente virtual de aprendizagem de apoio às disciplinas da USP (e-Disciplinas), com acesso protegido por login e senha institucional. Foram solicitados a preencher, neste ambiente, os instrumentos descritos a seguir.

a) Escala visual-analógica (Linha)

A escala visual-analógica proposta por Rollnick, Mason e Butler (1999) foi utilizada. Inicialmente, foi oferecida, por escrito uma breve descrição do objetivo da entrevista motivacional / ferramentas motivacionais. Em seguida, os participantes foram solicitados a responder duas perguntas em uma escala variando de 0 (nem um pouco) a 10 (bastante):

- “Qual a importância para você de utilizar a Entrevista Motivacional ou as Ferramentas Motivacionais na prática clínica?”. Esta pergunta foi utilizada para verificar a importância do indivíduo em utilizar a EM.
- “Quanto você acredita em sua própria capacidade de utilizar a Entrevista Motivacional ou as Ferramentas Motivacionais prática clínica?”. Essa pergunta foi utilizada para verificar a autoeficácia, ou o quanto investimento o aluno estava proposto a realizar para passar a usar a EM ou as Ferramentas Motivacionais com seus próprios pacientes.

b) Teste sobre os Conhecimento e Atitudes em Entrevista Motivacional (MIKAT)

O Motivational Interviewing Knowledge and Attitudes Test (Teste sobre os Conhecimento e Atitudes em Entrevista Motivacional, em tradução livre) desenvolvido por Leffingwell (2006), tem o propósito de avaliar o conhecimento (identificação correta da abordagem) e atitude (crenças compatíveis) com a entrevista motivacional.

Composto por 14 perguntas de verdadeiro/falso e uma de múltipla escolha, seu objetivo é mensurar as variáveis de conhecimento clínico e atitudes que o profissional tem em relação à entrevista motivacional (LEFFINGWELL, 2006). Este item de múltipla escolha compreende uma checklist composta por quinze comportamentos hipotéticos: cinco comportamentos com uma abordagem baseada em entrevista motivacional (por exemplo, “lidar bem com a resistência”); sete comportamentos não consistentes com a EM (por exemplo, “negação do problema”); e três comportamentos neutros que até podem ser consistentes com a abordagem, mas que não são considerados essenciais (por exemplo, “educar o paciente a respeito dos riscos”).

O MIKAT original tem como foco o abuso de substâncias. Neste estudo, foi observada alta validade deste instrumento). Além disso, um tamanho de efeito de 1,37, $t(70) = 5,72$ foi relatado para crenças consistentes de IM (atitude de IM) e identificação de comportamentos prescritos para IM (conhecimento de IM

O MIKAT foi adaptado para uso nesta pesquisa. Para isso, duas questões específicas sobre o tratamento em pessoas com abuso de substâncias foram removidas. As 13 questões restantes foram rephraseadas de modo a focar alterações auditivas, sendo exibidas no Quadro 7.

Para os itens 1 a 12, os participantes foram solicitados a indicar e as afirmações eram consistentes (“verdadeiro”) ou inconsistentes (“falso”) com a abordagem da Entrevista Motivacional. No item 13 foram solicitados a selecionar todas as alternativas que fossem pertinentes aos princípios da Entrevista Motivacional.

No presente estudo, foi atribuído um ponto para cada item respondido corretamente. Deste modo, a pontuação pode variar de 1 a 13, sendo que pontuações mais altas sugerem maior conhecimento sobre a EM.

1. O paciente deve aceitar seus problemas (por exemplo: "Tenho uma perda auditiva") antes de obter tratamento. VERDADEIRO FALSO
2. A negação é característica em um quadro de deficiência auditiva. VERDADEIRO FALSO
3. As expectativas do profissional quanto à capacidade de o paciente mudar seu comportamento não interferem no fato desta mudança acontecer ou não. VERDADEIRO FALSO
4. A pessoa com perda auditiva precisa chegar ao fundo do poço para conseguir realizar uma mudança. VERDADEIRO FALSO
5. Se o paciente apresenta resistência para falar sobre mudança de comportamento, é necessário persuadi-lo e confrontá-lo diretamente para conseguir ajudá-lo a mudar. VERDADEIRO FALSO
6. A resistência para falar sobre o problema é resultado direto da negação. VERDADEIRO FALSO
7. O profissional deve enfatizar que escolhas pessoais têm mais peso que o comportamento. VERDADEIRO FALSO
8. O paciente geralmente é incapaz de tomar boas decisões. VERDADEIRO FALSO
9. A resistência pode ser considerada um produto do contexto interpessoal em que é observada. VERDADEIRO FALSO
10. A prontidão à mudança é responsabilidade do paciente. Ninguém pode ajudá-lo até que ele decida que está pronto. VERDADEIRO FALSO
11. A melhor maneira de motivar o paciente é ajudando-o a resolver a própria ambivalência com relação à mudança. VERDADEIRO FALSO
12. Pressão e consequências externas são as únicas maneiras de fazer o paciente mudar. VERDADEIRO FALSO
13. Quais das alternativas a seguir são princípios de uma abordagem ao estilo da Entrevista Motivacional? Seleccione todas as opções pertinentes.
 - Analisar a negação Explorar as discrepâncias Confrontar a resistência Expressar empatia
 - Aceitar obrigatoriamente o rótulo ("deficiente auditivo") Maximizar a pressão externa
 - Usar coerção sutil Lidar bem com a resistência Oferecer conselhos diretos
 - Exigir que o uso do AASI seja o único objetivo aceitável Informar sobre os riscos
 - Oferecer apoio à autoeficácia Apresentar claramente as consequências Evitar a argumentação

Quadro 7 – Motivational Interviewing Knowledge and Attitudes Test adaptado para alterações auditivas

c) *Helpful Responses Questionnaire (HRQ)*

Proposto por Miller, Hedrick e Orlofsky (1991), o *Helpful Responses Questionnaire* (HRQ – Questionário de Respostas Úteis em tradução livre) mensura o desenvolvimento de habilidades de escuta reflexiva e empatia, as quais são determinantes à implementação da entrevista motivacional. No presente estudo, de agora em diante será adotada a sigla em inglês (HRQ). É composto por seis parágrafos que simulam as comunicações de indivíduos com preocupações específicas. O respondente é solicitado a escrever uma ou duas frases em resposta a cada parágrafo, respostas estas que são pontuadas segundo uma escala específica. O instrumento apresenta coeficientes de confiabilidade de itens de 0,71 a 0,91, confiabilidade interavaliadores (pontuação total) de 0,9. A consistência interna é satisfatória, com correlação média entre itens de 0,67 e alfa de Cronbach igual 0,92.

Miller, Hedrick e Orlofsky (1991) descrevem que os itens do instrumento devem ser adaptados às particularidades da população avaliada. Desta forma, na presente pesquisa os parágrafos foram modificados para refletirem comunicações possíveis de indivíduos com deficiência auditiva, conforme disposto no Quadro 8.

Instruções: Os seis parágrafos a seguir são coisas que um paciente pode lhe falar. Para cada parágrafo, imagine que um paciente está conversando com você, explicando um problema que ele está enfrentando. Você quer ajudar dizendo alguma coisa útil. Escreva o que você diria em seguida para este paciente a fim de ajudar. É importante realmente pensar que você está ali, naquela situação de comunicação. Escreva apenas uma ou duas frases em resposta a cada parágrafo.

Parágrafo 1: Uma mulher de 41 anos diz a você:

“O João chegou em casa do trabalho ontem à tarde e ligou a televisão num volume muito alto. Já não era a primeira vez, e, como sempre, eu pedi para ele abaixar um pouco. Aquilo foi a gota d’água: ele disse que eu estou inventando isso só para pegar no pé dele e dizer que ele está surdo. Nós nos irritamos e acabamos brigando feio. Não sei o que fazer!”

Parágrafo 2: Um homem de 36 anos diz a você:

“Tem um cara lá no trabalho que é um saco. Ele fala pra dentro, parece que engole as palavras. Depois fica reclamando, dizendo que sou eu que não entendo. Tenho vontade de mandar ele calar a boca.”

Parágrafo 3: Uma menina de 15 anos diz a você:

“Estou muito confusa. Quando estou com uma ou outra amiga, é muito bom, o aparelho ajuda muito. Eu entendo, a gente conversa, faz piada. O problema é quando tem mais gente falando junto, no intervalo, por exemplo. Muitas vezes eu concordo ou dou risada, mas não entendi. Não quero que achem que eu sou diferente nem nada, por isso não tenho coragem de pedir pra repetir ou falar com mais calma.”

Parágrafo 4: Uma mãe de 35 anos diz:

“A minha filha é uma boa menina. Ela nunca deu trabalho, mas eu me preocupo. Agora ela quer sair e ficar até mais tarde com os amigos e, às vezes, eu não sei onde ela está. Mas a gente sabe que adolescente não tem muito juízo. E tem o problema da audição dela, de usar o aparelho. Eu já pedi várias vezes para ela atender quando eu ligo ou responder mensagem, mas ela não responde.”

Parágrafo 5: Um homem de 43 anos diz:

“Estou bem chateado. Ontem à tarde cheguei do trabalho cansado, com a cabeça cheia. Liguei a TV, que é minha única distração. Minha mulher de novo veio reclamar do volume alto, falar que eu tô surdo. Acabei explodindo. Tivemos uma discussão feia. Eu não acho que estou surdo, sabe, porque eu escuto as pessoas. Mas também não aguento mais ficar brigando.”

Parágrafo 6: Um professor desempregado de 59 anos diz para você:

“Não vale a pena mais tentar: eu não entendo mesmo. Não consigo nem falar com a minha filha no telefone. Já perdi o emprego porque não conseguia entender os alunos na sala. Tudo que eu tento fazer dá errado. Às vezes me pergunto se vale a pena continuar.”

Quadro 8 – Helpful Responses Questionnaire (HRQ) adaptado para alterações auditivas

As respostas ao HRQ são pontuadas por meio de uma escala Likert de 5 pontos que considera a qualidade (profundidade) da reflexão, variando de 1 (resposta pouco empática / reflexiva) a 5 (resposta adequada e reflexiva), conforme consta a seguir (MILLER; HEDRICK; ORLOFSKY; 1991; YOUNG; 2010):

- 1 ponto: a resposta não contém e apresenta um dos obstáculos à comunicação descritos por Gordon (1970), que incluem: dirigir, ameaçar, fazer sugestões ou apresentar soluções, ensinar, julgar ou discordar, concordar, aprovar ou elogiar, rotular, interpretar ou analisar, simpatizar ou consolar, questionar ou sondar, distrair, desconversar ou mudar de assunto.

- 2 pontos: a resposta contém uma reflexão e um ou nenhum obstáculo à comunicação.
- 3 pontos: a resposta contém uma reflexão simples 3 = Uma reflexão que apenas repete algo que foi declarado (reflexão simples)
- 4 pontos: a resposta contém uma reflexão que parafraseia o que foi dito, inferindo o significado que não foi declarado diretamente (reflexão complexa)
- 5 pontos: a resposta contém uma reflexão complexa e também uma reflexão do sentimento, ou uma metáfora que se encaixa no parágrafo apresentado.

A pontuação total é obtida pela somatória da pontuação de cada item. Pontuações mais altas indicam maior demonstração de empatia. O instrumento foi pontuado por uma fonoaudióloga, com experiência na aplicação das ferramentas motivacionais.

4.2.2.3 Resultados e discussão

No que se refere à escala visual-analógica (Tabela 5), em média, os participantes apresentaram pontuações altas para ambas as perguntas. Isto sugere que os estudantes de Fonoaudiologia consideraram a EM como sendo de grande importância para a prática clínica. Além disto, os resultados sugerem que estes indivíduos têm níveis altos em relação à capacidade (autoeficácia) de utilizar a EM na prática clínica. Este é um dado positivo considerando que níveis mais altos de autoeficácia são considerados importantes para que um indivíduo realize uma mudança de comportamento. A utilização da EM, como

Ressalta-se que a maioria dos participantes (63%) relataram já terem realizado disciplinas que abordaram aspectos da entrevista motivacional no próprio Curso de Fonoaudiologia.

Tabela 5 – Pontuação média da escala visual analógica e do Teste sobre os Conhecimento e Atitudes em Entrevista Motivacional (MIKAT) (n=19)

	Escala visual-analógica		MIKAT
	Importância	Confiança	Pontuação Total
Média	9,89	9,32	9,15
Desvio padrão	0,46	1	1,01
Mínima	8	7	7,67
Máxima	10	10	11,83

Em função de o MIKAT ter sido reformulado para este estudo e também pela literatura abordar outras condições de saúde, não foi possível a comparação direta dos resultados deste estudo com os de demais autores. O fato desta versão adaptada do MIKAT não ter sido utilizada anteriormente para analisar a eficácia e a eficiência do estudo dos conhecimentos e atitudes de alunos sobre a EM é uma limitação do presente trabalho. Deste modo, os dados da Tabela 5 devem ser interpretados com cautela. Por esta mesma razão optou-se por uma abordagem descritiva dos resultados.

As pontuações obtidas no MIKAT foram relativamente altas. Isto pode ter ocorrido em função, como já dito, do contato prévio do participante com conteúdo acerca da abordagem centrada na pessoa e ferramentas motivacionais nas disciplinas do Curso de Fonoaudiologia. Também é possível que eles tenham respondido de forma intuitiva alguns itens, como 4 (“A pessoa com perda auditiva precisa chegar ao fundo do poço para conseguir realizar uma mudança) e 8 (“O paciente geralmente é incapaz de tomar boas decisões”), nos quais foram obtidos 100% de acertos. Isso pode ter acontecido pelo fato de a redação do item ter dado pistas ao usar uma palavra ou expressão com valor semântico extremo, como “fundo do poço” e “incapaz”. Finalmente, este resultado pode ter ocorrido pela influência da natureza dicotômica dos itens 1 a 12, onde a chance de acerto ao acaso era de 50%.

Com relação ao questionário MIKAT, ressalta-se, ainda que os participantes cometeram mais erros nos itens a respeito da obrigatoriedade de o paciente aceitar sua perda auditiva (78,94%), de a negação ser uma característica de um quadro de

deficiência auditiva (89,47%), e de a resistência ser resultado direto da negação (68,42%).

No que se refere ao Helpful Responses Questionnaire (HRQ), quatro participantes não completaram este formulário, desta forma, apenas 15 respondentes foram considerados (Tabela 6).

Tabela 6 – Pontuação média total e dos itens individuais do Helpful Responses Questionnaire (n=15)

	Pontuação total	Pontuação dos itens individuais					
		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6
Média	6,42	1,21	1,07	1	1,07	1	1,07
Desvio padrão	0,64	0,43	0,27	0	0,27	0	0,27
Mínima	6	1	1	1	1	1	1
Máxima	8	2	2	1	2	1	2

A média total e dos itens individuais obtidas no HRQ foram baixas, indicando poucas respostas compatíveis com a escuta ativa e reflexiva. Estes resultados foram menores do que os reportados nos dados normativos do HRQ, obtidos cuja pontuação média dos itens individuais variou de 1,53 a 1,78 (MILLER; HEDRICK; ORLOFSKY; 1991). Isto provavelmente ocorreu em função das diferenças na experiência das populações estudadas neste (alunos de Fonoaudiologia) e no estudo normativo (conselheiros para profissionais).

Outros estudos com o HRQ utilizaram sistemas de pontuação distintos do presente estudo, contudo os resultados também indicaram respostas pouco consistentes com a EM.

Schafer et al. (2004) também reportou valores médios do HRQ ao redor de 1,4 pontos em uma população de estudantes e profissionais da área da saúde antes de participar de um treinamento sobre a EM. Em uma pesquisa com estudantes do 3o ano do Curso de Medicina, Martino et al. (2007) utilizaram o HRQ e observaram pontuações relativas à escuta reflexiva ao redor de 1,87.

4.2.3 Etapa 3: Elaboração do conteúdo

Com base na avaliação diagnóstica, decidiu-se pela inclusão de material didático que não estava contemplado no curso original em inglês, assim como a ampliação de alguns tópicos centrais para a compreensão da EM. Deste modo, em resumo, foram realizadas as modificações constantes no Quadro 9:

Tópicos	Descrição das alterações
1. Envolvimento do paciente e processo de mudança	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação do conceito sobre motivação, enfatizando-a como produto das relações interpessoais (ROLLNICK et al., 2008; MILLER; ROLLNICK, 2013) • Inclusão de tópico sobre o “espírito” da EM, relacionado à qualidade da interação profissional-paciente, já que este é um elemento chave para a mudança de comportamento (EMMONS; ROLLNICK, 2001). • Inclusão de um capítulo sobre os quatro processos (fases) da entrevista motivacional: envolvimento, enfoque, evocação e planejamento a fim de possibilitar o aluno melhor compreensão de como a EM pode ser operacionalizada em uma consulta. Além disto, os processos permitem maior esclarecimento sobre como utilizar as habilidades básicas (PARR-I) de maneira estratégica e intencional para eliciar a conversa sobre mudança. • Ampliação do conteúdo sobre a ambivalência, já que este é considerado um conceito central da EM (MARKLAND et al., 2005; MILLER; ROLLNICK, 2013). • Ampliação do conteúdo sobre as habilidades fundamentais na EM (PARR-I), incluindo o “fornecimento de informação” (ROSENGREEN, 2018; MILLER; ROLLNICK, 2013). e exemplos de possíveis diálogos entre profissional e paciente, a fim de ilustrar cada habilidade. • Inclusão de conteúdo relacionado à habilidade de escuta reflexiva, incluindo exemplos de possíveis diálogos entre profissional e paciente a fim de ilustrar as diferenças entre reflexões simples e mais complexas (ROSENGREEN, 2018).
	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação do conteúdo sobre as ferramentas motivacionais: <ul style="list-style-type: none"> ○ detalhamento das estratégias de aplicação da Linha; ○ explicações passo a passo sobre como abordar com o paciente cada uma das perguntas da Linha. ○ adaptação da ferramenta Quadrado em uma lista de prós e contras visando facilitar a aplicação clínica. ○ ampliação do conteúdo sobre os estágios de mudança de comportamento (Círculo), incluindo material de consulta rápida (PDF) para download; ○ sugestões de estratégias que o profissional pode utilizar para auxiliar os pacientes em cada estágio do Círculo.

Quadro 9 – Resumo das alterações de conteúdo para o Curso Envolvimento do Paciente e Ferramentas Motivacionais (versão em português brasileiro)

Além disso, foram incluídos novos exercícios ao longo do curso para aumentar a interação do aluno com o material:

- Inclusão de exercícios sobre os estágios de mudança com exemplos reais para prática em situações clínicas do dia a dia.
- Criação de exercícios de resumo sobre o conteúdo aprendido a respeito dos prós e contras da mudança de comportamento.

Tal ampliação das atividades aconteceu porque a interação entre aluno e conteúdo é um dos fatores mais importantes na retenção em cursos online. Um estudo publicado por Yuan e Cun (2018) afirma que essa interação aluno-conteúdo é responsável por um impacto positivo tanto na percepção da efetividade do curso quanto na satisfação por parte do aprendiz.

Com relação às mídias audiovisuais, decidiu-se substituir os vídeos etnográficos por vídeos de encenações clínicas com atores profissionais. Para isso, foram utilizados como script alguns registros prévios de consultas clínicas reais que contavam com profissionais aplicando as ferramentas motivacionais em pacientes do Sistema Único de Saúde.

Vale ressaltar que a escolha por atores profissionais aconteceu por alguns motivos. Um deles foi o cuidado em preservar a identidade tanto dos pacientes quanto dos fonoaudiólogos, já que não seria adequado expor essas pessoas e apontar explicitamente os comportamentos adequados ou não à abordagem da entrevista motivacional, o que geraria dilemas éticos. Outro motivo foi preocupação em tornar o material audiovisual mais didático, já que em um ambiente controlado era possível, por exemplo, gravar quadros específicos da utilização das ferramentas, dar enfoque em qualquer situação que pudesse gerar uma discussão ou introdução de algum conceito ou identificar comportamentos não adequados de maneira didática. Por último, apesar de já haver algum material dessas interações que deram origem aos vídeos com atores, a qualidade dos arquivos era baixa demais por se tratar de gravações realizadas com uma câmera filmando a tela de um computador que exibia a teleconsulta.



Figura 6 – Captura de tela de encenação clínica entre profissional e paciente

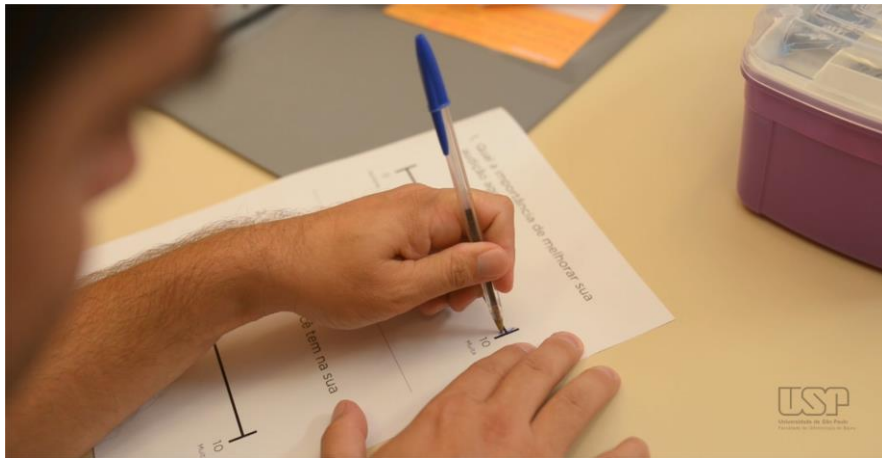


Figura 7 – Captura de tela de encenação clínica em que o paciente utiliza a Linha

Ainda, foi possível contar também com novas ilustrações criadas por uma designer para elucidar determinadas passagens e conceitos mais complexos do curso.

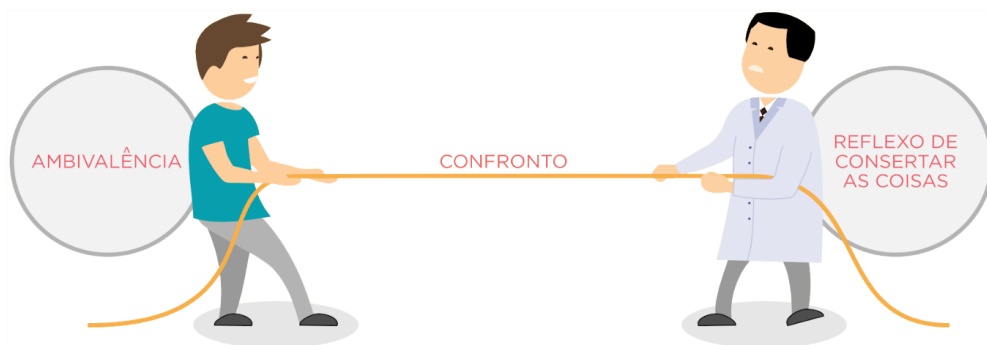


Figura 8 – Ilustração para o curso produzida por designer

5 CONCLUSÕES

5 CONCLUSÕES

O presente trabalho levou às seguintes conclusões:

.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AAZH, Hashir. Feasibility of conducting a randomized controlled trial to evaluate the effect of motivational interviewing on hearing-aid use. **International Journal of Audiology**, v. 55, n. 3, p. 149-156, 2016.

ABBAD S. et al. **Medidas de Avaliação em Treinamento, Desenvolvimento e Educação**: ferramentas para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BARAK, M.; WATTED, A.; HAICK, H. Motivation to learn in massive open online courses: Examining aspects of language and social engagement. **Computers and Education**, v. 94, p. 49-60, mar. 2016.

BARBOSA, H. G. **Procedimentos técnicos da tradução**: uma nova proposta. 2. ed. Campinas: Pontes, 2004.

BARROS, J. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BECK, D. L.; HARVEY, M. A. Creating Successful Professional-Patient Relationship. **Audiology Today**, v. set.-out., p. 36-47, 2009.

BERG, A. L. et al. Exposure to disability and hearing loss narratives in undergraduate audiology curriculum. **American Journal of Audiology**, v. 17, n. 2, p. 123-128, dez. 2008.

BÉRIA, J. U. et al. Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 21, n. 6, p. 381-387, 2007.

BRASIL. 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. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual**. Portarias GM/MS 793 de 24 de abril de 2012 e GM/MS 835 de 25 de abril de 2012. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/2-abr-mai-jun/pessoacomdeficiencia-cer/16-06-Instrutivo-Reabilitacao-Rede-PCD-SAIPS-01-06-14.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

CAMARGO, D. C. et al. Estudos tradutológicos baseados num corpus composto pelo romance *Libra*. *Revista Estudos Linguísticos*, São Paulo, v. 32, 2003. Disponível em: <<http://www.gel.org.br/estudoslinguisticos/volumes/32/htm/acomic.htm>>. Acesso em: 8 jan. 2020.

CAMPOS, P. D. **Teleaudiologia**: análise da comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta. 2016. Tese (Doutorado em Fonoaudiologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru, University of São Paulo, Bauru, 2016. Acesso em: 15 mar. 2018.

CHIEN, Wade; LIN, Frank R. Prevalence of hearing aid use among older adults in the United States. *Arch. Intern. Med.*, v. 172, n. 3, p. 292-293, 2012.

CLARK, J. G. The Geometry of Patient Motivation: Circles, Lines, and Boxes. *Audiology Today*, v. 22, n. 4, p. 32–40, jul.-ago. 2010.

COLEMAN, C. K. et al. Opportunities for Audiologists to Use Patient-Centered Communication during Hearing Device Monitoring Encounters. *Seminars in Hearing*, v. 39, n. 1, p. 32-43, 2018.

CRANDELL, C. C.; WEINER, A. Counseling competencies in audiologists: Efficacy of a distance-learning course. *Hearing Journal*, v. 55, n. 9, p. 42-47, set. 2002.

DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n. 1, p. 60-72, 2006.

DILOLLO, A.; FAVREAU, C. Person-centered care and speech and language therapy. *Seminars in Speech and Language*, v. 31, n. 2, p. 91-97, maio 2010.

DOCKENS, A. L.; BELLON-HARN, M. L.; MANCHIAIAH, V. Preferences to patient-centeredness in pre-service speech and hearing sciences students: A cross-sectional study. *Journal of Audiology & Otology*, v. 20, n. 2, p. 73-79, set. 2016.

DUCHAN, J. F. Maybe audiologists are too attached to the medical model. *Seminars in Hearing*, v. 25, n. 4, p. 347-354, nov. 2004.

EFHOH, European Federation of Hard of Hearing People. **State of provision of Hearing Aids in Europe**: 2018 Report. Essen Declaration, 2018.

EKBERG, K.; GRENNES, C.; HICKSON, L. Addressing patients' psychosocial concerns regarding hearing aids within audiology appointments for older adults. *American Journal of Audiology*, v. 23, n. 3, p. 337-350, set. 2014.

EMMONS, K. M.; ROLLNICK, S. Motivational interviewing in health care settings: opportunities and limitations. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 20, n. 1, p. 68-74, 2001.

ENGLISH, K. et al. Counseling in Audiology, or Learning to Listen: Pre- and Post-Measures from an Audiology Counseling Course. *American Journal of Audiology*, v. 8, n. 1, p. 34-39, 1999.

ENGLISH, K. Personal adjustment counseling: It's an essential skill. **The Hearing Journal**, v. 53, n. 10, p. 13–16, 2000.

ENGLISH, K.; ARCHBOLD, S. Measuring the effectiveness of an audiological counseling program. **International Journal of Audiology**, v. 53, n. 2, p. 115-120, 2014.

ENGLISH, K.; ROJESKI, T.; BRANHAM, K. Acquiring counseling skills in mid-career: outcomes of a distance education course for practicing audiologists. **Journal of the American Academy of Audiology**, v. 11, n. 2, p. 84-90, fev. 2000.

ENGLISH, K.; ZOLADKIEWICZ, L. AuD Students' Concerns About Interacting with Patients and Families. **Audiology Today**, v. 17, n. 5, p. 22-25, 2005.

FERGUSON, M. et al. Motivational engagement in first-time hearing aid users: A feasibility study. **International Journal of Audiology**, v. 55, p. S23-S33, jul. 2016.

FERGUSON, Melanie et al. Motivational engagement in first-time hearing aid users: A feasibility study. **International Journal of audiology**, v. 55, n. sup3, p. S23-S33, 2016.

FERRARI, D. V.; LOPEZ, E. A. a Review of Hearing Aid Teleconsultation in Brazil. **Journal of Hearing Science**, v. 7, n. 2, p. 9-24, 2017.

GALA. Globalization and Localization Association. **What is Localization?**, c2020. Disponível em: <<https://www.gala-global.org/industry/intro-language-industry/what-localization>>. Acesso em: 08 jan. 2020.

GOODYEAR-SMITH, F.; BUETOW, S. Power issues in the doctor-patient relationship. **Health Care Analysis**, v. 9, n. 4, p. 449-62, 2001.

GRENNESS, C et al. Patient-centred audiological rehabilitation: perspectives of older adults who own hearing aids. **International Journal of Audiology**, v. 53, Suppl. 1, p. S68-75, fev. 2014b.

GRENNESS, C. et al. Communication patterns in audiology rehabilitation history-taking: Audiologists, patients, and their companions. **Ear and Hearing**, v. 36, n. 2, p. 191-204, mar.-abr. 2015a.

GRENNESS, C. et al. Patient-centred care: A review for rehabilitative audiologists. **International Journal of Audiology**, v. 53, n. S1, fev. 2014a.

GRENNESS, C. et al. The Nature of Communication throughout Diagnosis and Management Planning in Initial Audiologic Rehabilitation Consultations. **Journal of the American Academy of Audiology**, v. 26, n. 1, p. 36-50, jan. 2015b.

HARTLEY, David et al. Use of hearing aids and assistive listening devices in an older Australian population. **Journal of the American Academy of Audiology**, v. 21, n. 10, p. 642-653, 2010.

HELLER, R. F. Learning by MOOC or by crook: Massive open online courses are a new way of learning and offer potential in the health field. **Medical Journal of Australia**, v. 200, n. 4, p. 192-193, 2014.

HETTEMA, J.; STEELE, J.; MILLER, W. R. Motivational Interviewing. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 1, p. 91-111, 2005.

HUGHES, S. E. et al. Patient-reported outcome measures (PROMs) for assessing perceived listening effort in hearing loss: protocol for a systematic review. **BMJ Open**, v. 7, n. 5, p. e014995, 2017.

HUMES, L. E. et al. Hearing-aid outcome measures following one month of hearing aid use by the elderly. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, 2001.

IDA INSTITUTE. Motivational Tools: The Circle. **Ida Institute**, 2009a. Disponível em: < https://idainstitute.com/tools/motivation_tools/get_started/circle/>. Acesso em: 20 fev. 2018.

IDA INSTITUTE. Motivational Tools: The Line. **Ida Institute**, 2009b. Disponível em: <https://idainstitute.com/tools/motivation_tools/get_started/line/>. Acesso em: 20 fev. 2018.

ISMAIL, A. H. et al. What do hearing healthcare professionals do to promote hearing aid use and benefit among adults? A systematic review. **International Journal of Audiology**, v. 58, n. 2, p. 63-76, 2019.

JENSTAD, L.; MOON, J. Systematic review of barriers and facilitators to hearing aid uptake in older adults. **Audiology Research**, v. 1, n. 1, 2011.

JOHNSON, C. E.; JILLA, A. M.; DANHAUER, Jeffrey L. Developing Foundational Counseling Skills for Addressing Adherence Issues in Auditory Rehabilitation. **Seminars in Hearing**, Thieme Medical Publishers, v. 39, n. 1, p. 13-31, 2018.

KELLOG, S. How to make a MOOC. **Nature**, v. 499, p. 369-371, jul. 2013.

KIZILCEC, R. F.; SCHNEIDER, E. Motivation as a Lens to Understand Online Learners. **ACM Transactions on Computer-Human Interaction**, v. 22, n. 2, p. 1-24, mar. 2015.

KNUDSEN, V. L. et al. Factors influencing help seeking, hearing aid uptake, hearing aid use and satisfaction with hearing aids: A review of the literature. **Trends in Amplification**, v. 14, n. 3, p. 127-154, 2010.

LAPLANTE-LÉVESQUE, A. et al. Patterns of hearing aid usage predict hearing aid use amount (data logged and self-reported) and overreport. **Journal of the American Academy of Audiology**, v. 25, n. 2, p. 187-198, 2014.

LAPLANTE-LÉVESQUE, A.; HICKSON, L.; GRENNES, C. An Australian survey of audiologists' preferences for patient-centredness. **International Journal of Audiology**, v. 53, n. sup1, p. S76-S82, 2014.

LEFFINGWELL, T. R. Motivational Interviewing Knowledge and Attitudes Test (MIKAT) for evaluation of training outcomes. **Minuet**, v. 13, p. 10-11, 2006.

LUNDAHL, B. W. et al. A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. **Research on Social Work Practice**, v. 20, n. 2, p. 137-160, 2010.

MANCHAIHAH, V. et al. 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**, v. 4, n. 10, p. e005915, 2014.

MARKLAND, D. et al. Motivational interviewing and self-determination theory. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 24, n. 6, p. 811-831, 2005.

MASON, M. J. Rogers redux: Relevance and outcomes of motivational interviewing across behavioral problems. **Journal of Counseling & Development**, v. 87, n. 3, p. 357-362, 2009.

MCCORMACK, Abby; FORTNUM, Heather. Why do people fitted with hearing aids not wear them?. **International Journal of Audiology**, v. 52, n. 5, p. 360-368, 2013.

MCFARLANE LA. Motivational Interviewing: Practical Strategies for Speech-Language Pathologists and Audiologists. **Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology**, v. 36, n. 1, p. 8-16, 2012.

MEYER, C. et al. Audiologist-patient communication profiles in hearing rehabilitation appointments. **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 8, p. 1490-1498, ago. 2017.

MEYER, C.; HICKSON, L. What factors influence help-seeking for hearing impairment and hearing aid adoption in older adults? **International Journal of Audiology**, v. 51, n. 2, p. 66-74, 2012.

MIDDLETON, Kathryn R.; ANTON, Stephen D.; PERRI, Michal G. Long-term adherence to health behavior change. **Am. J. Lifestyle Med.**, v. 7, n. 6, p. 395-404, 2013.

MILLER, W. R. Motivational interviewing with problem drinkers. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 11, n. 2, p. 147-172, 1983.

MILLER, W. R.; ARKOWITZ, H. Learning, Applying, and Extending Motivational Interviewing In: ARKOWITZ, H.; MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. (eds). **Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems**, 2. ed. New York: The Guilford Press, 2015.

MILLER, W. R.; HEDRICK, K. I. M. E.; ORLOFSKY, D. R. The Helpful Responses Questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. **Journal of Clinical Psychology**, v. 47, n. 3, p. 444-448, maio 1991.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Preparing People for Change**. 3. ed. New York: The Guilford Press, 2013.

- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 37, n. 2, p. 129-140, mar. 2009.
- MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 9, n. 1, p. 25, 2012.
- MILLER, W. R.; ROSE, G. S. Toward a theory of motivational interviewing. **American Psychologist**, v. 64, n. 6, p. 527, 2009.
- MINT. Motivational Interviewing Network of Trainers, c2020. Disponível em: <<https://motivationalinterviewing.org/>>. Acesso em: 07 jan. 2020.
- POIRIER, M. K. et al. Teaching Motivational Interviewing to First-Year Medical Students to Improve Counseling Skills in Health Behavior Change. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 79, n. 3, p. 327-331, mar. 2004.
- POLES-REGINATO, Tatiana Turtelli; FERRARI, Deborah Viviane. Teleaudiologia: comunicação profissional-paciente na programação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta. **Audiology - Communication Research**, v. 19, n. 3, p. 299-309, set. 2014.
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C., NORCROSS, J. C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, set. 1992.
- PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy**, v. 19, n. 3, p. 276-288, jan. 1982.
- PYM, A. **The moving text**: localization, translation, and distribution. Amsterdam: John Benjamins, 2004.
- PYM, A. Website Localizations. In: MALMKJÆR, K; WINDLE, K. (Eds.). **The Oxford Handbook of Translation Studies**. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- REICH, J. Rebooting MOOC research. **Science**, v. 347, n. 6217, p. 34-35, jan. 2015.
- RESNICOW, K.; McMASTER F. Motivational Interviewing: moving from why to how with autonomy support. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 9, n. 19, 2012.
- RIDGWAY, J.; HICKSON, L.; LIND, C. Autonomous motivation is associated with hearing aid adoption. **International Journal of Audiology**, v. 54, n. 7, p. 476-484, 2015.
- RIDGWAY, J.; HICKSON, L.; LIND, C. Decision-making and outcomes of hearing help-seekers: A self-determination theory perspective. **International Journal of Audiology**, v. 55, n. sup3, p. S13-S22, 2016.
- ROLLNICK, S.; MASON, P.; BUTLER, C. **Health Behavior Change**: a Guide for Practitioners. Londres: Elsevier Health Sciences, 1999.

ROLLNICK, S.; MILLER W.R.; BUTLER, C.S **Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior**. New York, New York: The Guilford Press. 2008. 210.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. What is motivational interviewing? **Behavioral and Cognitive Psychotherapy**, v. 23, p. 325-34, 1995.

ROSENGREN, DB. **Building Motivational Interviewing Skills**, Second Edition. New York, New York: The Guilford Press. 2018. 513p.

SDL. What is a Translation Memory? **SDL Trados**, c2020. Disponível em: <<https://www.sdltrados.com/solutions/translation-memory/>>. Acesso em: 8 jan. 2020.

Schafer M, Rhode R, Chong J. Using distance education to promote the transfer of motivational interviewing skills among behavioral health professionals *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2004;26: 141–148

SOLHEIM, Jorunn et al. An evaluation of motivational interviewing for increasing hearing aid use: A pilot study. **Journal of the American Academy of Audiology**, v. 29, n. 8, p. 696-705, 2018.

STIEGHORST, R.; EDMUNDSON, A. L. Cultural Adaptation of E-Learning Courseware: An Ethics & Compliance Example. In: _____. **Cases on Globalized and Culturally Appropriate E-Learning: Challenges and Solutions**. Pensilvânia: IGI Global, 2011. p. 263-279.

TAI, S.; BARR, C.; WOODWARD-KRON, R. Competing agendas and other tensions in developing patient-centred communication in audiology education: a qualitative study of educator perspectives. **International Journal of Audiology**, p. 1-10, 2017.

Tønnesen, H. (Ed.). 2012. Engage in the Process of Change; Facts and Methods. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em : https://idainstitute.com/fileadmin/user_upload/documents/WHO%20Motivation%20Tools%20Textbook.pdf

URIARTE, M. et al. Measuring hearing aid outcomes using the Satisfaction with Amplification in Daily Life (SADL) questionnaire: Australian data. **Journal of the American Academy of Audiology**, v. 16, n. 6, p. 383-402, 2005.

VALENTE, M.; AMLANI, A. M. Cost as a barrier for hearing aid adoption. **JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery**, v. 143, n. 7, p. 647-648, 2017.

VIANNA, Nubia Garcia; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares; ACIOLI, Moab Duarte. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2179-2188, jul. 2014 .

VON HAPSBURG; LAURITSEN. The Learning Principles Adopted by the Ida Institute. **Seminars in Hearing**, 33(01), 016–023, 2012.

WEINELAND, S. M. et al. Bridging the gap between hearing screening and successful rehabilitation: research protocol of a randomized controlled trial of

motivational interviewing via internet. **American Journal of Audiology**, v. 24, n. 3, p. 302-306, 2015.

WHICKER, J. J. et al. Counseling Training in AuD Programs: A Syllabi Review. **Hearing Journal**, v. 70, n. 8, p. 36-39, ago. 2017.

WHITE, D. L.; NEWTON-CURTIS, L.; LYONS, K. S. Development and initial testing of a measure of person-directed care. **The Gerontologist**, v. 48, no. Spec., p. 114-123, jul. 2008.

WHITE, L. L.; GAZEWOOD, J. D.; MOUNSEY, A. L. Teaching students behavior change skills: Description and assessment of a new motivational interviewing curriculum. **Medical Teacher**, v. 29, n. 4, p. e67-71, 2007.

WHO. Deafness and hearing loss. **World Health Organization**, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>>. Acesso em: 05 set. 2019.

WHO. Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented. **World Health Organization**, 2013. Disponível em: <<https://www.who.int/pbd/deafness/news/Millionslivewithhearingloss.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2019.

WILLIGER, B.; LANG, F. R. Hearing aid use in everyday life: Managing contextual variability. **Gerontology**, v. 61, n. 2, p. 158-165, 2015.

YONG, Michael et al. Access to adults' hearing aids: policies and technologies used in eight countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 97, n. 10, p. 699, 2019.


YOUNG, T. L. The Effect of Brief Training in Motivational Interviewing on Client Outcomes and Trainee Skill Development. 2010. 376 f. Dissertação (Doutorado em Filosofia) – College of Education, University of Central Florida, Orlando-FL, 2010.

YUAN, Y.; CUN, X. Exploring the Interaction Factors Effecting the Student Retention in Online Courses. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON CONTEMPORARY EDUCATION, SOCIAL SCIENCES AND HUMANITIES, 3., 2018, Moscou, Russia. **Anais...** Moscou: Atlantis Press, 2018.

ZARENOE, Reza et al. Motivational interviewing as an adjunct to hearing rehabilitation for patients with tinnitus: a randomized controlled pilot trial. **Journal of the American Academy of Audiology**, v. 27, n. 8, p. 669-676, 2016.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP

USP - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU DA USP		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Localização para o público brasileiro e avaliação do curso on-line Client Engagement and Ida Motivation Tools com alunos de graduação em Fonoaudiologia		
Pesquisador: RODOLPHO CAMARGO		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 08506319.0.0000.5417		
Instituição Proponente: Universidade de Sao Paulo		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 3.322.254		
Apresentação do Projeto:		
<p>Esta pesquisa será realizada no Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, a qual está dividida em 3 Etapas: 1) localização para o português do material original, 2) publicação do curso online na plataforma Coursera e 3) avaliação do curso. Na primeira etapa, será realizado o processo de localização do curso original do Ida Institute Client Engagement and Ida Motivation Tools, que conta com dois tópicos: “Envolvimento do Paciente e o Processo de Mudança” (quatro capítulos sobre motivação do paciente, benefícios das Ferramentas Motivacionais, envolvimento do paciente e Entrevista Motivacional) e “As Ferramentas Motivacionais do Ida: a Linha, o Quadrado e o Círculo” (com quatro capítulos sobre as Ferramentas Motivacionais do Ida Institute). Na segunda etapa, serão realizados os processos para oferta do curso de acordo com parceria firmada entre USP e Coursera: planejamento, produção e lançamento do curso na plataforma. Na terceira e última etapa, será realizado um estudo quasi-experimental, com grupo único, empregando delineamento pré-teste e pós-teste. Os participantes serão 40 alunos voluntários regularmente matriculados no 1o ano do curso de graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP), serão aplicados nesses alunos três instrumentos: a escala visual analógica conhecida como Linha, o Questionário de Resposta Útil (Helpful Responses Questionnaire) adaptado e a Escala de Reação ao Curso.</p>		
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

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



Continuação do Parecer: 3.322.254

Objetivo da Pesquisa:

Realizar o processo de localização para o público brasileiro do curso Client Engagement and Ida Motivation Tools desenvolvido pelo Ida Institute, publicar esse curso em formato on-line aberto e massivo (MOOC) e avaliar a eficácia desse MOOC no treinamento em Entrevista Motivacional em alunos de graduação do curso de Fonoaudiologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram corrigidos nos 2 TCLEs conforme solicitação no parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de versão 2 para correção de pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado sem restrições de ordem ética.

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 08/05/2019, com base nas normas éticas 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, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1301019.pdf	02/04/2019 00:07:57		Aceito
Outros	NOVO03OficioParecer20190314.pdf	02/04/2019 00:07:17	RODOLPHO CAMARGO	Aceito

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

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



Continuação do Parecer: 3.322.254

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO02TCLErevisor.pdf	02/04/2019 00:06:36	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO01TCLEaluno.pdf	02/04/2019 00:06:26	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Outros	03QuestionarioTecnicoPesquisador.pdf	21/02/2019 21:52:31	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	04DeclaracaoCompromissoPesquisador ResultadosPesquisa.pdf	21/02/2019 21:52:05	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	08PRP_USPCoursera.pdf	21/02/2019 21:51:17	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	07CartaldaoriginalTraduzida.pdf	21/02/2019 21:50:22	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final_CEP.pdf	21/02/2019 21:49:56	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	09TermoAquiescGrad.pdf	21/02/2019 21:49:15	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	02cep_docs_proj_pesquisa_carta_de_e ncaminhamento_termo_de_aquiescenci a.pdf	21/02/2019 21:43:38	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Folha de Rosto	01FolhaDeRosto.pdf	21/02/2019 21:40:16	RODOLPHO CAMARGO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 13 de Maio de 2019

Assinado por:

Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
(Coordenador(a))

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 B – Aprovação da Emenda pelo CEP

USP - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU DA USP		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DA EMENDA		
Título da Pesquisa: Localização para o público brasileiro e avaliação do curso on-line Client Engagement and Ida Motivation Tools com alunos de graduação em Fonoaudiologia		
Pesquisador: RODOLPHO CAMARGO		
Área Temática:		
Versão: 3		
CAAE: 08506319.0.0000.5417		
Instituição Proponente: Universidade de Sao Paulo		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 3.717.986		
Apresentação do Projeto: Trata-se de uma Emenda solicitando alteração no recrutamento dos participantes.		
Objetivo da Pesquisa: Realizar o processo de localização para o público brasileiro do curso Client Engagement and Ida Motivation Tools desenvolvido pelo Ida Institute, publicar esse curso em formato on-line aberto e massivo (MOOC) e avaliar a eficácia desse MOOC no treinamento em Entrevista Motivacional em uma população de alunos de graduação do curso de Fonoaudiologia.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Estão adequados.		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de Emenda solicitando ampliar o recrutamento dos participantes que, inicialmente seria realizado apenas com alunos matriculados no 1o ano do Curso de Fonoaudiologia da FOB-USP e, agora, serão alunos do 1o ao 4o ano.		
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Estão adequados, apresentaram Termo de Aquiescência e Projeto atualizados, de acordo com o novo recrutamento proposto.		
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		

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**



Continuação do Parecer: 3.717.986

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada sem restrições de ordem ética.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda apresentada pelo(a) pesquisador(a) foi considerada APROVADA na reunião ordinária do CEP de 13/11/2019, com base nas normas éticas 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, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1458758_É1.pdf	24/10/2019 16:07:41		Aceito
Outros	Oficio_assinado_Deborah.pdf	24/10/2019 02:38:44	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Outros	Termo_aquiescencia_atualizado.pdf	24/10/2019 02:37:43	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_atualizado_CEP.pdf	24/10/2019 02:36:54	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO02TCLErevisor.pdf	02/04/2019 00:06:36	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO01TCLEaluno.pdf	02/04/2019 00:06:26	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	04DeclaracaoCompromissoPesquisador ResultadosPesquisa.pdf	21/02/2019 21:52:05	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	08PRP_USPCoursera.pdf	21/02/2019 21:51:17	RODOLPHO CAMARGO	Aceito

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

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



Continuação do Parecer: 3.717.986

Declaração de Instituição e Infraestrutura	07CartaldaoriginalTraduzida.pdf	21/02/2019 21:50:22	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	09TermoAquiescGrad.pdf	21/02/2019 21:49:15	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	02cep_docs_proj_pesquisa_carta_de_encaminhamento_termo_de_aquiescencia.pdf	21/02/2019 21:43:38	RODOLPHO CAMARGO	Aceito
Folha de Rosto	01FolhaDeRosto.pdf	21/02/2019 21:40:16	RODOLPHO CAMARGO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não


BAURU, 21 de Novembro de 2019

Assinado por:
Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
(Coordenador(a))

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 Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes

Página 1 de 2



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 **“Localização para o público brasileiro e avaliação do curso on-line Client Engagement and Ida Motivation Tools com alunos de graduação em Fonoaudiologia”** de autoria de Rodolpho Camargo, sob orientação da Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari. O objetivo deste estudo é adaptar o curso on-line mencionado e avaliar sua eficácia para a aprendizagem de alguns princípios da entrevista motivacional e de ferramentas motivacionais.

Caso concorde em participar, os procedimentos aos quais você será submetido(a) serão descritos a seguir: (1) Receber por e-mail link para acesso ao formulário on-line da pesquisa com os instrumentos a seguir; (2) Indicar, em uma escala de 0 a 10, o quanto é importante para você utilizar a entrevista motivacional e o quanto você se sente preparado para utilizar isto em seus pacientes no futuro; (3) preencher o “Questionário de Resposta Útil” que contém seis possíveis situações de comunicação e como você responderia às mesmas; (4) inscrever-se gratuitamente no curso on-line; (5) realizar as atividades propostas no curso no prazo máximo de até 4 semanas; (6) responder novamente aos instrumentos identificados nos itens “1” e “2” e finalmente (7) preencher a Escala de Reação ao Curso (ERC), que contém 24 itens de múltipla escolha avaliando a qualidade do curso ofertado.

Os procedimentos aqui citados oferecem risco de possível cansaço em função do cumprimento do curso ou resposta aos instrumentos. Por se tratar de um curso on-line gratuito, você poderá realizá-lo em qualquer lugar onde exista um computador e acesso à internet, em qualquer horário que lhe for conveniente. Você levará uma média de vinte minutos para responder a todos os instrumentos. Não haverá nenhum ônus financeiro para você decorrente da participação neste estudo. Os benefícios de sua participação neste estudo serão diretos, como a oportunidade de aprender sobre este conteúdo, e também indiretos auxiliando a compreensão da eficácia das metodologias de ensino da entrevista motivacional. Os resultados do seu desempenho no curso serão esclarecidos oportunamente para você ao final do curso.

Ressaltamos que sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar deste estudo, 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 que serão coletadas são confidenciais, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto, sem identificação do indivíduo, como nome e endereço. Para isso, os formulários de resposta dos instrumentos solicitarão a criação de uma senha própria que você usará na segunda aplicação dos questionários. Caso aceite participar da pesquisa, você 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 o pesquisador Rodolpho Camargo pelo telefone (11) 952366194 ou pelo e-mail rodolphocamargo.rc@gmail.com, ou com a Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari pelo telefone (14) 3235-8332 ou pelo e-mail deborahferrari@usp.br, ou ainda na FOB/USP no endereço: Alameda Doutor Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária. Para denúncias e/ou reclamações entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB/USP situado na Alameda Doutor Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária (prédio da Pós-graduação), ou pelo telefone (14) 3235-8356; e-mail: cep@fob.usp.br.

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o/a sr(a) _____, portador(a) 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 participante 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 se tornaram confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por fim, como pesquisador responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru-SP, ____ de _____ de 20____

Participante da Pesquisa

Rodolpho Camargo
Pesquisador principal

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:
Horário e local de funcionamento: Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda a sexta-feira, no horário das **13h30 às 17 horas**, em dias úteis. Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901; Telefone/FAX (14)3235-8356; E-mail: cep@fob.usp.br

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável