

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

ANA LUIZA MARTINS APOLÔNIO

**Habilidades para a comunicação em saúde em universitários da área de
fonoaudiologia**

BAURU

2021

ANA LUIZA MARTINS APOLÔNIO

**Habilidades para comunicação em saúde em universitários da área de
fonoaudiologia**

Dissertação apresentado à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração de Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dagma Venturini
Marques Abramides

Versão Corrigida

BAURU

2021

Apolônio, Ana Luiza Martins

Habilidades para a comunicação em saúde em universitários da área de fonoaudiologia / Ana Luiza Martins Apolônio. -- Bauru, 2021.

120 p. : il. ; 31 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 2020.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dagma Venturini Marques Abramides

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

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

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP

Protocolo n°:

Data:



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

**Assistência Técnica Acadêmica
Serviço de Pós-Graduação**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação apresentada e defendida por
ANA LUIZA MARTINS APOLÔNIO
e aprovada pela Comissão Julgadora
em 13 de setembro de 2021.

Prof.^a Dr.^a **ALESSANDRA DE ANDRADE LOPES**
UNESP

Prof.^a Dr.^a **ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA**
UNESP

Prof.^a Dr.^a **DEBORAH VIVIANE FERRARI**
FOB-USP

Prof.^a Dr.^a **DAGMA VENTURINI MARQUES ABRAMIDES**
Presidente da Banca
FOB - USP

Prof.^a Dr.^a **Izabel Regina Fischer Rubira de Bullen**
Presidente da Comissão de Pós-Graduação

DEDICATÓRIA

Aos usuários e profissionais dos serviços de saúde. Que possam construir e colher os frutos de uma relação mais humana, respeitosa e afetiva baseada numa comunicação de qualidade

AGRADECIMENTOS

Primeiro e sempre aos meus pais, Rosana e Junior por fornecerem bases afetivas e materiais, ensinarem valores de bem viver e incentivarem uma educação reflexiva e crítica, que me permitiu descobrir e investir em meus objetivos.

A minha irmã Beatriz que, só por existir já me impulsiona a ser uma pessoa melhor e a investir no que acredito.

Ao Gabriel, meu companheiro de vida, que me apoia em qualquer decisão, participa e dá segurança para que eu realize meus sonhos.

Às minhas queridas amigas Mayara, Amanda, Joice e Tayná, pesquisadoras, que contribuíram diretamente nesse estudo, sem as quais não teria sido possível realizá-lo

Às minhas amigas Caroline, Ariane e Sália por todo o apoio, companheirismo, carinho e por serem exemplos de pesquisadoras dedicadas à profissão.

À minha orientadora, professora Dagma, sempre paciente, compreensiva e que deu condições para que a pesquisa acontecesse, desde o incentivo ao estudo desse tema, até o apoio na superação dos desafios procedimentais e de escrita.

E ao apoio recebido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

RESUMO

Sabe-se que o bom uso de habilidades comunicativas entre profissionais da saúde e pacientes trazem benefícios desde a adesão ao tratamento, satisfação dos usuários até diminuição da dor. Apesar disso, o modelo biomédico ainda é predominante na área da saúde, por isso o ensino de habilidades comunicativas que embasem uma prática centrada no paciente desde a graduação tem sido cada vez mais recomendado por pesquisadores. Na área da fonoaudiologia alguns autores sugerem que a análise do estágio clínico supervisionado é uma das maneiras mais eficazes para a compreensão do desenvolvimento dessas habilidades. O estudo buscou identificar e analisar o desenvolvimento do repertório de habilidades de comunicação em estudantes de fonoaudiologia na interação com o paciente em dois estágios clínicos. Participaram da pesquisa duas juízas com formação em psicologia, 25 estudantes matriculados em dois estágios clínicos, três professoras-supervisoras e 32 pacientes adultos. A coleta de dados aconteceu durante três meses, uma vez ao mês os alunos tiveram os atendimentos gravados e as filmagens foram analisadas pelas juízas e professoras-supervisoras enquanto os estudantes realizaram autoavaliações após os atendimentos. O guia Calgary-Cambridge foi utilizado como referência para as análises e autoavaliação. Os pacientes foram entrevistados após os atendimentos. Os dados foram submetidos ao Teste de Friedman e Bonferroni como post hoc, as entrevistas analisadas qualitativamente. Os resultados apontaram que houve diferença estatisticamente significativa ao longo do estágio apenas na habilidade de “Estabelecer o contato inicial”. Concluiu-se que os estudantes apresentaram bom uso das habilidades desde o primeiro mês de atuação com melhora do repertório ao final do estágio. Os grupos têm percepção similar quanto ao uso positivo das habilidades, sendo que a avaliação mais positiva foi dos pacientes, porém, houve divergências sobre as habilidades que se destacaram positivamente e as que merecem atenção devido às características dos estágios, experiências anteriores de pacientes e supervisoras bem como necessidade de constante feedback de desempenho para que os estudantes possam (auto)monitorar suas habilidades.

Palavras-chave: Estágio clínico supervisionado, Comunicação profissional-paciente, Fonoaudiologia

ABSTRACT

It is known that the employment of proper communication skills by health professionals brings a variety of benefits, from patient satisfaction to perceived pain relief. Several researchers recommend teaching a more patient-centered approach and communication skills in order to improve upon the traditional biomedical model. In the field of phonoaudiology, some authors suggest supervising clinical internships as one of the most effective ways to develop such skills. The purpose of this study is to analyze the development of this communication skills repertoire in phonoaudiology interns within two different clinical internships. This study had the participation of two judges with educational backgrounds in the field of psychology, 25 students in total enrolled in two internships, 3 professors supervising the internship and 32 adult patients. Data collection was done in a 3 months span. The students' clinical consultation was recorded once a month. The recordings were analyzed by the judges and the supervisors, while the students took a self assessment test and patients were interviewed after the clinical session. The Calgary-Cambridge guide was used as a frame of reference to the analysis and self assessment tests. The data was submitted to the Friedman statistical analysis test and Bonferroni test post hoc. Results point to a statistically relevant change only for the "Establishing initial rapport" skill. The study has concluded that students showed proper use of communication skills from the first month, with improvements to their repertoire when they concluded the internship. All groups have a shared perception in regards to the students' good use of their communication skills. The patients were the ones to give better scores overall. score distribution, which skills each group rated positively or negatively, were different. This is because of the individual characteristics of each internship program, patients and supervisors past experiences and the constant need for performance feedback needed for the students to assess their own skills.

Keywords: Supervised clinical internship, patient-professional communication, phonoaudiology

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação dos objetivos a serem atingidos durante o atendimento clínico segundo o guia <i>Calgary Cambridge</i> revisado.	23
-----------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Habilidades que tiveram resultados $p < 0,05$ no Teste de Friedman.....	69
Tabela 2	Resultados do teste de comparação Bonferroni.....	70
Tabela 3	Ocorrência das categorias identificadas nas respostas dos pacientes do Estágio de Voz (Com relação ao jeito do profissional te atender, o que mais te marcou?).....	71
Tabela 4	Ocorrência das categorias identificadas nas respostas dos pacientes do Estágio de Dispositivos Eletrônicos (Com relação ao jeito do profissional te atender, o que mais te marcou?)	73
Tabela 5	Porcentagem de pacientes que descreveram adequadamente o que foi realizado durante o atendimento.....	75

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1	Interação do profissional de saúde com o usuário de serviços de saúde.....	17
2.1.1	Construção de vínculo profissional-usuário	17
2.1.2	Habilidades comunicativas	19
2.1.3	Competências de Comunicação Clínica (CCC).....	21
2.2	Área da Fonoaudiologia.....	24
2.2.1	A profissão.....	24
2.3	O curso.....	25
2.3.1	Competências trabalhadas na grade curricular	27
2.3.2	Competências trabalhadas no estágio clínico	28
2.3.3	Percepção dos discentes.....	31
2.3.4	O papel do supervisor de estágio	32
2.4	Interação do Fonoaudiólogo com o usuário de serviços de saúde	35
2.4.1	Práticas utilizadas pelos Fonoaudiólogos	39
2.4.2	Percepção dos usuários dos serviços de saúde.....	41
3	OBJETIVOS	45
3.1	Objetivo Geral.....	45
3.2	Objetivos Específicos	45
4	METODOLOGIA	49
4.1	Participantes.....	49
4.2	Aspectos Éticos	49
4.3	Local	49
4.4	Materiais	50
4.5	Procedimento	50
4.5.1	Divisão dos estudantes em estágios supervisionados.....	50
4.5.2	Gravação dos atendimentos	52
4.5.3	Ambiente virtual.....	52

4.5.4	Avaliação das professoras-supervisoras	53
4.5.5	Avaliação das juízas	53
4.5.6	Autoavaliação dos estudantes	53
4.5.7	Percepção dos pacientes	53
4.6	Análise dos dados.....	54
4.6.1	Concordância entre as juízas.....	54
4.6.2	Análise estatística dos dados obtidos nas avaliações das juízas, professoras e estudantes.....	54
4.6.3	Análise dos dados obtidos durante as entrevistas com os pacientes	55
5	RESULTADOS.....	59
6	DISCUSSÃO.....	79
6.1	Habilidades de comunicação do estudante na interação com os pacientes: percepção do estudante, das professoras e das juízas.....	79
6.2	Percepção dos pacientes quanto as habilidades de comunicação utilizadas pelos estudantes durante os atendimentos	85
7	CONCLUSÕES	91
	REFERÊNCIAS	95
	ANEXOS.....	107

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A fonoaudiologia é a ciência que tem a comunicação como objeto de estudo e de intervenção, o que torna imprescindível que a comunicação com o paciente seja efetiva (CRFa 2ª região). Em consonância com a Lei 6965/1981, que regulamenta a profissão do fonoaudiólogo, a Comissão Especial de Qualificação Profissional (CEQP) elaborou o documento intitulado “Áreas de competência do fonoaudiólogo no Brasil”, um referencial das atividades exercidas pelo fonoaudiólogo no país, e ambos os documentos apontam para a necessidade de que habilidades comunicativas interpessoais façam parte da formação e sejam mantidas ao longo da atuação profissional.

A comunicação com o paciente, compreendida aqui como uma “via de mão dupla que envolve diálogo, escrita ou meios não-verbais, que visa criar uma interpretação compartilhada para os envolvidos” (DENNISTON, 2017, p.1) tem tido destaque nos estudos em saúde nas últimas décadas (BACHMANN, 2012; LEONARDO, 2016; LOUREIRO, 2016). Sabe-se que desenvolver uma relação terapêutica com troca mútua de informações e envolvimento do paciente na tomada de decisão traz benefícios nos resultados do tratamento (SILVERMAN, 2009; RICE, 2018; EBERT, 2018) e gera maior satisfação, adesão e autogestão do paciente (GREENESS, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) publicou um relatório no qual reconhece a baixa adesão às terapias de longo prazo como um problema de saúde mundial, com prevalência superior a 50% nos países em desenvolvimento, o que acarreta complicações psicossociais, redução da qualidade de vida do paciente, gastos em saúde devido às recidivas e ineficiência na melhoria geral da saúde. Dentre os fatores que influenciam o problema destaca-se o relacionamento entre paciente e profissional, o qual pode superar as barreiras da adesão quando o clínico é considerado competente, quando a comunicação é realizada de forma clara, com informações de qualidade e quando há parceria nas decisões do tratamento (OMS, 2003; GUSMÃO e JUNIOR, 2006; ROBINSON et al, 2008; ZOLNIEREK e DIMATTEO, 2009).

É sabido que habilidades comunicativas são essenciais para todos os profissionais da saúde e, considerando que estas não são intrínsecas, devem ser aprendidas e treinadas, ressalta-se o papel primordial das universidades e dos professores no seu desenvolvimento. A partir disso, ensiná-las tem se tornado um dos objetivos a serem alcançados pelas universidades do

mundo (BACHMANN, 2012, LEONARDO, 2016). Nesse sentido, a literatura conta com guias elaborados por profissionais de saúde que elencam as habilidades comunicativas a serem ensinadas nas universidades, como o Health Professionals Core Communication Curriculum (HPCCC) e com guias para orientação da comunicação em consultas, como o Guia Calgary-Cambridge, Consulta em 7 Passos, MAAS-Global 2000 e o SEGUE Framework, que tem ampla citação na literatura internacional (CAMPOS; RIOS, 2018).

Embora o atendimento centrado no paciente seja considerado fundamental para o cuidado em saúde, Denniston e colaboradores (2017) realizaram uma revisão sistemática das publicações sobre o ensino de habilidades de comunicação na área da saúde e identificaram que apenas 5% dos estudos relataram envolver os pacientes em qualquer aspecto do projeto educacional. Os autores sugerem que os designs educacionais futuros envolvam os pacientes no projeto de ensino e aprendizagem visando identificar o que os pacientes esperam dos profissionais de saúde em termos de comunicação, tornando possível atingir um objetivo comum no cuidado em saúde. Nesse sentido, o presente estudo pretende realizar uma análise multimodal das habilidades de comunicação no atendimento clínico.

Atualmente, na área da fonoaudiologia há um crescimento no número de estudos abordando o assunto, porém, há uma limitação na diversidade de pesquisadores e na nacionalidade da população pesquisada. As principais pesquisas do tema são EKBERG et al, 2014; GRENNES, et.al, 2014a; GRENNES, et. al, 2014b; POLES e FERRARI, 2014; GRENNES et.al, 2015a; GRENNES et.al, 2015b; GRENNES et. al., 2016; CAMPOS, 2016; DOCKENS, et al. 2017; MEYER et.al., 2017; MUÑOZ, 2017; BECK e KULZER, 2018, CORINNE, et al, 2018; EBERT, 2018; MANCHAIHAH, et al, 2018). A forma com que os fonoaudiólogos gerenciam a conversa influencia no desenvolvimento de assuntos mais ou menos relevantes para o paciente, em contrapartida, pesquisas recentes têm demonstrado que em atendimentos importantes para a construção de uma relação terapêutica, como a anamnese, há dificuldade dos fonoaudiólogos em utilizar a abordagem centrada no paciente (MUÑOZ, 2017).

Grenness e colaboradores (2015a) identificaram que além de controlarem o maior tempo de fala nas consultas os fonoaudiólogos constantemente interrompem os pacientes e realizam perguntas fechadas, o que restringe o aprofundamento do assunto. O estudo de Ekberg et.al (2014) apontou que durante as conversas sobre aparelhos auditivos, os fonoaudiólogos tendiam a se esquivar de assuntos que envolvessem conteúdo emocional, demonstrando dificuldade em

acolher e validar os sentimentos dos pacientes, dificultando o estabelecimento de uma relação empática e de parceria. Sabe-se que tal habilidade é necessária para um cuidado em saúde humanizado e favorece a relação profissional-paciente, trazendo benefícios para o tratamento. Nesse sentido, o ensino dessa e outras habilidades comunicativas têm sido inseridas na graduação.

A pesquisa de Muñoz e colaboradores (2017) propôs realizar um treinamento de habilidades de comunicação para esses profissionais por meio de um workshop de um dia de apoio contínuo à aprendizagem. Os resultados evidenciaram que os fonoaudiólogos perceberam melhora na sua capacidade de aconselhamento, porém, apesar de ter havido algumas melhorias, estas não foram evidentes na avaliação do observador. A discrepância entre a percepção dos participantes sugere a necessidade de treinamento continuado com feedback de desempenho para que os fonoaudiólogos possam monitorar suas competências, já que há evidências sobre impacto positivo de supervisões no desenvolvimento de habilidades e de autoeficácia em terapeutas (MUÑOZ, et.al., 2017). A partir disso, os autores defendem a importância do ensino das habilidades de comunicação aos fonoaudiólogos o mais cedo possível, assim como há o ensino das demais habilidades técnicas da profissão e ressaltam a importância dos supervisores nesse contexto..

Na Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP), desde 2012, um programa informativo-vivencial de Habilidades Sociais foi incorporado ao plano de ensino da disciplina de Psicologia, oferecida para o segundo ano do curso de Fonoaudiologia, com o objetivo de conciliar a promoção de competências técnicas e comportamentais na formação dos graduandos. Como procedimento de ensino, a utilização de estratégias e ferramentas se prestam a desenvolver o repertório de habilidades sociais (empatia, automonitoria, autocontrole emocional, comunicação assertiva e efetiva), a decisão compartilhada e habilidades profissionais com destaque para o trabalho em grupo e em equipe multidisciplinar (iniciativa, autonomia, colaboração tanto no compartilhamento de conhecimento quanto na busca de solução de problemas e responsabilidade na realização das atividades para atingir os resultados do grupo) vistas como críticas para o sucesso do fonoaudiólogo em sua prática profissional. Visando a preparação dos estudantes para a clínica no semestre posterior, o plano de ensino conta com atividades teóricas e práticas, como a estruturação de consulta pelo Guia Calgary-Cambridge, observação de atendimento clínico de colegas do 3º ou 4º anos, além de ensaio comportamental de situações similares àquelas que serão vivenciadas, como role playing de entrevistas, de atendimentos de rotina, de comunicação de más-notícias, aplicação de

ferramentas motivacionais culminando com a simulação de consulta, mais realística possível, com atores ao final da disciplina para maior consolidação das atividades prévias.

Considerando a importância do desenvolvimento e avaliação das habilidades comunicativas nas instituições de ensino superior da área de fonoaudiologia, ressalta-se também a relevância de uma análise multimodal do fenômeno, a partir da percepção de todos os agentes envolvidos no ensino, aprendizagem e recepção do atendimento baseado nessas habilidades, sendo eles os professores, estudantes e pacientes. Portanto o estudo tem como objetivo analisar o desenvolvimento do repertório de habilidades comunicativas dos universitários da área de fonoaudiologia nos atendimentos clínicos a partir da visão de todos os atores envolvidos nesse contexto.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 INTERAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COM O USUÁRIO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1.1 CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO PROFISSIONAL-USUÁRIO

A construção de vínculos e relações de interação entre os profissionais de saúde e os usuários, trata-se de uma temática desafiadora no cenário de implementação e/ou reorganização dos serviços de saúde pautados no princípio integralista da atenção (SCHIMITH et al., 2011), considerada por alguns autores, peça fundamental na implementação de ações de cuidados eficazes em saúde (GUSMÃO; JUNIOR, 2006).

De acordo com Gusmão e Junior (2006), muitos usuários nutrem a opinião comum de que são os únicos responsáveis por seguirem as recomendações médicas e, conseqüentemente, aderirem aos tratamentos prescritos. Contudo, tal percepção mostra-se incompatível à realidade clínica, e subestima a influência de outros fatores, como: o vínculo profissional-usuário e a interação terapêutica (OMS, 2003). A maneira como o usuário é recebido e acolhido, ainda nos primeiros contatos com o profissional, além de impactar diretamente sobre o fortalecimento da formação do vínculo profissional-usuário pode, ainda, influenciar sobre os processos de adesão ao tratamento estabelecido (SCHIMITH et al., 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) classifica o processo de adesão aos tratamentos de saúde como um fenômeno multidimensional, e engloba os diferentes fatores em dimensões, sendo: fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao usuário, fatores relacionados à doença, fatores relacionados ao tratamento, sistema e equipe de saúde.

Sobre o mesmo assunto, Cramer (1991) e Gusmão e Junior (2006) apontam que, dentro de cada uma das dimensões gerais pré-determinadas pela OMS (2003), a adesão ao tratamento abrange a interação de uma gama de detalhes relacionados ao usuário, como: sexo, etnia, idade, nível socioeconômico, escolaridade e estado civil; à doença: sintomas, cronicidade e conseqüências (físicas e emocionais); às crenças de saúde: hábitos de vida, aspectos sociais e culturais, autopercepção da gravidade do diagnóstico, falta de conhecimento, experiência familiar com a doença e autoestima; ao tratamento e qualidade de vida: custos, efeitos

indesejáveis e dinâmica terapêutica complexa; à instituição: políticas públicas de saúde, acesso aos serviços, tempo de espera e de atendimento; e, não menos importante, ao relacionamento e ao vínculo construído entre a equipe de saúde e os usuários.

Tendo em vista os baixos índices de adesão aos tratamentos de saúde, principalmente os de longo prazo, diversas hipóteses pautadas no modelo biomédico e em teorias cognitivas, têm sido traçadas com vistas a compreender o papel dos profissionais de saúde e dos usuários sobre esta questão. Nesta perspectiva, Bishop (1994), citado por Klein e Gonçalves (2005), destaca que, um dos principais motivos para os usuários não aderirem aos tratamentos prescritos, ou não seguirem as recomendações médicas da forma adequada, pauta-se na falha comunicacional e de atitude do profissional no fornecimento das informações necessárias de maneira clara, detalhada e desfragmentada (MATTOS, 2008). Klein e Gonçalves (2005) complementam que a confiança dos usuários sobre os profissionais, influenciam diretamente na adesão.

A literatura especializada aponta que, para a construção de um processo de relacionamento e confiança, é necessário que o profissional possua sensibilidade quanto ao acolhimento do usuário, de modo a compreender o sofrimento manifestado por meio de palavras e/ou ações. Um olhar direcionado ao usuário, por sua vez, resulta na visualização das fragilidades, dos medos, das angústias, das dúvidas, dos questionamentos, entre outros aspectos, que englobam o processo de diagnóstico e de tratamento clínico. O contato e o reconhecimento dos sentimentos que envolvem os usuários, possibilitam aos profissionais o fornecimento de atendimentos individualizados, constituídos por técnicas e ferramentas selecionadas com base nas singularidades existentes em cada caso (MATTOS, 2008). Em razão disso, Klein e Gonçalves (2005) indicam que a atenção aos aspectos relacionados à interação e a comunicação, deve ser uma premissa fundamental desde o processo de anamnese, onde o profissional escuta os sintomas e acolhe as preocupações.

Deste modo, a interação profissional-usuário, bem como a formação de um bom relacionamento interpessoal, tornam-se peças fundamentais na construção de um atendimento integral, uma vez que possibilitam a formação de processos de escuta, permeados por ações de acolhimento, interpretação e informação acerca da doença e do tratamento prescrito ao usuário, de forma singular e desfragmentada (KLEIN; GONÇALVES, 2005; MATTOS, 2008). Tais relações resultam sobre a melhoria do quadro clínico, o aumento da adesão e da satisfação, tanto do ponto de vista dos usuários quanto dos profissionais (SCHIMITH et al., 2011).

2.1.2 HABILIDADES COMUNICATIVAS

A comunicação humana é considerada por alguns autores como uma estratégia de relacionamento que possibilita aos indivíduos o compartilhamento de ideias, informações, mensagens e sentimentos, capazes de aproximar pessoas e influenciar mudanças de atitudes e de comportamentos (SILVA, 2015). O universo das relações interpessoais que conectam profissionais e usuários de saúde, é composto por habilidades comunicativas sociais, consideradas pela literatura componentes básicos fundamentais integrantes no processo de formação de vínculos entre profissional e usuário. Profissionais com habilidades de comunicação adequadas, possuem maiores possibilidades em lidar com diferentes situações vivenciadas pelos usuários (CABALLO, 1997).

De acordo com a OMS (2003), as novas perspectivas de comunicação que estimularam as mudanças nos modelos comunicacionais dos profissionais de saúde, tiveram início na década de 70, a partir do desejo de melhorias nas habilidades de comunicação com os usuários. Em 1980, deu-se início à um cenário de novas discussões acerca do papel ativo do usuário no tratamento, as quais culminaram na percepção da necessidade de construção de relacionamentos mais harmoniosos e horizontalizados entre profissionais e usuários, com consequente aprimoramento das estratégias e habilidades de comunicação (OMS, 2003).

As habilidades de comunicação que permeiam as relações interpessoais são complexas e envolvem uma gama de fatores intrínsecos e extrínsecos ao ser humano. Os sinais que compõem o processo de comunicação são listados como dimensões verbais e não verbais, sendo a segunda mais expressiva que a primeira. Embora tratem-se de modelos de comunicação distintos, ambos se convergem e se completam para a construção de uma comunicação efetiva. As expressões verbais demonstradas por meio de palavras, costumam repassar informações mais diretas e objetivas, entretanto, em muitos casos, a linguagem não verbal é a que possibilita a expressão subjetiva de sentimentos e comportamentos manifestados por meio de gestos, tonalidade e intensidade vocal, expressões faciais, corporais, entre outros (SILVA, 2015).

Tamblyn et al. (2007) indica que a qualidade da comunicação estabelecida entre médico e paciente registra demandas significativas de reclamações de negligência no atendimento, decorrente da má comunicação, tornando-se uma preocupação na rotina clínica. Por outro lado, a valorização das habilidades de comunicação no contexto da saúde destacadas pela OMS

(2003) pode resultar na construção de vínculos efetivos entre o profissional e o usuário e, paralelamente, promover a humanização do acesso e a integralidade da atenção à saúde.

A inserção dos profissionais junto aos diferentes cenários e contextos da comunidade permite a formação de uma escuta qualificada, que por sua vez, possibilita aos profissionais a obtenção de dados que se estendem para além das queixas de saúde e doença, uma vez que revelam importantes informações acerca da realidade individual de cada usuário e sua família como, a realidade singular e subjetiva dos usuários dos serviços de saúde do local, no que diz respeito aos aspectos socioeconômicos, culturais, crenças religiosas, hábitos, costumes, etc. Tais conhecimentos viabilizam a construção de métodos de comunicação, interação e condutas programadas e personalizadas ao plano de tratamento estabelecido (GOTARDO; SILVA, 2005; LIMA; BUSIN, 2008; ILHA et al., 2014).

Neste sentido, a comunicação verbal e não verbal recebe novamente destaque. Como sugestões práticas do uso das habilidade de comunicação para o estabelecimento do vínculo profissional-usuário, Gomes e Vianna (2008) e Santos, et al. (2008), sugerem aos profissionais da saúde algumas orientações para um atendimento humanizado: comuniquem-se com os usuários chamando-os pelo próprio nome e, durante as consultas e explicações, proponham diálogos com significado e interesse para ambos, utilizando terminologias simples e claras, mesclando o conhecimento técnico científico com o empírico e popular. Apropriem-se do contato de olho, da escuta sensível e qualificada e, do uso de técnicas objetivas e subjetivas considerando cada uma as singularidades identificadas. É importante, também, se possível, que o profissional ouça mais e fale menos, dando ênfase aos diálogos, voz ao usuário e reduzindo os monólogos (ROTER et al., 2008).

Howick et al (2018) realizaram a revisão sistemática mais atualizada até o momento sobre tratamentos nos quais os profissionais utilizam comunicação positiva (uso de mensagens positivas quanto a expectativa do tratamento) e se expressam com empatia. Eles evidenciaram melhora na satisfação geral com o atendimento, na qualidade de vida relacionada a saúde, além de pequenas melhorias numa série de condições psicológicas (como ansiedade) e físicas (como dor) dos usuários. Ainda apontaram que os benefícios da empatia e da comunicação positiva parecem ser semelhantes aos de muitos tratamentos farmacológicos comuns.

Autores como Doyle; Lennox; e Bell (2013) e Price et al. (2015), apontam que além das vantagens destacadas, a eficácia da comunicação pode estar relacionada à qualidade das habilidades clínicas e segurança do paciente. Assim, o vínculo entre o profissional e o usuário

de saúde, quando bem estabelecido, pode se tornar uma ferramenta eficaz de promoção da saúde como estratégia proativa, tanto no que diz respeito à procura dos serviços, quanto a adesão e a continuidade do tratamento, fortalecendo o reconhecimento do usuário como protagonista de sua história (SANTOS et al., 2008; ILHA et al., 2014). A união destes aspectos culmina na construção de um modelo de prática humanizada e acolhedora e revela que a dependência de uma comunicação efetiva, não deve ocorrer somente entre os profissionais e os usuários mas, também, entre a equipe e os familiares, com vistas ao fornecimento de informações relativas a cuidados específicos necessários à família durante os diferentes processos do tratamento (GOTARDO; SILVA, 2005; LIMA; BUSIN, 2008).

2.1.3 COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA (CCC)

Considerando que a comunicação clínica em saúde se trata de uma aptidão essencial para todos os profissionais do ramo e, depende de habilidades comunicativas e competências adquiridas, o ensino das competências para a comunicação clínica (CCC) nas profissões de saúde, tem se tornado um dos objetivos a serem alcançados pelas universidades ao redor de todo o mundo (BACHMANN et al., 2013; LEONARDO et al., 2016).

A formação em CCC, pauta-se no desenvolvimento de modelos de atendimento centrados no usuário e em relações terapêuticas humanizadas, com perspectivas horizontalizadas, interacionais, a partir de parcerias construídas entre profissional e usuário, as quais culminam em tomadas de decisões clínicas partilhadas e, resultam em uma prestação de serviço com qualidade de saúde mais elevada, contrariando o modelo biomédico, ainda dominante em diversos centros de saúde nos dias atuais (CHARLES; WHELAN; GAFNI, 2007; BROWN, 2008).

No ano de 2013, uma pesquisa realizada com 121 especialistas em comunicação, de 15 diferentes profissões de saúde, em 16 países, participou de um extenso processo de consenso sobre as habilidades de comunicação a serem priorizadas no ensino de cursos de saúde na Europa. Após longas discussões, alcançaram um consenso e desenvolveram um documento denominado *Health Professionals Core Communication Curriculum* (HPCCC). No documento foram listadas as habilidades selecionadas a partir da literatura da área e da *expertise* dos profissionais, que elencaram, de forma interdisciplinar, 61 objetivos de aprendizagem divididos em: a) Comunicação com o Paciente; b) Comunicação Intra e Interpessoal e, c) Comunicação com Equipe de Cuidado em Saúde (BACHMANN et al., 2013).

Tendo em vista a relevância das CCC para o atendimento clínico, o HPCCC indica que as recomendações preconizadas no ensino desta prática sejam utilizadas desde a anamnese, até o exame físico, a fim de otimizar a prestação dos cuidados de saúde e a relação profissional-usuário, tanto no processo de diagnóstico, quanto no tratamento, obtenção de resultados e indicadores de saúde, à curto e a longo prazos (YEDIDA et al., 2007; LEONARDO et al., 2016).

A literatura especializada aponta que a formação em CCC não se trata de algo tão simples, em virtude disso, alguns profissionais apresentam dificuldades para a implementação de tais programas junto ao público acadêmico. Entre as questões relatadas, destacam-se: a seleção de modelos e métodos pedagógicos de ensino efetivos à promoção da aprendizagem dos diferentes aspectos que englobam a interação profissional-usuário; os componentes relevantes nesta relação; a forma adequada à prestação de cuidados humanizados; a investigação das percepções dos estudantes acerca dos processos de ensino e aprendizagem, entre outros (SPENCER; SILVERMAN, 2001).

Sabendo da complexidade que envolve o ensino das CCC à estudantes de saúde, torna-se relevante a seleção de uma metodologia estruturada com abordagem e currículo direcionado, sistematizado e facilitador ao ensino das competências de comunicação, com o fornecimento de treinamento voltado às competências pedagógicas e clínicas. Neste sentido, a literatura especializada apresenta diversos guias para orientação da comunicação em consultas e o ensino de conteúdos específicos às CCC (CAMPOS; RIOS, 2018).

Entre os guias de comunicação elaborados por serviços-escola para o ensino das habilidades de comunicação, o Guia para a Entrevista Médica de *Calgary-Cambridge* – Processo de Comunicação (*Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview – Communication Process*); a Consulta em 7 Passos; o MAAS-Global 2000; e a Estrutura SEGUE (*SEGUE Framework*), possuem ampla citação na literatura internacional, e são extensivamente utilizados no processos de ensino e avaliação de habilidades de comunicação em diferentes países, principalmente na área de medicina (CAMPOS; RIOS, 2018).

Dentre os métodos identificados, o Guia *Calgary-Cambridge* (KURTZ et al., 2003) recebe destaque (Anexo 1). Tal instrumento tem como finalidade “maximizar a efetividade da consulta” (CARDOSO; BRAGA; GOTARDELO, 2017, p.1). Este modelo, baseado em evidências, fornece a descrição de 71 habilidades essenciais ao processo de comunicação, organizadas e estruturadas em 6 etapas/objetivos a serem atingidos ao longo do atendimento clínico (MIRANDA; ARCE, 2015). Tais objetivos visam a construção do vínculo profissional-

paciente e cada etapa do guia é composta por categorias que englobam habilidades específicas (KURTZ et al., 2003; CARDOSO; BRAGA; GOTARDELO, 2017). A figura 1 demonstra a representação do modelo *Calgary-Cambridge* revisado, o qual considera a sequência dos eventos, a perspectiva do paciente, possíveis alternativas de tratamento consideradas pelo médico, um registro do que o paciente foi informado e o plano de ação negociado com o paciente (KURTZ et al., 2003).

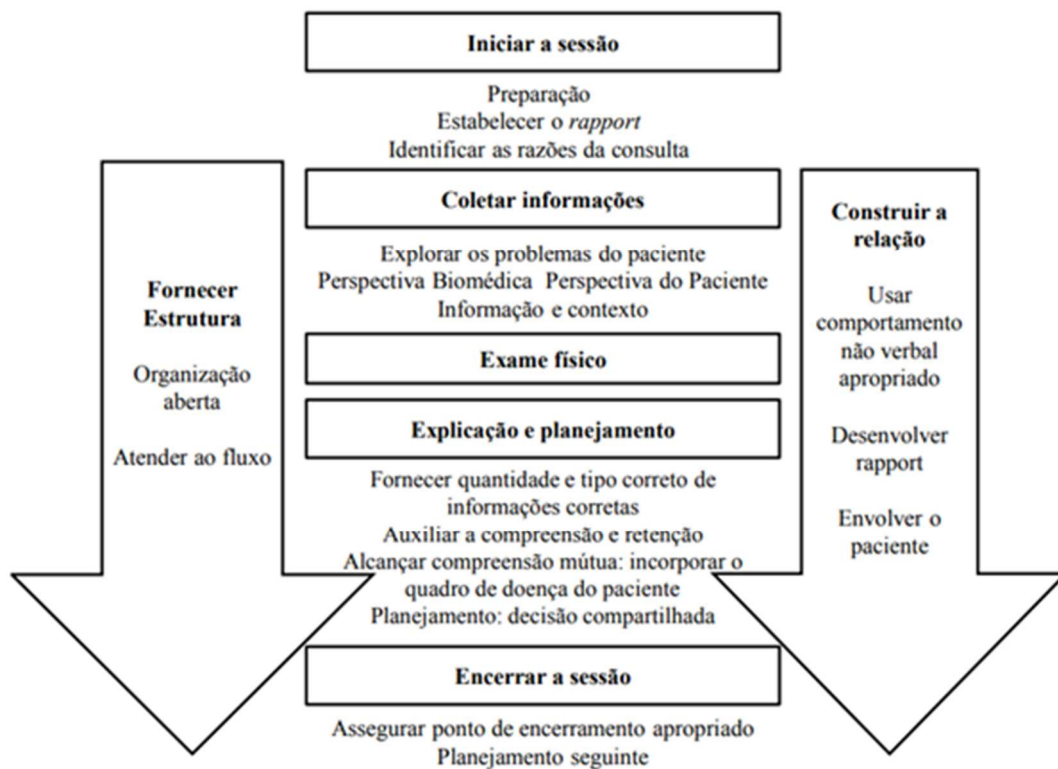


Figura 1: Representação dos objetivos a serem atingidos durante o atendimento clínico segundo o guia *Calgary Cambridge* revisado.

Fonte: (KURTZ et al, 2003).

Observa-se que o modelo *Calgary-Cambridge*, propõe uma estrutura de consulta a ser seguida, a qual indica uma preocupação com a efetividade da comunicação centrada no paciente, no respeito, no vínculo e na confiança. Sobre isso, Grenness et al. (2014a) explicam que existem padrões de comportamentos específicos que favorecem esse modelo de atendimento, por exemplo: o início da conversa focada na construção do *rapport*, a tomada de decisão após o exame clínico e a preparação do profissional com base nas necessidades individuais de cada usuário.

Segundo Kurtz et al. (2003, p.804), o “guia foi desenvolvido para delinear habilidades de comunicação efetivas entre médico-paciente e oferecer uma estrutura baseada em evidência para a análise e ensino dessas habilidades”. Com base nesta descrição e na análise da literatura (BRASIL, 2002; DUKE et al., 2013), aponta que tais habilidades aplicam-se à interação com o paciente em diversas áreas do cuidado em saúde. Os autores explicam ainda que o guia tem sido utilizado como recurso primário no ensino, autoavaliação e pesquisa, mas alertam que as habilidades que o instrumento aponta devem ser utilizadas quando necessário durante a entrevista e, não como um protocolo padronizado a ser seguido (BRASIL, 2002; DUKE et al., 2013).

2.2 ÁREA DA FONOAUDIOLOGIA

2.2.1 A PROFISSÃO

A fonoaudiologia trata-se de uma ciência que tem como objetivo o estudo da comunicação e dos distúrbios que envolvem esta habilidade. A idealização desta profissão no território brasileiro, teve registro em meados de 1930, a partir de demandas oriundas das grandes áreas da educação e da medicina, relacionadas aos aspectos da educação dos surdos e da habilitação e reabilitação da comunicação e da linguagem de pessoas com ou sem deficiência, em especial, indivíduos em idade escolar (AARÃO et al., 2011; CFFa, 2007).

O primeiro modelo de curso de formação acadêmica em fonoaudiologia no Brasil, teve início no ano de 1950 na cidade do Rio de Janeiro, intitulado na época como: Curso de Logopedia. Entretanto, a regulamentação e o reconhecimento oficial da fonoaudiologia como profissão no Brasil ocorreram somente no ano de 1981, após sancionada a Lei nº.6965. Além da determinação das competências do fonoaudiólogo, a mesma Lei serviu como base para a formação dos Conselhos Federais e Regionais de Fonoaudiologia, responsáveis pela fiscalização do exercício da profissão (FIGUEIREDO NETO, 1998; CFFa, 2007).

No ano de 2007, a Comissão Especial de Qualificação Profissional – CEQP, coordenada pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa, publicou a última versão do documento intitulado “Áreas de competência do fonoaudiólogo no Brasil”, um referencial das atividades exercidas pelo fonoaudiólogo no país, de acordo com a Lei 6965/1981 (CFFa, 2007). Este documento caracteriza a ocupação dos fonoaudiólogos no Brasil, descrevendo-os como

profissionais da saúde responsáveis pela prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, que atua em doze grandes áreas, a saber:

(...) realizar avaliação fonoaudiológica; estabelecer diagnóstico de fonoaudiologia; executar terapia (habilitação/reabilitação); orientar pacientes, clientes internos e externos, familiares e cuidadores; monitorar desempenho do paciente ou cliente (seguimento); aperfeiçoar a comunicação humana; efetuar diagnóstico situacional; desenvolver ações de saúde coletiva dos aspectos fonoaudiológicos; exercer atividades de ensino; desenvolver pesquisas; administrar recursos humanos, financeiros e materiais e comunicar-se (CFFa, 2007, p.8).

Com relação as competências capazes de favorecer o exercício da fonoaudiologia, o mesmo documento indica a comunicação como uma atribuição fundamental à profissão, presente em, pelo menos, nove das doze grandes áreas supracitadas. Mais especificamente sobre a descrição das habilidades ou características pessoais do profissional fonoaudiólogo o CEQP aponta para a “(...) capacidade de análise e síntese, objetividade, perseverança, criatividade e capacidade de observação (...) facilidade em estabelecer relacionamentos interpessoais, transmitir segurança, tomar decisões e autoavaliar-se frequentemente” (CFFa, 2007, p.14).

2.3 O CURSO

Um levantamento bibliográfico realizado por Brasil; Gomes e Teixeira (2019), no sistema virtual de acompanhamento da educação superior brasileira, indexado na base eletrônica do Ministério da Educação (e-MEC), identificou o primeiro curso de fonoaudiologia no Brasil em caráter técnico no ano de 1968, representado pela Universidade Federal de São Paulo. O registro acerca do primeiro curso de fonoaudiologia de nível superior em atividade, por sua vez, ocorreu em 1971, na Universidade Federal de Santa Maria, com reconhecimento do MEC em 1975 (DANESI; MARTINEZ, 2001).

Ao longo das décadas, o contexto acadêmico no campo fonoaudiológico tem recebido investimentos resultando no reconhecimento, ampliação e formação de novos cursos em toda a extensão nacional. Segundo Brasil; Gomes e Teixeira (2019), nos dias atuais, o Brasil conta com cerca de 87 cursos de bacharelado em fonoaudiologia, registrados e reconhecidos pelo MEC na modalidade presencial sendo, 24 (27,6%) ministrados em universidades públicas e 63 (72,4%) em instituições privadas.

Com relação a carga horária estabelecida para os cursos de fonoaudiologia, o MEC estabelece uma quantidade mínima de 3.200 horas de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2009). Considerando este cronograma, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) orientam que os cursos da área da saúde, sejam organizados de modo que possuam, ao menos, 20% do total da carga horária direcionada à estágios curriculares e experiências de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

Ainda de acordo com as DCNs, a formação profissional oferecida nos cursos de fonoaudiologia, além de englobar aspectos específicos das grandes áreas de especialidade: Audiologia, Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz e Saúde Coletiva, deve também abordar aspectos científicos de forma generalista e crítica (BRASIL, 2002). De acordo com Machado e Ximenes Neto (2018) a atuação clínica fonoaudiológica ocorre em diferentes contextos e níveis de atenção à saúde pública e privada, tais como: núcleos de apoio à saúde da família, centros de habilitação, reabilitação e atendimentos psicossociais, entre outros.

Neste panorama, faz-se necessário a implementação de medidas curriculares direcionadas à preparar e dotar os graduandos com competências capazes promover a atenção à saúde em unidades de serviços de saúde externas às universidades, desenvolver habilidades relacionadas a comunicação com outros profissionais de saúde e com o público em geral, com vistas à aproximar os profissionais à população e às necessidades de saúde, viabilizar a prática de atribuições associadas à tomada de decisões, liderança, administração, educação e gerenciamento, além de proporcionar a compreensão dos processos envolvidos na constituição do ser humano e nas relações sociais, conforme a perspectiva interdisciplinar e os princípios e diretrizes propostos pelas recomendações do SUS (BRASIL, 2002).

As doze grandes áreas ocupadas pela fonoaudiologia no século XXI descritas pelo CFFa (2007), tratam-se de conquistas decorrentes de lutas relativas às mudanças da imagem tecnicista, por vezes conferidas aos fonoaudiólogos. Neste sentido, o conhecimento e a análise reflexiva da história da profissão, das transformações que envolveram a concretização da formação do curso, além das competências e das habilidades fundamentais ao exercício desta classe profissional, possibilita o desenvolvimento consciente, a valorização, bem como as possíveis modificações necessárias para a oferta de uma atuação cada vez mais humana e social (AARÃO et al., 2011).

2.3.1 Competências trabalhadas na grade curricular

O histórico do surgimento da fonoaudiologia no Brasil aponta que o primeiro currículo mínimo organizado para o curso, foi regulamentado e aprovado no ano de 1976, com base na Resolução nº54/76 do Conselho Federal de Educação. Por meio deste documento foram determinadas informações referentes às disciplinas e cargas horárias direcionadas ao curso de fonoaudiologia (CFFa, 2007).

Os processos envolvidos na dinâmica da formação, encontram-se em constante movimento, e alteram-se com base no que se é vivido, particularizado, experienciado e compartilhado na caminhada formativa (DOMINICÉ, 2012). Diante disso, ao longo dos anos diversos ajustes, reformulações estruturais, conceituais e ideológicas curriculares, têm sido aplicadas nas grades curriculares do curso de fonoaudiologia, com o intuito de fornecer aos graduandos espaços para a inovação na análise cuidadosa e detalhada dos processos saúde-doença, bem como a incorporação de ações diversificadas em relação às tradicionalmente realizadas nas propostas de promoção da saúde (GOULART; CHIARI, 2010).

Segundo Ayres (2004) os modelos de prática profissional da área da saúde vivenciados no século XXI devem ter por premissa, a priorização do uso do raciocínio clínico comprometido com os interesses de todos os personagens envolvidos na dinâmica da promoção da saúde, incluindo (principalmente) os usuários. Frente a isso, considera-se como aspecto fundamental, que este formato mais atual de cuidado e atenção à saúde esteja presente nos modelos de aprendizado e formação em fonoaudiologia.

Almeja-se, deste modo, uma formação mais completa e humanizada, considerando a subjetividade e a singularidade de cada sujeito no cuidado integral à saúde, a partir da construção de um olhar ampliado, utilizado paralelamente à escuta qualificada e às competências comunicativas adquiridas mediante a apropriação de conceitos e de conteúdos discutidos durante as abordagens teóricas propostas nos cursos de graduação (MIRANDA; ARCE, 2015).

Com base nas demandas e nas expectativas supracitadas, o Projeto Político Pedagógico – PPP, do curso de fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB, Universidade de São Paulo –USP, foi organizado pela Comissão Coordenadora de Curso (COC, 2018), com vistas a oferecer aos estudantes uma formação profissional com perfil generalista, capacidade de integração das diferentes áreas de trabalho, atuação em equipe, e visão ampliada sobre o

usuário da saúde e os contextos sociais e familiares que envolvem o entorno destes indivíduos. Sobre as competências pessoais estimuladas durante a formação acadêmica, o projeto prevê o desenvolvimento de um perfil profissional alinhado com o curso, associado ao incentivo do aprimoramento das habilidades cognitivas, atitudinais e comportamentais. Dentre as diferentes competências humanizadoras e integralistas elencadas pelo PPP, destacam-se: a responsabilidade, a acessibilidade e a abertura do fonoaudiólogo à interação com a comunidade e os demais profissionais que compõem a equipe de saúde, para tanto, lista-se como fundamental o desenvolvimento da capacidade de comunicação clara e direta, tanto no uso da linguagem falada quanto na escrita.

As últimas modificações apresentadas pelo PPP do curso de fonoaudiologia da FOB-USP (COC, 2018), têm como objetivo a reorientação da grade curricular e das disciplinas do curso, com vistas à obtenção do aprimoramento e da qualificação na formação profissional, associado a redução de distâncias entre o universo acadêmico teórico, e o cenário prático, caracterizado pela atuação e a prestação de serviços fonoaudiológicos realizados nos diferentes ambientes de promoção da saúde. Entre as medidas de ação a Comissão apresenta no PPP atividades conjuntas entre os diferentes cursos do campus, com envolvimento de docentes, discentes dos ciclos básico e profissionalizante e outros trabalhadores do SUS, integração entre disciplinas biológicas, sociais e humanas ligadas as grandes áreas de formação do curso, participação em atividades de observação e estimulação, além do oferecimento e estágios clínicos no terceiro e quarto anos, com o intuito de englobar as disciplinas teóricas e práticas a partir de uma perspectiva de aprendizagem significativa.

2.3.2 Competências trabalhadas no estágio clínico

A literatura especializada indica que a formação em saúde não se restringe ao aprendizado teórico ofertado pelas universidades em sala de aula, isso porque, as complexas necessidades e demandas de saúde de cada usuário, envolvem uma gama de aspectos sociais, políticos, históricos, culturais, entre outros. Tais demandas requerem do profissional o uso de competências humanizadas aprendidas no contato com os processos educativos, de trabalho e de vida (SANTOS; MIRANDA, 2007; COLLISELLI et al., 2009).

Adicionalmente, os usuários de saúde, bem como o mercado de trabalho exige, cada vez mais, a presença de profissionais criativos, com atuação interdisciplinar e comprometidos socialmente com as práticas de saúde. Para tanto, um ensino de qualidade com oferta de

formação acadêmica baseada em experiências teóricas e práticas, culmina no enriquecimento do aprendizado e, conseqüentemente, na formação de profissionais mais preparados e comprometidos com os cenários reais de atuação em saúde (PEIXOTO et al., 2017).

Lucchese e Barros (2009) e Benito et al. (2012), apontam que o modelo pedagógico de formação ativa por competências, realizado com base em experiências motivadoras e significativas, é de grande relevância para o aprendizado de acadêmicos, em especial, graduandos das áreas da saúde, uma vez que, a aprendizagem prática culmina na compreensão, fixação e assimilação de disciplinas de maneira mais eficaz, quando comparada à aquisição de conteúdos expostos em formatos exclusivamente teóricos e de forma passiva.

Segundo Goldberg; Kieling; e Guzzo (2012) e Gonçalves et al. (2019), as clínicas-escola são um elo entre a formação acadêmica e a atuação profissional. Na área da saúde, tal atividade representa o comprometimento com a profissão, a partir do uso do conhecimento científico adquirido pelos estudantes na graduação, incorporado nas práticas direcionadas às diferentes demandas sociais.

Autores elencam que os principais objetivos das atividades desenvolvidas na rotina do estágio supervisionado, pautam-se no fortalecimento do embasamento teórico, associado à construção e ao estabelecimento de condutas éticas, com vistas ao alcance de competências clínicas de excelência, a partir da organização de planejamentos de atendimentos, participação em debates clínicos, trocas de experiências entre profissional-equipe e profissional-comunidade, auto identificação/compreensão das potencialidade e dificuldades no atendimento prático, entre outros (MOREIRA, 2003; MENEZES; MEDRADO, 2013).

Colliselli et al. (2009) complementam que as vivências experienciadas na prática do estágio curricular supervisionado, constituem espaços privilegiados de aprendizagens, em virtude das possibilidades diversificadas de atuação. A participação em tais atividades pode impactar sobre o incentivo, o fortalecimento e a ampliação de habilidades, conhecimentos, posturas, atitudes e competências profissionais mais eficientes, duradouras e favoráveis à promoção da saúde da comunidade em diferentes sistemas de saúde, com base nas reais necessidades do usuário.

De acordo com Queiroz et al. (2013), a complexidade visualizada nos estágios curriculares supervisionados é advinda da necessidade de construção de raciocínios clínicos por parte dos alunos, bem como a utilização de competências específicas adquiridas de forma

teórica no contexto acadêmico, com vistas ao atendimento das demandas fornecidas pelos usuários de saúde atendidos. Assim, para a resolução dos problemas da comunidade de forma integral, com o uso de técnicas humanizadas, é importante que os professores responsáveis pela formação destes acadêmicos preparem-vos, previamente, com competências básicas relacionadas à humanização, liderança, criatividade, empatia, responsabilidade, envolvimento, trabalho em grupo, colaboração na formação de saberes, escuta qualificada, raciocínio clínico especializado e ampliado, entre outros conhecimentos teórico-práticos, capazes de oferecer um atendimento de qualidade à aqueles que necessitem (ALARCÃO; RUA, 2005).

Deste modo, compreende-se que a aquisição dos conhecimentos teóricos em saúde, é amadurecida e concretizada por meio do desenvolvimento de habilidades humanizadoras aprimoradas em atividades realizadas com a comunidade usuária dos serviços de saúde, a partir do contato em campo com as vivências acadêmicas práticas (SANTOS; MIRANDA, 2007; COLLISELLI et al., 2009).

O estudo e a análise detalhada das práticas de estágio curricular supervisionado em fonoaudiologia é considerado por alguns autores como uma das maneiras mais eficazes para a compreensão do desenvolvimento das habilidades e das capacidades necessárias à uma formação profissional de qualidade (LIMA; VILELA, 2014). Frente a isso, o Conselho Nacional da Educação (BRASIL, 2002) indica que os estágios sejam realizados em cenários com diferentes níveis hierárquicos de complexidade de atenção e promoção a saúde, e em ambientes regidos pelo SUS. Nestes contextos, espera-se que os acadêmicos aprendam a desenvolver as competências necessárias à atuação profissional, a partir de aprendizagens decorrentes do contato com: os professores, a rede de saúde, o usuário e a comunidade em geral.

De acordo com o PPP da FOB/USP (COC, 2018), a carga horária estipulada para as disciplinas do estágio supervisionado é de 1.605 horas, subdividida entre as grandes áreas de atuação profissional em fonoaudiologia, incluindo atividades internas extramuros, realizadas em outras unidades, como: Hospital, Escola, Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e Rede de Atenção Psicossocial. Com este planejamento prático a instituição visa promover o desenvolvimento de competências necessárias às habilidades de comunicação do aluno voltada à outros profissionais de saúde e com o público em geral, vivências interdisciplinares, articulação entre os conteúdos teóricos e práticos, além de responsabilidades fundamentais à atuação profissional, no que diz respeito aos princípios da atenção, promoção, prevenção, proteção e educação em saúde, diagnóstico, habilitação e intervenção,

aperfeiçoamento da prática clínica e social, não somente no ambiente acadêmico, mas, em todos os diferentes espaços de ocupação do fonoaudiólogo, de modo a aproximar os acadêmicos com a comunidade.

2.3.3 Percepção dos discentes

A literatura especializada destaca a existência de resultados positivos decorrentes da participação de graduandos dos cursos da saúde inseridos em programas de estágio clínico supervisionado. Na percepção dos discentes em enfermagem investigados na pesquisa desenvolvida por Lima et al. (2014), o estágio supervisionado favoreceu a intersecção entre os conteúdos teóricos adquiridos na universidade, e o exercício prático vivenciado nos serviços de saúde. Paralelamente, observou-se um crescimento pessoal e profissional, associado a formação de sentimentos de capacidade, autonomia, segurança e competência, decorrentes da modificação de pensamentos, percepções e valores profissionais. Em concordância com o estudo anterior, Oliveira et al. (2014) verificou que além de um maior aprendizado, a vivência do estágio curricular em enfermagem, proporcionou uma formação profissional mais qualificada, com consequente prestação de serviços e assistência com mais qualidade e humanização.

Outro estudo elaborado por Miranda e Arce (2015), com a participação de estudantes em fonoaudiologia em um estágio supervisionado direcionado a humanização da saúde, identificou que a construção de práticas orientadas contribuíram com uma formação baseada na integralidade, equidade e universalidade, além do desenvolvimento de competências relacionadas ao acolhimento, escuta qualificada, comunicação, respeito à subjetividade dos usuários, etc., comprovando o valor das atividades teórico-práticas nos currículos de graduação em fonoaudiologia para a oferta do cuidado integral à população.

Nos achados identificados por Mandrá et al. (2019), em uma pesquisa realizada com graduandos do curso de fonoaudiologia, mais de 90% dos investigados concordaram que o estágio supervisionado foi relevante para a formação de capacidades relacionadas com a postura, conduta e ética profissional. Os participantes destacaram, também, o desenvolvimento de habilidades clínicas associadas ao relacionamento e comunicação interpessoal em grupos; iniciativa, autonomia e reflexão crítica na intervenção, evolução e resolução dos casos; planejamento e execução de diferentes atividades; autocrítica e autoconhecimento das dificuldades/potencialidades; manuseio de equipamentos e execução de técnicas; discussão dos

planos diário e relatórios de conduta; e apresentação e discussão dos casos. Adicionalmente, 84,09% dos acadêmicos investigados revelaram ter sido incentivados de forma significativa pelos supervisores acerca do estudo e a construção do raciocínio clínico, paralelamente, 93,19% disseram que o contato com os supervisores proporcionou maior desenvolvimento de competências relacionadas a iniciativa e a autonomia, e 95,45% referiram sobre o aprendizado da responsabilidade e proatividade quanto aos próprios estudos.

Melis (2016) realizou um programa de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) em uma disciplina de psicologia aplicada a 22 universitários do curso de fonoaudiologia e, em seguida, investigou do ponto de vista dos estudantes as potencialidades, dificuldades, ganhos e impacto do THS sobre as relações interpessoais entre os colegas, professores da universidade, profissionais e profissional-paciente. Três temas foram selecionados para análise, sendo: "a importância do conhecimento teórico/técnico para a formação do fonoaudiólogo"; "a importância do THS no contexto acadêmico e para a prática clínica"; e "avaliação dos universitários sobre os efeitos do THS". Os alunos destacaram como maior benefício do THS o impacto sobre a assertividade e comunicação empática como estratégia facilitadora para o cenário terapêutico. Contudo, houve registros positivos em todas as habilidades sociais. De modo geral, o THS foi avaliado de forma positiva pelos universitários, que consideraram uma metodologia favorável à preparação para a prática clínica, no que diz respeito ao desenvolvimento de comportamentos sociais.

2.3.4 O papel do supervisor de estágio

O estágio supervisionado trata-se de uma estratégia utilizada com o intuito de promover o aprendizado prático em contextos de saúde reais, bem como o desenvolvimento de habilidades e de competências (MOREIRA, 2003; TEIXEIRA et al., 2009). Mandrá et al. (2019) indicam que o processo de aprendizagem de pessoas em idade adulta, recebe influência, entre outros fatores, do ambiente de prática educacional e do supervisor, os quais impactam sobre o desenvolvimento dos atributos necessários e esperados deste futuro profissional. Neste sentido, o supervisor de estágio na área da saúde apresenta-se como uma peça fundamental no processo de direcionamento, formação, elaboração de estratégias de ensino-aprendizagem, e orientações específicas, tanto no que diz respeito à docência, quanto às atividades desenvolvidas de forma interdisciplinar na Atenção Básica da Saúde (BARRETO; BARLETTA, 2010).

Considerando o valor do papel do supervisor na etapa do estágio supervisionado, os autores Rodrigues e Mendes (2013) e Ribeiro e Medeiros Junior (2016) reúnem alguns atributos fundamentais à composição do perfil destes docentes, sendo: estudar o PPP da instituição na qual encontra-se inserido; manter-se, constantemente, como modelo de aprendizagem, por meio da auto avaliação contínua acerca da postura profissional, atitudes e comportamentos éticos, responsáveis, com comportamento e ações humanizadas; conhecer previamente o acadêmico em formação, de modo a orientá-lo e encorajá-lo ao aprendizado e ao desenvolvimento das competências e das habilidades clínicas, procedimentais, atitudinais e afetivas de forma mais eficiente; promover uma articulação ou, quando necessário, a adequação dos conteúdos abordados em decorrência das necessidades de integração entre a aprendizagem do acadêmico, e o serviço de qualidade oferecido ao usuário; organizar estratégias de ensino-aprendizagem científicas e atualizadas, a fim de que os alunos sejam capazes de associar os conteúdos teóricos com a prática clínica, discutir e planejar soluções para os problemas identificados; viabilizar a construção de um repertório de habilidades de comunicação a ser utilizado na interação com a comunidade, entre outros.

A literatura aponta ainda, que a etapa vivenciada no período do estágio supervisionado por meio do ensino prático marca a transição do aluno, para o futuro profissional e prestador de serviços. Vale destacar que, além dos inúmeros aprendizados adquiridos, este período é marcado também por acompanhamentos e avaliações por parte dos supervisores, que, se não realizados de uma forma sensível e, pode resultar no surgimento de angústias e conflitos entre os acadêmicos ou com o próprio supervisor (QUEIROZ, et al., 2013). Neste sentido, se bem utilizada, a comunicação pode atuar como ferramenta de apoio ao educador nas vivências práticas do estágio supervisionado.

A comunicação é descrita por Silva et al. (2000), como uma forma de interação, compartilhamento de ideias, sentimentos, valores, aspectos históricos, sociais, culturais e religiosos, carregando consigo o poder de influenciar as diferentes pessoas que a usufrui. Esta habilidade, pode ser utilizada como ferramenta de lazer, trabalho, negociação, relacionamento, etc. (LADEIRA; DARIDO, 2004), podendo ser expressa por meio da linguagem verbal durante a conversação, e não verbal, isto é, demonstrada através dos gestos, expressões faciais, tonalidade vocal e posturas corporais. Deste modo, a comunicação não verbal complementa o diálogo verbal, esclarecendo dúvidas ocultas e, transformando a mensagem em sinais comunicativos ainda mais eficientes à compreensão.

De acordo com Cotes e Ferreira (2001), a competência em compreender uma comunicação composta por diálogo e trocas interacionais, não corresponde, somente à capacidade de ouvir e entender a linguagem falada comumente utilizada, mas, perceber, decodificar e interpretar as manifestações faciais e corporais demonstradas durante a conversação. Ademais, em muitos casos, a linguagem não verbal demonstra ações e sentimentos espontâneos, inconscientes e involuntários, afirmando ou contradizendo/modificando o que está sendo expresso por meio da fala (SOUSA; LEAL; SENA, 2010).

Considerando o valor da linguagem verbal e não verbal para a comunicação, é fundamental que os supervisores tenham acesso a este conhecimento e saibam compreender as linguagens utilizadas pelos alunos durante o processo de estágio supervisionado, a fim de compreendê-los e, deste modo, possibilitar de forma mais concreta, o compartilhamento de experiências, a construção do raciocínio, a transmissão dos conteúdos, o *feedback* contínuo e o efetivo processo de ensino aprendizagem das competências almejadas (TEIXEIRA et al., 2009). Durante o *feedback*, é importante, também, que os supervisores adotem posicionamentos pautados por técnicas de comunicação não violentas, de modo a acolher as demandas de cada estagiário, motivar a autoestima do aluno e corroborar com a construção de ambientes educativos positivos (NORCINI; BURCH, 2007).

A comunicação fornecida pelo supervisor ao aluno supervisionado durante as práticas de estágio, pode ainda, impactar sobre a construção do repertório de habilidades de comunicação incorporada pelo acadêmico e, posteriormente ou simultaneamente ofertada pelos estagiários aos usuários dos sistemas de saúde atendidos. Isto porque, a interação partilhada no contexto de supervisão, atua como prática reflexiva e reguladora de todos os personagens envolvidos nesta dinâmica. Neste sentido, o educador que assume o papel de supervisor, necessita possuir competências sociais, assertividade, empatia e habilidades comunicativas construídas com base nos aspectos interacionais, dialógicos e de respeito para com o outro (ARAÚJO et al., 2012). Tal fato confirma a relevância do supervisor em manter-se, constantemente como modelo de aprendizagem.

2.4 INTERAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO COM O USUÁRIO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Como abordado no primeiro capítulo, as relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços de saúde (OMS, 2003) são ligações complexas, marcadas por níveis expressivos de diferentes cargas emocionais, que interferem sobre a construção dos vínculos e das interações terapêuticas (GUSMÃO; JUNIOR, 2006; SCHIMITH, et al., 2011).

A despeito disso, Reginato e Ferrari (2014, p.307) referem que, do mesmo modo como ocorre nos variados modelos de vínculos humanos, a relação profissional-usuário na área da fonoaudiologia é caracterizada como “multifacetada, dinâmica e diversa”. Neste sentido, o aprimoramento constante e a incorporação dos aspectos humanos, psicológicos, sociais, culturais e vivenciais relacionados à doença, são consideradas premissas determinantes nas rotinas de prática clínica, para a composição de atendimentos e de cuidados da saúde de forma humanizada, com qualidade e eficácia, tendo em vista a obtenção do aumento na adesão ao tratamento, bem como a satisfação frente aos serviços oferecidos (GOULART; CHIARI, 2010).

Contudo, mesmo nos tempos atuais, muitos fonoaudiólogos apoiam suas práticas clínicas no tradicional modelo biomédico de atuação, com foco predominantemente centrado na eliminação da doença, ou na realização de procedimentos, em detrimento da relação profissional-paciente. Na perspectiva biomédica o paciente é posicionado em segundo plano (BALLESTER et al., 2010). Eikelboom e Atlas (2005) referem que o modo como o sistema de saúde é organizado, contribui com a utilização, muitas vezes automatizada, do modelo biomédico com abordagem mais diretiva, em virtude do curto período disponibilizado para o atendimento clínico e o número elevado de pacientes. English; Rojeskit, e Branham (2000) complementam que tal déficit profissional, inicia-se ainda, no período da graduação, visto que muitos cursos de formação superior em saúde não englobam temáticas relacionadas ao aconselhamento, acolhimento, desenvolvimento e uso de habilidades e competências de comunicação, limitando-se ao ensino de aspectos clínicos técnicos, avaliativos e de diagnóstico, interpretação e análise de resultados de exames, uso de recursos tecnológicos terapêuticos, entre outros. Fragilidades como estas distanciam, em muitos casos, as aspirações do usuário, do suporte fornecido pelo profissional.

Segundo Miranda e Arce (2015) a transformação deste cenário, mostra-se ainda incipiente. Dentre as possibilidades de modificação, destaca-se a organização de currículos de formação em fonoaudiologia que englobem nos métodos de ensino dos futuros fonoaudiólogos, estratégias e abordagens centradas na pessoa/usuário, com o intuito de oferecer uma capacitação profissional mais humanizada, generalista, crítica e reflexiva, além de promover a construção de vínculos e de interação entre o fonoaudiólogo e o usuário dos serviços de saúde (BRASIL, 2002; BALDUINO et al., 2012).

A literatura especializada aponta que a abordagem centrada na pessoa foi desenvolvida por Rogers no ano de 1939, sendo descrita, inicialmente, como uma estratégia de aconselhamento não diretiva e facilitadora no processo terapêutico, marcada por atitudes mais humanizadoras, pautadas por mecanismos de liberdade e responsabilidade nas tomadas de decisões. O referido modelo de atendimento indica que os profissionais da saúde, de diferentes áreas (medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, etc.), preconizam o atendimento do usuário a partir da construção de uma relação empática e flexível (ROGERS, 1951; 1979; LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; GRENNESS, 2014a).

As práticas de acolhimento associadas ao comportamento afetivo são determinadas como aspectos fundamentais na abordagem centrada na pessoa. Miller (2002) e Laplante-Levesque; Hickson; e Worrall (2010), utilizam este termo como base para a construção de uma relação positiva entre o profissional e o usuário, bem como na aquisição de bons resultados e prognósticos favoráveis. Para tanto, é necessário que o profissional fonoaudiólogo aproprie-se do uso da comunicação verbal e não verbal, expressada a partir da formação de um discurso/diálogo composto por um roteiro com conteúdo socioemocional, de modo que o paciente se sinta acolhido e compreendido de forma empática, com aceitação e suporte, em seus desejos, aspirações, expectativa e necessidades nas diferentes perspectivas biológicas, psicológicas e sociais (ENGLISH, 2008).

Reginato e Ferrari (2014) ressaltam que, as particularidades que envolvem as características pessoais do profissional da saúde, do usuário, do contexto do encontro, e da natureza do atendimento, influenciam sobre o conteúdo e a seleção das ferramentas inseridas no atendimento. Ademais, as *expertises* dos profissionais e do usuário auxiliam no fortalecimento do encontro clínico, bem como do compartilhamento das responsabilidades (LAPLANTE-LEVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2010).

Considerando que as variadas áreas de atuação da prática clínica fonoaudiológica compõe-se por estratégias terapêuticas direcionadas à reabilitação do usuário, com base do apoio multidisciplinar e familiar, o uso da abordagem centrada no paciente requer destes profissionais a aplicação de habilidades, aptidões e competências para a comunicação clínica (CCC), com o intuito de eliciar, compreender, e atender as reais necessidades, desejos e demandas de saúde, doença e emocionais de cada usuário. Deste modo, visa-se o alcance de impactos positivos sobre o tratamento destes pacientes (ENGLISH, 2008; WILSON et al., 2010).

De acordo com Laplante-Lévesque; Hickson e Worrall (2010) e Grenness et al. (2014a) o uso da abordagem centrada na pessoa dentro do campo fonoaudiológico, almeja o alcance de três objetivos fundamentais, sendo eles: 1- motivar e encorajar o usuário à uma atuação ativa dentro do processo de reabilitação; 2- orientar o usuário quanto à busca contínua de informações confiáveis acerca da condição atual da saúde; 3- planejar e aplicar medidas específicas, humanísticas, respeitosas, adequadas e ajustadas às necessidades, preferencias e valores do usuário enquanto pessoa, de modo a obter progressos positivos sobre os objetivos previamente determinados a partir da compreensão e do reconhecimento das relações únicas entre usuário e doença. O Quadro 1 reúne a descrição dos principais fundamentos relacionados à abordagem centrada na pessoa.

Quadro 1: resumo dos temas relacionados a abordagem centrada na pessoa.

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

Fonte: HUGHES;BAMFORD; MAY (2008) *apud* GRENNESSE et al. (2014a).

Verifica-se, portanto, que o uso da abordagem centrada na pessoa, associado as práticas adequadas de comunicação, podem resultar em impactos positivos sobre os aspectos de adesão, prognóstico de saúde e intervenção, que se estendem, desde as respostas afetivas, diálogos terapêuticos e redução da ansiedade, até a motivação para o tratamento, a confiança direcionada ao profissional e ao serviço, a compreensão dos planejamentos terapêuticos, o autocuidado e a responsabilidade mútua com o tratamento (MILLER, 2002; STREET et al., 2009).

2.4.1 PRÁTICAS UTILIZADAS PELOS FONAUDIÓLOGOS

A quantidade e a qualidade da comunicação estabelecida entre o profissional e o usuário, pode ser mensurada e avaliada por meio de técnicas, abordagens e observações de vídeos e gravações de consultas durante os encontros clínicos. O Código de Observação Davis (DOC) é descrito como uma escala de observação útil para a investigação dos comportamentos relevantes nas interações entre profissional e paciente, com base em seis grupos de práticas, sendo: técnico, comportamento em saúde, vícios, paciente ativo, prevenção e aconselhamento (CALLAHAN; BERTAKIS, 1991).

Após filmarem e analisarem 40 consultas em formatos presencial e teleconsultas de programação de AASI em adultos por meio do DOC, Reginato e Ferrari (2014) verificaram uma predominância da utilização de procedimentos do grupo “técnico” e modelo biomédico nas explicações acerca das particularidades da deficiência auditiva, uso e manuseio do AASI, quando comparado aos grupos “aconselhamento”, “comportamento em saúde”, “paciente ativo” e “prevenção”, isto é, discursos de aconselhamento de ajuste pessoal, voltados ao auxílio dos usuários quanto ao enfrentamento das possíveis dificuldades decorrentes da deficiência auditiva após o processo de adaptação dos dispositivos eletrônicos. Observou-se, ainda, diferenças estatisticamente significantes entre os comportamentos utilizados nas teleconsultas e consultas face a face, com redução dos comentários espontâneos dos pacientes, e uma dominância do profissional durante o teleatendimento, podendo ser justificada pelo tipo de consulta utilizada. Frente a isso os autores comentam que os profissionais que realizam os atendimentos por meio de teleconsultas, devem se apropriar ainda mais das habilidades e competências de acolhimento, humanização, escuta ativa, entre outras estratégias capazes de facilitar a compreensão e aproximação entre profissional e usuário.

Além deste, outros procedimentos e instrumentos também podem ser utilizados para investigar a comunicação utilizada entre profissional paciente. Em pesquisa Grennes et al.

(2015a) gravou e avaliou 63 consultas de fonoaudiologia, por meio do uso do *software* do *Roter Interaction Analysis System* (RIAS). Participaram deste estudo 26 audiologistas, 17 acompanhantes e 63 pacientes com idade superior a 55 anos. Os resultados obtidos indicaram que, com relação a anamnese, os profissionais e os usuários foram responsáveis por cerca de 49% das comunicações, enquanto os acompanhantes participaram em 10% das elocuições. Sobre o ponto de vista da análise das categorias, observou-se que em 36% dos casos os audiologistas utilizaram-se de elocuições voltada as facilitação e ativação de pacientes; o mesmo índice direcionado à formação do relacionamento (36%). Quanto ao teor da comunicação, 57% das perguntas feitas pelos fonoaudiólogos possuíram um caráter biomédico, enquanto 42% estavam relacionadas a um conteúdo psicossocial, sendo predominante o uso de perguntas fechadas. Somente 5% da conversação relacionou-se às emoções evidenciadas na deficiência auditiva, houve também pouco envolvimento emocional entre profissional e paciente.

O processo de comunicação também foi examinado por Grenness et al. (2014b), que investigou com base na análise temática de conteúdo, as experiências e preferências de estratégias reabilitativas centradas na pessoa, em 10 adultos usuários de AASI. Os achados identificaram que, entre os aspectos valorizados pelos usuários no relacionamento com o profissional destacavam-se a lealdade e a confiança estabelecidos no relacionamento terapêutico. Paralelamente, os participantes indicaram a comunicação e o profissionalismo como as habilidades interpessoais dos audiologistas facilitadoras na superação de barreiras de conforto entre profissional e paciente, e reconheceram as trocas de informações como espaços e oportunidades fundamentais à expressão das preferências e aspirações. Por outro lado, o mal uso das habilidades de comunicação ou, habilidades ruins foram consideradas como pontos negativos na escuta e valorização das perspectivas dos usuários.

Outro estudo avaliou a percepção de 663 audiologistas por meio do questionário *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS), uma escala de orientação profissional-paciente volta a investigação do compartilhamento do poder e controle da consulta, e do respeito do cuidado, isto é a valorização do suporte e acolhimento na relação fonoaudiólogo e usuário. As repostas captadas evidenciaram resultados positivos, indicando a preferência dos profissionais pela abordagem centrada na pessoa (LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; GRENNESS, 2014a). Resultados semelhantes foram verificados na pesquisa de Manchaiah et al. (2014) desenvolvida com o mesmo instrumento de avaliação, aplicado à 191 audiologistas. Nesta última, os autores observaram que a percepção dos profissionais quanto ao uso abordagem

centrada na pessoa variou entre os profissionais atuantes no diagnóstico e aqueles que trabalhavam com a reabilitação de pessoas com deficiência auditiva.

Uma outra amostra de vídeos foi avaliada por meio do instrumento *Global Consultation Rating Scale* (GCRS) derivado do guia *Calgary-Cambridge*. Foram avaliados 37 médicos com 13 diferentes práticas. Os resultados identificaram índices positivos altos de comunicação entre paciente e usuário (BURT et al., 2018).

2.4.2 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Uma pesquisa realizada por Ilha et al. (2014), entrevistou 17 usuários e três profissionais integrantes de uma unidade da Estratégia Saúde da Família. Após a análise das categorias: 1- reconhecendo a realidade do usuário; 2- interessar-se pelo outro; e 3- estabelecendo diálogos significativos, verificou-se por meio dos relatos dos usuários que a construção de vínculos sólidos entre profissionais e usuários deve ser munida de fatores pautados pela confiança e respeito, a partir de relações dialógicas horizontalizadas, as quais consideram o usuário como o protagonista da comunicação e, conseqüentemente da saúde. Para isso, é fundamental que haja uma desconstrução de discursos prontos, verticalizados, tradicionais e preconceituosos que, ainda permeiam, em muitos casos, a dinâmica comunicacional dos profissionais de saúde. No lugar disso, espera-se que a equipe apresente atitudes humanas capazes de reconhecer as angústias e os possíveis limites de cada usuário e sua família.

Na revisão sistemática realizada por Stewart (1995) com 21 trabalhos em saúde, identificou-se uma correlação positiva entre a efetividade da comunicação médico-usuário, e os mais altos índices de sucesso no tratamento. Com base na autopercepção dos pacientes, os resultados demonstraram que a confiança no médico, o acolhimento de forma digna e humanizada, e a informatização adequada acerca da doença e do tratamento, corresponderam aos aspectos prioritários para uma boa adesão. Neste sentido, os maiores benefícios visualizados foram: controle da dor, adesão ao tratamento, resolução dos sintomas e saúde emocional.

Após a avaliação e a aplicação de meta-análise em 127 estudos, Zolnierek e Dimatteo (2009) verificaram por meio das respostas fornecidas pelos usuários nos variados instrumentos de autopercepção, que a comunicação do médico se correlacionou positivamente com a adesão do paciente ao tratamento. Ademais, os médicos que possuíam treinamento em habilidades de comunicação obtiveram 1,62% mais chances de alcançar a adesão dos pacientes. Os usuários

relataram ainda, que a boa comunicação médico-paciente resulta em melhorias na transmissão e na recuperação das informações, tanto nos aspectos clínicos, quanto nos psicológicos e sociais; auxilia o paciente nas tomadas de decisão; impacta sobre o envolvimento e a motivação; constrói espaços para a incorporação de discussões claras e abertas acerca dos benefícios e riscos da adesão aos tratamentos; promove a lealdade, harmonia e confiança; e oferece apoio e incentivo. Os profissionais com má comunicação, por sua vez, apresentaram 19% mais riscos de não adesão dos usuários ao tratamento.

Achados semelhantes foram identificados em outras pesquisas as quais verificaram também por meio da autopercepção dos usuários que as boas habilidades de comunicação entre médicos e pacientes favoreceu a captação de rastreios oncológicos em fases assintomáticas (CARCAISE-EDINBORO; BRADLEY, 2008), e a minimização dos riscos de instalação de doenças graves (KUZEL et al., 2004).

Na pesquisa realizada por Roberts e Bucksey (2007), acerca dos modelos de comunicação (verbal e não verbal) utilizados durante atendimentos clínicos oferecidos por fisioterapeutas, verificou-se que 52% dos usuários foram capazes de compreender e de participar da dinâmica comunicacional regida por meio da linguagem verbal. Dos 48% que não compreenderam a comunicação verbal, 84% obtiveram as respostas necessárias apenas por meio do olhar, e 54% por meio de toque terapêutico.

Ao investigar as razões que dificultam a compreensão da mensagem verbal expressa pelos profissionais, com base na opinião dos usuários, a literatura especializada reuniu alguns dos principais aspectos, sendo: a linguagem marcada por termos técnicos e científicos; mensagens extensas e complexas compartilhadas apenas por via oral, sem o apoio escrito; informações fragmentadas ou negligenciadas, e o desencontro de condutas/mensagens entre profissionais e equipe de saúde (VICTOR et al., 2003; QUEIROZ et al., 2007; ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

Apesar de não terem sido encontrados estudos acerca da percepção dos pacientes em tratamento fonoaudiológico, pode-se dizer que a efetividade da comunicação estabelecida entre o profissional e o usuário demanda do uso desta vasta e complexa gama de comportamentos e habilidades, dificilmente aprendidas de maneira informal ou intuitiva. Assim, é fundamental que tal ensino seja incorporado na programação da grade curricular, organização e composição dos planejamentos pedagógicos, tanto teóricos quanto práticos (MIRANDA; ARCE, 2015)

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar e analisar o desenvolvimento do repertório de habilidades de comunicação em estudantes de fonoaudiologia na interação com o paciente em dois estágios clínicos.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Descrever o desenvolvimento das habilidades de comunicação utilizadas pelos estudantes na interação com os pacientes ao longo de dois estágios clínicos na avaliação de juízas;
 - 3.2.2 Analisar a autopercepção dos estudantes quanto as habilidades de comunicação utilizadas na interação com os pacientes ao longo dos estágios clínicos;
 - 3.2.3 Analisar a percepção das professoras/supervisoras dos estágios quanto as habilidades de comunicação utilizadas pelos estudantes na interação com os pacientes ao longo dos estágios clínicos.
 - 3.2.4 Analisar a percepção dos pacientes quanto as habilidades de comunicação utilizadas pelos estudantes durante os atendimentos
-

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo do tipo transversal, no qual foi realizada a análise das habilidades comunicativas dos estudantes, em três momentos, dentro do período de três meses, sem a intervenção da pesquisadora.

4.1 Participantes

Participaram do estudo 25 estudantes, de ambos os sexos, com idades entre 20 e 23 anos matriculados no 5º período do curso de fonoaudiologia da Universidade de São Paulo (FOBUSP); logo após finalizarem a disciplina de Psicologia, no 3º e 4º períodos; 32 pacientes adultos, 15 mulheres e 17 homens com faixa etária entre 25 e 80 anos, cadastrados na Clínica de Fonoaudiologia da Universidade, que foram atendidos pelos estudantes ao longo dos estágios. As avaliadoras foram as três professoras-supervisoras dos dois estágios nos quais os estudantes estavam matriculados e duas juízas formadas em psicologia com experiência no treino de habilidades para o cuidado em saúde, sendo a pesquisadora e uma juíza independente

4.2 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da referida universidade sob o nº 3.284.808. A proposta da pesquisa foi apresentada aos estudantes e às professoras antes do início dos estágios clínicos e todos os que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa antes dos atendimentos e os interessados assinaram um TCLE.

4.3 Local

A coleta de dados foi realizada na Clínica de Fonoaudiologia da universidade.

4.4 Materiais

Como material permanente foram utilizados um notebook, quatro câmeras filmadoras (modelo HVR-V1U mini DV- Sony) e quatro gravadores (Gravador de Voz Digital Sony Icd-PX240). Como material de consumo foram utilizadas folhas sulfite, canetas e o Guia Calgary-Cambridge resumido (versão dos estudantes) impresso (Anexo 2), brevemente descrito a seguir.

Guia Calgary-Cambridge resumido: Utilizado como instrumento de avaliação, trata-se de uma adaptação do guia Calgary-Cambridge original, elaborada para a presente pesquisa. O guia original descreve 71 habilidades essenciais do processo de comunicação agrupadas em 18 categorias, sejam elas: 1. Estabelecendo o contato inicial, 2. Identificando as razões para a consulta, 3. Explorando os problemas do paciente, 4. Habilidades adicionais para o entendimento do ponto de vista do paciente, 5. Organize de forma clara, 6. Preste atenção ao fluxo, 7 Usando comportamentos não verbais apropriados, 8. Desenvolvendo a relação, 9. Envolvendo o paciente, 10. Providenciando a quantidade e o tipo corretos de informação, 11. Ajudando a lembrança acurada e o entendimento, 12. Atingindo um entendimento compartilhado, 13. Planejamento: tomada de decisão compartilhada, 14. Planejamento futuro, 15. Reforçando os pontos necessários para o fechamento, 16. Discutindo as investigações e os procedimentos, 17. Discutindo opiniões e o significado de problemas e 18. Negociando planos de ação.

Neste instrumento adaptado, as categorias foram utilizadas para avaliar o desempenho dos estudantes. Assim, cada uma das 18 categorias foi seguida de uma escala likert de cinco pontos (0, 1, 2, 3 e 4), em que 0 é totalmente insatisfatório ou não avaliado (n/a), 1 é insatisfatório, 2 é regular, 3 é satisfatório e 4 é totalmente satisfatório. Foram elaboradas três versões do mesmo documento, uma para cada avaliador: estudantes, professoras/supervisoras (Anexo 3) e juízas (Anexo 4)

4.5 Procedimento

4.5.1 Divisão dos estudantes em estágios supervisionados (previamente à pesquisa)

Conforme organização do curso, ao ingressarem nos estágios clínicos no quinto semestre do curso, os estudantes são divididos em quatro grupos para que possam completar

por meio de rodízio todos os estágios até o último semestre do curso. Assim, a divisão já estava estabelecida para a pesquisadora no momento da coleta, sendo que os grupos eram formados por até oito participantes cada. Dois grupos foram direcionados para o estágio em Clínica de Voz e dois grupos para o estágio em Dispositivos Eletrônicos Aplicados à Surdez. Duas professoras supervisionaram o estágio de Dispositivos Eletrônicos, cada uma responsável por um grupo e uma professora supervisionou os dois grupos do estágio em Clínica de Voz. A divisão de alunos nos estágios se deu conforme mostra a Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição dos grupos de estudantes nos dois estágios clínicos supervisionados

Clínica de Voz	Dispositivos Eletrônicos Aplicados à Surdez
Grupo 1 (supervisora A)	Grupo 3 (supervisora B)
5 estudantes	6 estudantes
Grupo 2 (supervisora A)	Grupo 4 (supervisora C)
6 estudantes	8 estudantes

Estágio Supervisionado em Clínicas de Voz

Trata-se de um estágio em terapia vocal não intensiva, no qual cada estudante foi terapeuta de um paciente durante o semestre. Os atendimentos foram realizados individualmente, duas vezes por semana, na Clínica Fonoaudiológica da Universidade. Os estudantes realizaram a supervisão dos atendimentos em grupo ao final de cada dia de atendimento.

Estágio Supervisionado em Dispositivos Eletrônicos Aplicados à Surdez

Trata-se de um estágio de atendimento clínico ao paciente e familiares, para a realização de exames audiológicos, seleção de candidatos ao uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), seleção de moldes auriculares, avaliação da percepção da fala com o AASI e orientação aos usuários. Os atendimentos foram realizados inicialmente em trio e posteriormente de forma individual ou em dupla, sendo que cada grupo ou dupla atendeu o mesmo paciente três vezes realizando, em média, o atendimento de oito pacientes durante o estágio.

4.5.2 Gravação dos atendimentos

Os equipamentos de vídeo e som foram instalados nas salas de observação antes dos atendimentos clínicos. A coleta de dados aconteceu durante três meses, uma vez ao mês os alunos tiveram seus atendimentos gravados.

Cada estagiário teve um atendimento filmado por mês, assim, no total, foram gravados 53 atendimentos, 30 do Estágio de Voz e 23 do Estágio de Dispositivos Eletrônicos durante os meses de abril (16 atendimentos), maio (17 atendimentos) e junho (20 atendimentos). A variação de atendimentos filmados em cada mês se deu pela dinâmica do estágio de Dispositivos Eletrônicos, no qual os alunos iniciaram os atendimentos em trios ou duplas e a partir do segundo mês atenderam em duplas ou sozinhos, devido as faltas de alunos ou pacientes ou por problemas técnicos, como corrompimento de arquivos de áudio que impossibilitaram a análise da gravação..

É importante salientar que o termo de consentimento previa a possibilidade de que qualquer aluno poderia ter seus atendimentos filmados sem seu conhecimento durante qualquer momento do estágio

4.5.3. Ambiente virtual

Após as gravações, os arquivos de áudio e vídeo foram baixados no computador, onde áudio e vídeo foram e sincronizados pela pesquisadora no programa Adobe Premier Pro. Após a renderização, os vídeos foram postados no Youtube, num canal privado, ao qual apenas as juízas e professoras tiveram acesso. Essa opção foi escolhida devido ao tamanho dos vídeos, que variavam de 30min a 1h30. Para que as professoras e juízas tivessem acesso aos vídeos e pudessem avaliar as gravações de maneira remota, utilizou-se o *Notion*, um programa de gerenciamento de projetos, que conta com espaço de trabalho que integra tarefas como anotações, vídeos, tabelas, entre outras ferramentas. Nesse ambiente virtual foi elaborada uma página para cada supervisora (Anexo 5) e para cada juíza (Anexo 6), na qual foram disponibilizados os links de acesso aos vídeos do *Youtube* e o Guia Calgary-Cambridge resumido editável. Cada professora teve acesso e avaliou apenas aos vídeos dos estudantes matriculados no seu estágio supervisionado. É importante salientar o acesso ao ambiente virtual foi liberado após o encerramento dos estágios e os vídeos foram postados sem a identificação da data, visando evitar enviesamento na avaliação.

4.5.4 Avaliação das professoras-supervisoras

Após a finalização dos estágios as professoras tiveram acesso às respectivas páginas no ambiente virtual e ao longo de dois meses assistiram aos vídeos e avaliaram o desempenho dos respectivos estagiários com base nas 18 categorias do guia. No caso do estágio de Dispositivos Eletrônicos, no qual alguns atendimentos foram realizados em trios ou em duplas as professoras avaliaram o desempenho de todos os estagiários que participaram do atendimento.

4.5.5 Avaliação das juízas

Assim como as supervisoras, as juízas avaliaram os vídeos de forma individual, ou seja, cada uma teve acesso apenas a sua própria avaliação. É importante salientar que, assim como as professoras, a segunda juíza, que não a pesquisadora, teve acesso ao ambiente virtual após à finalização dos estágios e avaliou os vídeos sem identificação de data. Ambas avaliaram todos os vídeos ao longo de dois meses. No caso do estágio de Dispositivos Eletrônicos, no qual alguns atendimentos foram realizados em trios ou em duplas as juízas avaliaram o desempenho de todos os estagiários que participaram do atendimento.

4.5.6 Autoavaliação dos estudantes

Diferentemente dos dois outros grupos, os estudantes realizaram a autoavaliação do desempenho com o Guia Calgary-Cambridge resumido impresso, ao finalizarem os atendimentos. Foi solicitado que os mesmos realizassem a autoavaliação após todos os atendimentos, gravados para a pesquisa ou não, a fim de evitar enviesamento caso soubessem quando os atendimentos foram gravados.

4.5.7 Percepção dos pacientes

Ao final de todos os atendimentos gravados, a pesquisadora realizou uma entrevista semiestruturada com os pacientes atendidos. Com o objetivo de constatar a compreensão do paciente e de compreender a percepção dos mesmos sobre a interação com o estudante, a pesquisadora realizou três perguntas: 1. Com relação ao jeito da/o a/o profissional te atender, o que mais te marcou? 2. O que você acha que poderia ter sido diferente? O que vocês fizeram hoje?

4.6 Análise dos dados

4.6.1 Concordância entre as juízas

As duas juízas, de forma independente, assistiram as gravações dos atendimentos dos estudantes e atribuíram notas ao desempenho em cada habilidade descrita no Guia Calgary-Cambridge adaptado. Os dados obtidos a partir das avaliações foram submetidos ao índice de concordância *Kappa*, apontado pela literatura como adequado para comparação de dados envolvendo dois ou mais observadores (LANDIS e KOCH, 1997). O valor do coeficiente de concordância de Kappa pode variar de $(-p_e/1-p_e)$ até 1. Quanto mais próximo de 1 for seu valor, maior é o indicativo de que existe uma concordância entre os juízes e quanto mais próximo de zero, maior é o indicativo de que a concordância é puramente aleatória, o valor do coeficiente de concordância aceito na presente pesquisa foi $> 0,60$.

O índice de concordância foi superior a 0,60 em todas as habilidades avaliadas. A partir disso, as juízas se reuniram e, em conjunto, assistiram novamente às gravações, unificando a avaliação.

4.6.2 Análise estatística dos dados obtidos nas avaliações das juízas, professoras e estudantes

Considerando que cada estágio tem características específicas, optou-se por uma análise que considerasse essas diferenças e assim trouxesse dados mais refinados. Primeiro, os dados foram submetidos ao teste de normalidade Shapiro-Wilk, com $p > 0.05$ como critério de normalidade e a maior parte dos dados não foi considerada normal. Em seguida foi realizado o teste de Friedman, alternativa não paramétrica da ANOVA, que permitiu analisar e comparar blocos de dados de forma sazonal. O valor utilizado para aceitar a hipótese nula (H_0 = os grupos se comportam de forma similar) foi $p > 0,05$. Após a identificação das habilidades que apresentaram evidência de diferenças, $p < 0,05$ foi realizado o teste de comparação *pairwise* com correção Bonferroni como post hoc.

4.6.3 Análise dos dados obtidos durante as entrevistas com os pacientes

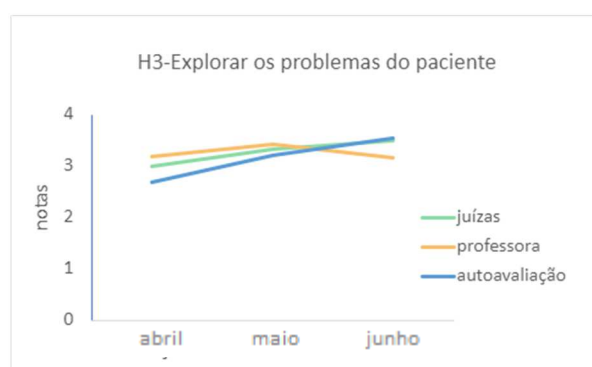
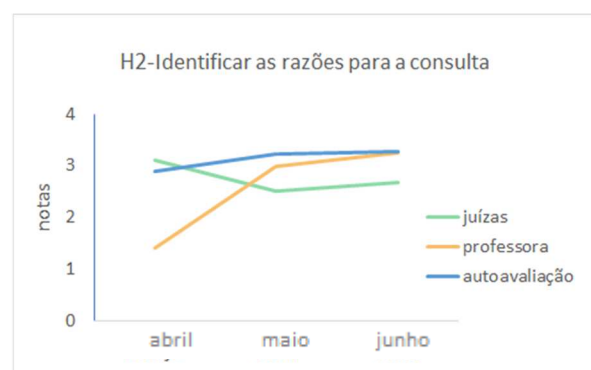
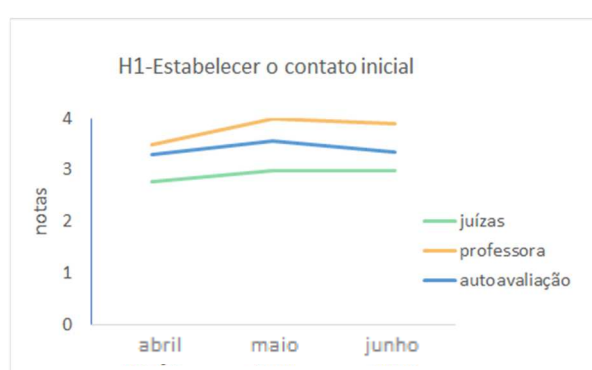
As entrevistas foram analisadas qualitativamente por duas juízas de forma independente. A partir das respostas dos pacientes foram identificadas palavras-chave que representavam o conteúdo do que foi dito. As palavras-chave foram submetidas ao índice de concordância Kappa, houve concordância superior a 0,60, índice considerado aceito na avaliação de McHUGH, (2012). Em seguida, as palavras foram agrupadas em unidades de contexto e organizadas em categorias

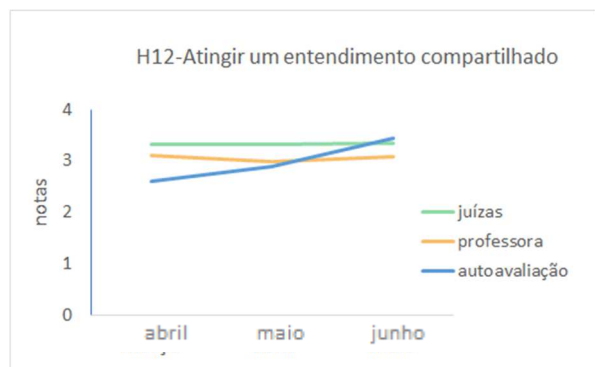
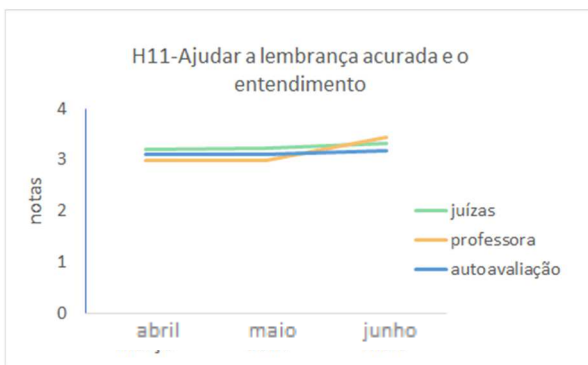
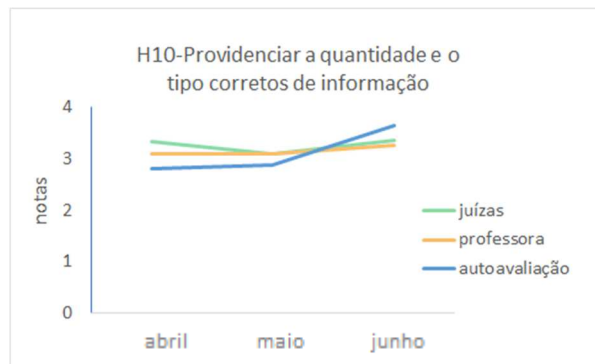
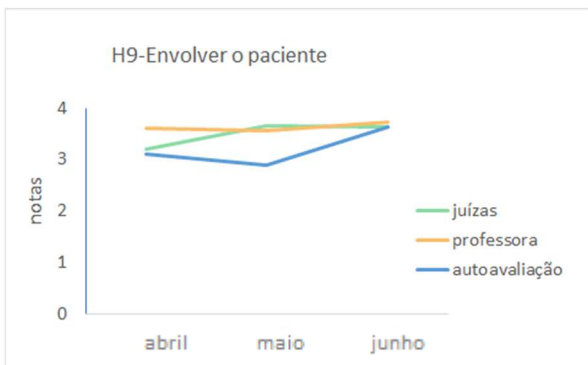
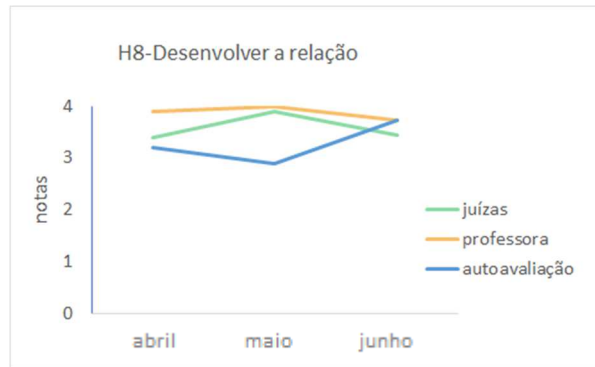
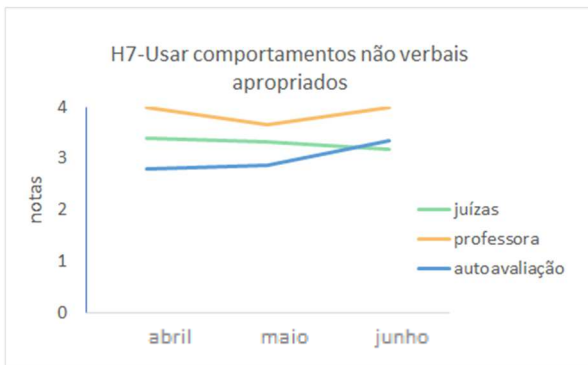
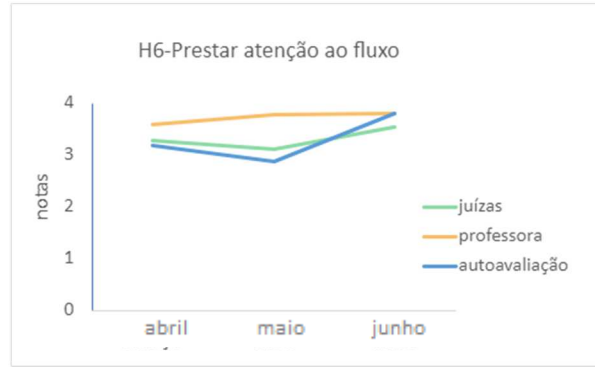
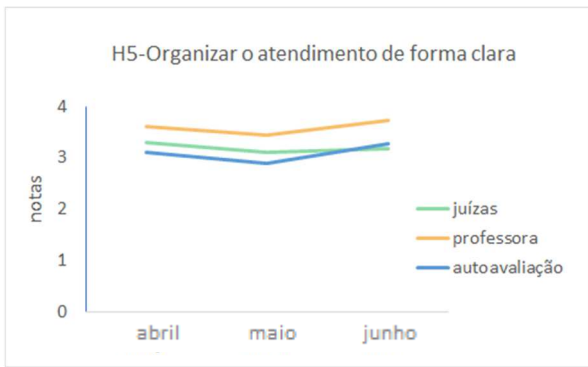
5 RESULTADOS

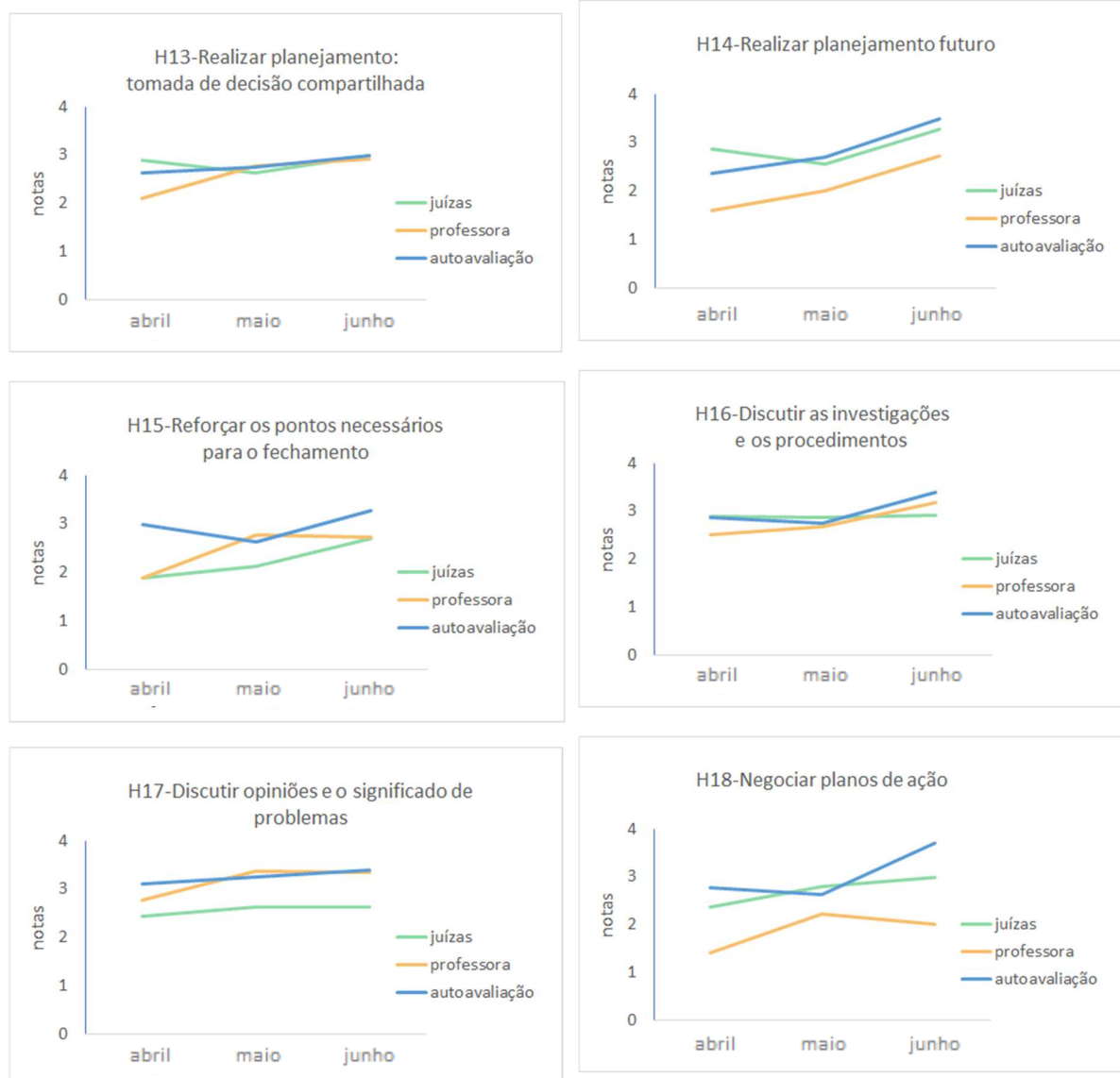
5 RESULTADOS

Foram apresentados os resultados das avaliações dos estágios separadamente. A distribuição de alunos nos estágios é feita de forma igualitária, considerando aqueles que reprovaram e estão refazendo a disciplina, porém, a fim de evitar viés, os atendimentos desses alunos não foram considerados na pesquisa. Assim, no Estágio de Voz, a avaliação de 11 alunos foi realizada por uma professora, enquanto no Estágio de Dispositivos Eletrônicos para a Surdez duas professoras realizaram as avaliações de 14 alunos - uma professora supervisionou 8 alunos e a outra 6.

A fim de visualizar a evolução das habilidades dos estudantes ao longo dos meses na percepção dos avaliadores foram elaborados 18 gráficos para cada estágio. Os gráficos abaixo apresentam as médias das notas atribuídas pelos avaliadores em cada habilidade ao longo dos meses no Estágio de Voz:







Pode-se observar que a maior parte das habilidades alcançaram médias entre 2 e 4 (regular e totalmente satisfatório) ao longo dos meses na avaliação dos três grupos. Com exceção do mês de abril, no qual as habilidades 2, 14, 15 e 18 receberam pontuação entre 1 e 2 (insatisfatório e regular) na percepção das professoras e a habilidade 15 que recebeu pontuação menor que 2 pelas juízas, sendo a menor média atribuída por esse grupo em toda a pesquisa.

Ao longo de todos os meses a professora avaliou as habilidades 1, 5 e 7 com notas superiores às das juízas e dos estudantes. Avaliou as habilidades 14 e 18 de forma inferior aos outros grupos nos três meses. Nas habilidades 1 e 17, as juízas perceberam desempenho inferior aos outros avaliadores ao longo dos três meses, porém, no geral, ambas receberam pontuações entre 2 e 3.

Percebe-se que os estudantes atribuíram notas mais baixas que as professoras e as juízas no início do estágio em todas as habilidades e notas mais altas na maior parte das habilidades no mês final. Quanto às notas mínimas e máximas, a menor nota atribuída pelas juízas foi à h15 (entre insatisfatório e regular), pela professora à h2 e 18 (ambas entre insatisfatório e regular), e pelos estudantes à h14 entre regular e satisfatório, todas em abril. A nota mais alta atribuída pelas juízas foi à habilidade 8 (entre satisfatório e totalmente satisfatório), em maio, já a professora atribuiu nota 4 à h7 em abril, à h1 e h8 em maio e h7 novamente em junho. Quanto aos estudantes, a nota mais alta que atribuíram foi à h6 (entre satisfatório e totalmente satisfatório), em junho. Nenhum grupo atribuiu nota mínima.

As habilidades 13, 14 e 18 tiveram apenas duas médias iguais ou acima de 3 pontos (satisfatório) durante todo o estágio, essa pontuação foi atingida em junho na avaliação das juízas e dos estudantes. A 15 também teve apenas duas médias acima de 3, na percepção dos estudantes, em abril e junho, assim como a 16, mas na percepção das professoras e dos alunos, em junho. Já as habilidades 1, 3, 5, 6, 8 e 9 tiveram pontuação igual ou acima de 3 durante quase toda a avaliação, pontuando entre 2 e 3 em apenas um momento da pesquisa. É interessante ressaltar que a habilidade 11 teve menos variação na percepção dos três grupos, sendo a única habilidade avaliada com pontuação entre 3 e 4 em todos os meses por todos os avaliadores. Nenhuma habilidade recebeu pontuação inferior a 3 em todos os meses consecutivos.

Em abril, as notas das juízas e da professora foram mais altas que as dos estudantes, com exceção das habilidades 15, 17 e 18 em que as notas das autoavaliações foi superior às de ambas. Em maio, as autoavaliações seguiram com notas inferiores às da professora e das juízas na maior parte das habilidades, exceto na h2 e h14, nas quais os estudantes atribuíram notas superiores às de ambas. No mês de junho, é possível perceber que as notas atribuídas pelos estudantes foram superiores às das juízas e da professora na maior parte das habilidades, menos na h11, para qual atribuíram nota inferior à dos outros dois grupos. Neste mês nota-se que, no geral, os três grupos atribuíram notas mais altas que em abril, porém, as habilidades 2, 5 e 7 tiveram decréscimo na percepção das juízas e as habilidades 3 e 8 na percepção das professoras. Com relação às autoavaliações, todas as notas de junho alcançaram pontuação entre 3 e 4 (satisfatório e totalmente satisfatório) e foram superiores às de abril.

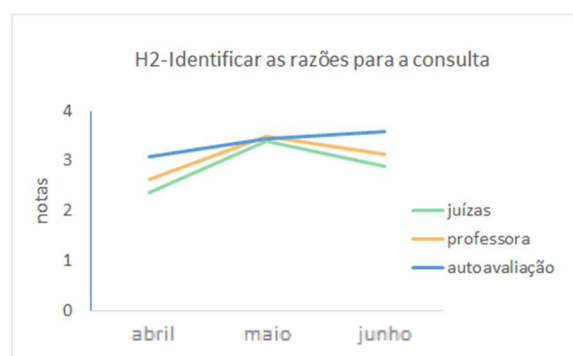
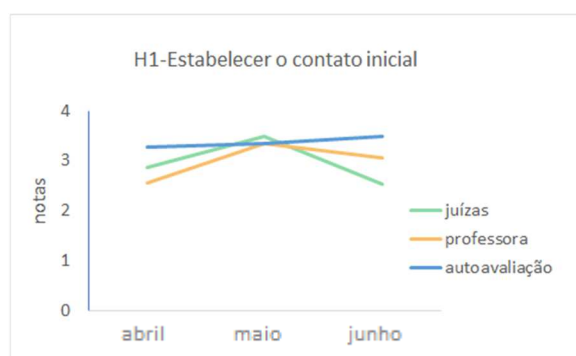
Quanto a curva de aprendizagem, observa-se que houve variações de acordo com as habilidades e avaliadores. Em maio, na percepção das juízas, 8 habilidades (h2, h5, h6, h7, h10,

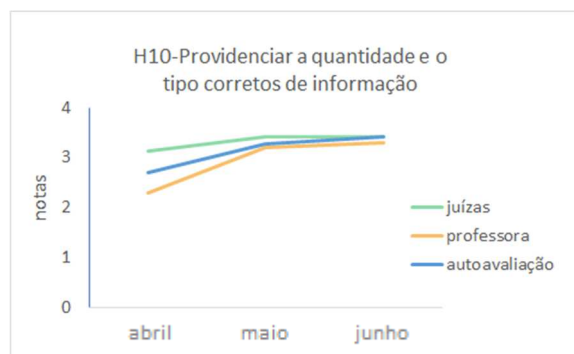
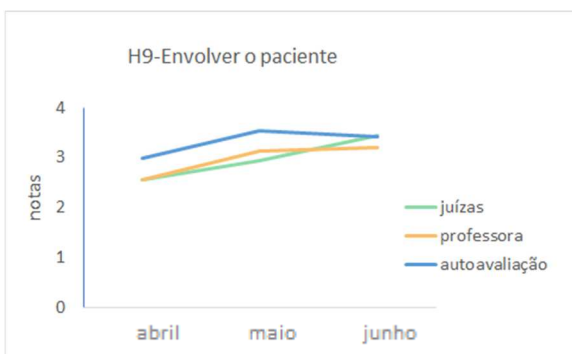
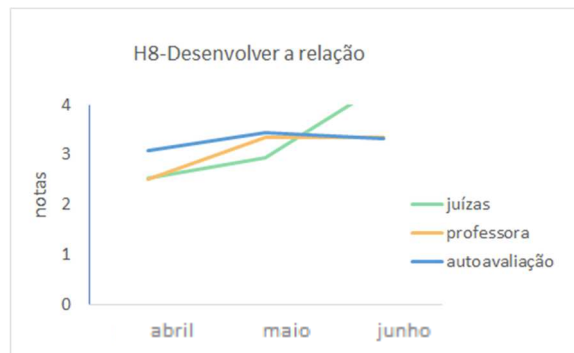
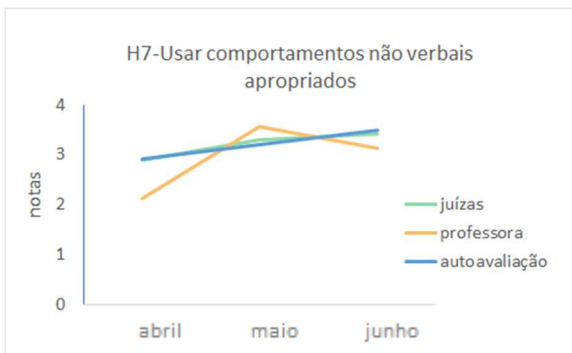
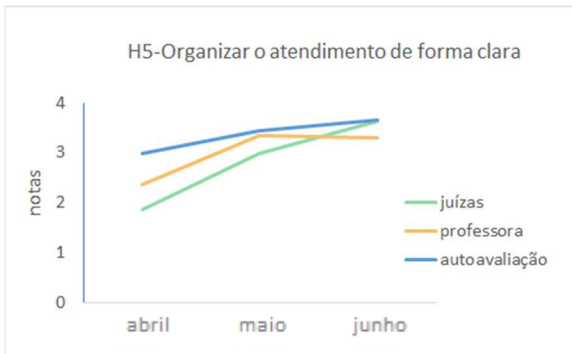
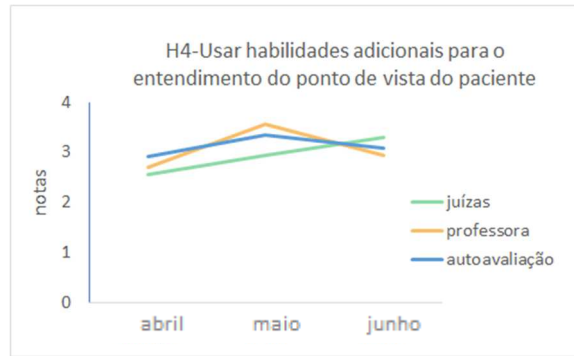
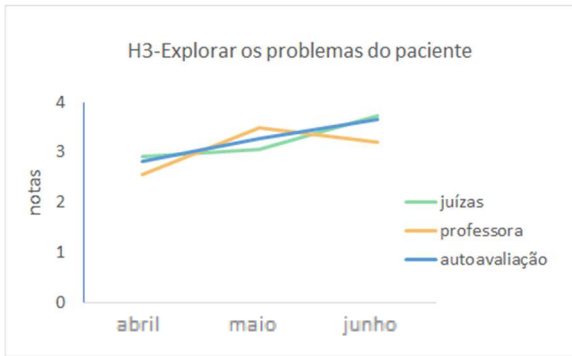
h13, h14, h16) tiveram declínio em relação a abril, dessas, 5 habilidades (h6, h10, H13, h14 e h16) tiveram aumento em junho, atingindo nota superior à que alcançaram em abril. A habilidade 7 permaneceu em declínio, já as habilidades 2 e 5 tiveram aumento na pontuação no mês final, mas ainda com média inferior a inicial, em abril. As demais habilidades finalizaram a avaliação com pontuação superior às médias iniciais, h8 e h9 tiveram aumento no mês de maio e declínio no mês seguinte, h4 e h12 mantiveram pontuação igual nos meses iniciais com aumento percebido em junho, h1 teve aumento em maio e se manteve estável no mês seguinte, já h3, h11, h15, 17 e h18 tiveram curva ascendente.

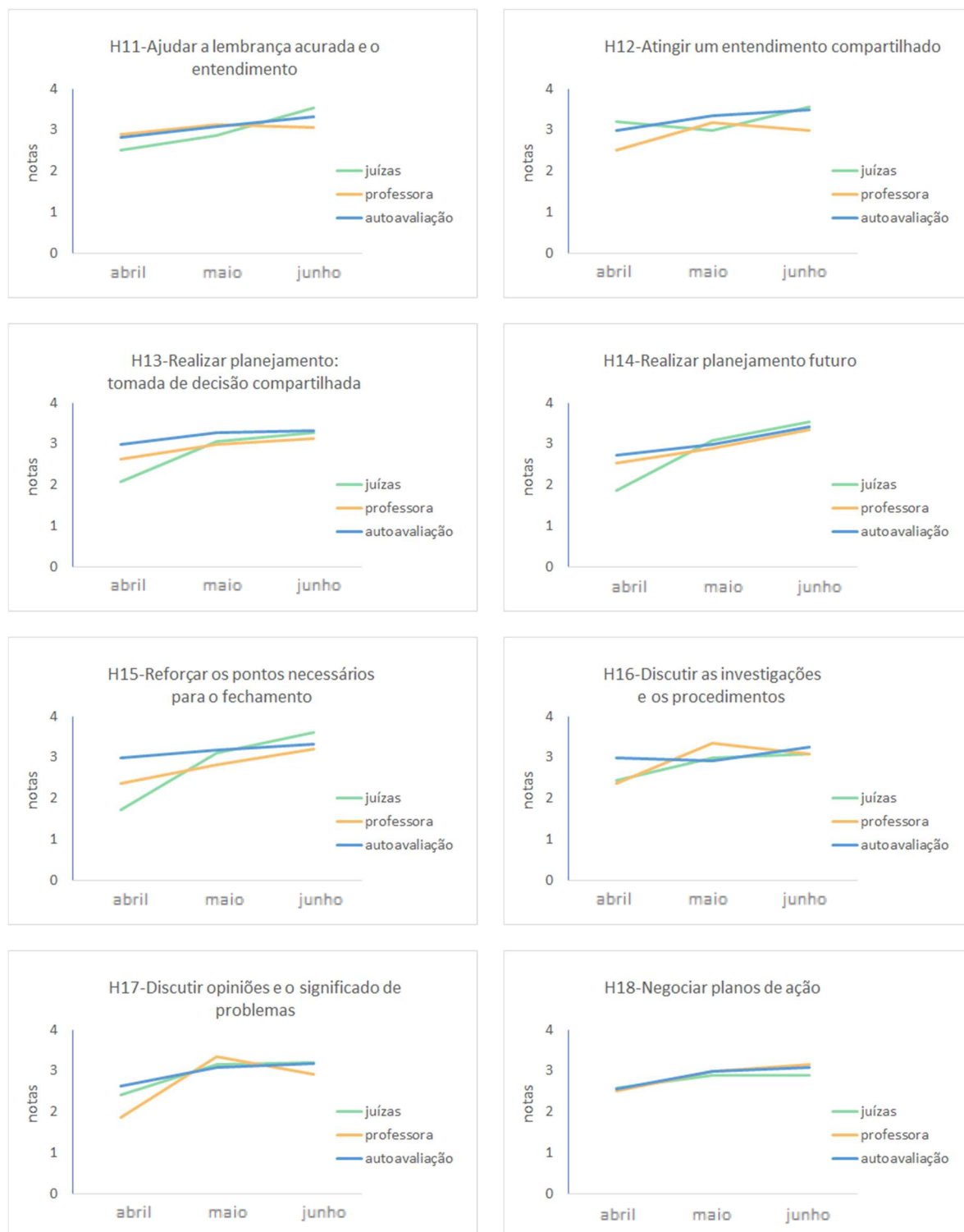
Na percepção das professoras, em maio, 3 habilidades (h5, h7 e h12) tiveram declínio quando comparadas a abril e aumentaram a pontuação em junho, h5 finalizou o estágio com média superior a abril, h7 que recebeu pontuação máxima em abril permaneceu com a mesma média em junho e h12 teve a média final inferior à do primeiro mês. As habilidades 3 e 8 também finalizaram a avaliação com média inferior a abril, porém, tiveram aumento em maio. As demais habilidades tiveram pontuação mais alta em junho que em abril: h11 manteve a mesma pontuação em abril e maio e aumentou no mês seguinte, h1, h4, h15, h17 e h18 tiveram aumento em maio e queda em junho e h2, h6, h9, h10, h13, h14 e h16 apresentaram melhora gradual ao longo dos meses.

Na avaliação dos estudantes houve menos variações nas curvas de aprendizagem, todas as habilidades tiveram médias mais altas em junho que em abril. Nesse sentido, as habilidades 5, 6, 9, 15, 16 e 18 tiveram queda na pontuação em maio e depois subiram, h1 e 8 tiveram o movimento contrário, demonstraram subida em maio e queda em junho e mais da metade das habilidades (2, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14 e 17) tiveram curva ascendente.

Os gráficos abaixo apresentam as médias das notas atribuídas pelos avaliadores em cada habilidade ao longo dos meses no Estágio de Dispositivos Eletrônicos da Surdez:







Pode-se observar que a maior parte das habilidades alcançaram médias entre 2 e 4 (regular e totalmente satisfatório) ao longo dos meses na avaliação dos três grupos. Com exceção do mês de abril, no qual as habilidades 5, 14 e 15 receberam pontuação entre 1 e 2 (insatisfatório e regular) na percepção das juízas e a habilidade 17 que recebeu pontuação menor que 2 pelas professoras, sendo a menor média atribuída por esse grupo em todos os meses.

Na avaliação das professoras percebe-se que atribuíram nota inferior às das juízas e dos estudantes ao longo de todos os meses à habilidade 10, já os estudantes avaliaram as habilidades 5 e 13 de forma superior aos outros dois grupos ao longo de toda a pesquisa, nas demais habilidades a distribuição das notas dos grupos foi heterogênea. É interessante ressaltar que a habilidade 18 teve menor variação de pontuação entre os grupos, sendo a única habilidade onde a curva de aprendizagem foi similar e quase toda sobreposta.

No início do estágio, no mês de abril, os estudantes atribuíram notas superiores às das professoras e juízas em todas as habilidades, sendo que as professoras atribuíram notas inferiores às dos demais grupos à metade das habilidades (h1, h3, h7, h8, h10, h12, h16, h17 e h18) e as juízas à outra metade (h2, h4, h5, h6, h9, h11, h13, h14 e h15). Nesse mês os estudantes atribuíram notas entre 2 e 3 (regular e satisfatório) a metade das habilidades e notas entre 3 e 4 (satisfatório e totalmente satisfatório) à outra metade, enquanto as professoras atribuíram notas entre 2 e 3 a 17 habilidades e pontuação entre 1 e 2 (insatisfatório e regular) a uma habilidade, as juízas atribuíram notas entre 1 e 2 a três habilidades, 2 e 3 a 13 habilidades e 3 e 4 a duas habilidades.

Em maio houve aumento das notas em quase todas as habilidades na avaliação de todos os grupos, sendo que as maiores notas atribuídas à 8 habilidades se deram nesse mês. Apenas a h12, na percepção das juízas, e h16 na autoavaliação tiveram leve decréscimo em maio. As habilidades 1 e 10 receberam a maior pontuação da pesquisa pelas juízas, h4, h7, h16 e h17 pelas professoras e h8 e h9 pelos estudantes. Nesse mês as professoras avaliaram metade das habilidades (h2, h3, h4, h6, h7, h11, h16, h17 e h18) com notas superiores aos outros grupos, as juízas atribuíram notas superiores às habilidades 1 e 10 e os estudantes às habilidades 5, 8, 9, 12, 13, 15 e 18. Nesse mês as professoras atribuíram notas entre 3 e 4 (satisfatório e totalmente satisfatório) à 16 habilidades e notas entre 2 e 3 a duas habilidades (h14 e h15), enquanto as juízas atribuíram notas entre 3 e 4 a 12 habilidades e pontuação entre 2 e 3 a 6 habilidades, assim como as juízas os estudantes atribuíram notas entre 3 e 4 a 16 habilidades e notas entre 2 e 3 a duas habilidades (h16 e h17).

No mês de junho as juízas atribuíram notas mais altas que os estudantes e as professoras na maior parte das habilidades, com exceção das habilidades 1, 2, 5, 7, 13 e 16 às quais os estudantes deram notas mais altas e da h18 que as professoras avaliaram de forma superior. Em contrapartida, neste mês, os estudantes atribuíram notas entre 3 e 4 a todas as habilidades, as professoras atribuíram essa média a 16 habilidades (com exceção de h4 e h17 que receberam

pontuação entre 2 e 3), enquanto as juízas deram essa pontuação a 15 habilidades, menos a h1, h2 e h18, que foram avaliadas entre regular e satisfatório. Ainda neste mês, nota-se que, os três grupos atribuíram notas mais altas que em abril em todas as habilidades, porém, quando comparado a maio é possível perceber queda na pontuação de diversas habilidades na percepção dos três grupos, principalmente das professoras. Houve diminuição na pontuação das habilidades 1 e 2, na percepção das juízas, em h4, h8, h9, na percepção dos estudantes e nas habilidades 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 12, 16 e 17 na percepção das professoras, quando comparadas a maio.

Quanto às notas mínimas e máximas, a menor nota atribuída pelas juízas foi à h5 e 14 (entre insatisfatório e regular), pelas professoras à h17 entre insatisfatório e regular), e pelos estudantes à h18 (entre regular e satisfatório), todas em abril. A nota mais alta de toda a avaliação foi dada pelas juízas à habilidade 3 (entre satisfatório e totalmente satisfatório), em junho, já as professoras atribuíram sua maior nota a h4 e h7 em maio (entre satisfatório e totalmente satisfatório). Quanto aos estudantes, a nota mais alta que atribuíram foi à h5 (entre satisfatório e totalmente satisfatório), em junho. Nenhum grupo atribuiu nota mínima ou máxima a nenhuma habilidade.

As habilidades 4, 6 e 18 tiveram apenas quatro médias iguais ou acima de 3 pontos (satisfatório) durante todo o estágio, essa pontuação foi atingida em maio e junho. Já a habilidade 12 teve pontuação igual ou acima de 3 durante quase toda a avaliação, pontuando entre 2 e 3 em apenas na percepção das professoras em abril. As habilidades 5 e 10 também pontuaram igual ou acima de 3 em quase toda a avaliação, com exceção de dois momentos em abril. Nenhuma habilidade recebeu pontuação superior ou inferior a 3 em todos os meses.

Quanto a curva de aprendizagem, observa-se que houve variações de acordo com as habilidades e avaliadores. Em maio, na percepção das juízas quase todas as habilidades tiveram aumento com relação a abril, com exceção da h12 teve declínio e posterior aumento em junho, atingindo nota superior à que alcançou no primeiro mês. As demais habilidades apresentaram aumento em junho, apenas h1 e h2 tiveram queda, h1 finalizando a avaliação com nota inferior a abril e h2 com nota superior a ao mês inicial. H10 também apresentou aumento de abril para maio e manteve essa pontuação em junho, as demais 14 habilidades tiveram curva ascendente ao longo do estágio. Percebe-se então que com exceção da habilidade 1, todas as habilidades encerraram o estágio com nota superior ao mês inicial.

Na percepção das professoras, todas as habilidades tiveram aumento na média de abril para maio, a maior parte delas (H1, h2, h3, h4, h5, h7, h11 h12, h16, h17) teve decréscimo em junho e permaneceram com nota superior à do primeiro mês. Em junho a habilidade 8 manteve a média que atingiu em maio e as demais habilidades, h6, h9, h10, h13, h14, h15, h 18 apresentaram melhora gradual ao longo dos meses. Assim, todas as habilidades tiveram as notas mais baixas no primeiro mês.

Na avaliação dos estudantes todas as habilidades tiveram médias mais altas em junho que em abril. Nesse sentido, a habilidade 16 teve queda na pontuação em maio e depois subida em junho, já h4 e 8 e 9 tiveram o movimento contrário, demonstraram subida em maio e queda em junho e mais da metade das habilidades (H1, h2, h3, h5, h6, h7, h10, h11, h12, h13, h14, h15, h17, h18) tiveram curva ascendente.

Após a análise dos dados descritivos, os resultados das avaliações dos três grupos foram submetidos ao Teste não paramétrico de Friedman, com o objetivo de identificar diferenças estatisticamente significantes na distribuição das notas dos avaliadores ao longo do tempo. As hipóteses adotadas foram H0: os grupos se comportam de forma similar e H1: pelo menos um grupo difere dos demais. O nível de significância adotado foi 0,05, assim, os valores de $p > 0,05$ corroboram H0, indicando que não houve diferenças entre as avaliações, e os valores de $p < 0,05$ sugerem diferença estatisticamente significativa na percepção de pelo menos um grupo, corroborando H1. Os resultados de todas as habilidades no referido teste estão no Anexo 7

A Tabela 1 apresenta as habilidades que indicaram evidências de diferenças ($p < 0,05$) na distribuição das notas de um ou mais grupos segundo o teste de Friedman.

Tabela 1- Habilidades que tiveram resultados $p < 0,05$ no Teste de Friedman

Habilidade	estágio	avaliadores	Teste de Friedman		
			Qui-quadrado χ^2	Grau de liberdade (DF)	Índice de significância (p)
1-Estabelecer o contato inicial	VOZ	juízas	6	2	0.04979
	Dispositivos Eletrônicos	juízas	6.2222	2	0.0445
10 -Providenciar a quantidade e o tipo correto de informação	VOZ	estudantes	6.125	2	0.04677
11- Ajudar a lembrança acurada e o entendimento	VOZ	juízas	6.7059	2	0.03498
14- Realizar planejamento futuro	VOZ	estudantes	6.4	2	0.04076

Percebe-se que apenas os resultados das habilidades 1, 10, 11 e 14 indicaram diferenças importantes nas notas de um ou mais grupos de avaliadores ao longo dos estágios. Das cinco avaliações que obtiveram $p < 0,05$ três foram percepções das juízas e duas dos estudantes, quatro no Estágio de Voz e apenas uma no Estágio de Dispositivos Eletrônicos. Indicando que houve maior variação nas percepções desses dois grupos de avaliadores do que na percepção das professoras e ainda, que houve mais variação nas percepções dentro do Estágio de Voz que no de Dispositivos Eletrônicos.

A partir desse resultado, realizou-se o post hoc, a fim de identificar verificar quais categorias (níveis) diferem significativamente entre si na comparação par a par foi realizado o teste de Bonferroni. A Tabela 2 apresenta os resultados do teste.

Tabela 2- Resultados do teste de comparação Bonferroni

Habilidade	estágio	avaliadores	Teste de comparação Bonferroni	
			Meses comparados	Índice de significância (p)
1-Estabelecer o contato inicial	VOZ	juízas	abril- maio abril-junho junho - maio	0.080 1,00 0.052
	Dispositivos Eletrônicos	juízas	abril- maio abril-junho junho - maio	0.58 1 1
10 -Providenciar a quantidade e o tipo correto de informação	VOZ	estudantes	abril- maio abril-junho junho - maio	1,00 0.44 0.98
11- Ajudar a lembrança acurada e o entendimento	VOZ	juízas	abril- maio abril-junho junho - maio	0.38 1 0,15
14- Realizar planejamento futuro	VOZ	estudantes	abril- maio abril-junho junho - maio	0,59 1 0,59

Percebe-se que os resultados do post hoc sugerem que apenas a comparação entre junho e maio da habilidade 1 ($p=0,052$), na avaliação das juízas do Estágio de Voz, é estatisticamente significativa, ou seja, as notas atribuídas em junho foram significativamente maiores que em maio. Sobre as demais habilidades o teste sugere que não há suporte estatístico suficiente para indicar distinção entre os meses.

Além das respostas dos três grupos de avaliadores foi realizada a análise das respostas dos 32 pacientes a três perguntas: 1. Com relação ao jeito do profissional te atender, o que mais te marcou? 2. O que você acha que poderia ter sido diferente? 3. O que vocês fizeram no atendimento hoje?

Na Tabela 3 foram categorizadas as respostas dos 11 pacientes do Estágio de Voz à primeira pergunta: Com relação ao jeito do profissional te atender, o que mais te marcou?

Tabela 3: Ocorrência das categorias identificadas nas respostas dos pacientes do Estágio de Voz (Com relação ao jeito do profissional te atender, o que mais te marcou?)

Categorias	Unidades de Contexto			Número de ocorrências		
				Abril	Maio	Junho
Preparação dos atendimentos	Preparação e organização do atendimento			1	1	1
Construindo relacionamento	Sem julgamento ou pré-julgamento			2	0	1
	Gentileza, educação, simpatia, amabilidade			1	3	3
	Receptividade			1	0	2
	Atenção ao problema e à pessoa			1	1	4
	Preocupação com bem-estar			0	2	3
	Empatia: entende dificuldades, sentimentos do paciente			1	0	2
	Atenção para algum desconforto durante procedimentos			0	1	1
Comunicação	Verbal	habilidades de processo	Linguagem clara	3	3	3
			Linguagem acessível (fácil compreensão)	3	2	2
			Explicativa e esclarecedora	3	1	2
			Explicação de exames/procedimentos	1	2	1
			Uso de recursos visuais	1	0	0
			Fazer resumos para verificar compreensão	0	1	0
			Solicitar resumos para verificar compreensão	1	0	0
			Fazer perguntas para verificar compreensão	0	0	1
			Tirar dúvidas	2	2	0
			Domínio do assunto e da prática	0	1	1
	Conteúdo técnico	Fornece exercícios mais práticos	0	0	3	
		Mostra manualmente/coloca mãos	0	0	1	
	Não verbal		Expressão facial agradável	1	0	0
			Entusiasmo na forma de falar e agir	1	1	0
			Fala firme	0	1	0
			Rir	0	1	0
Contato ocular			0	0	1	
Decisão compartilhada				0	0	1
Motivação	Promove a participação ativa do paciente			0	1	0
	Conscientização sobre hábitos vocais saudáveis			0	1	0
	Manutenção de bons hábitos vocais			1	1	1
	Autoeficácia			1	1	0
	Uso de reforço positivo			1	2	0
	Sem pressão/Cobrança sem imposição			1	2	0
	Ajuda a evoluir /ensina a melhorar			0	0	2
Total				27	31	33

A partir das respostas dos pacientes do estágio de voz foram organizadas 5 categorias: Preparação dos atendimentos (3 menções), construindo relacionamento (30 menções), Comunicação (46 menções), Decisão compartilhada (1 menção) e Motivação (15 menções). A categoria com mais unidades de contexto identificadas foi a “Comunicação”, na subdivisão comunicação verbal - habilidades de processo (36).

Nessa subdivisão também estão as unidades mais pontuadas pelos pacientes “linguagem clara” (9 vezes) e “linguagem acessível” (7 vezes), junto com “gentileza/educação” (7 vezes) da categoria “Construindo relacionamento”. Quinze unidades foram pontuadas apenas 1 vez nas respostas dos pacientes: 1 em “Decisão compartilhada”, sendo a categoria menos mencionada, 1 em “Construindo relacionamento”, 2 na categoria “Motivação” e 11 em “Comunicação”, sendo 6 em “Comunicação não verbal” e 5 em “Comunicação verbal”, 1 dentro das habilidades técnicas e 4 nas habilidades de processo. Além disso observa-se que houve um aumento no número de unidades de conteúdo ao longo dos meses.

A fim de exemplificar as unidades de contexto, algumas respostas foram transcritas a seguir:

- “Foi maravilhosa, explicou bem, estou contente. aqui é excepcional, desde a portaria, em todos os setores, até o pessoal da limpeza, todo mundo que a gente encontra trata a gente muito bem. Nunca vi um departamento que tem um atendimento desse jeito”
 - “Ela é amor, fico até emocionado, o jeito que ela olha, o olho até brilha, sou muito observador. Ela pergunta, a gente decide junto, ela é firme, cobra com carinho, por preocupação comigo, não pressiona(...) ela me deu mais força, preenche mais ainda minha força de vontade e até de ser mais positivo lá fora. Vai me ‘dar voz’ “
 - “Muito simpática, conduziu a aula da melhor forma possível, com noetebook, quis que eu resumisse pra ter certeza de que entendi. Senti firmeza da parte dela. É calma, explica bem. tenho expectativa boa, vou melhorar a minha voz. Terei que fazer exercícios pra melhorar e os meus vícios (não pode falar assim, ela me ensinou) ter hábitos bons para o dia a dia”
 - “Achei que ela entendeu meu problema, entendeu o que passei no final da semana (tensão/estresse), sempre pergunta como foi minha semana”
-

A Tabela 4 mostra o número de ocorrência para cada categoria de resposta dos 21 pacientes do Estágio de Dispositivos Eletrônicos quanto as características pessoais e profissionais mais marcantes dos estudantes durante os atendimentos ao longo dos meses

Tabela 4: Ocorrência das categorias identificadas nas respostas dos pacientes do Estágio de Dispositivos Eletrônicos (Com relação ao jeito do profissional te atender, o que mais te marcou?)

Categorias	Unidades de Contexto			Número de ocorrências		
				Abril	Maio	Junho
Preparação atendimento	Pontualidade			0	1	1
	Gentileza, educação, simpatia, amabilidade			5	4	7
Construindo o relacionamento	Atenção			6	6	4
	Escuta			4	4	4
	Livre expressão de ideias sentimentos			0	0	1
	Receptividade			0	1	0
	Atenção ao problema e a pessoa			2	1	0
	Preocupação com bem-estar			0	1	2
	Empatia: entende dificuldades, sentimentos do paciente			3	0	0
	Atenção para algum desconforto durante procedimentos			0	1	1
	Paciência			0	1	0
	Comunicação	Verbal	habilidades de processo	Linguagem clara	0	1
Linguagem acessível (fácil compreensão)				4	3	3
Explicativa e esclarecedora				3	1	2
Explicação de exames/procedimentos				2	0	0
Pedir licença para fazer exame				1	0	1
Fazer perguntas para verificar compreensão				1	1	0
Tirar dúvidas				0	3	1
Jeito de falar atencioso/educado				1	3	0
Voz tranquila				2	0	0
bom humor				0	0	1
conteúdo técnico		Ajustes/testes: várias vezes pra confirmar se está bom	2	0	0	
		Perguntas pra ajustar AASI	1	0	0	
		Ensino manuseio do AASI	1	1	3	
Decisão compartilhada				0	0	1
Motivação	Valorize percepção do paciente e não imposição			4	4	4
Total				38	36	34

A partir das respostas dos pacientes do Estágio de Dispositivos Eletrônicos foram identificadas as mesmas categorias do Estágio de Voz, com diferenças nas unidades de contexto e no número de menções: Preparação dos atendimentos (2 menções), Construindo relacionamento (58 menções), Comunicação (43 menções), Decisão compartilhada (1 menção) e Motivação (12 menções).

As unidades de contexto mais pontuadas pelos pacientes foram gentileza/educação/simpatia/amabilidade” (16 vezes), “atenção” (16 vezes) e “escuta” (12 vezes) da categoria “Construindo relacionamento”. Seis unidades foram pontuadas apenas 1 vez: 3 em “Construindo relacionamento”, 2 em “Comunicação” sendo 1 em habilidades técnicas 1 em habilidades de processo e 1 em “Decisão compartilhada. Diferentemente do estágio de voz, a unidade de contexto mencionada na “preparação dos atendimentos” foi pontualidade, outra diferença observada foi na categoria “comunicação”, que neste estágio não teve a subdivisão em comunicação verbal e comunicação não verbal. Além disso, nota-se que o número total de unidades de contexto foi menor que no estágio de voz, mas o número de menções em todos os meses foi maior.

Algumas respostas dos pacientes foram transcritas a seguir

- “São 10, as duas, faz muito tempo que eu não tenho um atendimento desse aqui. elas deixam a gente falar. antigamente elas falavam duas palavras comigo e tiravam meu aparelho, como que eu vou responder sem aparelho? As duas são excelentes. Se eu fosse vir aqui de novo eu ia querer passar pelas duas de novo. precisa de gente que entende o que a gente fala, que deixa a gente falar. Vocês como profissionais sabem das coisas, mas a gente como usuário também sabe o que é melhor pra gente. ja vim aqui há muito tempo atras e tiraram um molde grande, me machucava, vim aqui pra arrumarem, deram uma tiradinha, mas ainda machucava e falaram que eu tinha que me adaptar, mas como que eu vou me adaptar com uma coisa que me machuca, não tem nem cabimento uma coisa dessa; aí que que aconteceu? eu mesmo tive que dar uma lixadinha”
 - “Tomaram todos os cuidados, foram perguntando, fazendo, foi muito legal. os dois tem o mesmo nível. O atendimento é ótimo, elogiei bastante na minha cidade, eu não conhecia e adorei, achei nota 10, nem, Einstein atende a gente assim mais. atendimento muito bom, sem espera, maravilhoso, dão uma atenção especial,
-

quando falam 5 minutinhos e 10 minutinhos é só isso mesmo, não tem aquela demora que a gente pensa do SUS. São muito atenciosos, educados, pacientes, 10 pra eles, fiquei encantada, se todo lugar fosse assim... nossa! Nem parece Brasil. Atendem no horário certo, com delicadeza”

- “Fizeram do jeito que fica melhor pra mim, ajustara várias vezes, bem do jeito que eu quis. Explica tudo de novo, até a gente entender”
- “Amável, nem parece médico e paciente, explicou tudo direitinho, sinto que vai dar certo, vou ouvir”, Gosto muito daqui, elogio pra todo mundo”

Quanto a segunda pergunta realizada para os pacientes: O que você acha que poderia ter sido diferente? 100% dos pacientes em ambos os estágios responderam que não mudariam nada e estavam satisfeitos com a forma que o atendimento havia sido conduzido.

A terceira pergunta (O que vocês fizeram no atendimento hoje?) buscou verificar a compreensão dos pacientes sobre as explicações e orientações dadas e identificar se houve participação ativa durante a consulta. A tabela 5 apresenta a porcentagem de pacientes de cada estágio que foi capaz de descrever corretamente os procedimentos realizados durante o atendimento em cada mês.

Tabela 5: porcentagem de pacientes que descreveram adequadamente o que foi realizado durante o atendimento

Estágio	abril	maio	junho
Voz	70%	75%	100%
Dispositivos Eletrônicos	100%	85,5%	85,5%

Percebe-se que a maior parte dos pacientes de ambos os estágios foi capaz de descrever adequadamente o que foi realizado no atendimento. No estágio de voz houve uma crescente e todos os pacientes finalizaram o estágio sabendo explicar o que fizeram. Já no estágio de Dispositivos Eletrônicos houve uma queda na capacidade dos pacientes descreverem os atendimentos do primeiro mês pros demais. Apesar disso, a porcentagem geral foi maior que a do estágio de Voz.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O estudo buscou identificar e analisar o desenvolvimento do repertório de habilidades de comunicação em estudantes de fonoaudiologia na interação com o paciente em dois estágios clínicos. Desta maneira, a Discussão foi feita cotejando os três primeiros objetivos específicos em conjunto e por fim, a percepção do paciente.

6.1 Habilidades de comunicação do estudante na interação com os pacientes: percepção do estudante, das professoras e das juízas.

Ao analisar quantitativamente a evolução de cada habilidade ao longo dos meses, notou-se que houve diferença estatisticamente significativa em apenas 1 habilidade, H1- Estabelecer o contato inicial, na percepção das juízas no Estágio de Voz. As notas atribuídas em junho foram significativamente maiores que em maio, tal variação pode ter acontecido pela dinâmica da relação com o paciente e por orientações durante as supervisões. Tendo em vista que não houve uma intervenção específica no desenvolvimento das habilidades avaliadas, acredita-se que as diferenças percebidas pelas juízas aconteceram devido às demandas específicas do estágio e provável ênfase da professora ao longo das supervisões. Nesse sentido, Mandrá et al. (2019) evidenciaram os benefícios do estágio supervisionado na percepção dos estudantes de fonoaudiologia no desenvolvimento de diversas habilidades clínicas desde o manuseio de equipamentos, até a crítica na intervenção dos casos, autocrítica, e autoconhecimento das dificuldades/potencialidades

No momento inicial do estágio, os alunos realizaram seu primeiro contato com pacientes no papel de profissionais, onde aplicariam pela primeira vez, na prática, o que estudaram até então. Nesse momento, acredita-se que estavam mais atentos às orientações da supervisora sobre os cuidados no contato inicial, no qual é esperado que cumprimentem o paciente, perguntem o seu nome, apresentem-se e expliquem o objetivo da consulta (KURTZ et al., 2003). No Estágio de Voz, os alunos atendem o mesmo paciente ao longo do semestre, assim, no segundo mês, acredita-se que, pelo desenvolvimento da relação, maior vínculo e conhecimento dos pacientes sobre a dinâmica do atendimento, houve diminuição nos comportamentos componentes do contato inicial. Já no terceiro mês, supõe-se que a melhora observada no desempenho seja decorrente das supervisões, nas quais a professora pode ter observado essa diminuição do contato inicial e retomado pontos a serem trabalhados.

Sobre as demais habilidades, o teste sugere que não há suporte estatístico suficiente para indicar distinção entre os meses, o que indicaria mudança no desempenho. Este fato pode ser justificado por estudos como o de Muñoz (2017) que constatou que em atendimentos importantes para a construção de uma relação terapêutica, como a anamnese, os fonoaudiólogos têm dificuldade de apresentar elementos da abordagem centrada da pessoa. Além disso, Ekberg et.al (2014) evidenciou dificuldades dos fonoaudiólogos que atendem demandas relacionadas ao uso do aparelho auditivo, em aprofundar assuntos que envolvem conteúdo emocional, o que dificulta o acolhimento, a validação dos sentimentos dos pacientes e consequentemente o estabelecimento de uma relação empática e de parceria. Nesse mesmo sentido, Grenness e colaboradores (2015a) identificaram que os fonoaudiólogos constantemente interrompem os pacientes e realizam perguntas fechadas, restringindo o aprofundamento do assunto. É importante ressaltar que post hoc não ter sugerido diferenças nas demais habilidades também pode ser justificado pelo n baixo da amostra.

Entretanto, a percepção geral sobre as habilidades dos estudantes na avaliação de todos os grupos de participantes foi positiva. Ainda que algumas habilidades tenham recebido pontuação baixa (entre 0-totalmente insatisfatório e 2-regular), a maior parte das habilidades alcançou médias entre 2 e 4 (regular e totalmente satisfatório) e tiveram crescimento após o primeiro mês de estágio. Acredita-se que a participação na disciplina de Psicologia no período anterior tenha contribuído para que os alunos iniciem o estágio com bom repertório de habilidades de comunicação.

No Estágio de voz, a habilidade de ajudar a lembrança acurada e o entendimento (H11) foi a única que recebeu apenas pontuações altas (entre satisfatório e totalmente satisfatório) em todos os meses por todos os avaliadores. Tal habilidade está relacionada a capacidade de fornecer explicações e garantir a compreensão do paciente, considerando que as orientações dadas aos usuários foram técnicas, os estudantes demonstraram domínio do conteúdo profissional desde o início do estágio com leve melhora no mês final. Essa percepção pode estar relacionada ao fato de ainda hoje o ensino de habilidades técnicas, característica advinda do modelo biomédico, ter grande espaço nas universidades. De todo modo, neste contexto, a explicação técnica foi realizada dentro com linguagem clara indicando um ajuste de uma característica marcante do modelo tradicional ao atendimento centrado no paciente.

Nas demais habilidades ocorreram divergências entre os grupos, sendo que os estudantes se avaliaram de forma mais negativa que as professoras e as juízas no mês inicial e de forma mais positiva que os outros grupos no último mês, demonstrando melhora na autopercepção ao finalizarem o estágio. No geral, em junho, os três grupos atribuíram notas mais altas que em abril, indicando evolução no uso das habilidades. Nesse sentido, na pesquisa de Lima et al. (2014) com estudantes da área da saúde observou-se aumento da autoconfiança,

autonomia, segurança e competência ao durante o estágio supervisionado, o que pode justificar a melhora na autopercepção dos estudantes de fonoaudiologia ao longo dos meses.

Quanto as habilidades que receberam maiores pontuações, foi possível identificar similaridade na avaliação da professora e das juízas quanto a H8-desenvolver a relação em maio. Reginato e Ferrari (2014) explicam que as ferramentas utilizadas nos atendimentos variam e são influenciadas por diversas particularidades, como características pessoais do profissional e do paciente, a natureza do atendimento, entre outras. Nesse sentido, a estrutura do Estágio de Voz permite o contato mais prolongado com os pacientes, o que favorece o aprofundamento de questões relacionadas a história de vida, visão de mundo e consequente aumento do vínculo e da capacidade de se comunicar de forma personalizada. Além dessa habilidade, na percepção da professora, usar comportamentos não verbais apropriados (H7), em abril, estabelecer o contato inicial (H1), em maio, também se destacaram. Já na percepção dos alunos prestar atenção ao fluxo (H6) em junho foi a habilidade mais bem avaliada

Quanto as habilidades que receberam menores pontuações, na percepção das juízas a habilidade de reforçar os pontos necessários para o fechamento (H15), em abril, recebeu a menor pontuação, já na percepção das professoras o desempenho dos alunos foi inferior nas habilidades de identificar as razões para a consulta (H2) e de negociar planos de ação (H18) e para os estudantes o maior déficit foi em realizar planejamento futuro (H14). Pode-se dizer que a avaliação das juízas é mais objetiva, com menos influência das variáveis de contexto as quais as professoras e os estudantes estão inseridos, assim percebe-se o olhar dos alunos mais direcionado para a dinâmica do atendimento (atenção ao fluxo e planejamento futuro) e o da professora voltado ao desenvolvimento da relação e participação do paciente na consulta. Reginato e Ferrari (2014) discutem que a relação profissional-usuário ocorre como nos demais contextos humanos, de variadas formas, com modelos de vínculos diferentes, é “multifacetada, dinâmica e diversa” (p.307). Nesse sentido, cada grupo de avaliadores pode ter voltado a atenção a um aspecto específico dessa dinâmica, o que pode indicar incompatibilidade na visão do que é esperado do estagiário na interação com o paciente.

Já no Estágio de Dispositivos Eletrônicos, na maior parte das habilidades os estudantes se avaliaram com notas superiores às das juízas e professoras no mês inicial, o que pode indicar pouca consciência das suas dificuldades. Em maio as professoras atribuíram notas mais altas a maior parte das habilidades e foi observado aumento nas notas de todos os grupos em todas as habilidades, indicando aprendizagem. Em junho observou-se queda na pontuação de algumas

habilidades quando comparadas a maio, porém, todas finalizaram o estágio com médias superiores ao mês inicial, indicando evolução. Neste mês as juízas atribuíram notas mais altas a mais habilidades que os outros grupos, indicando percepções diferentes de cada grupo em cada mês. Apesar das diferenças, notou-se que a habilidade de negociar planos de ação (H18) teve menor variação de pontuação entre os grupos, sendo a única habilidade onde a curva de aprendizagem foi similar, indicando maior compatibilidade na percepção dos avaliadores. Esta habilidade está relacionada à discussão de opções sobre os próximos passos do tratamento, compreensão do estilo de vida do paciente e suas opiniões, entre outras, estas perguntas são muito trabalhadas neste estágio devido a necessidade de compreensão do protocolo de atendimento (retorno para adaptação de aparelho, por exemplo) e uso do aparelho no dia a dia por parte do paciente.

Quanto às habilidades que receberam menores pontuações houve diferenças entre avaliadores, porém, todos os déficits foram percebidos em abril: a habilidade de organizar o atendimento de forma clara (H5) na percepção das juízas, habilidade de discutir opiniões e o significado dos problemas (H17) na avaliação das professoras e na avaliação dos estudantes a habilidade de negociar planos de ação (H8), a habilidade de realizar planejamento futuro (H14) foi pontuada pelas professoras e pelas juízas. Quanto as habilidades mais bem avaliadas, também houve diferenças entre os grupos: na percepção das juízas, a habilidade de explorar os problemas do paciente (H3) teve destaque em junho, na avaliação das professoras o uso de habilidades adicionais para compreender o ponto de vista do paciente (H4) e o uso de comportamentos não verbais (H7) foram bem avaliados em maio, e na percepção dos alunos, o destaque foi na habilidade de organizar o atendimento de forma clara (H5) em junho.

É importante lembrar que no estágio de Dispositivos Eletrônicos os alunos foram divididos em dois grupos, cada um com uma supervisora, o que pode estar relacionado às diferentes habilidades em destaque. Sabe-se que a comunicação entre supervisor e aluno durante o estágio atua como prática reflexiva e reguladora, assim este modelo de comunicação é incorporado e ofertado pelos estagiários aos usuários (ARAÚJO et al., 2012). Cada professora tem suas próprias características e buscam desenvolver habilidades específicas no repertório dos alunos, geralmente relacionadas ao que foi discutido em supervisão. Enquanto isso os estudantes estão lidando com o primeiro contato com os pacientes e sendo influenciados pelo ambiente de prática educacional e características do supervisor, que impactam no desenvolvimento das habilidades do futuro profissional (MANDRÁ et al. 2019). Além disso, quanto às diferenças na percepção dos grupos de avaliadores, mais especificamente entre os estudantes e as juízas, o estudo de Muñhoz et.al (2017) evidenciou que há discrepâncias na percepção de fonoaudiólogos e de observadores quanto a capacidade de aconselhamento dos mesmos e sugere um

treinamento continuado com feedback de desempenho nas supervisões. A partir disso, ressalta-se a importância do papel das supervisoras e indica-se que, no futuro, haja maior foco em feedbacks continuados, visando o desenvolvimento de habilidades e de autoeficácia nos estagiários.

Com base nisso, Muñoz et.al (2007) ressaltam também a importância de a formação profissional contemplar habilidades comunicacionais assim como contempla habilidades técnicas, nesse sentido, o guia Calgary-Cambridge norteia as habilidades a serem treinadas durante a preparação dos estudantes na disciplina Habilidades para o Cuidado em Saúde na Faculdade de Odontologia. A partir dos resultados das juízas, notou-se que três habilidades receberam, pontualmente, as médias mais baixas (entre 1 e 2) atribuídas por este grupo e merecem maior atenção no treinamento das habilidades comunicacionais: H5-organizar o atendimento de forma clara e H14-realizar planejamento futuro no Estágio de Dispositivos Eletrônicos e, no Estágio de Voz, H15-relembrar pontos necessários para o fechamento. A última recebeu pontuação inferior a 3 (satisfatório) em todos os meses, na avaliação das juízas, assim como H16 (Discutir as investigações e os procedimentos) e H17 (Discutir opiniões e o significado de problema), também no estágio de voz. Em Dispositivos Eletrônicos H18-negociar planos de ação recebeu notas baixas nos três meses e H2-identificar as razões para a consulta iniciou e finalizou o estágio com notas inferiores a três.

Considerando a sequência do Guia (Anexo 1), que ordena o processo de consulta visando favorecer a comunicação, percebe-se que as habilidades com menores pontuações no estágio de voz (H15,16 e 17) se encontram na última etapa, “Concluindo a sessão”, e as habilidades que merecem atenção no estágio de Dispositivos Eletrônicos (H2, 5, 14 e 18) estão distribuídas entre as etapas “Iniciando a sessão”, “Providenciando estrutura para a consulta” e, novamente, “Concluindo a sessão”. Tendo em vista que as demais habilidades tiveram pontuação superior desde o início do estágio, estes resultados indicam a necessidade de maior ênfase nas categorias deficitárias tanto no ensino prévio à prática clínica, quanto nas supervisões.

Queiroz et al. (2013) apontam que a necessidade de elaboração de raciocínio clínico por parte dos alunos somada a aplicação de habilidades aprendidas teoricamente no contexto prático enquanto lidam com as demandas dos usuários explicam a complexidade visualizada nos estágios supervisionados. Nesse sentido e, considerando o contexto de estágio, é provável que os estudantes discutam os próximos passos do tratamento em supervisão, sendo assim, é possível que no momento do atendimento os mesmos não tenham clareza das condutas terapêuticas possíveis para abordarem com o paciente ao concluírem a sessão. Além de o estágio de Dispositivos Eletrônicos, demandar o uso de diversas habilidades técnicas e o manejo de instrumentos, a organização do atendimento varia de acordo com o dia em que estão

atendendo o paciente (avaliação, ajuste ou adaptação). Somado a isso, ressalta-se que os estudantes realizaram atendimentos em trios, duplas e sozinhos, o que pode ter dificultado a manutenção do atendimento dentro de uma organização clara e o desenvolvimento da habilidade de identificar as razões para a consulta.

Além disso, é importante ressaltar que apesar de a maior parte das habilidades ter demonstrado crescimento ao longo dos estágios, inclusive as acima mencionadas, H2- Identificar as razões para a consulta, H5- Organizar o atendimento de forma clara e H7- Usar comportamentos não verbais apropriados apresentaram leve declínio na média final quando comparada a média inicial, na avaliação das juízas no estágio de voz e H1- Estabelecer o contato inicial no estágio de Dispositivos Eletrônicos. Os resultados indicam que, diferentemente das outras habilidades, estas não se desenvolveram positivamente durante a prática clínica no contexto de estágio supervisionado. H5 e H7 tiveram leve queda na pontuação, porém, continuaram com pontuação final acima de 3, o que é importante, pois sabe-se que a comunicação verbal e não verbal se complementam para uma comunicação efetiva e, em muitos casos, como aponta Silva (2015) é a não verbal que viabiliza a expressão de sentimentos pela tonalidade e intensidade vocal, gestos, expressões faciais e outros comportamentos. Num contexto de atendimento centrado no paciente, com perspectivas horizontalizadas e interacionais a habilidade de organizar o atendimento de forma clara é um fator importante para a compreensão do paciente e aumento na participação, o que permite o desenvolvimento de condutas individualizadas, proporciona melhora nos resultados do tratamento (SILVERMAN, 2009; RICE, 2018; EBERT, 2018) e traz satisfação, adesão e autogestão do paciente (GRENNESS, 2015a).

Já H1 iniciou e finalizou o estágio com pontuação inferior a 3 e H2 iniciou a avaliação com nota acima de 3 e encerrou com nota inferior. É sabido que padrões comportamentais específicos favorecem o desenvolvimento de um modelo de atendimento centrado no paciente, como o a construção do rapport no início do atendimento clínico e a preparação do profissional com base necessidades de cada usuário (GRENNESS et al. (2014a) .Com base nisso nota-se a necessidade de maior foco no ensino dessas habilidades antes de os alunos serem inseridos no contexto de atendimento e principalmente no desenvolvimento dessas habilidades durante a prática clínica supervisionada. O Guia Calgary-Cambridge tem sido utilizado no ensino, autoavaliação e pesquisa, porém, a literatura propõe que ele não deve ser seguido como um protocolo padronizado, mas deve ser considerado um norteador nas interações e as habilidades descritas devem ser utilizadas quando necessário (BRASIL, 2002; DUKE et al., 2013). Nesse

sentido se faz relevante observar as características dos estágios e demandas dos pacientes visando o desenvolvimento de habilidades relevantes em cada contexto específico.

6.2 Percepção dos pacientes quanto as habilidades de comunicação utilizadas pelos estudantes durante os atendimentos

A partir das respostas dos usuários sobre as características mais marcantes dos estudantes durante os atendimentos foram identificadas 5 das 18 categorias do guia Calgary-Cambridge-resumido em ambos os estágios: Preparação dos atendimentos, construindo relacionamento, Comunicação, Decisão compartilhada e Motivação. Os resultados apontaram que características citadas pelos pacientes variaram entre estágios, no Estágio de Voz as unidades de contexto que mais se destacaram foram “linguagem clara”, “linguagem acessível” e “gentileza/educação”, já no Estágio de Dispositivos Eletrônicos as unidades foram “gentileza/educação/simpatia/amabilidade”, “atenção” e “escuta”, ou seja, características relacionadas à comunicação verbal e construção do relacionamento. Percebe-se que estes achados vão de encontro ao que foi proposto por Gomes e Vianna (2008) e Santos, et al. (2008) aos profissionais da saúde que buscam realizar um atendimento humanizado, os autores enfatizam a importância de tratar os pacientes pelo nome e da comunicação baseada em terminologias simples e clara.

Notou-se que o número total de menções das categorias foi maior no estágio de dispositivos, por outro lado, o número de unidades de contexto identificadas no estágio de voz foi superior. Indicando que os pacientes de fonoterapia reconheceram maior variabilidade comportamental dos estudantes e os pacientes com deficiência auditiva indicaram que haver maior consistência no uso de habilidades específicas. Como apontado por Reginato e Ferrari (2014) as particularidades do encontro influenciam na comunicação, assim, supõe-se que características do estágio de dispositivos, como a estrutura menos flexível dos atendimentos, por exemplo, tenham favorecido o uso de habilidades específicas, porém, limitado a variabilidade comportamental. Enquanto o estágio de voz, por se tratar de um estágio de fonoterapia no qual os estudantes têm liberdade para elaborar as estratégias terapêuticas adequadas ao tratamento, permite maior flexibilidade no uso de habilidades. Além disso o contato mais prolongado com os pacientes favorece a construção do vínculo e o

desenvolvimento de conversas e condutas mais personalizadas, o que pode favorecer a percepção de uma variabilidade maior de características por parte dos pacientes.

Já a “Decisão compartilhada” foi mencionada apenas uma vez pelos pacientes dos dois estágios. Sabe-se que este é um dos pontos chave para o atendimento centrado no paciente, traz benefícios nos resultados do tratamento (GRENNESS, 2014a, SILVERMAN, 2009; RICE, 2018; EBERT, 2018) e gera maior satisfação, adesão e autogestão do paciente (GRENNESS, 2015a). Percebe-se que para que a tomada de decisão ocorra é necessário o uso de diversas habilidades comunicacionais na interação com o paciente “1. Compartilhar as próprias ideias quando apropriadas: ideias, pensamentos e dilemas, 2. Envolver o paciente: oferecer sugestões e escolhas no lugar de diretivas, encorajar o paciente a contribuir com suas ideias e sugestões, 3. Explorar as opções de gerenciamento, 4. Identificar o nível de envolvimento que o paciente deseja no processo de decisão, 5. Negociar um plano mutuamente aceitável: sinalizar a sua própria posição ou preferência em relação às decisões disponíveis, 6. Conferir com o paciente: se os planos são aceitáveis e se as preocupações foram abordadas” que podem ser difíceis de identificar “(Anexo 1). Assim, supõe-se que os estudantes tenham dificuldades em utilizá-las ao serem inseridos no contexto profissional pela primeira vez, já que neste momento precisam lidar com a complexidade de procedimentos técnicos e podem não privilegiar habilidades comunicativas mais complexas. Além disso, é importante considerar a possibilidade de os pacientes sentirem os benefícios da tomada de decisão compartilhada, mas terem dificuldade de identificar o uso dessa habilidade.

Quanto a satisfação, segunda pergunta revelou que 100% dos pacientes não mudariam nada e estavam satisfeitos com a forma que o atendimento havia sido conduzido. Tal dado é animador visto que um nível de satisfação alto é preditivo de maior engajamento e adesão ao tratamento. Por outro lado, considerando que apenas 5 das 18 categorias do guia foram identificadas, é importante salientar que esta resposta pode estar relacionada a um baixo nível de educação em saúde e pouco conhecimento dos usuários sobre o que é esperado do atendimento. Nesse sentido seria interessante que estudos futuros investigassem o nível de conhecimento em saúde e as expectativas dos pacientes antes dos atendimentos com estagiários de fonoaudiologia.

Ainda assim, no atual contexto, o atendimento oferecido tem sido satisfatório na visão dos pacientes, o que fica exemplificado em respostas como “Nunca vi um atendimento como este, maravilhoso, nem no Einstein atende a gente assim” e “nem parece médico e paciente, explicou tudo direitinho”, Nem parece Brasil”. O que demonstra a baixa expectativa com os atendimentos oferecidos

nos sistemas de saúde, principalmente públicos. Nota-se a surpresa em receberem um bom tratamento no Sistema de Saúde (SUS) e a idealização de que atendimentos particulares em saúde ofereçam atendimentos melhores. No Brasil, sabe-se que a organização do sistema de saúde com alto fluxo de pacientes e pouco tempo disponibilizado para consultas favorece a manutenção do uso automatizado do modelo biomédico (Eikelboom e Atlas, 2005) o que ajuda a moldar a visão negativa dos pacientes quanto a interação com o profissional de saúde. Somado a isso, a presença de disciplinas que trabalhem as habilidades comunicacionais nas grades curriculares de cursos de saúde, inclusive em fonoaudiologia é escassa (MIRANDA e ARCE, 2015).

Além disso, a partir das respostas à terceira pergunta “O que vocês fizeram hoje?”, que buscou investigar a compreensão dos pacientes sobre as explicações e orientações dadas e identificar se houve participação ativa na consulta, percebeu-se que a maior parte dos pacientes de ambos os estágios foi capaz de descrever adequadamente o que foi realizado no atendimento. No estágio de voz houve um aumento gradual nessa capacidade de descrição, e todos os usuários finalizaram o estágio sabendo explicar exatamente o que realizaram no dia. Isso pode ter acontecido, pelo fato de os usuários terem tido um terapeuta ao longo de todo o semestre, o que pode ter favorecido melhora na comunicação, na relação terapêutica e aumentado a participação dos pacientes no tratamento, tornando-os mais capazes de descrever os procedimentos. Nesse sentido, retomando o fato de que o uso de “linguagem clara” e “linguagem acessível” foram duas das unidades de contexto mais mencionadas, acredita-se que essa habilidade tenha tido efeito na capacidade de descrição dos pacientes ao longo do estágio, pois a literatura aponta que uma das razões que dificultam a compreensão da mensagem expressa pelos profissionais é o uso de linguagem com termos técnicos e científicos (VICTOR et al., 2003; QUEIROZ et al., 2007; ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008)

Já no estágio de Dispositivos Eletrônicos, ao longo dos meses houve queda na capacidade de descrição dos atendimentos por parte dos pacientes, apesar disso, a porcentagem de pacientes que foi capaz de descrever as atividades realizadas foi alta e, no geral, superior à do estágio de voz. No estágio de dispositivos eletrônicos os pacientes são diagnosticados com deficiência auditiva e muitas vezes entram nos atendimentos com acompanhantes. Estes fatores podem ter contribuído para aumento da dificuldade de compreensão da dinâmica e do atendimento, tanto pela dificuldade decorrente da deficiência quanto pela divisão da responsabilidade do tratamento com os acompanhantes, que, geralmente são filhos ou companheiros que auxiliarão no manejo do aparelho e tratamento. Além disso, há que se considerar que o nível de prontidão para o seguir o tratamento recomendado não é o mesmo

para todos os usuários de AASI, sendo modulado por fatores motivacionais intrínsecos e extrínsecos que podem impactar nos processos comportamentais de manutenção do uso do dispositivo adquirido, o que pode ter interferido novamente na revisão de processos cognitivos para real engajamento na proposta de utilização do mesmo (KUCCHAR e ABRAMIDES, 2017).

Portanto, no contexto de estágio clínico supervisionado, com ensino prévio de habilidades comunicativas e sem uma intervenção estruturada e direta no aprimoramento deste repertório durante os estágios, foi possível identificar o uso de diversas habilidades comunicativas e melhora qualitativa na maior parte das habilidades avaliadas. Por outro lado, mudanças estatisticamente significativas só foram percebidas na habilidade de “Estabelecer o contato inicial” na percepção de um grupo de avaliadoras no Estágio de Voz. Nesse sentido, o conteúdo prévio aprendido somado às características dos estágios, dos pacientes e das supervisoras parecem ser os fatores relevantes para as variações encontradas entre grupos. Sugere-se que estudos futuros considerem estas características na elaboração de estratégias de ensino

Tendo em vista que alguns autores consideram a análise das práticas de estágios supervisionados em fonoaudiologia uma das maneiras mais eficazes para a compreensão do desenvolvimento das habilidades necessárias à uma formação profissional de qualidade (LIMA; VILELA, 2014) a avaliação multimodal revelou a necessidade de uma percepção mais convergente entre os atores envolvidos. Assim, acredita-se que intervenções que visem aumentar a objetividade na descrição de habilidades para os estudantes desde a disciplina teórico-vivencial, até as supervisões, com participação ativa dos estudantes possam trazer benefícios no desenvolvimento das habilidades desejadas.

Ressalta-se também que a análise estatística realizada com o Teste de Friedman sugeriu tendência a diferenças significantes em quatro habilidades, porém, o post hoc confirmou a diferença em apenas uma habilidade, tal modificação está relacionada ao número de participantes, portanto sugere-se que futuras pesquisas na área sejam realizadas com maior número de participantes. Além disso, considerando a importância de um plano de ensino que contemple as habilidades a serem desenvolvidas ao longo dos estágios e a forma de trabalhá-las, sugere-se que demais pesquisas abordem a descrição das habilidades de supervisão. Também se faz interessante estudos que superem a limitação da atual pesquisa e delineiem a linha base do repertório dos estudantes ao final da disciplina de Habilidades de Comunicação afim de verificar o repertório de entrada dos estudantes nos estágios.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

O estudo permitiu concluir que

- Na avaliação das juízas houve diferenças qualitativas no desenvolvimento das habilidades de comunicação ao longo dos meses, com melhora no repertório ao final dos estágios, porém somente a habilidade de “Estabelecer contato inicial” apresentou diferença estatisticamente significativa no Estágio de voz. No geral, os estudantes apresentaram bom uso das habilidades desde o primeiro mês de atuação clínica, sobretudo no Estágio de Voz.
 - Houve percepção de melhora no repertório ao longo dos meses na percepção dos estudantes, com autoavaliação positiva desde o início dos estágios, principalmente no Estágio de Dispositivos eletrônicos.
 - As professora-supervisoras percebem melhora no desempenho dos estudantes ao longo dos meses e os avaliam de forma positiva desde o início dos estágios, principalmente no Estágio de Voz.
 - Apenas pontos positivos da interação com os estudantes foram percebidos pelos pacientes em ambos os estágios ao longo de todos os meses
 - Houve percepção similar entre os avaliadores quanto ao desempenho satisfatório dos alunos e quanto a melhora do repertório ao final do estágio, sendo que a avaliação mais positiva é dos pacientes, seguida da percepção dos estudantes e das professoras a depender do mês e das habilidades e, por último, a avaliação das juízas. Além disso, os grupos têm percepções diferentes quanto as habilidades que se destacaram positivamente e as que merecem atenção.
-

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AARÃO, P. C. L. et al. Histórico da Fonoaudiologia: relato de alguns estados brasileiros. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 238-244, 2011.
- ALARCÃO, I.; RUA, M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto contexto – Enferm**, v.14, n.3, p.373-82, 2005.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Rev Enferm Uerj**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.180-186, abr./jun.2008.
- ARAÚJO, O. et al. Supervisão em contexto clínico: o testemunho dos estudantes sobre o(s) modelo(s) vigente(s). **Rev Formac Innov Educ Univers**, v.5, n.2, p.112-21, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc**, v.13, n.3, p.16-29, 2004.
- BACHMANN, C. et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. **Patient Educ Couns**, v.93, p.18–26, 2013.
- BALDUINO, P.M., et al. Perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. **Rev Bras Educ Med**, v.36, n.3, p.335-42, 2012.
- BALLESTER, D., et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Rev Bras Educ Med**, v.34, n.4, p.598-606, 2010.
- BARRETO, M. C.; BARLETTA, J. B. A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. **Cad Graduação - Ciênc Biol Saúde**, v.12, n.2, p. 20-30, 2010.
- BECK K, KULZER J. Teaching Counseling Microskills to Audiology Students: Recommendations from Professional Counseling Educators. **Semin Hear**. v.39 n.1, p.91-106, 2018
- BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.1, p.172-178, 2012.
-
-

BRASIL, B. C.; GOMES, E.; TEIXEIRA, M. R. F. O ensino de fonoaudiologia no Brasil: retrato dos cursos de graduação. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, 2019.

BRASIL. **Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 5, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 mar. 2002.

BRASIL. **Ministério da Educação. Resolução n. 4, de 6 de abril de 2009.** Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 abr. 2009.

BROWN, J. How clinical communication has become a core part of the medical education in the UK. **Med Educ**, v.42, p. 271-8, 2008.

BURT, J. et al. Rating Communication in GP Consultations: The Association Between Ratings Made by Patients and Trained Clinical Raters. **Medical Care Research and Review**, v.75, n.2, p.201 –218, 2018.

CABALLO, V. E. **El papel de las habilidades sociales en el desarrollo de las relaciones interpersonales.** In: ZAMIGNANI, D. R. (org.). Sobre comportamento e cognição. São Paulo, SP: ARBytes Editora, v. 3, p. 229-33, 1997.

CALLAHAN, E. J.; BERTAKIS, K. D. Development and validation of the Davis Observation Code (DOC). **Fam Med**, v.23, n.1, p.19-24, 1991.

CAMPOS, C. F. C.; RIOS, I. C. Qual guia de comunicação na consulta médica é o mais adequado para o ensino de habilidades comunicacionais na atenção primária à saúde brasileira? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.42, n.3, p.108-118, 2018.

CAMPOS, P. D. Teleaudiologia: análise da comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual via teleconsulta. Tese (Doutorado em Fonoaudiologia) -Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 124p, 2016.

CARCAISE-EDINBORO, P.; BRADLEY, C. J. Influence of patient-provider communication on colorectal cancer screening. **Medic Care**, v.46, p.738-745, 2008.

CARDOSO, G. F.; BRAGA, S. L. O.; GOTARDELO, D. R. A consulta na atenção básica: potencialidades do modelo de Calgary-Cambridge. **Braz J Surg Clin Res**, v. 19, n.1, p.104-6, Jun. - Ago. 2017.

CHARLES, C.; WHELAN, T.; GAFNI, A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? **BMJ**, v.319, p.780-2, 2007.

COLLISELLI, L. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.6, p.932-37, 2009.

COMISSÃO COORDENADORA DE CURSO – COC. **Projeto Político Pedagógico – PPP**. Curso de fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB, Universidade de São Paulo –USP. Bauru – SP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA – CFFa. **Áreas de competência do Fonoaudiólogo no Brasil**. 8º Colegiado - Gestão 2004/2007, Documento Oficial - 2ª Ed., Abril, 2007.

CORINNE, et al. Opportunities for Audiologists to Use Patient-Centered Communication during Hearing Device Monitoring Encounters. **Semin Hear**. v.39, n.1, p.32-43, 2018.

COTES, C.; FERREIRA, L. P. Voz e gesto em telejornalismo. **Rev Socied Bras Fonoaud**, v.6, n.1, p.29-38, 2001.

CRAMER, J. **Identifying and improving compliance patterns**. In: CRAMER, J.A.; SPILKER, B. Patient compliance in medical practice and clinical trials. New York: Raven Press. p.387-392, 1991.

DANESI, M. C.; MARTINEZ, Z. O. (org.). **Reconstrução histórica da fonoaudiologia no Rio Grande do Sul**. 1. ed. Porto Alegre: IMEC, 2001.

DENNISTON, C. et al. Learning outcomes for communication skills across the health professions: a systematic literature review and qualitative synthesis. **BMJ Open**; v. 7, e014570, 2017.

DOCKENS, A. L. et al. Examination of an Audiologist's Response to Patient's Expression of Symptoms: A Pilot Study. **J Audiol Otol**. v.21, n.2, p.115-119, 2017.

DOMINICÉ, P. **A epistemologia da formação ou como pensar a formação**. In: MACEDO, R.S. et al (org). Currículo e processos formativos: experiências, saberes e culturas. Salvador: EDUFBA; 2012. p. 19-38.

DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open**, v.3, e001570, 2013.

DUKE, P. et al. **The ABIM Foundation's Choosing Wisely Communication Module**. Produced at Drexel University College of Medicine. 2013.

EBERT, K. D. Parent perspectives on the clinician-client relationship in speech- language treatment for children. **J Commun Disord**. v.73, p. 25–33, may-jun, 2018

EIKELBOOM, R. H.; ATLAS, M. D. Attitude to telemedicine, and willingness to use it, in audiology patients. **J Telemed Telecare**, v.11, Suppl 2:22-5, 2005.

EKBERG, K. et al. Application of the transtheoretical model of behaviour change for identifying older clients' readiness for hearing rehabilitation during history-taking in audiology appointments. **International journal of audiology**. v.55 n.3, p.42-51, p. 2016

ENGLISH, K.; ROJESKIT, T.; BRANHAM, K. Acquiring counseling skills in mid-career: outcomes of a distance education course for practicing audiologists. **J Am Acad Audiol**, v.11, n.2, p.84-90, 2000.

ENGLISH, K. **Counseling for diagnosis and management of auditory disorders**. In: Valente M, Hosford-Dunn H, Roeser RJ. Audiology treatment. 2nd ed. New York: Thieme; p. 198-211, 2008.

FIGUEIREDO NETO, L. E. **O início da prática fonoaudiológica na cidade de São Paulo: seus determinantes históricos e sociais**. 1998. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo - SP, 1998.

GOLDBERG, K.; KIELING, M. L.; GUZZO, F. Centro de psicologia aplicada da uri-campus de Erechim: da concepção à construção. **Rev Ciênc Hum**, v.9, n.12, p.125-40, 2012.

GOMES, L.; VIANNA, C. Interação do profissional de saúde com o paciente idoso. **J Bras Med**, Rio de Janeiro, v.95, n.5/6, p.36-39, nov./dez. 2008.

GONÇALVES, R. S. et al . Percepção de alunos de graduação em fonoaudiologia sobre o atendimento fonoaudiológico na área da surdez. **Rev CEFAC**, v.21, n.1, 2019.

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 223-228, 2005.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciênc Saúde Colet**. v.15, n.1, p.255-68, 2010.

GRENNESS, C. et al. Communication patterns in audiological rehabilitation history-taking: audiologists, patients, and their companions. **Ear Hear**, v.36, n.2, p.191-204, 2015a.

GRENNESS, C. et al. Patient-centred audiological rehabilitation: perspectives of older adults who own hearing aids. **Int J Audiol**. v.53, p.68-75, 2014b.

GRENNESS, C., et al. Patient-centred care: a review for rehabilitative audiologists. **Int J Audiol**, v.53, Suppl 1, p.S60-7, 2014a.

GRENNESS, C. et al. The nature of communication through out diagnosis and management planning in initial audiological rehabilitation consultations. **Journal of the American Academy of Audiology**, v.2, p.36–50, 2015b.

GRENNESS et. al., 2016. The International Classification of Functioning, Disability and Health as a Framework for Providing Patient- and Family-Centered Audiological Care for Older Adults and Their Significant Others. **Seminars in hearing**.v.37, n.3, p.187-199, 2016.

GUSMÃO, J. L.; JUNIOR, D. M. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 23-5, 2006.

HOWICK, J. et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 0, n.0, p.1–13, 2018

ILHA, S., et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n.3, p.556-562, 2014.

KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. G. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, v.10, n.2, p.113-20, 2005.

KUCHAR, J.; ABRAMIDES, D. V. M. O Uso do Modelo Transteórico na Reabilitação Auditiva pg 278-296 In: Margareth da Silva Oliveira, Raquel de Melo Boff, Milton José Cazassa e Carlo C. DiClemente (orgs) Por que é tão difícil mudar?: contribuições do modelo transteórico de mudança do comportamento na prática clínica e na promoção de saúde. Novo Hamburgo : Sinopsys, 2017.

KURTZ, S.M. et al. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary–Cambridge guides. **Acad Med**, v.78, n.8, p.802-809, 2003.

KUZEL, A. J. et al. Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. **Annals of Family Medicine**, v.2, p.333-340, 2004.

LADEIRA, M. A. T.; DARIDO, S. C. Educação Física e Linguagem: Algumas considerações iniciais. **Motriz**, v.9, n.1, p.31-9, 2004.

LAPLANTE-LÉVESQUE, A.; HICKSON, L.; GRENNES, C. An Australian survey of audiologists' preferences for patient-centredness. **Int J Audiol**, v.53, Suppl 1, p.S76-82, 2014.

LAPLANTE-LÉVESQUE, A.; HICKSON, L.; WORRALL, L. Promoting the participation of adults with acquired hearing impairment in their rehabilitation. **J Acad Rehab Audiol**, v. 43, p.11-26, 2010.

LEONARDO, C. G. et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. **BMC Med Educ**, v.16, n.99, 2016.

LIMA, B. P. S.; VILELA, R. Q. B. Características e desafios docentes na supervisão de estágio em fonoaudiologia. **Rev CEFAC**, v.16, n.6, p.1962-71, 2014.

LIMA, L. B.; BUSIN, L. O cuidado humanizado sob a perspectiva de enfermeiras em unidade de recuperação pós-anestésica. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 90-97, 2008.

LIMA, T. C. et al. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.1, p.133-40.13, 2014.

LOUREIRO, et al. Teaching And assessment of clinical communication skills: Lessons learned from a SWOT analysis of Portuguese Angolan and Mozambican Medical Education. **Porto Biomed J**. v. 2, n.2, p.47-58, 2017.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.1, p.152-160, 2009.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1971-80, 2018.

MANCHAIAH, 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, 2014.

MANDRÁ, P.P. et al. Percepção de estudantes de Fonoaudiologia sobre a Supervisão Clínica. **Distúrb Comun**, São Paulo, v.31, n.2, p. 246-254, junho, 2019.

MATTOS, R. A. **Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional**: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Estado, sociedade e formação profissional: contribuições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

McHUGH, M. L. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica*: **Biochemia medica**, v. 22, n.3, p. 276-282, 2012.

MELIS, M. T. V. **Treinamento de habilidades sociais com universitários da área de Fonoaudiologia**: análise de conteúdo. 2016, 218p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, 2016.

MENEZES, R. L. C.; MEDRADO, B. P. Formação em psicologia clínica: o estágio supervisionado como atividade potencial de desenvolvimento profissional. **InterScientia**, v.1, n.2, p.37-51, 2013.

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

MILLER, E. A. Telemedicine and doctor-patient communication: a theoretical framework for evaluation. **J Telemed Telecare**, v.8, n.6, p.311-8, 2002.

MIRANDA, A. O.; ARCE, V. A. R. Humanização na formação em saúde: a experiência de uma estudante de fonoaudiologia. **Distúrbios Comun**, São Paulo, v.27, n.3, p.610-617, setembro, 2015.

MOREIRA, S. B. S. Descrição de algumas variáveis em um procedimento de supervisão de terapia analítica do comportamento. **Psicol Reflex Crit**, v.16, n.1, p.157-70.4, 2003.

MUÑOZ, K. et al. Audiologists' communication behaviour during hearing device management appointments. **International Journal of Audiology**, v.56, n.5, p.328-336, 2017.

MUNHOZ, B. A. et al. De um lado ao outro: o que é essencial? Percepção dos pacientes oncológicos e de seus cuidadores ao iniciar o tratamento oncológico e em cuidados paliativos. *Einstein*. v. 12, n. 4, p.485-91, 2014.

NORCINI, J.; BURCH, V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. **Med Teach** v.29, n.9, p.855-71, 2007.

OLIVEIRA, T. S. B. et al. Possibilidades e limitações: compartilhando experiências vivenciadas no estágio supervisionado em enfermagem. **Rev Univers Vale do Rio Verde**, v.12, n.1, p. 437-444, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Adherence to long term therapies: evidence for action.** Geneva; 2003.

PEIXOTO, L. F. et al. Quality assessment/satisfaction of the learning of practical discipline of the Speech, Language and Hearing Sciences course. **Distúrb Comun**, v.29, n.4, p.625-35, 2017.

POLES T. T., FERRARI, D. V. Teleaudiologia: comunicação profissional-paciente na programação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta. **Audiol Commun Res**. V.19, n.3, p.299-309, 2014.

PRICE, R. A. et al. Should health care providers be accountable for patients' care experiences? **J General Internal Medic**, v.30, p.253-256, 2015.

QUEIROZ, M. A. S. et al. Curricular supervised traineeship: perceptions of student-therapist in Speech, Language and Hearing Sciences in a hospital. **Rev CEFAC**, v.15, n.1, p.135-43, 2013.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.479-487, jul./set.2007.

REGINATO, T. T. P.; FERRARI, D. V. Teleaudiologia: comunicação profissional-paciente na programação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta. **Audiol Commun Res**, v.19, n.3, 2014.

RIBEIRO, I. L.; MEDEIROS JUNIOR, A. Graduação em saúde, uma reflexão sobre ensino-aprendizado. **Trab Educ Saúde**, v.14, n.1, p.33-53, 2016.

RICE, J. Empowerment and partnership: stronger together. **Developmental Medicine & Child Neurology**. v.60, n3, p. 2015, 2018.

ROBERTS, L.; BUCKSEY, S. J. Communicating with patients: what happens in practice? **Physical Therapy**, Washington, v. 87, n. 5, p. 586-594, Apr./May 2007.

ROBINSON, J. H. et al. Patientcentered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. **J. Am Acad. Nurse Pract**, v. 20,p. 600-607, 2008.

RODRIGUES, R.; MENDES, M. Z. A. D. A formação do supervisor clínico-institucional: a experiência de um percurso. **Cad ESP**. v.7, n.1, p.59-67, 2013.

ROGERS, C. R. **Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory.** London: Constable; 1951.

ROGERS, C. R. The foundations of the Person-Centered approach. **Education.** v.100, n.2, p.98-107, 1979.

ROTER, D. et al. Interactive and evaluative correlates of dialogue sequence: a simulation study applying the RIAS to turn taking structures. **Patient Educaton and Counseling, Amsterdã,** v. 71, n.1, p.26-33, Apr.2008.

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Públ,** v.42, n.3, p.464-470, 2008.

SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. **A enfermagem na gestão em atenção primária.** Barueri: Manole, 2007.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde,** Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.479-503, 2011.

SILVA, L. M. G. et al. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev.latino-am.enfermagem.** v.8, n.4, p.52-8, 2000.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** 10º ed. São Paulo: Loyola, 2015.

SOUSA, L. F. L.; LEAL, A. L.; SENA, E. F. C. A importância da comunicação não-verbal do professor universitário no exercício de sua atividade profissional. **Rev. CEFAC,** v.12, n.5, p.784-787, 2010.

SPENCER, J.; SILVERMAN, J. Education for communication: much already known, so much more to understand. **Med Educ,** v.35, n.3, p.188-90, 2001.

STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **CMAJ,** v.152, n.9, p.1423-33, 1995.

STREET, R. L. J. et al. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. **Patient Educ Couns,** v.74, n.3, p.295-301, 2009.

TAMBLYN, R., et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. **J American Medic Assoc,** v.298, p.993-1001, 2007.

TEIXEIRA, V.R.V. et al. Formação do fonoaudiólogo: avaliação discente em supervisão clínica. **Distúrbios da comunicação**. v.21, n.3, p.327-38, 2009.

VICTOR, A. C. S. et al. Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. **Acta Scientiarum: Health Science**, Maringá, v.25, n.2, p.199-206, jul./dez.2003.

WILSON, W. et al. Student audiologists' impressions of a simulation training program. **Australian and New Zealand Journal of Audiology**, v.32, n.1, p.19-30, 2010.

YEDIDA, M. et al. Effectofcommunications training on medical student performance. **JAMA**, v.290, n.9, p.1157–1165, 2007.

ZOLNIEREK, K. B.; DIMATTEO, M. R. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. **Medic Care**, v.47, p.826-834, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

Guia Calgary – Cambridge para o processo de comunicação e entrevista médica – modificado (KURTZ et al., 2003)

INICIANDO A SESSÃO

Estabelecendo o contato inicial

1. Cumprimente o paciente e pergunte o seu nome
2. Apresente-se e anuncie o objetivo e a natureza da consulta; obtenha consentimento, caso necessário
3. Demonstre respeito e interesse; deixe o paciente confortável

Identificando as razões para a consulta

4. Identifique os problemas, os motivos ou questões que o paciente apresenta. Use questões abertas (“*Qual o problema que o traz à consulta ?*” ou “*Quais os motivos que o trazem à consulta médica ?*” ou “*O que esta acontecendo com o senhor ?*”)
5. Ouça atentamente à declaração inicial do paciente, sem interrompê-lo ou dirigi-lo
6. Confirme os problemas principais e estimule a revelação de outros problemas (“*Então o senhor está sentindo dor de cabeça e cansaço. Sente mais algum incômodo ?*”)
7. Negocie a agenda levando em conta as necessidades do paciente e as suas necessidades

REUNINDO AS INFORMAÇÕES

Explorando os problemas do paciente

8. Encoraje o paciente a contar o(s) problema(s), nas suas próprias palavras, desde o início até o presente
9. Use questões iniciais abertas e posteriormente mude para um questionamento com questões mais fechadas, sem dirigir as respostas do paciente
10. Ouça atentamente, permitindo que o paciente complete suas declarações sem interrupção. Deixe tempo para que o paciente reflita sobre as suas perguntas antes de responder e possa prosseguir após breve pausa
11. Use facilitadores verbais e não verbais (encorajamento, silêncio atencioso, repetição, parafraseando, interpretando)
12. Preste atenção na comunicação verbal e não verbal (linguagem corporal, fala, expressão facial), nas escapatórias e nas concordâncias
13. Esclareça as declarações do paciente que não estejam claras ou necessitam de detalhamento
14. Periodicamente, resuma para verificar o seu entendimento sobre o que foi dito; peça ao paciente que corrija a sua interpretação dos fatos e corrija se necessário
15. Use linguagem clara, concisa, facilmente inteligível para formular as questões e os comentários; evite ou explique de forma adequada qualquer jargão
16. Estabeleça datas e a sequência de eventos

Habilidades adicionais para o entendimento do ponto de vista do paciente

17. Explore apropriadamente e determine ativamente:
 1. Ideias do paciente (crenças, causas)
 2. Preocupações relacionadas aos problemas identificados
 3. Expectativas (objetivos; quais ajudas o paciente espera para cada um dos problemas)
 4. Efeitos: como cada problema afetou a vida do paciente
18. Encoraje o paciente a expressar seus sentimentos

PROVIDENCIANDO ESTRUTURA PARA A CONSULTA**Organize de forma clara**

19. Resuma ao final de cada linha de questionamento para confirmar o entendimento antes de passar para a próxima seção
20. Passe de uma seção para outra avisando e explicando o objetivo ao paciente

Preste atenção ao fluxo

21. Estructure a entrevista na sequência lógica
22. Preste atenção no tempo e mantenha a consulta no foco

CONSTRUINDO O RELACIONAMENTO**Usando comportamentos não verbais apropriados**

23. Demonstre atitudes não verbais apropriadas:
 1. Contato visual, expressão facial
 2. Postura, movimentos, posição
 3. Elementos vocais, tais como volume, entonação, velocidade
24. Caso seja necessário tomar notas escritas, faça de maneira a não interferir com o diálogo, com o fluxo de informações ou com a relação. Posteriormente, transcreva a observação na folha do prontuário ou no computador.
25. Demonstre sinceridade apropriada

Desenvolvendo a relação

26. Aceite a legitimidade da visão e dos sentimentos do paciente; não julgue
27. Use empatia para comunicar entendimento e reconhecimento dos sentimentos e dificuldades do paciente; reconheça abertamente as visões e sentimentos do paciente
28. Propicie suporte: expresse preocupação, entendimento, disposição para ajudar; reconheça e apoie os esforços para o autocuidado; ofereça parceria
29. Use sensibilidade para tratar de assuntos delicados e perturbadores; seja sensível à dor do paciente principalmente quando da realização do exame físico

Envolvendo o paciente

30. Compartilhe pensamentos com o paciente para encorajar o envolvimento mútuo
31. Explique a razão para determinadas questões ou partes do exame físico que não estão diretamente relacionadas com as queixas
32. Durante o exame físico, explique o processo e peça permissão

EXPLICAÇÕES E PLANEJAMENTO**Providenciando a quantidade e o tipo corretos de informação Objetivos: oferecer informações compreensíveis e apropriadas Avaliar as necessidades individuais de informação do paciente Não restringir e não sobrecarregar**

33. Carga e conferência: forneça informações em quantidades assimiláveis; confira o entendimento; use as respostas do paciente como guia para o seu procedimento
34. Avalie o ponto de partida do paciente: pergunte sobre o conhecimento prévio do paciente antes de fornecer a informação; avalie a extensão do desejo do paciente pelas informações
35. Pergunte ao paciente quais outras informações seriam úteis (etiologia, prognóstico)
36. Forneça explicações nos tempos apropriados: evite fornecer conselhos, informações e confirmações prematuramente

Ajudando a lembrança acurada e o entendimento**Objetivo: facilitar o entendimento e a lembrança da informação pelo paciente**

37. Organize as explicações: divida-as em porções definidas; desenvolva uma sequência lógica

38. Empregue uma categorização ou sinalização explícita (“*Temos três pontos que gostaria de discutir. Primeiro...*”; “*Agora, vamos falar sobre...*”)
39. Use repetição e resumos para reforçar a informação
40. Empregue linguagem simples, clara e de fácil entendimento: evite jargão
41. Use métodos visuais para apresentar as informações: diagramas, modelos, panfletos
42. Verifique se o paciente entendeu a informação fornecida. Peça a ele que repita nas palavras dele

Atingindo um entendimento compartilhado

Objetivos: providenciar explicações e planos relacionados com a perspectiva do paciente

Conhecer os sentimentos e pensamentos do paciente a respeito das informações fornecidas

Favorecer a interação no lugar da transmissão de mão-única

43. Relacione as explicações com a perspectiva do paciente: em relação às idéias, preocupações e expectativas prévias
44. Providencie oportunidade e encoraje o paciente a contribuir: faça perguntas, procure esclarecimentos e expresse dúvidas; responda apropriadamente
45. Identifique e responda adequadamente aos sinais verbais e não verbais
46. Estimule o paciente a expressar suas crenças, sentimentos e reações às informações fornecidas, termos usados e pontos discutidos

Planejamento: tomada de decisão compartilhada

Objetivos: permitir que o paciente entenda o processo de tomada de decisão

Envolver o paciente na tomada de decisão até o nível em que ele deseje

Aumentar o comprometimento do paciente com os planos feitos

47. Compartilhar as próprias idéias quando apropriadas: idéias, pensamentos e dilemas
48. Envolver o paciente:
 1. Oferecer sugestões e escolhas no lugar de diretivas
 2. Encorajar o paciente a contribuir com suas idéias e sugestões
49. Explorar as opções de gerenciamento
50. Identificar o nível de envolvimento que o paciente deseja no processo de decisão
51. Negociar um plano mutuamente aceitável:
 1. Sinalizar a sua própria posição ou preferência em relação às decisões disponíveis
52. Conferir com o paciente:
 1. Se os planos são aceitáveis
 2. Se as preocupações foram abordadas

CONCLUINDO A SESSÃO

Planejamento futuro

53. Combine com o paciente os próximos passos
54. Medidas de segurança: explique ao paciente possíveis resultados inesperados, o que fazer se os planos não funcionarem, quando e onde procurar ajuda

Reforçando os pontos necessários para o fechamento

55. Resumindo rapidamente a sessão e esclarecendo o plano de cuidados
56. Conferência final de que o paciente está de acordo e confortável com o plano. Perguntar se existe alguma correção, questão ou outro ponto que precise ser abordado.

OPÇÕES DE EXPLICAÇÃO E PLANEJAMENTO

Discutindo as investigações e os procedimentos

57. Providencie informações claras a respeito dos procedimentos, i.e, o que o paciente pode sentir, como ele será informado dos resultados
58. Relacione os procedimentos ao plano de tratamento: objetivos, valores
59. Encoraje questões e discussões a respeito de resultados negativos e ansiedades.

Discutindo opiniões e o significado de problemas

60. Ofereça opinião sobre o que está acontecendo e nomeie se possível
61. Revele o racional da opinião
62. Explique as causas, os resultados esperados e as consequências de curto e longo prazo
63. Estimule o paciente a revelar suas crenças, reações, preocupações e opiniões

Negociando planos de ação

64. Discuta as opções (ações, investigação, medicação ou cirurgia, tratamentos alternativos – fisioterapia, próteses, aconselhamento – medidas preventivas)
65. Providencie informações a respeito das ações ou tratamentos oferecidos: nomeie as etapas, descreva o funcionamento, os benefícios, as vantagens, os efeitos colaterais
66. Obtenha a opinião do paciente a respeito das ações, dos benefícios percebidos, das barreiras e da motivação
67. Aceite a opinião do paciente; defenda opinião alternativa se necessário
68. Estimule o paciente a externar suas preocupações e reações a respeito do planejamento e do tratamento, incluindo a aceitação
69. Considere o estilo de vida do paciente, suas crenças, a sua cultura e suas habilidades
70. Encoraje o paciente a se envolver na implementação dos planos, a assumir responsabilidades e ser autoconfiante
71. Questione sobre o sistema de suporte ao paciente; discuta outras alternativas de suporte

ANEXO 2

GUIA CALGARY-CAMBRIDGE resumido (Kurtz et.al, 2003)

AUTOAVALIAÇÃO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO EM CONSULTA (estudante)

0 totalmente insatisfatório 1 insatisfatório 2 regular 3 satisfatório 4 totalmente satisfatório

Assinale a pontuação que melhor representa seu desempenho no atendimento de hoje nos seguintes aspectos:

	0	1	2	3	4
1. Estabelecer o contato inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Identificar as razões para a consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Explorar os problemas do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Usar habilidades adicionais para o entendimento do ponto de vista do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Organizar o atendimento de forma clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Prestar atenção ao fluxo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Usar comportamentos não verbais apropriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Desenvolver a relação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Envolver o paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Providenciar a quantidade e o tipo corretos de informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ajudar a lembrança acurada e o entendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Atingir um entendimento compartilhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Realizar planejamento: tomada de decisão compartilhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Realizar planejamento futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Reforçar os pontos necessários para o fechamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Discutir as investigações e os procedimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Discutir opiniões e o significado de problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Negociar planos de ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3

GUIA CALGARY-CAMBRIDGE resumido (Kurtz et.al, 2003)

AVALIAÇÃO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO EM CONSULTA (professora-supervisora)

0 totalmente insatisfatório 1 insatisfatório 2 regular 3 satisfatório 4 totalmente satisfatório

Assinale a pontuação que melhor representa o desempenho da/o aluna/o no atendimento de hoje nos seguintes aspectos:

	0	1	2	3	4
1. Estabelecer o contato inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Identificar as razões para a consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Explorar os problemas do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Usar habilidades adicionais para o entendimento do ponto de vista do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Organizar o atendimento de forma clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Prestar atenção ao fluxo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Usar comportamentos não verbais apropriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Desenvolver a relação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Envolver o paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Providenciar a quantidade e o tipo corretos de informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ajudar a lembrança acurada e o entendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Atingir um entendimento compartilhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Realizar planejamento: tomada de decisão compartilhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Realizar planejamento futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Reforçar os pontos necessários para o fechamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Discutir as investigações e os procedimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Discutir opiniões e o significado de problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Negociar planos de ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 4

GUIA CALGARY-CAMBRIDGE resumido (Kurtz et.al, 2003)

AVALIAÇÃO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO EM CONSULTA (juíza)

0 totalmente insatisfatório 1 insatisfatório 2 regular 3 satisfatório 4 totalmente satisfatório

Assinale a pontuação que melhor representa o desempenho da/o aluna/o no atendimento de hoje nos seguintes aspectos:

	0	1	2	3	4
1. Estabelecer o contato inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Identificar as razões para a consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Explorar os problemas do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Usar habilidades adicionais para o entendimento do ponto de vista do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Organizar o atendimento de forma clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Prestar atenção ao fluxo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Usar comportamentos não verbais apropriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Desenvolver a relação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Envolver o paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Providenciar a quantidade e o tipo corretos de informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ajudar a lembrança acurada e o entendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Atingir um entendimento compartilhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Realizar planejamento: tomada de decisão compartilhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Realizar planejamento futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Reforçar os pontos necessários para o fechamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Discutir as investigações e os procedimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Discutir opiniões e o significado de problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Negociar planos de ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 5

AMBIENTE VIRTUAL DAS PROFESSORAS-SUPERVISORAS



Estágio- Nome da professora

+ Add a property

... Add a comment...

Oi, professora!

Nessa página você vai encontrar as pastas dos meses da coleta e dentro delas os vídeos e a tabela para você realizar a análise.

O Guia Calgary - Cambridge

 [Guia Calgary-Cambridge completo.pdf](#) 73.1KB

O arquivo acima corresponde ao Guia Calgary-Cambridge completo, que deve ser usado como referência para as análises

Você vai ver que o Guia é composto por 18 categorias e seus subitens com a descrição detalhada dos comportamentos que as definem. Por exemplo, a primeira categoria se chama "Estabelecendo o contato inicial" e os subitens são: 1. Cumprimente o paciente e pergunte o seu nome 2. Apresente-se e anuncie o objetivo e a natureza da consulta; obtenha consentimento, caso necessário 3. Demonstre respeito e interesse; deixe o paciente confortável.

Na sua análise você deverá pontuar o desempenho dos alunos (de 0 a 4) em cada uma das 18 categorias, considerando seus subitens.

VÍDEOS

 [MÊS X](#)

 [MÊS Z](#)

 [MÊS K](#)

ANEXO 6

AMBIENTE VIRTUAL DAS JUÍZAS



Nome da juíza

+ Add a property

⋮ Add a comment...

Oiê!

Nessa página você vai encontrar as pastas dos meses da coleta e dentro delas os vídeos e a tabela para você realizar a análise.

O Guia Calgary - Cambridge

 [Guia Calgary-Cambridge completo.pdf](#) 73.1KB

O arquivo acima corresponde ao Guia Calgary-Cambridge completo que deve ser usado como referência para as análises

Você vai ver que o Guia é composto por 18 categorias e seus subitens com a descrição detalhada dos comportamentos que as definem. Por exemplo, a primeira categoria se chama "Estabelecendo o contato inicial" e os subitens são: 1. Cumprimente o paciente e pergunte o seu nome 2. Apresente-se e anuncie o objetivo e a natureza da consulta; obtenha consentimento, caso necessário 3. Demonstre respeito e interesse; deixe o paciente confortável.

Na sua análise você deverá pontuar o desempenho dos alunos (de 0 a 4) em cada uma das 18 categorias, considerando seus subitens.

VÍDEOS

 MÊS X

 MÊS Z

 MÊS K

ANEXO 7

Estatística não-paramétrica: resultados do Teste de Friedman

Habilidade	estágio	avaliadores	Teste de Friedman		
			Qui-quadrado χ^2	Grau de liberdade (DF)	Índice de significância (<i>p</i>)
1-Estabelecer o contato inicial	VOZ	juízas	6		0.04979
		professora	2		0.3679
		estudantes	1		0.6065
	Dispositivos Eletrônicos	juízas	6.2222		0.0445
		professoras	0.38298		0.8257
		estudantes	1.2		0.5488
2- Identificar as razões para a consulta	Voz	juízas	1.4	2	0.4966
		professoras	Não avaliado	2	Não avaliado
		estudantes	0.42105	2	0.8102
	Dispositivos Eletrônicos	juízas	1.0588	2	0.589
		professoras	0.36842	2	0.8318
		estudantes	0.63636	2	0.7275
3- Explorar os problemas do paciente	VOZ	juízas	2	2	0.3679
		professora	0.54545	2	0.7613
		estudantes	1.1304	2	0.5682
	Dispositivos Eletrônicos	juízas	1.6154	2	0.4459
		professoras	0.15385	2	0.926
		estudantes	0	2	1
4- Usar habilidades adicionais para o entendimento do ponto de vista do paciente	VOZ	juízas	0.28571	2	0.8669
		professora	1.2	2	0.5488
		estudantes	4.6667	2	0.09697
	Dispositivos eletrônicos	juízas	1.0857	2	0.5811
		professoras	0.19048	2	0.9092
		estudantes	2.6316	2	0.2683
5- Organizar o atendimento de forma clara	VOZ	juízas	1.1818	2	0.5538
		professora	2	2	0.3679
		estudantes	2.3333	2	0.3114
	Dispositivos eletrônicos	juízas	0	2	1
		professoras	2.2273	2	0.3284
		estudantes	1	2	0.6065
6- Prestar atenção ao fluxo	VOZ	juízas	0.63636	2	0.7275
		professora	3.8462	2	0.1462
		estudantes	1.3333	2	0.5134
	Dispositivos eletrônicos	juízas	1.5556	2	0.4594
		professoras	1.6	2	0.4493
		estudantes	0.083333	2	0.9592
7- Usar comportamentos	VOZ	juízas	2.5455	2	0.2801
		professora	Não avaliado	2	Não avaliado

não verbais apropriados		estudantes	0.53846	2	0.764
	Dispositivos eletrônicos	juízas	1.2273	2	0.5414
		professoras	2.4571	2	0.2927
		estudantes	1.6	2	0.4493
8- Desenvolver a relação	VOZ	juízas	2.8	2	0.2466
		professora	2	2	0.3679
		estudante	1.0833	2	0.5818
	Dispositivos eletrônicos	juízas	0.36842	2	0.8318
		professoras	0.84211	2	0.6564
		estudantes	4.3333	2	0.1146
9- Envolver o paciente	VOZ	juízas	2	2	0.3679
		professora	0.5	2	0.7788
		estudantes	0.82353	2	0.6625
	Dispositivos eletrônicos	juízas	0.064516	2	0.9683
		professoras	0.051282	2	0.9747
		estudantes	0.73684	2	0.6918
10 -Providenciar a quantidade e o tipo correto de in-formação	VOZ	juízas	0.25	2	0.8825
		professoras	3.7391	2	0.1542
		estudantes	6.125		0.04677
	Dispositivos eletrônicos	juízas	0.72222	2	0.6969
		professoras	0.7027	2	0.7037
		estudantes	2	2	0.3679
11- Ajudar a lem-brança acurada e o entendimento	VOZ	juízas	6.7059	2	0.03498
		professora	0.4	2	0.8187
		estudantes	0.42105	2	0.8102
	Dispositivos eletrônicos	juízas	2.9231	2	0.2319
		professoras	1.56	2	0.4584
		estudantes	1.4118	2	0.4937
12- Atingir um entendimento compartilhado	VOZ	juízas	1.1818	2	0.5538
		professora	0.090909	2	0.9556
		estudantes	1.28	2	0.5273
	Dispositivos eletrônicos	juízas	5.4054	2	0.06702
		professoras	2.8889	2	0.2359
		estudantes	0.5	2	0.7788
13- Realizar planejamento: tomada de decisão compartilhada	VOZ	juízas	2	2	0.3679
		professora	0.53846	2	0.764
		estudantes	0.93333	2	0.6271
	Dispositivos eletrônicos	juízas	0.36842	2	0.8318
		professoras	3.3103	2	0.1911
		estudantes	2.375	2	0.305
14- Realizar planejamento futuro	VOZ	juízas	0.34783	2	0.8404
		professora	0.28571	2	0.8669
		estudantes	6.4	2	0.04076
	Dispositivos eletrônicos	juízas	3.7143	2	0.1561
		estudantes	2.3478	2	0.3092
		professoras	1.2	2	0.5488

15- Reforçar os pontos necessários para o fechamento	VOZ	juízas	0.73684	2	0.6918
		professora	1.6	2	0.4493
		estudantes	0.38095	2	0.8266
	Dispositivos eletrônicos	juízas	1.6	2	0.4493
		professoras	1.3103	2	0.5194
		estudantes	0.4	2	0.8187
16- Discutir as investigações e os procedimentos	VOZ	juízas	2.8182	2	0.2444
		professora	0.090909	2	0.9556
		estudantes	0	2	1
	Dispositivos eletrônicos	juízas	1.0667	2	0.5866
		professoras	0.25	2	0.8825
		estudantes	0.10526	2	0.9487
17- Discutir opiniões e o significado de problemas	VOZ	juízas	1.8261	2	0.4013
		professora	0.82353	2	0.6625
		estudantes	1.2	2	0.5488
	Dispositivos eletrônicos	juízas	0.25	2	0.8825
		professoras	1.8788	2	0.3909
		estudantes	0.26087	2	0.8777
18- Negociar planos de ação	VOZ	juízas	0.77778	2	0.6778
		professora	1.28	2	0.5273
		estudantes	0.5	2	0.7788
	Dispositivos eletrônicos	juízas	0.4	2	0.8187
		professoras	0.28571	2	0.8669
		estudantes	3.6	2	0.1653