

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

TATIANA TURTELLI POLES-REGINATO

**Seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora
individuais via teleconsulta: análise da interação
profissional/paciente**

BAURU
2013

TATIANA TURTELLI POLES-REGINATO

**Seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora
individuais via teleconsulta: análise da interação
profissional/paciente**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Processos e Distúrbios da Comunicação no Programa de Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari

BAURU
2013

P758s Poles-Reginato, Tatiana Turtelli
Seleção e adaptação de aparelhos de
amplificação sonora individuais via teleconsulta:
análise da interação profissional/paciente
– Bauru, 2013.
126 p. : il. ; 31cm.

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

Orientadora: Profa. Dra. Deborah Viviane
Ferrari.

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

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 043/2011
Data: 27/04/2011

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Silvia e José Luiz** que sempre me ajudaram e sempre me apoiaram em todas as minhas decisões. Sempre me ajudando a seguir pelo caminho correto e sempre me dando conselhos.

Ao meu irmão **André** que sempre me ajudou no momento que fosse, e sempre entendeu minha pressa, sempre com muita calma e compreensão.

Ao meu marido, **Luis Gustavo** que sempre me apoiou e sempre esteve ao meu lado, não somente nos momentos fácies, mas também nos momentos difíceis, sempre me apoiando e me tranquilizando.

Às **minhas amigas** que sempre estavam prontas para me escutar e tranquilizar em qualquer momento que precisasse.

Às **professoras** que estavam sempre dispostas a ajudar e sempre me incentivaram.

AGRADECIMENTOS

À **Faculdade de Odontologia de Bauru** por fazer parte de minha formação e por ceder toda sua estrutura.

À **Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari** que foi a minha orientadora, e sendo em momentos bons ou não sempre se mostrou disposta a me aconselhar da melhor maneira possível, compreendendo meus momentos apreensão e ansiedade. Muito obrigada por toda ajuda, carinho e compreensão.

A chefe do Departamento de Fonoaudiologia, **Profa. Dra. Mariza Ribeiro Feniman**, por ter apoiado a realização de um sonho e de contribuir até nos momentos mais simples, mas que sem sua ajuda não seria possível a conclusão de uma etapa.

Às amigas **Aline Arakawa e Samira Molina** que sempre me ajudaram com minhas dúvidas, sempre foram mais que um ombro amigo para todas as horas e todos os dias, fosse para assuntos relacionados ao mestrado ou somente para um desabafo e conselhos, elas fazem parte de toda a história.

Aos funcionários da Clínica de Fonoaudiologia, **Karen, Lucas, Sidnei, Evandro e Thiago** por toda a ajuda que me deram.

Às fonoaudiólogas da clínica **Patrícia, Fabiana, Raquel Beltrão, Raquel Agostinho e Tatiana** por toda a ajuda que me deram durante os atendimentos. Obrigada!

Às fonoaudiólogas **Fabiana Tokuhara e Paula Paiva** que foram minhas facilitadoras e se dispuseram a me ajudar perto do Natal para que eu conseguisse toda minha coleta. Muito obrigada!

Ao **Eliton Galeli** que ajudou quando todos os computadores não cooperavam sempre paciente e solícito.

Às secretárias do Departamento de Fonoaudiologia, **Renata, Karina e Daniela**, que sempre estão prontas a ajudar e sempre respondendo meus e-mails e me dando uma luz com todas as dúvidas.

Juramento do Fonoaudiólogo

"Neste momento, ao assumir a profissão de Fonoaudiólogo, obrigo-me solenemente a dedicar meu trabalho à Humanidade, utilizando o domínio desta ciência em todas as suas formas de expressão, prevenindo, orientando e tratando todos aqueles que o necessitem.

Respeitarei os segredos que me forem confidenciados. Mantereí, por todos os meios ao meu alcance, a honra de minha profissão.

Não permitirei que considerações de ordem religiosa, de nacionalidade, de raça, de ordem política ou de padrões sociais se interponham entre o meu dever e o meu semelhante e não usarei meus conhecimentos contra as leis humanas.

Faço tais promessas solenemente, livremente sob minha palavra de honra".

Adaptação da Declaração de Genebra (1948)

RESUMO

Este estudo teve como objetivos avaliar a comunicação profissional/paciente durante o processo de programação e verificação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e aconselhamento informativo ao paciente, verificar a satisfação dos pacientes com o uso da teleconsulta no processo de seleção e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual e avaliar se e como a teleconsulta afeta a comunicação profissional/paciente, quando comparada à consulta face a face. Foram avaliados 40 indivíduos (15 mulheres e 25 homens) com idade entre 23 e 89 anos (média de 69,55 anos), que apresentavam deficiência auditiva sensorineural de graus variados e eram candidatos ao uso do AASI. Os participantes foram divididos (randomização) em grupos experimental (n=20) e controle (n=20). A programação e verificação do AASI e aconselhamento informativo foram realizados face a face (grupo controle) e via teleconsulta síncrona com controle remoto de aplicativos (grupo experimental). Um facilitador (fonoaudiólogo com pouca experiência na área) auxiliou na realização dos procedimentos durante a teleconsulta. Todas as consultas foram filmadas. Ao final de cada sessão os participantes responderam ao “Questionário de Experiência do Paciente” (PEQ), para avaliar a satisfação com a consulta. As filmagens foram analisadas e codificadas de acordo com uma adaptação do “*Davis Observation Code*” (DOC). Não houve diferença significativa entre os grupos experimental e controle em relação à idade, gênero e limiares auditivos da melhor orelha (teste t de Student). No processo de programação e verificação do aparelho de amplificação sonora individual houve predominância de comportamentos técnicos, de fornecimento de informação e do profissional na comunicação profissional/paciente, que podem ter refletido a natureza geralmente procedimental desta consulta, bem como a influência do modelo biomédico. A duração da teleconsulta foi significativamente maior que a da consulta presencial (teste t de Student), sendo isto um reflexo do tempo despendido nos procedimentos de programação e verificação do AASI e necessidade de instrução ao facilitador. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas (teste t de Student) entre a teleconsulta e a consulta face a face de acordo com os resultados do DOC: comportamentos técnicos (explicação da estrutura da consulta e realização de procedimentos) foram mais frequentes na teleconsulta. Discussões sobre a observância quanto ao correto

uso do aparelho de amplificação sonora individual assim como expressões espontâneas do paciente sobre a sua condição foram menos frequentes para a teleconsulta. Apesar destas diferenças, foram obtidas altas pontuações no Questionário PEQ, indicando que não houve diferença da satisfação dos pacientes atendidos presencialmente ou via teleconsulta nas dimensões “Resultados da Consulta”, “Barreiras de Comunicação”, “Experiência de Comunicação”. Pontuações significativamente maiores (teste de Mann Whitney) foram obtidas para a teleconsulta na dimensão “Emoções após a Consulta”. A experiência dos participantes do grupo experimental com a presença do facilitador foi positiva.

Palavras-chave: Teleconsulta. Aconselhamento. Auxiliares de audição. Audiologia. Perda auditiva.

ABSTRACT

Selection and adaptation of individual hearing aids via teleconsultation: analysis of the interaction professional / patient

This study aimed to evaluate the communication between professional/patient during the process of programming and checking of hearing aids and informative counseling to patients, verify patients' satisfaction with the use of teleconsultation in the process of selection and adaptation of the hearing instrument and assess whether and how teleconsultation affects communication between professional and patient when compared to face-to-face consultation. There were 40 subjects evaluated (15 women and 25 men) between the ages of 23 and 89 (average of 69.55 years old), who had sensorineural hearing loss of different degrees and were candidates for the use of a hearing aids. The participants were divided (randomization) in groups: experimental (n=20) and control (n=20). The programming and checking of hearing aids and informative counseling were conducted face to face (control group) and via synchronous teleconsultation with remote control application (experimental group). A facilitator (audiologist with little experience in the area) assisted in procedures during the teleconsultation. All consultations were videotaped. At the end of each session, participants responded to the "Patient Experience Questionnaire" (PEQ), to assess satisfaction with the consultation. The recordings were analyzed and coded according to an adaptation of "Davis Observation Code" (DOC). There was no significant different between the experimental and control groups in terms of age, gender and audiometric thresholds of the better ear (Student t test). In the process of programming and checking of the hearing aids there was predominance of technical behaviors, in providing information and from the professional communication professional/patient, which may have reflected the nature generally procedural of this consultation, as well as the influence of the biomedical model. The duration of teleconsultation was significantly longer than the face-to-face consultation (Student t test), this being a reflection of time spent in programming procedures and verification of the hearing aid and the need of instruction of the facilitator. It was observed significant statistical differences (Student's t test) between teleconsultation and face-to-face consultation in accordance to the results of the DOC: technical behaviors (explaining the structure of the consultation and performing procedures) were more

frequent in teleconsultation. Discussions about the observances as to the correct use of hearing aids as well as patient's spontaneous expressions on their condition were less frequent in teleconsultation. Despite these differences, we obtained high scores on the PEQ questionnaire, indicating no difference between face-to-face and via teleconsultation patients in the dimensions "Consultation Results", "Communication Barriers", "Communication Experience." Scores significantly higher (Mann Whitney) were obtained for teleconsultation in "Emotions after consultation" dimension. The experience of the participants in the experimental group with the presence of the facilitator was positive.

Key words: Teleconsultation. Counseling. Hearing aids. Audiology. Hearing loss.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1	Caminho direto e indireto da comunicação	32
Figura 2	Avaliador (janela menor) realizando a programação do AASI na orelha do paciente. A tela do software de programação do AASI é visualizada à esquerda	69
Figura 3	Avaliador (janela menor) orientando o facilitador a inserir o tubo sonda na orelha do participante. A tela do software de programação do AASI é visualizada à esquerda	69
Figura 4	Avaliador (janela menor) realizando a verificação do AASI na orelha do paciente. A tela do equipamento de medidas com microfone sonda é visualizada à esquerda	70
Figura 5	Avaliador (janela menor) realizando a sessão de aconselhamento informativo ao participante	70

- GRÁFICOS

Gráfico 1	Limiares audiométricos (via área) dos participantes do grupo controle (n=20)	62
Gráfico 2	Limiares audiométricos (via área) dos participantes do grupo experimental (n=20)	62
Gráfico 3	Frequência dos grupos de comportamento observados nas consultas face a face - grupo controle (n=20).	80
Gráfico 4	Frequência dos grupos de comportamento observados nas teleconsultas - grupo experimental (n=20).	80

- QUADROS

Quadro 1	Componentes interativos da abordagem centrada na pessoa	30
Quadro 2	Conteúdo sugerido para novos usuários de AASI	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados sóciodemográficos, audiométricos e do aparelho de amplificação sonora individual, utilizado para os grupos controle e experimental (n=40)	61
Tabela 2	Adaptação dos Códigos de Observação Individual de Davis utilizado neste estudo	73
Tabela 3	Comparação da duração total e dos procedimentos de programação e verificação do AASI e do aconselhamento informativo entre os grupos (n=40)	77
Tabela 4	Comparação dos valores obtidos nas dimensões do Questionário de Experiência do Paciente entre os grupos controle e experimental (n=40)	78
Tabela 5	Frequência de pontuação abaixo dos pontos médios do questionário PEQ (n=40)	79
Tabela 6	Comparação entre os grupos de comportamento do Código de Observação de Davis, para os grupos controle e experimental (n=40).	81
Tabela 7	Frequência dos comportamentos observados para o grupo controle (n=20).	82
Tabela 8	Frequência dos comportamentos observados para o grupo experimental (n=20).	83
Tabela 9	Comparação da frequência dos comportamentos DOC observados para os grupos experimental e controle (n=40).	84

GLOSSÁRIO

Homecare – o profissional se desloca até a casa do paciente, o tratamento de saúde acontece na casa do paciente.

Rapport - relação de confiança e harmonia entre paciente e profissional, na qual o paciente fica mais aberto a trocar informações e aceitar sugestões.

Brainstorming - tempestade de ideias, mais que uma técnica de dinâmica de grupo, é uma atividade desenvolvida para explorar a potencialidade criativa de um indivíduo ou de um grupo - criatividade em equipe - colocando-a a serviço de objetivos pré-determinados.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

2pb1f1mn	2 persons babble, 1female 3bSMN + 1 male 2bSMN - Idealized - Normal effort - Level Ref + 3dB. Crest factor = 24 dB.
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AASI's	Aparelhos De Amplificação Sonora Individuais
dB	Decibel
DOC	Escala de observação de Davis/Davis Observation Code
ICRA	International Collegium for Rehabilitative Audiology
ISDN2	Integrated Sub scriber Digital Network 2 lines
IOI	<i>International Outcome Inventory</i>
kbps	Kilo bites por segundo
NAL-NL1	<i>National Acoustics Laboratory Nonlinear Fitting Procedure v1</i>
LAN	Local Area Network
NPS	Nível de pressão sonora
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEQ	Questionário de experiência do usuário/ <i>Patient Experience Questionnaire</i>
REAR	Resposta de ressonância com uso de amplificação/ <i>Real ear aided response</i>
REIG	Ganho de inserção/ <i>Real ear insertion gain</i>
REUR	Resposta de ressonância da orelha externa/ <i>Real ear unaided response</i>
TIC	Tecnologia de informação e comunicação
TICs	Tecnologias de informações e comunicações
WDRC	Wide Dynamic Range Compression
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1	RELAÇÃO PROFISSIONAL PACIENTE E O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DOS APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL	25
2.1.1	Modelo Biomédico	26
2.1.2	Abordagem Centrada na Pessoa	27
2.2	TELECONSULTA NA SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO DE APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL	35
2.3	TELECONSULTA E RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE	45
3	PROPOSIÇÃO	55
4	MATERIAL E MÉTODOS	59
4.1	PARTICIPANTES	59
4.2	PROCEDIMENTOS	62
4.2.1	Programação e verificação dos aparelhos de amplificação sonora individual e aconselhamento do participante	62
4.2.1.1	Grupo controle	63
4.2.1.2	Grupo experimental	67
4.2.2	Avaliação de experiência do paciente	71
4.2.3	Avaliação da comunicação profissional-paciente	72
4.2.4	Análise estatística	74
5	RESULTADOS	77
5.1	TEMPO DESPENDIDO PARA PROGRAMAÇÃO E VERIFICAÇÃO DO AASI E ACONSELHAMENTO INFORMATIVO	77
5.2	EXPERIÊNCIA DO PARTICIPANTE COM AS CONSULTAS	77
5.3	COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE	79
6	DISCUSSÃO	87
6.1	TEMPO DESPENDIDO PARA PROGRAMAÇÃO E VERIFICAÇÃO DO AASI E ACONSELHAMENTO	87

	INFORMATIVO.	
6.2	EXPERIÊNCIA DO PACIENTE	91
6.3	ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE	95
7	CONCLUSÕES	107
	REFERÊNCIAS	111
	ANEXOS	121

1 Introdução

1. INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva adquirida na idade adulta pode trazer diversas implicações negativas nos aspectos sociais, emocionais, laborais, econômicos e na qualidade de vida dos indivíduos afetados. O aparelho de amplificação sonora individual (AASI) é um dispositivo eficaz para o tratamento da maioria das perdas auditivas sensorineurais. No entanto, o acesso dos indivíduos ao tratamento especializado pode tornar-se desafiador em função de barreiras geográficas e econômicas sendo necessário considerar novos modelos de serviço, como é o caso da telessaúde e, em particular, da teleconsulta.

A teleconsulta síncrona consiste na aplicação da tecnologia de informação e comunicação para conectar, em tempo real, profissional/cliente ou profissional/profissional a fim de fornecer serviços de identificação, diagnóstico, intervenção e aconselhamento. Este modelo de teleconsulta é o que mais se aproxima das consultas tradicionais face a face e vem sendo empregado com sucesso em diferentes áreas da audiologia como a triagem auditiva, avaliação eletrofisiológica da audição, programação de AASI's, dentre outros. Contudo, são necessárias investigações mais aprofundadas sobre a relação custo/benefício e as percepções do paciente sobre o uso da teleconsulta.

O cenário de uma teleconsulta apresenta uma forma incomum de interação visual e auditiva que pode ser mais ou menos realista dependendo da tecnologia utilizada. Este cenário pode apresentar desafios para comunicação profissional / paciente, sobretudo em se tratando de deficientes auditivos que, além de necessitar de um sinal auditivo claro, dependerão, em maior ou menor grau, das pistas visuais para a compreensão da fala.

Assim, além de se ater aos aspectos técnicos (tecnologias de informação / comunicação utilizadas e processos clínicos permitidos pelo uso de tais tecnologias) as pesquisas em teleconsulta devem se preocupar com as relações entre os indivíduos envolvidos e a forma como estas relações são estabelecidas. Por exemplo, na teleconsulta a presença do facilitador adiciona um terceiro elemento na convencional tríade profissional/paciente. Além disto, o uso de tecnologia de comunicação pode influenciar a forma como profissional/paciente se relacionam.

A forma como profissionais e pacientes interagem têm importantes repercussões nos resultados do tratamento. As características do paciente, do profissional e do contexto deste encontro influenciam a natureza e o conteúdo da comunicação profissional-paciente e, por conseguinte, os resultados do tratamento como a satisfação, aderência/concordância com o tratamento, estado de saúde e clínico, entendimento e retenção da informação e bem estar psicológico.

Na área da Fonoaudiologia ainda não existem investigações que mostrem se a teleconsulta melhora ou deteriora as relações terapêuticas, se auxilia ou dificulta as expressões de desconforto, sintomas e estado sócio emocional pelo paciente ou, ainda, se encoraja ou inibe a comunicação de orientações quanto ao tratamento, ou expressões de empatia e cuidado por parte do profissional. Dado que a acolhida ao paciente é um dos fatores que propiciam melhor compreensão da deficiência auditiva e aderência ao tratamento com o uso de AASI's é de particular importância avaliar o impacto da teleconsulta neste processo.

2 Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. RELAÇÃO PROFISSIONAL PACIENTE E O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DOS APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAIS.

A relação profissional de saúde/paciente é uma das mais complexas relações interpessoais, já que esta não foi desejada por ambos os indivíduos, envolve indivíduos que não estão em um mesmo nível, possui uma forte carga emocional e requer cooperação mútua para atingir um objetivo em comum (ONOR e MISAN, 2005).

O aprimoramento dos processos que envolvem a relação do profissional de saúde com o paciente é fundamental para a humanização destes procedimentos e para a melhor qualificação dos resultados. Por sua relevância na ação clínica, o problema suscita diversos estudos, principalmente no que diz respeito à relação médico-paciente. Embora esta relação apresente características peculiares, o contexto de sua realização, de um modo geral, é semelhante em todas as profissões do campo da saúde, por formação ou por atuação, podendo sua análise ser passível de generalização (GOMES, 2011)

O conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões há várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional. Não há como minimizar, ou mesmo desprezar, as importantes contribuições dos avanços tecnológicos baseados nas concepções e princípios biomédicos. Porém, cada vez mais se constata que a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não verbal, precisam ser considerados nas relações entre o profissional da saúde e os usuários (GOULART e CHIARI, 2010).

No que se refere aos aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI's), embora os avanços tecnológicos tenham disponibilizado ao fonoaudiólogo diferentes opções e recursos para compensar as necessidades auditivas dos pacientes, não foi verificado aumento do número de usuários de AASI ao longo dos anos e tampouco os resultados obtidos com o uso destes dispositivos melhoraram drasticamente. De fato, muitos usuários de AASI de alta tecnologia ainda relatam

que seus problemas não foram resolvidos. Tal evidência indica que as utilizações de novas abordagens para melhorar a reabilitação dos deficientes auditivos são necessárias – uma delas é a adoção do modelo centrado na pessoa (HICKSON, 2012).

2.1.1. Modelo Biomédico

O modelo de atenção à saúde baseado nos clássicos pressupostos biomédicos ainda está fortemente enraizado nas escolas de formação dos vários cursos de graduação da saúde.

Este modelo biomédico ou mecanicista tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a revolução artístico-cultural que ocorreu nessa época. Desde então, ocorre o desenvolvimento de várias áreas do conhecimento humano, e alguns cientistas e filósofos marcam o crescimento técnico-científico e influenciam o pensar da medicina moderna (BARROS, 2002).

A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica. Deste modo as queixas dos pacientes, incluindo o seu sofrimento, são manejados em termos mecanicistas, tenta-se “patologizar” e enquadrar tais queixas nos cânones da biomedicina (KOIFMAN, 2001).

O modelo biomédico baseia o papel do profissional de saúde exclusivamente na eliminação de doenças e lhe confere grande autoridade e poder, que se manifestam na relação estabelecida entre ele e o paciente. O encontro que ocorre durante a consulta é centrado no profissional ou na doença, e a perspectiva do paciente é considerada pouco relevante (BALLESTER et al., 2010).

Neste modelo o interesse está na deficiência, doença ou "anormalidade" corporal e na maneira como isso produz algum grau de incapacidade ou limitação funcional. A solução se encontra no cuidado de *experts*, cabendo ao(s) profissional(is) definir as necessidades do indivíduo e as intervenções capazes de diminuir o impacto negativo da incapacidade. A perspectiva biomédica reduz a deficiência à categoria de doença corporal, e a incapacidade é entendida como consequência biológica do mau funcionamento do organismo; portanto, o papel do profissional de saúde é reparar a disfunção corporal (SAMPAIO e LUZ, 2009)

De fato, o modelo biomédico estimula os profissionais de saúde a aderir a um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o observador e o

objeto observado. Proclama-se a necessidade de um 'distanciamento objetivo', visto como uma qualidade que cabe preservar ou mesmo incrementar. Profissionais sensíveis estão insatisfeitos com o referido modelo, não propriamente porque o mesmo não responde a muitos dos problemas clínicos e sim, devido ao fato de que se dão conta das reações psicológicas dos seus pacientes e dos problemas socioeconômicos envolvidos na doença, mas não veem como incorporar essas informações na formulação diagnóstica e no programa terapêutico (BARROS, 2002).

Duchan (2004) relata que o modelo biomédico governa muitas das práticas dos profissionais da audiologia. Este modelo determina o vocabulário utilizado pelos profissionais quando falam de seus serviços e prescreve uma lógica causal quando tais profissionais se envolvem em diagnósticos e de reabilitação. Embora o modelo biomédico tenha também características positivas, faz-se necessário que os fonoaudiólogos considerem outros modelos para ampliar seu pensamento e expandir os serviços ofertados aos pacientes.

2.1.2. Abordagem Centrada na Pessoa

As mudanças culturais e políticas na década de 60 fizeram com que fosse questionado o paternalismo e reducionismo do modelo biomédico utilizado na prática clínica. Os pacientes também começaram a demandar serem compreendidos e tratados como indivíduos em sua totalidade como consequência de uma mudança política que começou a questionar a “medicalização” e se estendeu para incluir um impulso holístico que conectava a doença com padrões sociais e contextos mais amplos. Outras mudanças importantes ocorreram na área médica que passou a cooptar os pressupostos teóricos da área das ciências sociais (MAY et al., 2004).

Observa-se, desde a década de 70, o surgimento de outros modelos de atenção que destacam as diferentes dimensões, físicas, psíquicas, educacionais e sociais, que permeiam a entrevista de saúde. O modelo biopsicossocial e o método clínico centrado no paciente são exemplos disso e enfatizam a importância da inclusão da perspectiva do paciente na realização da consulta (BALLESTER et al., 2010).

Em 1939, Carl Rogers introduziu o conceito de “terapia centrada no cliente” como método de aconselhamento não diretivo. O comportamento de um indivíduo era visto como sendo influenciado por fatores como a hereditariedade, o ambiente, as necessidades e contextos culturais e sociais. A terapia centrada no

cliente é baseada em observações íntimas e específicas do comportamento humano em uma relação. A mudança e desenvolvimento são características chave desta terapia. O terapeuta deve facilitar a resolução de problemas estimulando o desejo e habilidade do indivíduo de entender o problema e propor soluções que sejam apropriadas para sua vida (ROGERS, 1951).

A não diretividade implica que o indivíduo tem dentro de si amplos recursos para autocompreensão, para alterar seu autoconceito, suas atitudes e seu comportamento autodirigido. Em oposição a outros modelos de intervenção, o modelo centrado no cliente acredita na autonomia e nas capacidades de uma pessoa, no seu direito de escolher qual a direção a tomar no seu comportamento e sua responsabilidade pelo mesmo (CAMPELO, 2000).

O pensamento de Carl Rogers sofreu uma evolução ao longo de sua carreira profissional, de modo que a própria denominação de sua proposta teórica também foi se modificando. Inicialmente, em 1940, foi denominada de “Aconselhamento não Diretivo”. Posteriormente, foi denominada de “Terapia Centrada no Cliente”, “Ensino Centrado no Aluno”, “Liderança Centrada no Grupo” e, finalmente em 1976, “Abordagem Centrada na Pessoa” – esta última, segundo o próprio Rogers, é a denominação mais adequada a sua teoria (MOREIRA, 2010).

Embora não exista uma definição universal para “centrado no paciente/pessoa”, este paradigma é descrito de acordo com cinco dimensões (LAPLANTE-LEVESQUE et al., 2010a):

- Perspectiva biopsicossocial: reconhece que as perspectivas biológica, psicológica e social são necessárias para compreender a saúde.
- O paciente como pessoa: se refere à importância de entender a perspectiva única da experiência de estar doente.
- Poder e responsabilidade compartilhados: promove uma relação profissional/paciente igualitária e respeita a *expertise* e autonomia do paciente.
- Aliança terapêutica: se refere à importância fundamental de uma boa relação profissional/paciente.
- O profissional como pessoa: reconhece a humanidade do profissional e sua influência inerente na relação profissional/paciente.

A abordagem centrada na pessoa reconhece que profissional e paciente possuem *expertises* distintas que fortalecem o encontro clínico. O profissional conhece os sinais, sintomas, processos e tratamento de uma doença, e o paciente conhece sua própria personalidade, cultura, relacionamentos e o significado de viver com aquela doença (MILLER, 2002; ENGLISH, 2008).

O fonoaudiólogo não tem como verificar a experiência de vida diária de um paciente, deste modo necessita que o mesmo se envolva e compartilhe sua história, dando sentido à sua condição e fornecendo outra perspectiva para o profissional. Por exemplo, por meio de uma melhor compreensão de fatores profissionais e culturais que definem a experiência única de cada indivíduo com a perda de audição, o fonoaudiólogo pode ganhar uma compreensão do verdadeiro nível de motivação do paciente para o tratamento. Estabelece-se uma relação mais produtiva entre profissional e paciente, aumentando o potencial para a satisfação do paciente e resultado de sucesso. (HAPSBURG, TJØRNHØJ-THOMSEN, 2012).

A entrevista clínica centrada na pessoa difere do tradicional foco no diagnóstico e na conduta, ou seja, em perguntas direcionadas à identificação da doença e ao posterior esclarecimento acerca do tratamento. Essa abordagem visa a um encontro menos diretivo, permitindo que o paciente tome parte na condução da entrevista e na escolha do tratamento. Prioriza-se a pessoa, não a doença. (CERON, 2012).

Em audiologia, uma consulta centrada no paciente tem três objetivos: motivar o paciente a ter um papel ativo na sua reabilitação, educar o paciente para continuar buscando informações, e realizar progressos para atingir um objetivo (LAPLANTE-LEVESQUE et al., 2010a).

Ceron (2012) resume os componentes interativos da abordagem centrada pessoa, conforme consta no Quadro 1.

1) Explorar a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente	Envolve levantamento de dados, escuta qualificada e acolhimento, para estruturar o vínculo com o paciente. É importante explorar as informações objetivas e tecnicamente relevantes ao diagnóstico diferencial, juntamente com as dimensões subjetivas e as experiências relacionadas ao adoecimento, como: ideias, sentimentos, expectativas e efeitos no funcionamento do organismo e da família.
2) Entender a pessoa como um todo (pessoa, contexto e ambiente)	Tomar a iniciativa de formular perguntas semidirigidas e manter postura de escuta qualificada, permitindo à pessoa expressar-se e narrar sua história de vida pessoal e familiar, formulando reflexões sobre seu atual estágio de desenvolvimento pessoal. Explorar como as relações familiares e sociais de seu contexto estão sendo afetadas pelo adoecer.
3) Elaborar um projeto terapêutico comum e manejo dos problemas	Chegar a uma conclusão conjunta sobre quais serão os problemas abordados e em que ordem de prioridade serão enfrentados. Os objetivos do tratamento são pactuados clara e conjuntamente entre profissional e paciente. Ambos refletem e pactuam os papéis de cada um no manejo dos problemas apresentados.
4) Incorporar a promoção e prevenção à saúde	Pensar em potenciais mudanças em virtude do aumento da saúde global da pessoa. Explorar como reduzir riscos, buscar a detecção precoce de doenças e agravos à saúde. Visar a diminuição dos efeitos negativos das doenças na qualidade de vida da pessoa.
5) Intensificar a relação entre profissional de saúde e usuário:	Busca-se humanizar o vínculo, atingir maior horizontalidade e possibilidade de empatia. O poder que tradicionalmente era atribuído ao profissional da saúde em detrimento do paciente passa a ser dividido. O vínculo, a confiança e o diálogo constantes fazem com que a relação entre ambas as partes seja cuidada, sanando o comportamento de medos e expectativas mágicas. A possibilidade de compartilhar histórias de vida e trabalhar a dimensão afetiva do vínculo de cuidado favorece o processo de autoconhecimento de ambas as partes.
6) Ser realista:	A escassez de recursos (por exemplo, tempo clínico para atendimento, acesso aos recursos disponíveis para a resolução dos problemas apresentados pelos pacientes) é comum. É importante ser realista com o paciente, mas sem desorientá-lo, desampará-lo ou torná-lo pessimista. Trata-se de construir um desafio a ser compartilhado, com potenciais a serem desenvolvidos e dificuldades a serem enfrentadas.

Quadro 1 – Componentes interativos da abordagem centrada na pessoa. Fonte: CERON, 2012.

Isso não significa que os profissionais da saúde tenham que se transformar em psicólogos, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, desenvolvam a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, como também para ouvir suas queixas e, encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença (CAPRARA, LINS E FRANCO, 1999).

Uma atuação centrada na pessoa apresenta resultados positivos comparados aos modelos tradicionais, pois diminui a utilização dos serviços de saúde, aumenta a satisfação do paciente, diminui queixas por má-prática, melhora a aderência aos tratamentos, reduz preocupações, melhora a saúde mental, reduz sintomas e melhora a recuperação de problemas recorrentes. (BERTAKIS e AZARI, 2011).

Por meio da comunicação interpessoal, as relações se estabelecem, o ser humano se mostra como ser social e cultural e se desenvolve, conferindo dinamismo a esse processo. A comunicação é um processo que envolve troca e transformação dos envolvidos, pois esses trazem consigo suas vivências, crenças e valores, que permeiam todo o processo comunicacional, revelando sua dimensão holística. É um processo cíclico, dinâmico, de moldagem e crescimento interpessoais contínuos. (HADDAD et al., 2011).

A comunicação profissional/paciente é determinante na abordagem centrada na pessoa. O impacto desta comunicação nos resultados de saúde pode ocorrer por vias diretas ou indiretas (Figura 1). O diálogo por si só pode ser terapêutico diretamente diminuindo, por exemplo, a ansiedade do paciente. Mais frequentemente a comunicação profissional/paciente influencia os resultados de saúde de forma indireta, agindo na motivação para o tratamento, confiança no clínico e no serviço, autoeficácia no autocuidado, concordância e compreensão mútua entre paciente e profissional. Isto afeta, por exemplo, a aderência e melhora de autocuidado, o que, por sua vez, afetam a saúde e bem-estar (STREET JR et al., 2009).

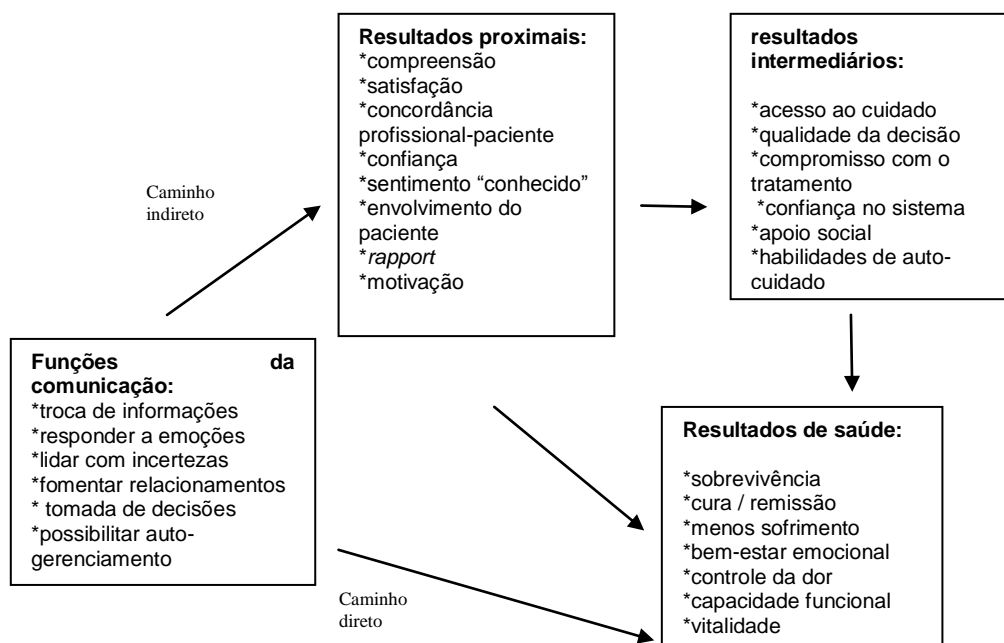


Figura 1 - Caminho direto e indireto da comunicação. FONTE: STREET JR, et al. 2009

Street Jr et al. (2009) também propuseram sete formas pelas quais a comunicação pode melhorar a saúde:

- Aumento do acesso ao cuidado: médicos podem orientar os pacientes em como e onde receber cuidados de saúde.
- Aumento do conhecimento do paciente e compreensão mútua: o paciente deve ter conhecimento sobre opções de tratamentos e seus riscos e os médicos devem entender valores e crenças dos pacientes.
- Fortalecimento da aliança terapêutica: o paciente deve se sentir compreendido, ter confiança em seu médico e no tratamento para que haja continuidade do tratamento e satisfação do paciente.
- Melhor habilidade de lidar com as emoções: médicos podem ajudar os pacientes a lidar com emoções negativas, que podem frustrar um tratamento.
- Maior apoio social e da família: consiste de acesso do paciente/família a redes de apoio financeira, de incentivo, de serviços de saúde.
- Melhor capacitação do paciente: tornando os pacientes ativos, em busca de informações, com envolvimento na decisão de tratamentos e se tornando mais ativos durante uma consulta.

-
- Melhor qualidade nas decisões de saúde: decisão baseada na informação do clínico e do paciente permitindo decisões mais pertinentes para a condição do paciente, de suas preferências e expectativas.

A acolhida ao paciente e o comportamento afetivo são reconhecidos como elementos essenciais no modelo centrado na pessoa. O comportamento afetivo é caracterizado por um tipo de comunicação verbal e não verbal que possui um conteúdo sócio-emocional. Inclui, dentre outros, a aceitação incondicional, empatia e oferecimento de suporte (MILLER, 2002; ENGLISH, 2008). Melhores resultados estão associados a respostas afetivas positivas, conversação acolhedora (incluindo aspectos não verbais como contato de olho, toque e gestos) e construção de uma parceria entre profissional e paciente (MILLER, 2002).

Alguns estudos recentes enfatizam a importância dos atributos do profissional e da relação profissional/paciente na tomada de decisão para aquisição do AASI e sucesso obtido com o mesmo.

Poost-Foorosh et al., (2011) investigaram as percepções de profissionais e pacientes quanto aos fatores da relação profissional/paciente que poderiam influenciar as decisões de novos candidatos ao AASI em adquirir este dispositivo. Treze adultos e idosos deficientes auditivos, que haviam recebido indicação para uso do AASI recentemente, e 10 audiologistas participaram do estudo para gerar, escolher e avaliar a importância de tais fatores. Um mapa conceitual foi utilizado para definir o conjunto de fatores mais significativos. Quatro sessões de “*brainstorming*” foram realizadas, sendo duas com cada grupo de participantes. Nestas sessões os indivíduos foram solicitados a realizar afirmações sobre os fatores na relação profissional/paciente que interferiam na aquisição do AASI. Estas afirmações foram compiladas sendo as informações redundantes eliminadas. Os participantes então classificaram as afirmações e atribuíram um julgamento de importância por meio de uma escala Likert de cinco pontos. Foi realizada uma análise multidimensional e análise de *cluster* gerando um mapa. Este mapa foi então interpretado pelos participantes. As análises quantitativas e interpretação qualitativa das afirmações dos indivíduos resultaram em oito conceitos, que partilham componentes similares aos descritos na literatura a respeito da abordagem centrada na pessoa/paciente. Tais conceitos foram, nesta ordem de importância:

- Garantia do conforto do paciente em diferentes dimensões – físicas e psicológicas. Por exemplo: o paciente se sente confortável em fazer perguntas ao profissional, o ambiente convidativo e agradável, tempo despendido com o paciente, confiança de que o profissional é sincero em suas intenções.
- Compreensão e atenção às necessidades do paciente: avaliar o paciente como um indivíduo e explicar os resultados das avaliações e como eles se relacionam às necessidades individuais de comunicação.
- Ações centradas no paciente: ações e traços do profissional que promovem uma interação centrada no paciente. Por exemplo: profissional e paciente se comunicam facilmente, paciente sente que o profissional se importa com ele/ela, etc.
- Reconhecimento da individualidade do paciente no processo de aquisição do AASI. Por exemplo: o profissional valoriza o que é importante para o paciente, o paciente sente que suas preocupações foram validadas pelo profissional, etc.
- Fatores que influenciam de maneira negativa a aquisição do AASI, como a imposição de pressão e desconforto indevidos. Por exemplo: o paciente se sente pressionado a realizar a compra, o paciente sente que o profissional deseja “vender” o dispositivo, etc.
- Fornecimento de informação do clínico para o paciente sobre o dispositivo. Por exemplo: profissional explica porque um determinado dispositivo foi recomendado, necessidades de ajuste, etc.
- Fornecimento de apoio à realização de escolhas do paciente e empoderamento do paciente por meio de tomada de decisões compartilhadas. Por exemplo: o paciente sente que faz parte do processo, o paciente tem a liberdade de fazer algumas escolhas a respeito do dispositivo, etc.
- Fatores relacionados à prontidão no paciente: fatores internos e externos que influenciam a atitude e prontidão do paciente na aquisição do AASI. Por exemplo: o paciente aceita a necessidade de utilização do AASI.

Kochkin et al. (2010) realizaram um estudo com 1141 usuários experientes e 884 novos usuários de AASI, a fim de avaliar o impacto do profissional

no sucesso da utilização do AASI pelos pacientes. Dentre outras questões contidas em um questionário, os participantes avaliaram os seguintes atributos do profissional, por meio de uma escala Likert de sete pontos: conhecimento, profissionalismo, empatia, criação de expectativas realistas, fornecimento de explicações sobre o uso e cuidados com o AASI e qualidade do serviço fornecido durante a e após a adaptação. Os indivíduos que avaliaram tais atributos do profissional como sendo “acima da média”, apresentaram maior sucesso com o uso do AASI.

Os pacientes muito frequentemente relatam que fonoaudiólogos não entendem suas dificuldades. Existe um descompasso na comunicação fonoaudiólogo-paciente que pode ser uma consequência natural do treinamento profissional, onde o sucesso do aluno é baseado no domínio adequado de procedimentos e linguajar técnico. É necessário que os profissionais sejam ensinados a compartilhar informações em um nível diferente com os pacientes, evitando jargões e explicações técnicas desnecessárias e, sobretudo, realizando o processo de diferenciação: se o paciente faz um comentário ou pergunta de conteúdo, a resposta deve trazer informações; e se o paciente expressa uma emoção, a resposta do profissional deve demonstrar que a emoção foi reconhecida e respeitada. Para isto é necessário que o profissional aprenda a falar menos e utilizar escuta ativa. Muitas vezes, a mensagem de um paciente trará componentes de conteúdo e afetivos. Assim, se o profissional for treinado apenas a fornecer informações poderá não “ouvir” comunicações de caráter afetivo. (ENGLISH et al., 1999).

Estudar este comportamento no processo de seleção e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual tem um grande significado, sobretudo para os resultados que serão obtidos com a intervenção.

2.2. TELECONSULTA NA SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO DE APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAIS

O desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação (TICs) é visto como uma das abordagens que podem melhorar a qualidade da prestação de

serviços de cuidado à saúde e, conseqüentemente, a experiência de seus usuários. Diferentes países vêm investindo no uso das TICs aplicada à saúde. Esta tendência fez com que surgissem diferentes termos como telemedicina, e-saúde (*e-health*) e *telecare* (telecuidado). Cada um destes termos pode ser considerado diferente ao redor do mundo, tanto do ponto de vista conceitual como da perspectiva prática (MOGHADDASI et al., 2012).

Bashshur et al. (2011) utilizam o termo “telemedicina” como um termo geral e inclusivo que se refere a todos os sistemas, modalidades e aplicações para o fornecimento de serviços de saúde, que utilizam o intercâmbio de comunicações eletrônicas e informações como substituto para o contato face a face entre pacientes e profissionais, comunicação entre profissionais e o contato do paciente ou profissional com fontes de informação, tomada de decisão e sistema de suporte.

Wen (2008) também ressalta a existência de diversas definições na literatura para o termo “telemedicina”, sendo algumas delas da época de seu surgimento, na década de 60, e outras que vêm sendo aprimoradas e adequadas de acordo com as novas facilidades tecnológicas e com as necessidades da saúde.

O termo “telessaúde” foi cunhado em 1978 para estender o escopo da telemedicina, incorporando um conjunto maior de atividades, incluindo a educação ao paciente e profissional e também para denotar um conceito mais inclusivo do uso das TIC na área da saúde (BASHSHUR et al., 2011).

O uso de tecnologias da informação e comunicação no suporte à Telemedicina facilita a interação entre profissionais da saúde em localidades geograficamente distantes e produz um cenário colaborativo que viabiliza a troca de informações. A transmissão de fluxos de mídia sobre redes de alta velocidade contribui para uma melhor didática no ensino à distância, e em Telemedicina permite visualização do cenário real de um caso clínico (OLIVEIRA et al., 2012).

É possível agrupar a telessaúde em três grandes conjuntos de atividades (WEN, 2008):

1. Teleducação: desenvolvimento de programas educacionais baseados em tecnologia para atualização profissional, treinamento de profissionais não médicos, informação e motivação da população geral para prevenção de doenças, bem como, para atividades de graduação e pós-graduação em medicina e ciências da saúde;

-
2. Teleassistência (Teleconsulta)/ Vigilância Epidemiológica: desenvolvimento de atividades para disponibilizar segunda opinião à distância, a realização de triagens, apoio ao diagnóstico do paciente e tomada de decisão à distância. Sistemas podem ser desenvolvidos para permitir a associação das atividades assistenciais com base de dados para gestão de informação e acompanhamento epidemiológico;
 3. Pesquisa Multicêntrica: integração de diversos centros de pesquisa, permitindo a otimização de tempo e custos por meio do compartilhamento de dados e padronização de formas de estudo.

A telemedicina, nas vertentes de teleconsulta e telediagnóstico, não representa uma nova modalidade de especialização, mas sim um método que consiste na aplicação do conhecimento médico nos casos em que a distância entre o profissional de saúde e o paciente é um fator crítico (MARTINS e SIMÕES, 2012).

A telessaúde vem sendo reconhecida como uma alternativa para melhorar o cuidado à saúde nos países em desenvolvimento, regiões de baixa densidade populacional e áreas com acesso limitado tanto à atenção primária como aos especialistas (HOFSTETTER et al., 2010). No Brasil a telessaúde teve uma importante evolução e consolidação nestes últimos quatro anos com o incentivo obtido junto às agências de fomento à pesquisa e com as ações governamentais, que possibilitaram a formação de equipes e núcleos de pesquisa em diversas instituições universitárias brasileiras. (WEN, 2008)

O Programa Telessaúde Brasil teve início em 2007, com o projeto piloto em apoio à atenção básica envolvendo nove núcleos de telessaúde localizados em universidades nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Constituiu uma ação nacional que buscava melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único da Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação. Este Programa tinha como objetivos principais: a melhora da qualidade do atendimento na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção; a redução de custos e do tempo de deslocamentos; a fixação dos profissionais de saúde nos locais de difícil acesso; a melhor agilidade no

atendimento prestado e a otimização dos recursos dentro do sistema como um todo (TELESSAÚDE BRASIL REDES, 2012)

A Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, redefiniu o Programa de Telessaúde Brasil, passando a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), apoiando a consolidação das redes de atenção à saúde, ordenada pela atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O Telessaúde Brasil Redes é integrado por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, sendo constituído por: (1) núcleo de telessaúde técnico-científico, compostos pelas instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão de Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa e (2) pontos de telessaúde, que prestam serviços de saúde a partir dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam teleconsultorias e/ou telediagnósticos (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2012).

Os serviços de teleconsulta podem ser divididos em três modelos (FERRARI et al., 2010):

- Síncrono: permite a interação com pacientes e/ou profissionais em tempo real, por meio do uso de equipamento de áudio e vídeo, com o uso de webcam e software para videoconferências, ou por meio de controle remoto de aplicativos de um computador e seus softwares.
- Assíncrono (armazenar e enviar): não há a necessidade de que os usuários estejam conectados em tempo real, faz uso de vídeos, imagens estáticas ou qualquer dado que seja transmitido após algum tempo. Uma das formas mais comuns para transmissão dos dados é via internet.
- Híbrido: utiliza a combinação das tecnologias síncrona e assíncrona.

O controle remoto de computadores e seus periféricos é um exemplo de teleconsulta síncrona que vem sendo bastante utilizada na área de audiologia. Neste caso, um profissional ou facilitador encontra-se presente com o paciente, no ambiente onde o teste será realizado (ambiente de teste). Neste ambiente existe um computador conectado a um periférico (por exemplo, um audiômetro ou um equipamento para medidas com microfone sonda), a uma webcam e à internet. O profissional que irá fornecer a teleconsulta encontra-se em um local remoto, onde existe um computador conectado a uma webcam e à internet. Em ambos os

computadores está instalado um software para compartilhamento de dados. Por meio deste software o profissional que fornece a teleconsulta pode, via internet, controlar e visualizar, em tempo real, a área de trabalho do computador localizado no ambiente de teste. Desta forma, este profissional pode controlar o computador e o periférico, realizando o exame como se estivesse presente na sala. O mesmo software de compartilhamento de dados pode ser usado para transmissão de áudio e vídeo entre os dois ambientes, de modo a permitir a interação entre os envolvidos em tempo real, possibilitando um formato que se aproxima das consultas tradicionais, face a face. Um sistema de segurança e criptografia dos dados utilizados pelo software possibilita a confidencialidade das sessões de teleconsulta (FERRARI et al., 2010).

No Brasil, em 2009 o Conselho Federal de Fonoaudiologia publicou a resolução CFFa nº366 regulamentando a telessaúde em Fonoaudiologia. Um dos artigos desta resolução dispõe que o fonoaudiólogo tem autonomia para utilizar ou não teleconsulta, que os procedimentos realizados devem garantir a mesma eficácia do atendimento presencial e que o suporte diagnóstico e terapêutico à distância somente pode ocorrer quando o cliente estiver assistido presencialmente por outro fonoaudiólogo (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2009).

A telessaúde vem sendo utilizada para a realização de diferentes procedimentos audiológicos voltados para a triagem, diagnóstico e intervenção, incluindo o processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI). Este processo é composto por diferentes etapas, de acordo com o protocolo sugerido pela *American Academy of Audiology* (2008):

- Diagnóstico audiológico: envolve a realização de exames a fim de determinar o local e a extensão da lesão auditiva, assim como a necessidade de tratamento, incluindo o uso do AASI. Engloba avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica.
- Levantamento das necessidades comunicativas e planejamento dos objetivos do processo de intervenção: esta etapa deve incluir o paciente e a família, de forma a elaborar um histórico das dificuldades e necessidades comunicativas, estabelecendo prioridades e metas. Pode envolver a aplicação de questionários de autoavaliação. Também, devem ser identificados os fatores não audiológicos que

podem afetar o prognóstico e necessitar de maior atenção e aconselhamento.

- Seleção do AASI: nesta etapa são selecionados o tipo e características dos dispositivos de amplificação e/ou equipamentos auxiliares de audição que sejam apropriados para as necessidades audiológicas e não audiológicas do paciente. Determina-se o tipo de adaptação (uni ou bilateral), as características físicas do AASI e/ou molde auricular, características acústicas do molde auricular e/ou cápsula do AASI, o sistema de processamento de sinal e compressão, necessidade de algoritmos digitais (ex.: algoritmos de redução de ruído e microfonia), tipo de microfone, presença de controles externos (controle de volume, controle remoto) e entradas alternativas (entrada direta de áudio e bobina telefônica). As características eletroacústicas devem ser compatíveis com as características audiológicas e necessidades do indivíduo e incluem o ganho por frequência e a saída máxima do AASI.
- Verificação: engloba a avaliação da adaptação física do AASI e/ou molde auricular e, também, o desempenho eletroacústico do AASI, a fim de garantir a adequação do ganho por frequência e da saída máxima gerada pelo dispositivo. O ganho prescrito a partir de uma regra prescritiva válida deve ser verificado por meio de medidas com microfone sonda. Técnicas de simulação de medidas em ouvido real devem ser utilizadas para avaliar a saída máxima.
- Orientação, aconselhamento e acompanhamento: a orientação abrange aspectos dos cuidados e uso dos AASI's e as expectativas que o cliente apresenta diante dos sons amplificados. Nesta etapa, são realizados procedimentos de modo a assegurar que o paciente obtenha os benefícios desejados do tratamento, de forma mais fácil e eficiente possível. São realizados programas de orientação quanto ao uso, cuidados e expectativas com o uso do AASI assim como, o aconselhamento ao paciente e família a respeito dos efeitos da perda auditiva e estratégias comunicativas para reduzir tais efeitos.
- Avaliação de resultados (validação): determina o impacto da intervenção na redução das limitações de atividade, restrições de participação e melhora da qualidade de vida do indivíduo. Para tal, é

sugerido o uso de questionários de autoavaliação e testes de percepção da fala.

Os primeiros relatos da aplicação da telessaúde na área dos AASI's são da década de 90, em um programa piloto da *Mayo Clinic Rochester*, Minnesota (EUA). Audiologistas utilizavam o controle remoto de periféricos para realizar o ajuste destes dispositivos remotamente. No ambiente remoto (uma clínica localizada em outra cidade) o facilitador conectava o AASI na interface de programação (Hi-Pro) e iniciava o software de programação. Na *Mayo Clinic* o audiologista iniciava o mesmo software em seu computador pessoal e assumia o controle do computador localizado no ambiente remoto. Uma linha telefônica auxiliar era usada para a comunicação entre o audiologista e o paciente. Diferentes sons, como música e ruído de tráfego, eram apresentados ao paciente por meio das caixas de som do computador. Os ajustes eram efetuados nos AASI's de acordo com as respostas fornecidas pelo paciente em relação aos sons ouvidos (NEMES, 2010).

Wesendahl (2003) descreveu uma aplicação para a adaptação inicial e ajustes finos de AASI's programáveis. O AASI do paciente era remotamente conectado ao computador via cabo ou por conexão sem fio. O telefone ou outro meio era utilizado para permitir a comunicação entre o paciente e o especialista. Um dispositivo portátil (combinação de telefone móvel e programador de AASI) podia também ser utilizado a fim de permitir a realização de ajuste fino no ambiente acústico real do paciente. As alterações nas programações podiam ser discutidas por um segundo canal de comunicação, por exemplo, por telefone ou videoconferência.

No Brasil, Ferrari (2006) avaliou a programação do AASI por meio da teleconsulta via controle remoto de periféricos em 30 candidatos ao uso da amplificação (15 para o grupo experimental e 15 para o grupo controle). Um único profissional com experiência no processo de programação do AASI realizou o atendimento face a face (grupo controle, n=15) e via teleconsulta (grupo experimental, n=15). Ao final de cada sessão de programação foi aplicado um questionário que avaliava a confiança no procedimento, qualidade de interação com o especialista, da comunicação e da orientação fornecida e a satisfação geral com o procedimento. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. No caso da teleconsulta em grande parte do tempo foi obtida boa qualidade de áudio e vídeo. No entanto, em alguns momentos, a fim de evitar o aparecimento de

microfonia, o volume do alto falante que estava no ambiente de teste teve que ser diminuído, dificultando o entendimento, pelo paciente, das orientações ministradas pelo profissional.

Ferrari e Bernardez-Braga (2009) compararam a resposta de ressonância da orelha externa (REUR), resposta em orelha real com aparelho auditivo (REAR) e ganho de inserção (REIG) realizados face a face e via teleconsulta em 60 deficientes auditivos com idades entre 18-84 anos, usuários ou candidatos ao AASI. Para a teleconsulta foi utilizado o controle remoto de aplicativos. O fonoaudiólogo e o facilitador se comunicavam via sistema de videoconferência. Foram encontradas correlações entre as medidas realizadas face a face e a distância para todas as frequências. As diferenças entre as medidas face a face e a distância variaram de 0 a 2,2dB, sendo estas compatíveis com a variabilidade teste-reteste do próprio procedimento de medidas com microfone sonda.

Pearce et al. (2009) relataram alguns resultados obtidos com um programa piloto do serviço público *Australian Hearing Services* para avaliar a possibilidade de fornecimento de serviços de teleconsulta para o diagnóstico audiológico, adaptação do AASI e reabilitação auditiva em adultos que residiam em áreas remotas. Nestes casos, o profissional realizou a programação, ajuste fino e/ou verificação do AASI por meio da teleconsulta de maneira satisfatória. Um técnico localizado junto ao paciente o preparou para a realização dos procedimentos – por exemplo, para a inserção do tubo sonda durante as medidas com microfone sonda.

Campos (2011) avaliou a aplicação da teleconsulta para o processo de programação, verificação e adaptação do AASI. Participaram do estudo 50 deficientes auditivos, os quais foram alocados randomicamente em grupos controle (n=25), submetidos aos procedimentos face a face, e experimental (n=25), submetidos à teleconsulta. O procedimento face a face foi realizado pelo “avaliador 1” em todos os participantes, incluindo: programação do AASI, medidas com microfone sonda e orientação quanto ao uso e cuidados com o AASI. Para a teleconsulta o participante e um facilitador se posicionaram na sala junto aos equipamentos (ambiente de teste). O “avaliador 1” posicionou-se em outra sala (ambiente remoto) com um notebook conectado à LAN USP. Em todos os casos, logo após os procedimentos de adaptação do AASI, outro avaliador (“avaliador 2”) avaliou a percepção da fala dos pacientes no silêncio e no ruído por meio do teste HINT Brasil. Aproximadamente um mês após a adaptação do AASI os participantes

retornaram para a Clínica de Fonoaudiologia e o “avaliador 2” avaliou o uso, benefício e satisfação com o uso do dispositivo, aplicando o questionário IOI. Maior tempo para a programação e verificação e menor tempo para orientação foi observado para o grupo experimental. Não houve diferença entre grupos no tempo total do atendimento em minutos. A equiparação das medidas com microfone sonda aos respectivos *targets* de amplificação foi similar para os dois grupos. Não houve diferença significativa entre as médias de reconhecimento da fala no silêncio e da relação sinal/ruído, o tempo médio de uso do AASI em horas e das pontuações total e dos itens do questionário IOI.

Bernardez-Braga, Campos e Ferrari (2011) realizaram um estudo prospectivo longitudinal com 19 adultos (idades entre 18 a 52 anos) sem alterações auditivas a fim de avaliar a variabilidade das medidas com microfone sonda realizadas via teleconsulta. Os procedimentos foram realizados apenas na orelha direita dos participantes. Um molde auricular personalizado, de acrílico e ocluído foi confeccionado para cada participante. Um AASI de ganho fraco, ajustado para fornecer o mínimo de amplificação possível foi utilizado. As medidas com microfone sonda foram realizadas em uma sala acusticamente tratada, na ordem: (1) Resposta de ressonância da orelha externa (REUR); (2) Resposta de ressonância com a prótese auditiva (REAR) e (3) Ganho de inserção (REIG). Para a realização do procedimento à distância foi utilizado o protocolo síncrono com o controle remoto de aplicativos. Um facilitador e o participante foram posicionados na sala onde se encontrava o equipamento *Unity PC Probe* (ambiente de teste) conectado a um computador e à internet. A este computador estavam também conectados uma webcam e um sistema de fone de ouvido e microfone. Durante todo o procedimento das medidas com microfone sonda, uma janela com o registro das respostas era visível em tempo real, tanto para o avaliador como para o facilitador e participante. Foram realizadas quatro repetições das medidas com microfone sonda realizadas face a face e via teleconsulta, ao longo de duas semanas. No que se refere ao tempo médio para realização do procedimento via teleconsulta foram encontrados valores semelhantes ao observado na prática clínica para realização do procedimento da forma padrão (face a face). Quanto às medidas da REUR ($r=0,85$ e $p=0,00$), REAR ($r=0,93$ e $p=0,00$) e REIG ($r=0,92$ e $p=0,00$), considerando todas as repetições, as diferenças entre as medidas face a face e teleconsulta variaram também, mas não foram significantes.

Algumas empresas fabricantes de AASI também vem investindo em soluções de teleconsulta. Em 2004, a empresa *Starkey Laboratories Inc.* apresentou a ferramenta “*Go To Assist*” que, incorporada ao software de programação de AASI, possibilitava a um fonoaudiólogo, situado em local distante, obter assistência para a programação de tais dispositivos, em tempo real, via conexão com outro fonoaudiólogo situado na empresa. Em 2009, foram introduzidos dois modelos de atendimentos à distância, denominados “T2 Remoto” e “T2 à Distância”. Ambos utilizavam o sinal *Dual Tone Multifrequency* (DTMF) emitidos pelos teclados dos telefones para o ajuste de características do AASI. O “T2 Remoto” permite que os usuários de AASIs desta empresa realizem ajustes de volume e memória em seus dispositivos por meio de celulares e/ou telefones fixos. O método “T2 à Distância” permite a um fonoaudiólogo utilizar o sinal DTMF enviado de forma remota por meio dos telefones para realizar ajustes nos seguintes parâmetros do AASI do usuário: ganho geral, ganho de frequência baixa, ganho de frequência alta e saída máxima (FREEMAN, 2010).

Em 2012, a empresa *Starkey* demonstrou um aplicativo, ainda não disponível comercialmente, que permite a realização da programação remota de AASI em locais em que a conexão à internet é ruim. Uma clínica local pode realizar a instalação do *software* de programação de AASI desta empresa (*Inspire 2013*) em sua versão completa ou de apenas um aplicativo que permite a conectividade de programação. O profissional especialista, localizado remotamente, pode selecionar a clínica local, detectar os AASI's que serão programados e prosseguir com o procedimento de programação padrão. A transmissão de dados necessários para a programação é mínima, por isto não requer uma conexão robusta à internet. Os comandos de programação são redundantes, ou seja, sempre que um comando de modificação do ajuste é recebido pelo AASI, uma confirmação é enviada para o computador do especialista localizado remotamente (GALSTER e ABRAMS, 2012).

O fornecimento de serviços de saúde a distância apresenta vantagens potenciais como a redução da disparidade entre necessidade e disponibilidade de profissionais e serviços, expandir o acesso a serviços de saúde, reduzir o tempo de deslocamento do profissional ou paciente, reduzir os custos do fornecimento de serviços de saúde, expandir a disseminação de informação de saúde aos pacientes e melhorar a interação (aconselhamento e consultas) entre profissionais de saúde

bem como entre profissionais e pacientes (GIVENS E ELANGO VAN, 2003; RIBERA, 2011).

O fato de que a maioria dos adultos e crianças com deficiência auditiva não possuem acesso aos serviços de que necessitam para melhorar sua comunicação e reduzir os potenciais efeitos negativos da perda auditiva na interação social, na educação e oportunidades vocacionais é um dilema global. Esta cisão entre serviços e pacientes é fruto de variados fatores incluindo a falta de profissionais qualificados, conscientização pública e profissional ruim, recursos limitados e barreiras geográficas e naturais. Os esforços de cuidado existentes atualmente são inadequados para atingir a vasta maioria dos deficientes auditivos e, portanto, novas abordagens para a expansão dos serviços, como a telessaúde, devem ser consideradas temas de alta prioridade de investigação (SWANEPOEL et al., 2010).

2.3. TELECONSULTA E RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE

Existe uma grande necessidade de compreender os reais efeitos da telessaúde nos profissionais de saúde, pacientes e na sociedade de modo geral. Até o presente momento, a visão prevalecente entre aqueles que relutam em utilizar a telessaúde provém, em parte, da falta de evidências conclusivas a respeito de sua eficácia e efetividade. A crescente literatura na área é muitas vezes inconsistente, pois, enquanto tenta dar suporte ao uso da telessaúde, simultaneamente reconhece sua inconclusividade, seus achados neutros e a escassez de estudos com métodos rigorosos (BASHSHUR et al., 2011).

Uma revisão sistemática a respeito do uso da telessaúde em audiologia mostrou que o número de pesquisas publicadas ainda é limitado, no entanto, englobam variados procedimentos de identificação, diagnóstico e intervenção. Os autores relataram também a existência de poucas informações a respeito das percepções do paciente quanto ao uso da teleconsulta e nenhuma publicação enfocando a percepção do próprio profissional, sendo que tais questões necessitam de investigação (SWANEPOEL e HALL, 2010).

Williams et al. (2001) realizaram uma revisão sistemática de estudos empíricos que investigaram a satisfação do paciente com o serviço de telemedicina

síncrono ou assíncrono. Noventa e três artigos completos foram avaliados. A maioria destes estudos foi conduzida nos Estados Unidos (44%), se relacionavam à área de telepsicologia e telepsiquiatria (25%) e utilizavam a videoconferência em tempo real isoladamente (71%) ou combinada com outros sistemas (17%). Apenas 10% dos estudos avaliados possuíam *design* randomizado controlado e somente 21% possuíam amostras com mais de 100 sujeitos. O questionário foi utilizado como instrumento de avaliação da satisfação na maior parte dos estudos (94%). Tais questionários eram breves e geralmente não possuíam validação ou padronização. Os aspectos da satisfação do paciente mais comumente avaliados foram: interação profissional/paciente, sentimento do paciente sobre a consulta, aspectos técnicos da consulta, satisfação geral e preferências entre a consulta face a face e teleconsulta. Os estudos indicaram níveis de satisfação com a telemedicina superiores a 80%. Tal resultado, contudo, deve ser interpretado com cautela tendo em vista que grande parte dos artigos avaliados consistia de projetos piloto e estudos de viabilidade onde os pacientes recebiam a teleconsulta e a consulta tradicional.

No sentido da experiência do profissional e paciente, as pesquisas em teleconsulta também devem se preocupar com as relações e comunicações entre os indivíduos envolvidos e a forma como estas se estabelecem. Por exemplo, na teleconsulta a presença do facilitador adiciona um terceiro elemento na convencionalidade profissional/paciente. Além disto, o uso de tecnologia de comunicação pode influenciar a forma como profissional/paciente se relacionam.

Miller (2002) realizou uma revisão sistemática da literatura sobre o efeito da telemedicina na comunicação médico-paciente. Foram incluídos na análise 38 estudos e os resultados sobre comunicação médico-paciente foram agrupados em 23 categorias que incluíam a eficácia comunicativa, fornecimento de explicações, estabelecimento de *rapport*, comportamentos não verbais, dentre outras. Aproximadamente 80% dos resultados encontrados foram favoráveis à telemedicina. O autor relatou a necessidade de estudos que realizem a análise de conteúdo das comunicações para o desenvolvimento de intervenções que facilitem a comunicação médico-paciente via telecomunicação.

Tachakra e Rajani (2002) avaliaram a relação médico-enfermeiro-paciente em um serviço de emergência, comparando consultas convencionais face a face (n=30) e a teleconsulta (n=30) – neste caso o médico estava localizado em um

hospital à 6Km de distância e a comunicação foi realizada via videoconferência (conexão de 384kbps). As queixas apresentadas foram semelhantes nos dois grupos. A duração média das teleconsultas foi maior (951 segundos) que a das consultas convencionais (247 segundos). Houve maior interação entre médico-paciente na teleconsulta, com o paciente realizando mais perguntas e interagindo com o médico. A relação enfermeiro-paciente foi igual nos dois grupos sendo que, no caso das teleconsultas, a enfermeira atuou como facilitadora dando maiores exemplos caso o paciente não entendesse o que o médico havia dito.

Torppa et al. (2006) analisaram qualitativamente a interação médico-enfermeiro-paciente em 30 teleconsultas realizadas na atenção primária na Finlândia, com pacientes adultos (n=27) e crianças (n=3). O sistema de videoconferência foi ligado a uma rede banda larga de 768 kbps e as consultas foram gravadas. Um único médico realizou todas as consultas. Uma de duas enfermeiras treinadas permaneciam na sala juntamente com o paciente. O foco da análise eram as ações da enfermeira, a comunicação médico-enfermeira-paciente, comunicação enfermeira-paciente, a comunicação não verbal e a reflexão do médico. A interação na tríade médico-enfermeiro-paciente foi complexa. O médico teve de se concentrar em muitas coisas ao mesmo tempo e a atenção ao paciente não foi sempre possível. A enfermeira assumiu diferentes papéis, sendo uma facilitadora da interação, uma defensora do paciente, uma auxiliar para o médico e uma mediadora da influência terapêutica do médico. Os pacientes com frequência se reportaram à enfermeira para obter informações. Os autores concluíram ser importante a realização de um treinamento para que enfermeira e médico atendam em conjunto.

Harrison et al. (2006) conduziram uma análise qualitativa de entrevistas semiestruturadas realizadas com uma amostra de 28 participantes de um estudo randomizado controlado de teleconsultas em uma área urbana e uma rural na Grã-Bretanha. As consultas foram gravadas e analisadas. Houve intervenção conjunta nas teleconsultas com clínico geral do paciente e um especialista no hospital. O paciente e o clínico geral se localizavam no consultório local, enquanto o especialista estava localizado no ambulatório do hospital. Os serviços foram ligados por meio de uma conexão ISDN2 e software videoconferência. Dois temas principais foram identificados: atendimento ao cliente e interação médico-paciente. Em geral os pacientes apreciaram os aspectos de atendimento via teleconsulta, sendo

observado, particularmente, a maior conveniência, pontualidade e diminuição de custos. Alguns pacientes demonstraram preferência por consultas com um especialista quando se tratava de recomendações de exames físicos. Alguns pacientes expressaram um sentimento de alienação decorrente da tecnologia e dificuldades em estabelecer *rapport*, relatando que a consulta foi “artificial” e que se sentiram constrangidos, enquanto outros se sentiram mais a vontade para fazer perguntas ao especialista. Apesar de muitos pontos de vista diferenciados, houve uma boa aceitação da teleconsulta.

Liu et al. (2007) compararam a comunicação médico-paciente em teleconsultas e consultas face a face. Foram incluídos no estudo cinco médicos generalistas (com experiência profissional entre 8 e 18 anos) e 20 pacientes adultos com diabetes controlada (n=13), histórico de infarto ou trombose cerebral (n=3), insuficiência cardíaca (n=1) e pneumonia (n=3). Ambos os grupos não tinham experiência anterior com a telemedicina. Foi utilizado um sistema de *homecare* (MC-H8903 ADP, Sanyo, Japão) e conexão de 380 kbps. Uma webcam permitia a visualização da face e ombros dos envolvidos na teleconsulta. Os pacientes receberam uma teleconsulta síncrona e uma consulta face a face no mesmo dia e com médicos diferentes. Foi realizada a análise das gravações das consultas, da quantidade de informações registradas no prontuário e da satisfação dos participantes. Esta última foi avaliada por meio de duas dimensões do questionário de experiência do paciente (PEQ - STEINE et al., 2001): experiências de comunicação e barreiras de comunicação. Verificou-se que o tempo gasto na teleconsulta foi substancialmente menor do que o da consulta face a face. Não foram encontradas diferenças significativas no número de perguntas realizadas pelos médicos entre os dois tipos de consulta. No entanto, expressões de empatia, frases de elogio e facilitação foram observadas menos vezes nas teleconsultas. Os registros nos prontuários foram estatisticamente menores para as teleconsultas. Os resultados do PEQ foram semelhantes entre as consultas e os participantes estavam satisfeitos com a teleconsulta. Porém, os médicos ficaram insatisfeitos, sentindo-se prejudicados pelas barreiras de comunicação. Os autores sugeriram que são necessários programas de formação profissional para desenvolver melhores habilidades de comunicação e a capacidade de expressar empatia durante as teleconsultas.

Demiris et al. (2005) avaliaram o efeito da telemedicina na comunicação, comparando o estilo e o conteúdo da comunicação face a face e da teleconsulta em visitas dermatológicas. As sessões de dermatologia foram observadas e gravadas, cronometradas e transcritas. A duração média das sessões face a face e teleconsulta foram de 11 e nove minutos, respectivamente. A avaliação clínica ocorreu em ambas as consultas. A educação ao paciente ocorreu em 90% das sessões face a face e em 78% das teleconsultas. Outros temas também foram identificados, por exemplo, a discussão do tratamento, promoção da adesão ao tratamento e questões psicossociais. Em 14,8% das teleconsultas questões técnicas foram também levantadas. Os resultados indicaram que os padrões de comunicação nos dois modos de cuidados eram comparáveis.

Agha et al. (2009a) realizaram um ensaio clínico randomizado para analisar o efeito da separação física e tecnológica existente na teleconsulta sobre a comunicação médico-paciente. Foram atendidos 221 pacientes adultos de um hospital de veteranos, sendo 111 atendidos via teleconsulta e 110 atendidos face a face. Os participantes receberam uma única consulta (face a face ou teleconsulta) com um dos nove médicos participantes (cinco pneumologistas, dois endocrinologistas e dois reumatologistas). O equipamento *Tandberg* foi utilizado para a videoconferência. Os médicos tinham acesso aos prontuários dos pacientes via computador. A comunicação médico-paciente foi avaliada por um questionário de auto avaliação (*Patient Assessment of Communication during Telemedicine -PACT*), composto por 33 itens que mensuravam: a satisfação com a conveniência da consulta e com a comunicação médico-paciente, a competência clínica e habilidades interpessoais. A satisfação dos participantes para com a comunicação médico-paciente, competência clínica e habilidades interpessoais do médico foram semelhante para ambos os tipos de consulta. Os pacientes ficaram igualmente satisfeitos com a capacidade do médico de desenvolver *rapport*, compartilhar decisões, e promover a comunicação centrada no paciente durante ambas as consultas.

Agha et al. (2009b) avaliaram 19 pacientes, em um hospital de veteranos, que necessitavam de consultas médicas na área pulmonar. Estes indivíduos foram divididos em grupo experimental (n=11), que realizaram teleconsultas, e grupo controle (n=8), que realizaram consultas presenciais. Três médicos especialistas, com experiência em telemedicina, participaram do estudo realizando todas as

consultas. Os equipamentos *Tandberg* e VTEL FRED foram utilizado para a videoconferência (velocidade de conexão de 384 kbps), possibilitando excelente qualidade de áudio e vídeo. Uma enfermeira estava presente durante as teleconsultas, mas não durante as consultas face a face. As consultas foram gravadas e posteriormente codificadas por meio do método RIAS (*Roter Interaction Analysis System*) a fim de verificar os padrões verbais e não verbais empregados nas diferentes formas de atendimento. O RIAS utiliza como unidades de análise uma sentença completa, parte de uma sentença ou uma palavra. Estas unidades foram categorizadas por meio de 38 códigos mutualmente excludentes. O RIAS também analisa os aspectos não verbais da comunicação (classificação afetiva). Não foram observadas diferenças na duração das consultas. Nas teleconsultas houve maior número de elocuições (definidas como um pensamento ou afirmação completa) do médico do que do paciente, indicando a dominância verbal do profissional. No entanto, esta dominância verbal não foi estatisticamente diferente das consultas presenciais. Os profissionais utilizaram número significativamente maior de orientações durante a consulta presencial. Nas teleconsultas houve um número significativamente maior de solicitações de repetições do que foi dito, indicando dificuldades perceptuais. Os autores concluíram que houve diferença no estilo da comunicação profissional/paciente entre as consultas, sendo que as teleconsultas foram mais centradas no médico.

O cenário de uma teleconsulta apresenta uma forma incomum de interação visual e auditiva que pode ser mais ou menos realista dependendo da tecnologia utilizada. Este cenário pode apresentar desafios para comunicação profissional/paciente, sendo verificado em alguns estudos que a necessidade de uso de estratégias de reparação da comunicação (por exemplo, solicitar repetição) foram maiores para a teleconsulta (TACHAKRA e RAJANI, 2002; LIU et al., 2007; AGHA et al., 2009b).

Estes desafios podem ser maiores em se tratando de deficientes auditivos. De particular importância é a qualidade da transmissão de áudio e vídeo. A diminuição da sensibilidade auditiva e presença de distorções cocleares dificultam o entendimento da fala para indivíduos com deficiência auditiva sensorineural. Assim, além de necessitar que a mensagem oral seja clara, estes indivíduos dependerão, em maior ou menor grau, das pistas visuais para a compreensão da mesma. Falhas na conexão e dificuldades de transmissão durante a

videoconferência podem ocasionar a perda de pacotes de informação deteriorando o sinal auditivo e visual. O cuidado com a iluminação do ambiente também é necessário a fim de evitar sombras que impeçam a visualização do rosto do falante.

Ball et al. (1998) relataram três casos onde a realização de consultas com uma idosa, por meio de videoconferência, foram dificultadas em função da presença de deficiência auditiva. Os autores mencionaram que os padrões utilizados para realizar videoconferência com outros indivíduos não foram aceitáveis para a comunicação com esta paciente. Grande parte do tempo disponível foi utilizado em tentativas de maximizar a comunicação via alteração dos ajustes do equipamento de videoconferência. O aumento da intensidade sonora necessário para propiciar audibilidade acarretou o aparecimento de microfonia, gerando frustração para os envolvidos na consulta. A comunicação melhorou quando o AASI foi utilizado pela paciente, no entanto, permaneceram dificuldades de compreensão, sendo necessário o uso de variadas estratégias de comunicação. Os autores concluíram ser necessário otimizar os ajustes do equipamento bem como do ambiente (por exemplo, iluminação, posicionamento da câmera, diminuição do ruído de fundo) previamente à condução da videoconferência com deficientes auditivos.

Outro ponto importante são os aspectos não verbais da comunicação como, por exemplo, o contato de olho. O contato de olho é primordial para o estabelecimento de uma boa comunicação profissional/paciente. A falta de contato de olho transmite ao paciente a impressão de que o profissional não está “engajado” na conversação ou não está atento ao que é dito (RUUSUVUORI, 2001). Enquanto na consulta face a face o contato de olho pode acontecer facilmente e com naturalidade, na videoconferência isto se torna mais difícil devido à impossibilidade de direção do olhar simultaneamente para a câmera e para a tela que transmite a imagem.

Além do contato de olho, outros aspectos não verbais como o toque e expressão corporal, que transmitem importantes informações do comportamento afetivo e de acolhida, são impedidas ou dificultadas quando se utiliza a videoconferência. Isto pode ocasionar no paciente uma sensação de consulta “robótica”, “artificial” e/ou falta de confiança.

Particularmente na área de audiologia, até o presente momento não foram encontrados estudos que tenham avaliado a comunicação profissional/paciente via teleconsulta. Dado que a acolhida ao paciente é um dos

fatores que propiciam melhor compreensão da deficiência auditiva, assim como a adesão ao tratamento com o uso de aparelhos de amplificação sonora individuais (SCHEFFER et al., 2009), é de particular importância avaliar o impacto da teleconsulta neste processo.

Existem incertezas a respeito de como os pacientes e profissionais devem se comportar durante as teleconsultas, o que leva a um certo grau de resistência, ansiedade e conflito na medida em que os indivíduos tentam se familiarizar com esta técnica. Compreender os efeitos da teleconsulta na comunicação profissional/paciente também pode ser útil para superar resistências para o uso desta modalidade, propiciando seu maior uso onde seja apropriado (MILLER, 2011).

3 Proposição

3. PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve como objetivos:

- Avaliar a comunicação profissional/paciente durante o processo de programação e verificação do aparelho de amplificação sonora individual e aconselhamento informativo ao paciente.
- Avaliar a satisfação dos pacientes com o uso da teleconsulta no processo de seleção e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual.
- Avaliar se e como a teleconsulta afeta a comunicação profissional/paciente neste mesmo processo, quando comparada à consulta face a face.

4 Material e Métodos

4. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo prospectivo, randomizado e controlado, foi conduzido na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição, sob o protocolo de número 043/2011.

4.1. PARTICIPANTES

Foram convidados a participar voluntariamente do estudo, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), 40 indivíduos com idade superior a 18 anos, regularmente matriculados na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP, que obedecessem aos seguintes critérios:

- Possuir mais do que 18 anos de idade.
- Apresentar perda auditiva do tipo sensorineural, bilateral, simétrica, de grau até severo.
- Ser candidato ao uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), não tendo tido experiência prévia com este dispositivo.
- Não apresentar deficiências associadas, com exceção de deficiência visual passível de correção com lentes.

Os participantes foram divididos em dois grupos (experimental e controle) por meio de procedimento de randomização. As características dos grupos encontram-se descritas na Tabela 1:

- Grupo controle: formado por 20 indivíduos, sendo 12 homens e 8 mulheres, com idades variando entre 23 e 89 anos. De acordo com a análise dos prontuários foram selecionados os seguintes modelos de AASIs: Intuis Life (Siemens), Naída BTE (Phonak), ACS75D BTE (Belton), Targa (Rexton) e Micro Extra 100 (Phonak). Todos os AASI's eram digitais, programados pelo computador, apresentavam redutor de ruído e de feedback e possuíam respectivamente 4, 6, 6, 2 e 6 canais de compressão de área dinâmica ampla (WDRC).

- Grupo experimental: formado por 20 indivíduos, sendo 14 homens e 6 mulheres, com idades variando entre 25 e 84 anos. De acordo com a análise dos prontuários, foram selecionados os seguintes modelos de AASIs: EL 70 (Resound), Naída BTE (Phonak), Chili SP (Oticon), Targa Plus (Rexton), Extra 311(Phonak) e Una M/ITC/CIC (Phonak). Todos os AASI's eram digitais, programados pelo computador, e possuíam respectivamente 3, 6, 6, 2, 6 e 4 canais de compressão de área dinâmica ampla (WDRC), possuem redutor de ruído e de feedback.

Para o grupo controle, os procedimentos foram realizados face a face e para o grupo experimental os procedimentos foram feitos via teleconsulta síncrona.

Ressalta-se que, para a seleção do tipo e modelo do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), foram analisadas as características audiológicas, dados demográficos e necessidades comunicativas dos participantes as quais estavam registradas nos prontuários. Para todos os participantes, as informações de escolaridade e nível socioeconômico, de acordo com o Instrumental de Classificação Socioeconômica (GRACIANO; LEHFELD; NEVES FILHO, 1999) também foram extraídas dos prontuários.

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos, audiométricos e do aparelho de amplificação sonora individual, utilizado para os grupos controle e experimental (n=40).

Dados demográficos		Grupos		Total (n=40)
		Controle (n=20)	Experimental (n=20)	
Idade (anos)	x±dp	69,15±14,97	69,95±13,46	69,55±14,06
Sexo				
<i>Feminino</i>	n (%)	9 (45%)	6 (30%)	15 (37,5%)
<i>Masculino</i>	n (%)	11 (55%)	14 (70%)	25 (62,5%)
Nível Sócio Econômico				
<i>Baixa Inferior</i>	n (%)	1 (5%)		1 (2,5%)
<i>Baixa Superior</i>	n (%)	16 (80%)	16 (80%)	32 (80%)
<i>Média Inferior</i>	n (%)	3 (15%)	4 (20%)	7 (17,5%)
Escolaridade				
<i>Não alfabetizado</i>	n (%)	2 (10%)	1 (5%)	3 (7,5%)
<i>Fundamental</i>	n (%)	16 (80%)	15 (75%)	31 (77,5%)
<i>Médio</i>	n (%)	1 (5%)	4 (20%)	5 (12,5%)
<i>Superior</i>	n (%)	1 (5%)		1 (2,5%)
Média ISO da melhor orelha	x±dp	44,8±16,50	47,95±11,69	46,38±14,21
Tipo de AASI				
<i>Microcanal</i>	n (%)		1 (5%)	1 (2,5%)
<i>Intracanal</i>	n (%)		4 (20%)	4 (10%)
<i>Mini-retroauricular</i>	n (%)	17 (85%)	5 (25%)	22 (55%)
<i>Retroauricular</i>	n (%)	3 (15%)	10 (50%)	13 (32,5%)

Legenda: ISO=Média das frequências de 500, 1k, 2k e 4kHz

Não houve diferença estatisticamente significativa (teste t) entre os grupos no que se refere à idade ($p=0,86$), gênero ($p=0,33$) e média ISO dos limiares auditivos da melhor orelha ($p=0,49$).

Os gráficos 1 e 2 mostram a média dos limiares audiométricos de via área para os grupos controle e experimental, respectivamente.

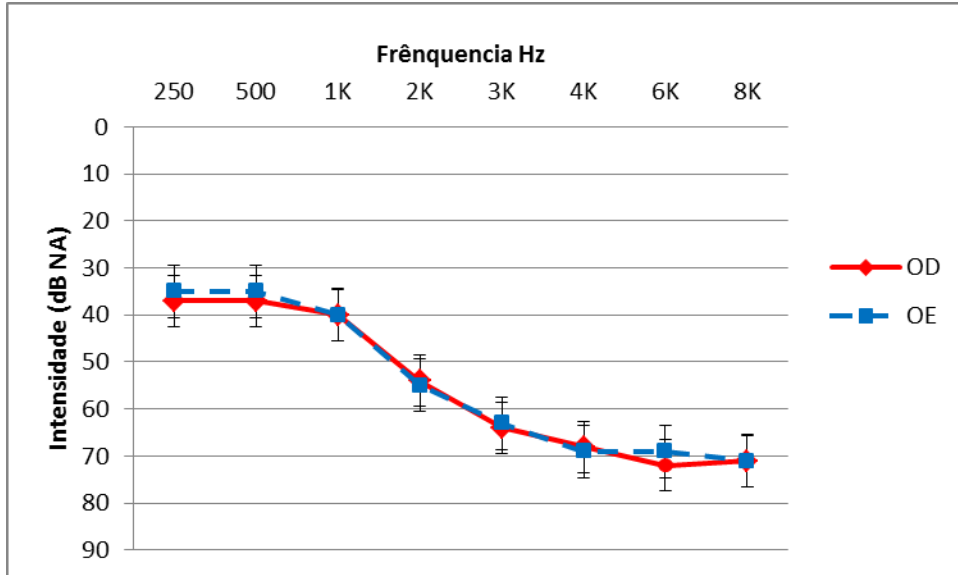


Gráfico 1 - Média e desvio padrão dos limiares audiométricos (via área) dos participantes do grupo controle (n=20).

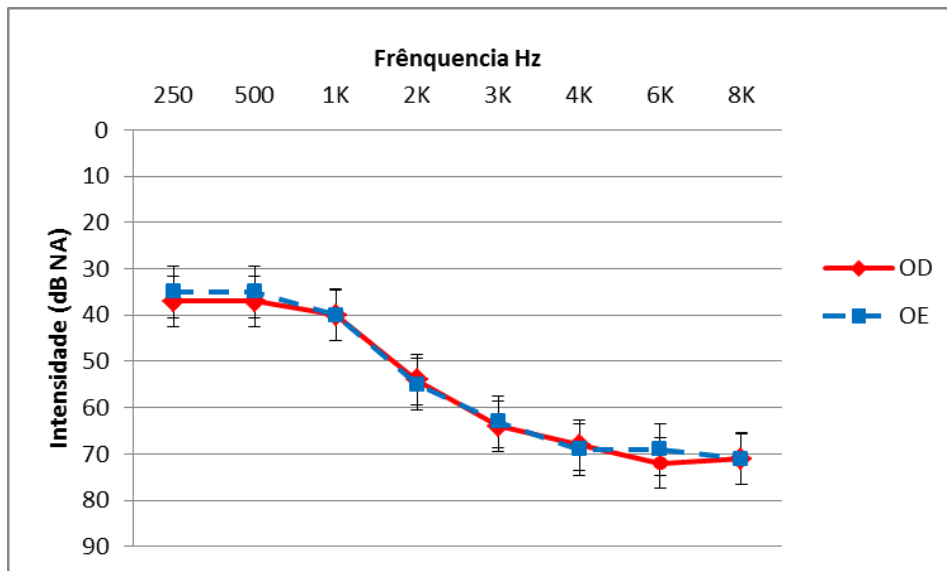


Gráfico 2 - Média e desvio padrão dos limiares audiométricos (via área) dos participantes do grupo experimental (n=20).

4.2. PROCEDIMENTOS

4.2.1. Programação e verificação do aparelho de amplificação sonora individual e aconselhamento ao participante

4.2.1.1. Grupo Controle

Para os participantes do grupo controle a programação e verificação do AASI foi realizada face a face, ou seja, o profissional e o paciente estavam no mesmo ambiente físico (sala de atendimento acusticamente tratada). Ao entrarem na sala de atendimento os participantes recebiam inicialmente as informações a respeito dos procedimentos que seriam realizados.

Para a programação dos aparelhos de amplificação sonora individuais foi utilizada a interface de programação Hi-Pro conectada a um computador de mesa com sistema operacional Windows XP. Neste computador estava instalada a plataforma NOAH v3.0 (HIMSA), plataforma que abriga diferentes softwares de programação do AASI. A conexão dos AASIs ao Hi-Pro foi realizada por meio de cabos de programação.

Os dados de identificação do participante (nome, data de nascimento e gênero) e os limiares audiométricos foram inseridos na plataforma NOAH. Em seguida, o software de programação correspondente à marca do AASI em questão foi aberto sendo executado o comando de detecção dos aparelhos conectados à interface Hi-Pro.

Foram inseridas as informações referentes às características acústicas dos moldes auriculares ou então especificadas o tipo de tubo e tamanho da oliva a ser utilizada, quando da utilização de AASIs com tubo fino (adaptação aberta).

Em todos os casos o método prescritivo não linear NAL-NL1 (BYRNE et al., 2001) foi utilizado para cálculo das características eletroacústicas do AASI, tendo como base os limiares tonais. O gerenciador de adaptação foi posicionado no nível máximo, de modo que fosse oferecida característica de amplificação mais próxima à prescrita pela regra NAL-NL1.

Após esse pré-ajuste os AASIs foram posicionados nas orelhas do participante e o profissional realizava questionamentos a respeito da *loudness* e qualidade da voz do profissional, sons ambientes e da própria voz do participante. O relato do participante determinou a necessidade de pequenos ajustes finos iniciais na programação, sobretudo, no que se refere ao efeito de oclusão. Ressalta-se que pelo fato da tela de programação do software exibir uma simulação ao invés dos reais níveis de pressão sonora produzidos pelo AASI na orelha do usuário, a determinação da equiparação das características eletroacústicas do AASI obtidas in

situ com os valores prescritos pela regra NAL-NL1 foi realizada por meio das medidas com microfona sonda (CAMPOS, 2011).

Para a verificação com medidas com microfona sonda, foi utilizado o equipamento *Affinity (Interacoustics)*, formado por uma unidade central, uma unidade microfônica (contendo o microfone de medição e microfone de referência), um alto-falante e um monitor de vídeo. A unidade central tem uma interface para que os dados de mensuração coletados possam ser transmitidos para um computador pessoal externo e uma impressora.

Primeiramente foi realizada a calibração do tubo sonda de acordo com as instruções contidas no manual do equipamento *Affinity*. Para tanto, a ponta do tubo sonda de silicone foi posicionada, aproximadamente, um milímetro de distância do microfone de referência. A unidade microfônica foi posicionada a uma distância de 50 centímetros do alto-falante do equipamento, sendo então ativada a função “calibração da sonda” presente no software do equipamento.

O participante foi posicionado sentado em uma cadeira de forma que sua cabeça ficasse a 50 centímetros de distância do alto-falante posicionado em 0° azimute, conforme especificado pelo fabricante do equipamento. Durante todo o teste o participante foi solicitado a permanecer em silêncio, sem movimentar a cabeça, com os braços ao longo do corpo e mãos apoiadas nas coxas.

Para inserção do tubo sonda na orelha dos participantes foi utilizado o método geométrico. O tubo sonda foi inserido de modo que sua ponta permanecesse de 3 a 5 mm além da abertura do molde auricular ou cápsula do AASI, evitando que as medidas sofressem os efeitos da turbulência que ocorrem na região da abertura do molde auricular (DILLON, 2001). Além disto, tomou-se o cuidado para que a ponta do tubo sonda também estivesse a 6 mm de distância da membrana timpânica, para evitar a presença de ondas estacionárias e assegurar que os componentes de altas frequências fossem medidos de forma precisa (DIRKS e KINCAID, 1987). O tubo sonda permaneceu na mesma posição durante todo o procedimento.

As seguintes mensurações (ANSI S3.46-1997) foram então realizadas:

- *Resposta de ressonância da orelha externa (REUR)*: definida como a resposta em dB nível de pressão sonora (NPS), em função da frequência, obtida em um ponto específico do conduto auditivo externo, frente a um estímulo sonoro apresentado em campo livre, sem a utilização do AASI.

Para a realização da REUR foi utilizado o estímulo do tipo *ICRA 2pb1f1mn* com nível de apresentação igual a 65 dB NPS. O ruído ICRA fornece um conjunto bem determinado de voz com ruídos com espectros moldados de acordo com o gênero e esforço vocal, e com diferentes quantidades de modulação, simulando um discurso de um ou mais falantes. Eles também podem servir como sinais de teste para a avaliação dos aparelhos auditivos digitais com redução de ruído. No caso do estímulo ICRA *2pb1f1mn* são dois ruídos, simulando gêneros diferentes falando em esforço vocal normal (DRESCHLER et al., 2001).

- *Resposta de ressonância com uso da amplificação (REAR)*: definida como sendo a resposta em dB NPS, em função da frequência, obtida em um ponto específico do conduto auditivo externo, frente a um estímulo sonoro apresentado em campo livre, com o AASI em funcionamento e o molde auricular inserido na orelha. Para a realização da REAR foi utilizado o estímulo do tipo *ICRA 2pb1f1mn* com níveis de apresentação iguais a 50, 65 e 80 dB NPS.
- *Ganho de inserção (REIG)*: diferença em decibel, em função da frequência, entre a REAR e a REUR obtida em um mesmo ponto do conduto auditivo externo e nas mesmas condições de campo livre. Para a realização do REIG foi utilizado o estímulo do tipo *ICRA 2pb1f1mn* com níveis de apresentação iguais a 50, 65 e 80 dB NPS.

Os valores do REIG foram comparados aos *targets* prescritos pela regra NAL-NL1, também exibidos na tela, a fim de verificar a equiparação entre estes. Foi considerado como equiparação quando os valores do REIG estavam próximos aos valores prescritos, considerando uma variação de ± 10 dB (DILLON, 2001). Quando a equiparação não era obtida, os AASI's eram ajustados manualmente de forma a atingir os valores determinados pela regra NAL-NL1. Caso o participante apresentasse queixas com relação à *loudness* do som amplificado após estes ajustes, a fonoaudióloga o orientava a respeito das necessidades de amplificação e período de aclimatização. Se a queixa persistisse, era realizada redução da amplificação, porém o participante era orientado em relação à meta de amplificação a ser alcançada.

Após o processo de programação e verificação foi realizado o aconselhamento informativo ao participante, a fim de instruí-lo quanto ao uso,

cuidados e manuseio do AASI. Foram abordados os seguintes tópicos: higienização e cuidados com os AASIs e/ou moldes auriculares; inserção e remoção da pilha; função do lacre da pilha; inserção e remoção do AASI e/ou molde auricular, manipulação de chaves comutadoras e/ou botão de memória. O conteúdo abordado foi baseado no quadro 2.

TÓPICO	CONTEÚDO
Aparelho de Amplificação Sonora Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Uso e cuidado com os AASIs • Limpeza • Como ligar e desligar • Como guardar os AASIs • Como diferenciar o aparelho de cada orelha – direita e esquerda • Uso do controle de volume e botões de memória (quando disponíveis) • Inserção e remoção
Molde Auricular	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza • Inserção e remoção • Como diferenciar o molde de cada orelha – direita e esquerda • Como conectar o tubo do molde ao gancho do AASI
Pilha	<ul style="list-style-type: none"> • Localização do compartimento de pilha • Tempo de vida útil • Como saber quando a pilha está acabando • Como realizar a troca das pilhas • Tamanho da pilha
Outras informações	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação a respeito das expectativas quanto ao uso dos AASIs • Estratégias de comunicação • Recomendações para as consultas de acompanhamento

Quadro 2 - Conteúdo sugerido para novos usuários de AASI. Fonte: Lori (1999).

Para a realização das atividades de orientação foi feita a transformação do discurso técnico em discurso comum, sendo utilizados apoios visuais como, por exemplo, figuras e gráficos específicos para facilitar a compreensão da mensagem.

Os atendimentos foram filmados com filmadora digital de alta resolução da marca Sony de modelo DCR-SR45, apoiada em um tripé de mesa, colocada ao lado do computador utilizado para a programação e verificação do AASI, a uma distância de 60 centímetros do avaliador e paciente. A captura da imagem incluiu a cabeça e ombros dos participantes e do avaliador, durante todo o atendimento. A partir da análise da filmagem foi também determinada a duração da consulta.

4.2.1.2. Grupo Experimental

Para o grupo experimental os procedimentos foram realizados via teleconsulta síncrona com controle remoto de aplicativos. Desta forma, um facilitador (fonoaudiólogo sem experiência no processo de seleção e adaptação de AASI) estava presente para encaminhar os participantes para a sala de atendimento, doravante denominada “ambiente de teste”, e posicioná-los em frente ao computador. O facilitador também informava os participantes quanto aos procedimentos e tipo de consulta a ser realizada. É importante salientar que houve um treinamento com o facilitador com relação ao uso dos softwares utilizados (Skype e TeamViewer) para a teleconsulta. Também foram realizadas sessões de teste entre o avaliador e facilitador, previamente à coleta de dados, a fim de verificar a qualidade das conexões bem como para resolver as dúvidas do facilitador quanto ao uso dos softwares e seu papel nas teleconsultas.

O mesmo computador de mesa utilizado anteriormente, acoplado à interface Hi-Pro e ao equipamento *Affinity*, foi conectado à internet (*local área network* – LAN USP com 10 Mbps), a uma webcam Logitech QuickCam Orbit e a caixas de som Trend SPK 745.

O avaliador foi posicionado no “ambiente remoto”, situado em uma sala no mesmo edifício, porém distante 20 metros do ambiente de teste. Este avaliador utilizou um notebook (Intel core i5, 4Gb de memória, Windows 7), com fone de ouvido e microfone tipo headset (Loop Way Connect 3000), conectado à webcam do próprio notebook e à LAN USP.

O aplicativo Skype 5.0 (Microsoft) foi instalado tanto no computador de mesa como no notebook para transmissão de áudio e vídeo entre os dois ambientes. O Skype permite realizar chamadas de áudio e vídeo em alta definição entre computadores, sendo necessário somente que ambos os computadores (com processador *dual core* ou superior) possuam a versão mais recente do Skype, no caso 5.0, e uma conexão rápida à Internet (mínimo de 512 kbps). O Skype utiliza um sistema de criptografia a fim de proteger as informações de áudio e/ou vídeo compartilhadas em uma determinada chamada. O facilitador e o profissional criaram seus perfis pessoais e identificação no software. A partir do conhecimento desta identificação foi iniciada a chamada de vídeo, permitindo então que o profissional se

comunicasse com o participante e fornecesse instruções ao facilitador, em tempo real.

O software TeamViewer 8 também foi instalado nos computadores dos ambientes remoto e de teste. Este software permite o controle remoto de computadores via internet. Deve ser ressaltado que o TeamViewer utiliza criptografia completa de modo a garantir a segurança dos dados transmitidos entre os computadores local e remoto. Os dados são codificados de forma que nenhum roteador ou servidor entre estes computadores seja capaz de ler ou analisar o fluxo de dados.

Quando o TeamViewer é iniciado em um computador, ele gera uma identificação (Partner ID) e senha. A fim de se conectar com o computador no ambiente de teste o profissional no ambiente remoto solicitava esta identificação e senha e, em seguida, as inseria no TeamViewer instalado no notebook iniciando então a sessão de controle remoto.

O uso do TeamViewer e Skype permitiu que o avaliador tivesse, ao mesmo tempo, o controle e visualização das telas dos softwares de programação dos AASIs e do equipamento Affinity, assim como a comunicação de áudio e vídeo com o paciente e facilitador.

Deste modo, o avaliador pode realizar, via teleconsulta síncrona, os procedimentos de programação do AASI, realização das medidas com microfone sonda e fornecimento de orientações/instruções quanto ao uso e cuidados com o dispositivos, seguindo os mesmos procedimentos já descritos para o grupo controle.

Durante a teleconsulta os seguintes procedimentos foram realizados pelo facilitador, sob orientação do avaliador: conexão dos AASIs aos cabos de programação e à interface HI-Pro, inserção e remoção do molde AASI e/ou molde auricular na orelha do participante, posicionamento do tubo sonda para a calibração, posicionamento do participante para realização das medidas com microfone sonda e inserção e remoção do tubo sonda na orelha do participante (CAMPOS, 2011).

Nos demais procedimentos (programação e verificação do AASI e aconselhamento) o facilitador teve papel de observador e a comunicação foi realizada preferencialmente entre o avaliador e o participante. O auxílio do facilitador pôde também ser solicitado quando houve problemas na conexão de áudio e vídeo durante a teleconsulta.

As figuras 2 a 5 exemplificam alguns procedimentos realizados via teleconsulta, mostrando a visão do avaliador.

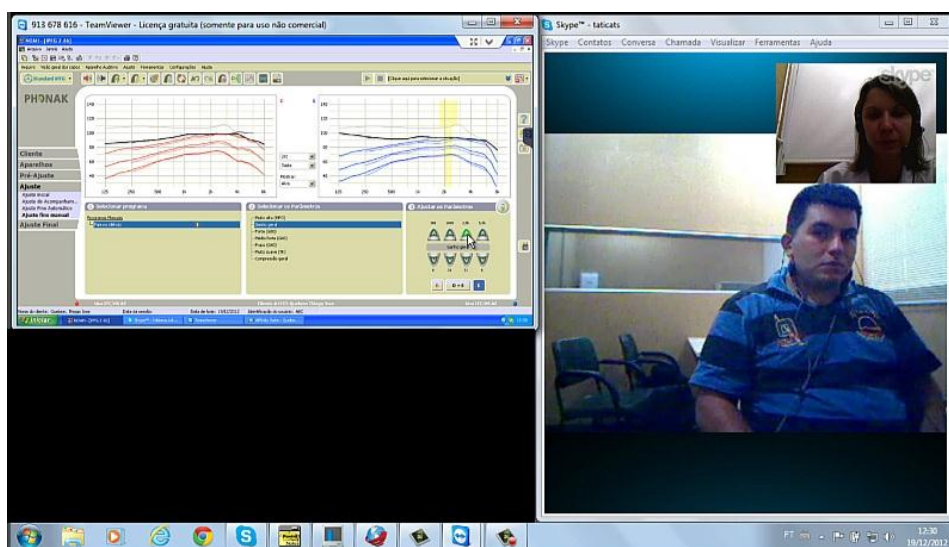


Figura 2 - Avaliador (janela menor) realizando a programação do AASI na orelha do paciente. A tela do software de programação do AASI é visualizada à esquerda.

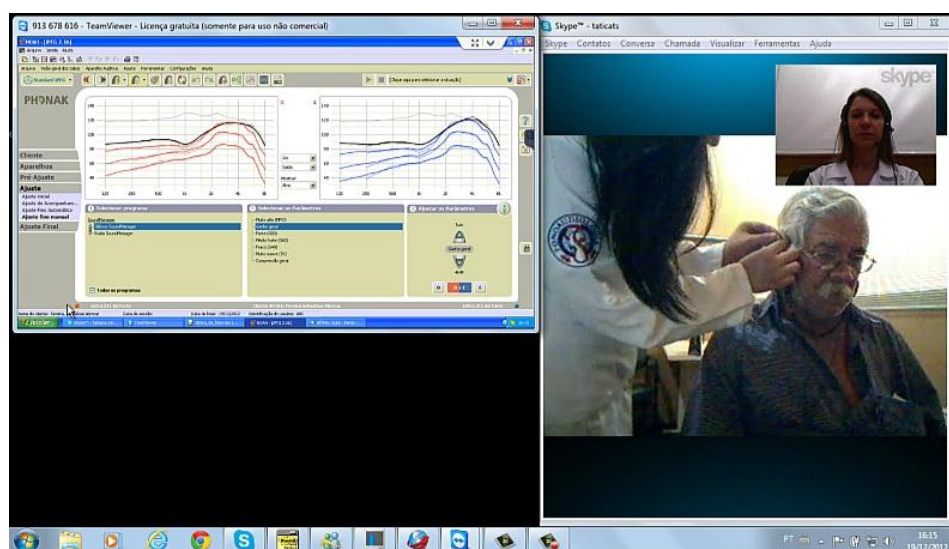


Figura 3 - Avaliador (janela menor) orientando o facilitador a inserir o tubo sonda na orelha do participante. A tela do software de programação do AASI é visualizada à esquerda.

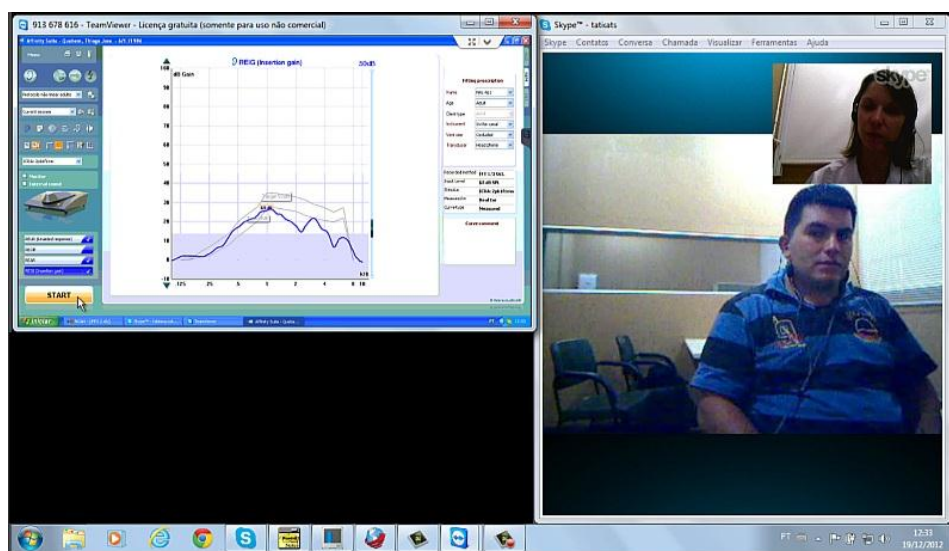


Figura 4 - Avaliador (janela menor) realizando a verificação do AASI na orelha do paciente. A tela do equipamento de medidas com microfone sonda é visualizada à esquerda.

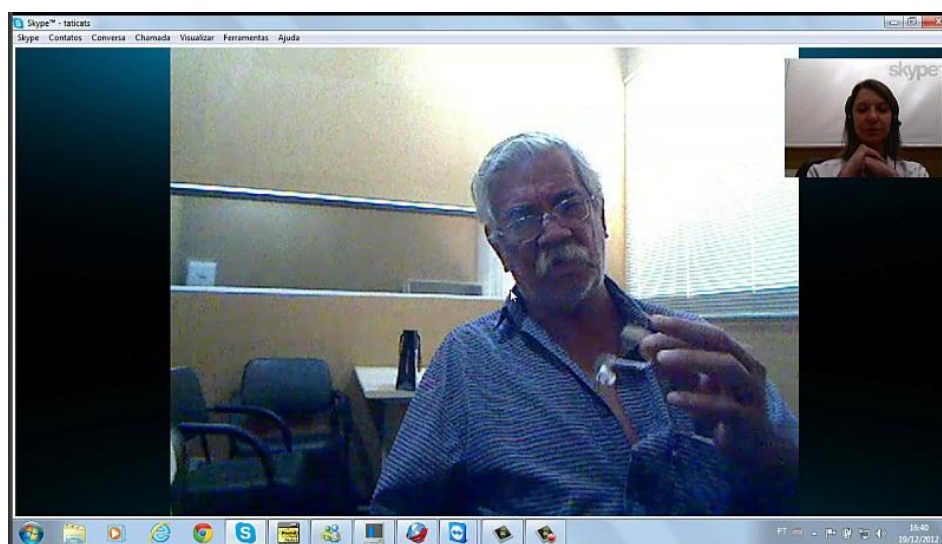


Figura 5 - Avaliador (janela menor) realizando a sessão de aconselhamento informativo ao participante.

As teleconsultas também foram gravadas por meio do software Camtasia Studio 8.0 (TechSmith Corporation), instalado no notebook do avaliador, permitindo a captura da tela e áudio do computador. A partir da análise desta gravação foi determinada a duração da teleconsulta.

É importante destacar que o ambiente de teste foi a mesma sala utilizada para as consultas face a face, sendo esta acusticamente tratada e com iluminação adequada para a realização de videoconferências.

4.2.2. Avaliação da Experiência do Paciente

Para ambos os grupos, após o procedimento de programação e verificação do AASI, o participante foi solicitado a responder o “Questionário de Experiência do Paciente” (*Patient Experience Questionnaire* – PEQ) elaborado por Steine et al. (2001) e traduzido para o português brasileiro (Anexo 2).

O PEQ foi escolhido pelo fato de ter sido desenvolvido sob a premissa do modelo centrado no paciente, enfatizando o compartilhamento de experiências de modo a captar respostas mais imediatas, pessoais e afetivas do paciente. Este questionário foi desenvolvido em três fases, resultando em um instrumento com 18 itens, divididos em cinco dimensões. Tais dimensões apresentam boa consistência interna (alfa de Cronbach variando de 0,77 a 0,90):

- *Resultado da consulta*: composto por quatro itens (1 a 4) que relacionavam-se à experiência do paciente durante a consulta, resolução de suas dúvidas e se a consulta iria ajudá-lo a lidar com o seu problema de saúde (neste caso, a deficiência auditiva).
- *Experiência de comunicação*: composto por quatro itens (5 a 8) que se referiam à comunicação profissional/paciente, se essa comunicação foi fácil e se o paciente se sentiu compreendido.
- *Barreiras da comunicação*: composto por quatro itens (9 a 12) relacionados aos problemas de comunicação durante a consulta.
- *Experiência com o facilitador*: composto por dois itens (13 e 14) que se relacionavam ao sentimento do paciente por haver uma terceira pessoa na consulta.
- *Emoções após a consulta*: composta por quatro escalas relacionadas às emoções e sentimentos no paciente ao final da consulta.

Com exceção da dimensão “emoções após a consulta” as respostas dos participantes foram dadas em um escala Likert de cinco pontos que variavam de “muito mais” a “nem um pouco” (dimensão “resultados da consulta”) ou de “concordo

plenamente” a “discordo plenamente” (dimensões “experiência de comunicação”, “barreiras de comunicação” e “experiência com o facilitador”). Para cada alternativa de resposta foi atribuído um valor de um a cinco, sendo as experiências mais positivas associadas a um maior valor.

A dimensão “emoções após a consulta” foi apresentada em um formato de escala numérica de um a sete, sendo que valores mais próximos de um representavam sentimentos negativos e valores próximos de sete representavam sentimentos positivos.

A pontuação total do PEQ foi obtida com a soma das respostas em cada dimensão. Quanto maior a pontuação, melhor o resultado da interação paciente-profissional. A dimensão “experiência com o facilitador” foi aplicada somente para o grupo experimental, deste modo a pontuação desta dimensão foi calculada separadamente da pontuação total do PEQ.

O questionário foi aplicado no formato papel e caneta, sendo solicitado ao participante que o respondesse sozinho, sem a necessidade de inserção de seu nome, e solicitar auxílio do profissional somente em caso de dúvida. Os indivíduos não alfabetizados foram solicitados a responder o questionário com ajuda do acompanhante, caso presente. Quando isto não foi possível o avaliador (grupo controle) ou facilitador (grupo experimental) realizava a leitura das perguntas para o participante.

4.2.3. Avaliação da Comunicação profissional/paciente

As gravações das consultas foram analisadas a fim de avaliar a comunicação profissional/paciente. Para tal, foi utilizado o “Código de Observação de Davis” (*Davis Observation Code* - DOC) proposto por Callahan e Bertakis (1991). O DOC é uma escala para observação das interações médico-paciente.

Seis grupos de comportamentos de prática do profissional foram identificados para caracterizar o estilo de prática do médico, baseando-se em uma avaliação de relações clínicas e estatísticas entre 20 códigos do DOC. Estes grupos de comportamento são: técnico, comportamento em saúde, vícios, paciente ativo, prevenção e aconselhamento. Cada grupo é composto por pelo menos um código DOC.

Os códigos e comportamentos utilizados para as avaliações no presente estudo encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Adaptação dos Códigos de Observação de Davis utilizados neste estudo.

Grupo	Abreviação	Códigos	Definição
Grupo técnico	EC	Estrutura da consulta	Discutir o que será realizado nas consultas
	AN	Anamnese	Profissional e paciente discutindo sobre a queixa atual
	IF	Informação familiar	Discussão sobre história médica e/ou funcionamento familiar
	EF	Exame físico	Avaliação física do paciente
	FB	Feedback	Profissional explicando ao paciente sobre resultados de exames
	PT	Planejamento do tratamento	Profissional prescrevendo o tratamento que será realizado.
	ET	Efeitos do tratamento	Profissional perguntando ou paciente informando sobre resultados do tratamento
Comportamento em saúde	PC	Procedimento	Qualquer procedimento de diagnóstico ou tratamento realizado em consultório.
	OB	Observância	Discussão de comportamento previamente solicitado (observância ao tratamento)
	ES	Educação para a saúde	Profissional apresentando informações a respeito da saúde do paciente
	PS	Promoção de saúde	Profissional solicita mudança de comportamento para aumentar ou promover a saúde
	NU	Nutrição	Qualquer pergunta sobre a dieta do paciente
Paciente Ativo	EX	Exercícios	Qualquer pergunta sobre exercícios físicos
	CS	Conhecimento em saúde	Profissional pergunta ou paciente espontaneamente diz o que sabe sobre a saúde
	PG	Perguntas	Pacientes questionando
Prevenção	CV	Conversas	Qualquer conversa que não tenha relação com a consulta
	SP	Serviço preventivo	Profissional discutindo, planejando ou executando qualquer tarefa de triagem para prevenção de doenças.
Aconselhamento	AC	Aconselhamento	Profissional debatendo as relações interpessoais ou estado emocional atual do paciente ou sua família
	AI	Aconselhamento informativo	Profissional oferecendo informações e treinando o paciente quanto ao uso de um dispositivo (ex: AASI).

Foram realizadas algumas adaptações para os objetivos desta pesquisa. O grupo “vícios”, que engloba o uso de substâncias e comportamento de fumar, foi excluído por não se enquadrarem aos aspectos abordados em uma consulta fonoaudiológica para seleção e adaptação do AASI. Por outro lado, o código AI (“Aconselhamento Informativo”) foi incluído para denotar a realização do processo.

Originalmente a utilização do DOC é feita a partir da análise e codificação dos comportamentos observados em cada 15 segundos de gravação de uma dada consulta. No presente estudo, um intervalo de 30 segundos de gravação foi empregado. Para cada intervalo foram assinalados, em uma tabela específica (Anexo 3), utilizada no formato de arquivo de texto, quais comportamentos (códigos) foram observados. Mais do que um código poderia ser assinalado neste mesmo intervalo de tempo.

A quantidade de cada código assinalado em uma consulta foi computada. A quantidade de códigos totais de uma consulta também foi registrada. A frequência de um determinado código foi dada pela divisão do número deste código pelo número total de códigos na consulta (NUOVO, BERTAKIS E AZARI, 2006).

Por exemplo, se em uma dada consulta foram assinalados 11 códigos EC (estrutura da consulta) e registrados 236 códigos no total, a frequência do código EC foi calculada como sendo $11/236 = 0,046$ (4,6%).

Também foi realizada a somatória de todos os códigos referentes a um grupo a fim de determinar a frequência daquele determinado grupo. Por exemplo, para calcular a frequência do grupo “Paciente Ativo” foi realizada a somatória das frequências dos códigos CS (conhecimento em saúde), PG (perguntas) e CV (conversas).

4.2.4. Análise estatística

O teste t de Student foi utilizado para comparar o tempo médio decorrido entre a consulta face a face e a teleconsulta.

A comparação da pontuação do questionário PEQ entre grupo experimental e grupo controle foi realizada por meio do teste de Mann Whitney.

A comparação da frequência dos códigos e grupos de comportamento observados nas consultas face a face e teleconsulta foram realizadas pelo teste t de Student.

Em todos os casos um alfa de 5% foi adotado.

5 Resultados

5. RESULTADOS

5.1. Tempo despendido para programação e verificação do AASI e aconselhamento informativo

Para o grupo controle a duração das consultas variou de 21,26 a 37,46 minutos. Para o grupo experimental esta duração variou de 18,50 a 39 minutos. A média da duração total e dos procedimentos de programação/verificação do AASI e aconselhamento informativo nas consultas face a face e teleconsultas encontram-se na tabela 3.

Tabela 3 - Comparação da duração total e dos procedimentos de programação e verificação do AASI e do aconselhamento informativo entre os grupos (n=40).

Procedimentos	Tempo (minutos)				Teste t valor p
	Controle (n=20)		Experimental (n=20)		
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	
Programação e verificação	11,04	2,29	16,91	3,62	0,00*
Aconselhamento informativo	15,02	5,14	13,39	3,25	0,24
Duração total	26,07	4,45	30,30	5,18	0,02*

*p<0,05: diferença estatística significativa

5.2. - Experiência do participante com as consultas

A tabela 4 mostra a média dos resultados obtidos nas dimensões do “Questionário de Experiência do Paciente” para os grupos controle e experimental, bem como a significância entre elas, de acordo com o teste de Mann-Whitney.

A pontuação máxima possível para as dimensões “Resultados da Consulta”, “Experiência de Comunicação”, “Barreiras de Comunicação” eram iguais a 20. Para a dimensão “Emoções após a consulta” a pontuação máxima possível era igual a 28. Neste estudo, a pontuação máxima total possível de ser obtida foi igual a 88, pelo fato de não incluir a dimensão “Experiência com o Facilitador”.

Tabela 4 - Comparação dos valores obtidos nas dimensões do Questionário de Experiência do Paciente entre os grupos controle e experimental (n=40).

Dimensões do PEQ	Controle (n=20)		Experimental (n=20)		Mann-Whitney valor p
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	
Resultado da Consulta	17,6	2,5	17,6	2,7	0,93
Experiência de comunicação	19,10	1,62	19,60	1,62	0,48
Barreiras de comunicação	17,70	3,01	18,50	2,24	0,60
Emoções após consulta	26,65	2,35	27,80	0,89	0,01*
Total	81,05	5,48	83,50	3,80	0,18

*p<0,05: diferença estatística significativa

A dimensão “Experiência com o Facilitador” (questões 13 e 14) foi analisada separadamente, pois foi aplicada somente para o grupo experimental. Nesta dimensão, a pontuação dos participantes variou de seis a 10 (média=8,20; DP=1,85), sendo que a pontuação máxima possível de ser obtida era igual a 10 pontos.

Até o presente momento não foram encontradas publicações com os dados normativos do PEQ, sendo assim, não existe um nível de corte a partir do qual se considera que o indivíduo teve uma experiência negativa. Desta forma, para os propósitos deste estudo, utilizou-se o ponto médio de cada item para determinar um resultado considerado satisfatório. Escores abaixo do ponto médio indicam experiências mais negativas.

Para os itens das subescalas “Resultado da Consulta”, “Experiência da Comunicação”, “Barreiras da Comunicação” e “Experiência com o Facilitador” foram consideradas como negativas as pontuações abaixo de três. Para a subescala “Emoções após a consulta” considerou-se como negativas pontuações menores que 3,5.

A tabela 5 mostra a frequência de pontuações encontradas abaixo dos pontos médios, em cada subescala.

Tabela 5 - Frequência de pontuação abaixo dos pontos médios do questionário PEQ (n=40).

Dimensões do PEQ	Controle (n=20)		Experimental (n=20)	
	n	%	n	%
Resultado da Consulta	9	11,25	8	10
Experiência de comunicação	1	1,25	0	0
Barreiras de comunicação	5	6,25	4	5
Emoções após consulta	2	2,5	1	1,25
Experiência com o facilitador	-	-	7	17,5

5.3. Comunicação profissional/paciente

Primeiramente cabe ressaltar que para os propósitos desta pesquisa o facilitador das teleconsultas foi orientado a intervir minimamente durante o atendimento, desta forma, a comunicação ocorreu predominantemente entre o participante e a profissional. Por esta razão, para o grupo experimental, somente estas interações foram codificadas.

Os gráficos 3 e 4 mostram a frequência médias dos grupos de comportamento (categorias) do “Código de Observação de Davis” (DOC) encontrados nas consultas realizadas para os grupos controle e experimental, respectivamente.

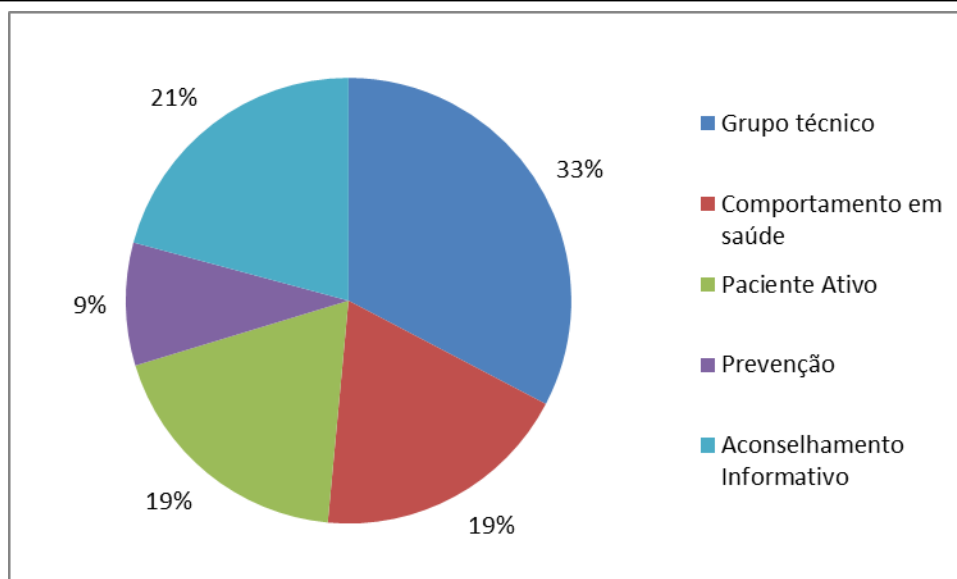


Gráfico 3 - Frequência dos grupos de comportamento observados nas consultas face a face - grupo controle (n=20).

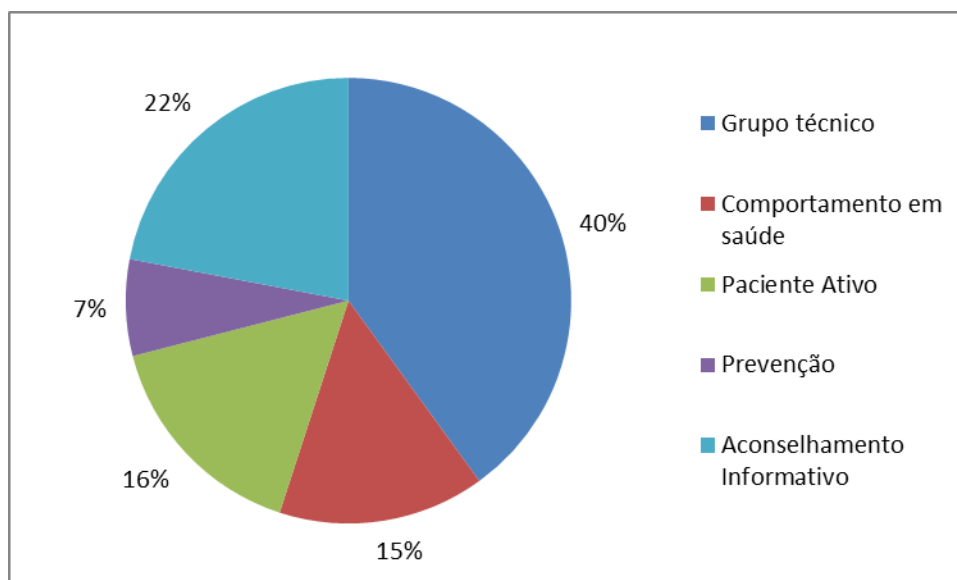


Gráfico 4 - Frequência dos grupos de comportamento observados nas teleconsultas - grupo experimental (n=20).

A tabela 6 mostra a comparação das médias dos grupos de comportamento observadas para os grupos controle e experimental.

Tabela 6 - Comparação entre os grupos de comportamento do Código de Observação de Davis, para os grupos controle e experimental (n=40).

Categorias	Controle (n=20)		Experimental (n=20)		Teste t valor p
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	
Grupo Técnico	0,33	0,14	0,40	0,07	0,04*
Comportamento em saúde	0,19	0,05	0,15	0,05	0,02*
Paciente ativo	0,19	0,08	0,16	0,08	0,27
Prevenção	0,09	0,06	0,07	0,04	0,30
Aconselhamento	0,21	0,04	0,22	0,04	0,54

*p<0,05: diferença estatística significativa

As tabelas 7 e 8 mostram a frequência dos códigos de comportamento (DOC) observados nas consultas dos grupos controle e experimental, respectivamente.

A tabela 9 mostra a comparação entre os grupos quanto à frequência dos códigos de comportamento (DOC) observados.

Tabela 7 - Frequência dos comportamentos observados para o grupo controle (n=20).

Categorias	Códigos	Porcentagem %
Grupo técnico	Estrutura da consulta (EC) <i>Discutir o que será realizado nas consultas</i>	4
	Anamnese (AN) <i>Profissional e paciente discutindo sobre a queixa</i>	0
	Informações de família (IF) <i>Discussão sobre história médica e/ou funcionamento familiar</i>	0
	Exame físico (EF) <i>Exames físicos</i>	0
	Feedback (FB) <i>Explicações de resultados de exames e qual será o tratamento</i>	7
	Planejamento do tratamento (PT) <i>Profissional prescrevendo o tratamento que será realizado.</i>	5
	Efeitos do tratamento (ET) <i>Profissional perguntando sobre resultados do tratamento</i>	2
Comportamento em saúde	Procedimento (PC) <i>Procedimento de diagnóstico ou tratamento realizado em consultório.</i>	15
	Observância (OB) <i>Discussão de comportamento previamente solicitado</i>	19
	Educação para a saúde (ES) <i>Apresentando informações a respeito da saúde do paciente</i>	0
Paciente ativo	Promoção de saúde (PS) <i>Mudança de comportamento para promover a saúde</i>	0
	Conhecimento em saúde (CS) <i>Paciente espontaneamente dizendo o que sabe sobre a saúde</i>	7
	Perguntas (PG) <i>Pacientes questionando</i>	12
Prevenção	Conversas (CV) <i>Qualquer conversa que não tenha relação com a consulta atual</i>	0
	Serviço preventivo (SP) <i>Discussão, planejamento, triagem para prevenção de doenças.</i>	9
Aconselha mento	Aconselhamento (AC) <i>Conversa sobre as relações interpessoais ou estado emocional atual do paciente ou sua família</i>	0
	Aconselhamento (AI) <i>Profissional oferecendo informações e treinando o paciente quanto ao uso de um dispositivo (ex: AASI).</i>	21
Total		100

Tabela 8 - Frequência dos comportamentos observados para o grupo experimental (n=20).

Categorias	Códigos	Porcentagem %
Grupo técnico	Estrutura da consulta (EC) <i>Discutir o que será realizado nas consultas</i>	6
	Anamnese (AN) <i>Profissional e paciente discutindo sobre a queixa</i>	0
	Informações de família (IF) <i>Discussão sobre história médica e/ou funcionamento familiar</i>	0
	Exame físico (EF) <i>Exames físicos</i>	0
	Feedback (FB) <i>Explicações de resultados de exames e qual será o tratamento</i>	7
	Planejamento do tratamento (PT) <i>Profissional prescrevendo o tratamento que será realizado.</i>	5
	Efeitos do tratamento (ET) <i>Profissional perguntando sobre resultados do tratamento</i>	1
Comportamento em saúde	Procedimento (PC) <i>Procedimento de diagnóstico ou tratamento realizado em consultório.</i>	21
	Observância (OB) <i>Discussão de comportamento previamente solicitado</i>	15
	Educação para a saúde (ES) <i>Apresentando informações a respeito da saúde do paciente</i>	0
Paciente ativo	Promoção de saúde (PS) <i>Mudança de comportamento para promover a saúde</i>	0
	Conhecimento em saúde (CS) <i>Paciente espontaneamente dizendo o que sabe sobre a saúde</i>	2
	Perguntas (PG) <i>Pacientes questionando</i>	14
Prevenção	Conversas (CV) <i>Qualquer conversa que não tenha relação com a consulta atual</i>	0
	Serviço preventivo (SP) <i>Discussão, planejamento, triagem para prevenção de doenças.</i>	7
Aconselhamento	Aconselhamento (AC) <i>Conversa sobre as relações interpessoais ou estado emocional atual do paciente ou sua família</i>	0
	Aconselhamento (AI) <i>Profissional oferecendo informações e treinando o paciente quanto ao uso de um dispositivo (ex: AASI).</i>	22
Total		100

Tabela 9 - Comparação da frequência dos comportamentos DOC observados para os grupos experimental e controle (n=40).

Grupo	Código de Observação de Davis	Controle (n=20)		Experimental (n=20)		Teste t valor p
		\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	
Técnico	Estrutura da Consulta (EC)	0,04	0,02	0,06	0,02	0,00*
	Feedback (FB)	0,08	0,04	0,07	0,03	0,67
	Planejamento do tratamento (PT)	0,04	0,04	0,05	0,05	0,46
	Efeitos do tratamento (ET)	0,02	0,02	0,01	0,02	0,19
	Procedimento (PC)	0,15	0,06	0,21	0,06	0,00*
Comportamento Saúde	Observância (OB)	0,19	0,05	0,15	0,05	0,03*
Paciente ativo	Conhecimento em saúde (CS)	0,07	0,04	0,02	0,04	0,00*
	Perguntas (PG)	0,12	0,06	0,14	0,07	0,37
Prevenção	Serviço preventivo (SP)	0,09	0,06	0,07	0,04	0,30
Aconselhamento	Aconselhamento Informativo (AI)	0,21	0,04	0,22	0,04	0,54

*p<0,05: diferença estatística significante

6 Discussão

6. DISCUSSÃO

6.1. Tempo despendido para programação e verificação do AASI e aconselhamento informativo.

O tempo de uma consulta é dependente de vários fatores, podendo ser citados o próprio profissional de saúde, os pacientes, os motivos da consulta, a relação profissional/paciente, questões organizacionais e o contexto do país e do sistema de saúde onde a consulta é praticada (SELIC et al., 2011). Neste estudo, outra variável foi introduzida com o uso da tecnologia de informação e comunicação. Em média, o tempo despendido para os procedimentos de programação e verificação do AASI via teleconsulta foram 5,87 minutos maior do que os das consultas face a face, sendo esta diferença significativa (Tabela 3).

Resultados similares aos do presente estudo foram observados na literatura. Bernardez-Braga (2008) relatou durações médias de cinco a oito minutos para realização das medidas com microfone sonda via teleconsulta. Campos (2011) encontrou tempos significativamente maiores para os procedimentos de programação (3,5 minutos) e verificação do AASI (2,1 minutos) realizados via teleconsulta, quando comparados à consulta face a face. Zumpano et al., (2009) também observaram em um estudo de caso que a duração da programação do implante coclear via teleconsulta (120 minutos) foi maior do que na consulta presencial (40 minutos). Nestes estudos tais achados foram relacionados à necessidade de instruir o facilitador, em tempo real, sobre os procedimentos a serem realizados.

No presente estudo, a instrução ao facilitador foi o fator que mais contribuiu para o aumento do tempo despendido na teleconsulta, particularmente no tocante à realização das medidas com microfone sonda que exige, por exemplo, o domínio de técnicas específicas para inserção do tubo sonda no conduto auditivo do indivíduo avaliado e para evitar a obstrução e movimentação de tal tubo durante o procedimento. Uma alternativa para esta questão é realizar o treinamento prévio do facilitador (ZUMPANO et al., 2009; CAMPOS, 2011).

É de importância contar com profissionais de saúde, paraprofissionais ou outros indivíduos apropriadamente treinados para fornecer suporte ao paciente no ambiente de teste, bem como ao profissional que executa a teleconsulta. As funções e formação profissional deste “facilitador” dependem do tipo de serviço que é fornecido (ASHA, 2005). Pearce, Ching e Dillon (2009) relataram casos onde as teleconsultas síncronas para programação e verificação de AASI e orientação dos pacientes foram realizadas com sucesso a partir da atuação de assistentes treinados para executar um papel de apoio ao audiologista.

No Brasil, atualmente o Conselho Federal de Fonoaudiologia (2009) só permite a realização da teleconsulta quando o paciente estiver assistido presencialmente por outro fonoaudiólogo. Ainda assim, como ocorreu no presente estudo, as necessidades de treinamento para a realização de procedimentos específicos de facilitação podem permanecer na medida em que a teleconsulta geralmente envolve profissionais com expertises distintas.

No tocante às questões técnicas, em cada teleconsulta o facilitador necessitou ajustar do controle de volume dos alto-falantes do ambiente de teste, a fim de evitar o aparecimento de microfonia e, ao mesmo tempo, garantir que o som fosse percebido pelo participante como sendo audível e confortável. A transmissão de dados, áudio e vídeo permaneceu estável durante todas as teleconsultas, com exceção de dois casos onde ocorreu a desconexão dos computadores da internet, causando a interrupção do atendimento por alguns segundos. No entanto, esta conexão foi restabelecida com facilidade, sendo possível continuar a consulta normalmente. Destaca-se que, no presente estudo, a infraestrutura da rede era suficiente para fornecer transmissão do sinal de áudio e vídeo de forma clara e tais condições podem não se reproduzir em outros locais, como, por exemplo regiões rurais. Na audilogia é reconhecida a necessidade de realizar maior número de estudos de teleconsultas em áreas e ambientes com menores condições de infraestrutura, tendo em vista que algumas delas podem oferecer grandes desafios no tocante ao atraso da transmissão, perda da clareza de imagem e som, que afetam de maneira grave a comunicação, sobretudo com deficientes auditivos de áudio (CROWELL et al., 2011).

No que se refere ao aconselhamento informativo, o tempo despendido nas consultas face a face foi 1,64 minutos maior do que na teleconsulta, porém, esta diferença não foi significativa. Embora as informações apresentadas aos

participantes do grupo experimental e controle tenham sido baseadas no Quadro 2, estas não foram fornecidas de forma arbitrária, sendo levado em consideração as necessidades de cada indivíduo, o que contribuiu para a variação do tempo utilizado, conforme indica o desvio padrão (Tabela 3).

Na área de dermatologia, Demiris (2005) também verificou que não houve diferença significativa entre o tempo despendido para abordar assuntos relacionados à educação em saúde, entre consultas presenciais (2,5 minutos) e teleconsultas (2,1 minutos).

Por outro lado, Campos (2011) observou que a duração do aconselhamento informativo a novos usuários de AASI foi significativamente menor nas teleconsultas, sendo isto atribuído à maior estruturação e menor ocorrência de conversas do tipo “quebra gelo” entre avaliador e participante.

Os resultados do presente estudo são relevantes na medida em que o decurso do aconselhamento informativo pode ter um impacto na qualidade com que as orientações são transmitidas e, por consequência, na compreensão e retenção da informação por parte do paciente (KESSELS, 2003). Além disto, Kochkin (1999) indicou que o tempo despendido com o aconselhamento está relacionado à satisfação do paciente com o uso do aparelho de amplificação sonora individual.

Em média, a duração total das teleconsultas foi 16% (4,23 minutos) maior do que as consultas face a face, sendo isto significativo. Este aumento é reflexo do maior tempo despendido para a programação e verificação do AASI. Tachakra e Rajani (2002) também verificaram, em serviço de emergência médica, que a duração da teleconsulta foi três vezes maior que a das consultas presenciais. Swanepoel, Koekemoer e Clark (2010) observaram que o tempo de realização da audiometria tonal limiar, via teleconsulta, foram 20% maior do que a audiometria convencional, presencial.

Campos (2011) relatou que o aumento na duração das teleconsultas deveria ser considerado no contexto mais amplo dos locais onde existe demanda natural para a oferta de tais serviços, ou seja, regiões onde existe escassez de profissionais habilitados, sendo necessário o deslocamento do paciente ou do profissional para acesso aos cuidados. Tal deslocamento, quando não dificultado ou até mesmo impedido por barreiras geográficas e econômicas, por si só adiciona um tempo e custo maior para o tratamento. Em seu estudo, esta autora observou que

80% dos participantes eram provenientes de outras cidades e tinham que se deslocar até o serviço público de audiologia.

No Brasil, existe uma demanda de aproximadamente 18 milhões de indivíduos que necessitam de um aparelho de amplificação sonora individual, demanda esta difícil de ser atendida em função da distribuição dos serviços de saúde auditiva no território nacional, dentre outros fatores. Até 2010 havia 143 serviços de saúde auditiva de médias e altas complexidades ambulatoriais habilitados pelo Ministério da Saúde, representando 86% da implantação da rede. (BEVILACQUA et al., 2009).

O instrutivo “Saúde Auditiva”, publicado em 2012 pelo Ministério da Saúde, aponta que uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário para a modalidade de atenção que necessita e, em tempo adequado, à sua demanda. Tal acesso está intimamente relacionado com as prioridades de atuação da equipe, com a população da área de abrangência, o perfil epidemiológico e os recursos disponíveis e deve ser regulado pelo gestor local, estadual ou municipal, sendo estabelecidos os fluxos assistenciais. O usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência e dentro de sua região de saúde que disponha de estrutura física e funcional e de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada para pessoas com deficiência auditiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No entanto, no Norte e Centro-Oeste o número de serviços de saúde auditiva credenciados é bastante inferior ao de outras regiões do Brasil, restringindo a universalidade do acesso. (BEVILACQUA et al., 2011). De fato, Armigliato et al. (2010) avaliaram a satisfação de pacientes e acompanhantes em um serviço público de audiologia verificando que o “acesso ao serviço” (incluindo o acesso propriamente dito, tempo de espera para realização do agendamento, tempo para conclusão do diagnóstico e para recebimento do AASI) obteve pior avaliação.

A busca pela assistência em serviços de outras regiões pode acarretar um aumento do custo do tratamento por parte dos órgãos governamentais, como por exemplo, em relação ao transporte, já que é oferecido pelo governo um auxílio para Tratamento Fora do Domicílio - TFD. (BEVILACQUA et al., 2011).

Assim, quando equacionada a necessidade de acompanhamento do usuário de AASI, ao longo do tempo, sobretudo nos períodos iniciais da adaptação (ARAUJO et al., 2011) e o tempo bem como os custos diretos e indiretos do deslocamento do paciente e/ou do profissional a maior duração da teleconsulta torna-se pouco relevante.

Eikelboom e Atlas (2005) verificaram que a diminuição do tempo de deslocamento, o menor tempo para marcar uma consulta com o especialista e a redução dos custos de transporte foram fatores que mais influenciaram os pacientes ao uso de teleconsultas para cuidados com otorrinolaringologistas e audiologistas. Hoffstetter et al. (2010) também observaram que o uso da teleconsulta assíncrona com audiologistas e otorrinolaringologistas diminuíram em 31% o tempo de espera por uma consulta com profissional especialista.

Pacientes relataram que ter acesso a um especialista, a partir de uma unidade clínica geral, via teleconsulta, era mais conveniente do que se deslocar pela cidade ou para uma outra cidade a fim de obter serviço especializado. Além disto, a diminuição dos custos de transporte e hospedagem, a necessidade de realizar outros arranjos familiares (como, por exemplo, ter com quem deixar os filhos enquanto viaja), diminuição do tempo em que se está longe do trabalho, foram observados como pontos positivos da teleconsulta (HARRISON et al., 2006; AGHA et al., 2009a; HOFFSTETTER et al., 2010).

6.2. Experiência do paciente

Os resultados do “Questionário de Experiência do Paciente – PEQ” (Tabela 4) indicaram, para ambos os grupos, experiências bastante positivas, sendo os escores médios obtidos próximos das pontuações máximas do instrumento. Deslocamentos das pontuações para os níveis máximos nas dimensões “barreira de comunicação”, “experiência após a consulta” e “experiência com o facilitador” também foram observados no estudo de validação do PEQ. Os autores atribuíram tais resultados à dificuldade dos participantes em expressar opiniões negativas e recomendaram que, nos tópicos em que esta dificuldade é um obstáculo, pequenos desvios na pontuação deveriam ser considerados como pontos para potencial para melhora. (STEINE et al., 2001).

Ferrari (2006) também observou pontuações próximas do máximo da escala quando avaliou a satisfação dos deficientes auditivos quanto ao atendimento presencial e via teleconsulta.

As respostas do paciente aos questionários de avaliação da satisfação administrados nos locais onde o serviço é prestado são influenciadas, de alguma forma, pelas preocupações destes pacientes quanto aos impactos que uma resposta negativa possa ter no cuidado que recebem (WILLIAMS et al., 2001).

No Brasil, resultados altos de satisfação são comuns de serem encontrados quando se avaliam os usuários de serviços públicos de audiologia. O paciente do SUS geralmente tem um perfil de gratidão aos serviços prestados e não se percebe como um cidadão com direitos perante o serviço público, o que dificulta a avaliação da real perspectiva do usuário. O nível sócio-cultural deste indivíduo é outra dificuldade assinalada, pois, muitas vezes, necessitam de auxílio do profissional do serviço para responder a questionários de satisfação, o que pode influenciar as respostas (BEVILACQUA et al., 2009).

Armigliato et al. (2010) verificaram resultados bastante elevados da satisfação, em diferentes dimensões avaliadas, particularmente a competência do profissional e o atendimento personalizado. Estes autores apontaram a dificuldade de argumentação dos usuários do SUS que, geralmente, apresentam menor nível de escolaridade e a relutância em expressar críticas e opiniões negativas como alguns dos fatores que podem ter contribuído para a obtenção de avaliações mais positivas do serviço.

Embora os resultados do presente estudo não devam ser invalidados, os mesmos devem ser interpretados tendo em mente que, no caso dos serviços públicos, a alta satisfação poderia expressar o receio dos usuários em perder o direito ao serviço, mesmo quando o consideram de baixa qualidade. Além disto, o viés de gratidão (omissão de questionamentos e críticas negativas) pode ter influenciado os resultados. Este viés pode aparecer em situações em que o usuário tem grande afinidade com os profissionais provedores do cuidado ou então refletir uma postura de gratidão frente ao pesquisador. Neste último caso, a medida de satisfação do usuário será distorcida por ser, por si só, uma fonte de satisfação este (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005).

Observa-se ainda, na tabela 4, que os grupos apresentaram resultados médios idênticos na dimensão “Resultados da Consulta”, ou seja, ambos os grupos

julgaram positivamente os efeitos das consultas na resolução de suas dúvidas, no auxílio para lidarem com a deficiência auditiva e na diminuição de suas dificuldades comunicativas. Resultados semelhantes foram obtidos por Agha et al. (2009a) que verificaram que os participantes de teleconsultas e consultas presenciais julgaram positivamente as competências e habilidades clínicas dos profissionais e os resultados obtidos com a consulta, não havendo diferença entre os grupos.

Foram encontradas pontuações médias ligeiramente maiores para o grupo experimental nas dimensões “Experiência de Comunicação”, “Barreiras de Comunicação”, não sendo estas significativas (tabela 4). A tabela 5 também mostra que foram pouco frequentes as pontuações abaixo do ponto médio, para estas duas dimensões. Estes dados indicam que a maioria dos participantes de ambos os grupos relataram sentir que o profissional compreendeu as suas preocupações, sentiram-se confiantes e cuidados pelos profissionais. Além disto, os indivíduos não sentiram dificuldades em se entrosar ou realizar perguntas ao profissional e também fizeram parte da tomada de decisão.

Tais achados são relevantes do ponto de vista do uso clínico da teleconsulta na área dos aparelhos de amplificação sonora individuais, já que o fato do paciente sentir-se confortável em fazer perguntas ao profissional e ter confiança de que o profissional é sincero em suas intenções influencia de forma positiva a decisão de deficientes auditivos em adquirir e utilizar o AASI (POOST-FOOROSH et al., 2011).

Ferrari (2006) observou que não houve diferença na satisfação de deficientes auditivos que realizaram o procedimento de programação do AASI presencialmente ou via teleconsulta síncrona quanto à interação profissional/paciente e confiança no profissional.

Liu et al. (2007) também não encontraram diferença para a satisfação dos pacientes com a teleconsulta e consultas face a face nas duas dimensões do questionário PEQ empregadas em seu estudo: “Experiência de Comunicação” e “Barreiras de Comunicação”. A maioria dos pacientes relatou não ter tido dificuldade para se comunicarem com o profissional durante a teleconsulta.

Agha et al. (2009a) verificaram que pacientes atendidos por teleconsultas e consultas presenciais tiveram resultados similares de satisfação com o estabelecimento de rapport e parceria com o médico, com a forma com que suas

necessidades psicossociais foram atendidas e com o envolvimento que tiveram na tomada de decisão.

Por outro lado, Harrison et al. (2006) verificaram que embora alguns participantes do seu estudo não tivessem tido dificuldade para realizar perguntas e comunicarem-se com um profissional especialista, outros consideraram que o uso do tecnologia interferiu na comunicação profissional/paciente, diminuindo o valor da consulta realizada. Os autores atribuíram este desconforto parcialmente à tecnologia e largura de banda utilizada, que causaram problemas de sincronia entre áudio e vídeo durante as teleconsultas. Conforme já mencionado, tais dificuldades técnicas não ocorreram no presente estudo.

No que se refere às “Emoções após a Consulta”, a pontuação do grupo experimental foi 1,15 maior do que a do grupo controle. No entanto, este resultado deve ser analisado com cautela. Steine et al. (2001) relataram que as respostas emocionais estão presentes e são importantes para os pacientes, mesmo em consultas breves e que não tratam de assuntos de saúde considerados “complicados”. Não obstante, esta subescala do PEQ ainda necessita de melhorias em função de ter sido derivada a partir de um número pequeno de respondentes para estes itens quando da validação do instrumento. Assim, embora estatisticamente significativa não é possível dizer que este aumento da pontuação do PEQ para o grupo experimental foi clinicamente relevante, ainda mais quando considerado os dados da tabela 5 que mostraram que apenas 2,5% das respostas do grupo controle estavam abaixo do ponto médio.

De qualquer forma, o fato da teleconsulta ter propiciado emoções positivas ao participante é de grande importância, considerando-se que um dos objetivos de uma efetiva comunicação profissional/paciente é auxiliar estes últimos a lidar com emoções negativas que podem dificultar um determinado tratamento (STREET JR et al., 2009).

Na dimensão “experiência com o facilitador”, aplicada somente para o grupo experimental, foi observada média de 8,20 pontos, também próxima ao total de pontos (10 pontos). Isto indica que os participantes não se sentiram desconfortáveis com presença de uma terceira pessoa durante a consulta.

Deve ser observado que, no caso do presente estudo, o facilitador também era um fonoaudiólogo, o que pode ter contribuído para que os participantes tivessem uma postura mais favorável em relação à sua presença no ambiente de

teste. Ressalta-se também que, para os propósitos da pesquisa, o facilitador foi orientado a intervir minimamente durante as consultas, de modo que a comunicação principal fosse mantida entre o participante e o pesquisador.

Alguns estudos mostraram ainda que a presença de uma terceira pessoa, também reconhecida pelo paciente como prestadora do serviço de saúde, pode fortalecer a confiança do paciente e aumentar sua satisfação com as teleconsultas, na medida em que este indivíduo pode advogar em prol do paciente e também facilitar a interação e complementar a atenção fornecida, de forma a compensar a separação física entre o profissional e paciente (TORPPA et al, 2006; AGHA et al., 2009a).

Contudo, é importante ressaltar que, apesar da pontuação alta obtida, houve sete respostas abaixo do ponto médio (tabela 5) na dimensão “Experiência com o Facilitador”. Particularmente neste caso, a frequência de tais pontuações foi igual ao número de indivíduos respondentes e todas elas respostas se referiam à questão 14 (“Eu prefiro fazer uma consulta normalmente do que pelo computador”). Ou seja, neste estudo, sete participantes do grupo experimental preferiram a consulta face a face.

Eikelboom e Atlas (2005) também verificaram que 30% dos 116 pacientes entrevistados em seu estudo não desejavam utilizar serviços de teleconsulta. A principal barreira para o uso da teleconsulta foi a preferência dos indivíduos pela consulta tradicional, face a face. Os autores observaram que pacientes que já tinham conhecimento sobre telemedicina e utilizavam a internet em questões de saúde, estavam mais inclinados a participar de teleconsultas.

6.3. Análise da comunicação profissional/paciente

A análise com o “Código de Observação de Davis” (CALLAHAN e BERTAKIS, 1991), mostrou, tanto para as consultas presenciais como para as teleconsultas, que a maior frequência dos grupos de comportamento foram, em ordem descendente: técnico, aconselhamento, comportamento em saúde, paciente ativo e prevenção (Gráficos 3 e 4).

A realização de exames físicos, testes e outros procedimentos “técnicos” são comuns em consultas presenciais com diferentes profissionais de saúde. Callahan et al. (2003, 2004) observaram maior frequência do grupo “técnico” do

DOC em consultas de residentes e médicos de família. Demiris et al. (2005) verificaram maior tempo despendido para procedimentos clínicos, similares ao grupo “técnico” do DOC, em consultas dermatológicas realizadas virtual e presencialmente.

Uma das hipóteses para a existência de grande porcentagem de comportamentos do grupo “Técnico” no presente estudo foi a natureza da consulta. As consultas abrangeram a programação e verificação do aparelho de amplificação sonora individual, as quais envolvem a realização de procedimentos específicos, necessários para garantir ao paciente a audibilidade e conforto dos sinais sonoros amplificados, bem como o conforto físico com o posicionamento do AASI na orelha. Neste sentido, conforme ilustram as tabelas 7 e 8, foram abordados com todos os participantes conteúdos como: o objetivo da consulta e dos procedimentos (“estrutura da consulta - EC”), as características principais do aparelho de amplificação sonora individual escolhida (“planejamento do tratamento – PT”), a forma como os procedimentos seriam realizados, os resultados dos procedimentos e condutas necessárias para reajuste do AASI a partir destes resultados (“feedback – FB”), percepções iniciais do paciente quanto ao uso da amplificação (“efeito do tratamento – EF). Também foram realizados os procedimentos propriamente ditos, como, por exemplo, as medidas com microfone sonda (“procedimento – PC”).

Não houve diferença significativa entre a frequência do código “planejamento de tratamento” (PT) entre os grupos (tabela 9). Ou seja, em consultas observou-se o profissional informando o paciente ou prescrevendo o tratamento. Como o objetivo das consultas estudadas foi a adaptação do aparelho de amplificação sonora individual, supõe-se que a tomada de decisão já tivesse sido realizada anteriormente e o profissional estivesse reafirmando a mesma, o que pode justificar a frequência dos códigos PT encontrada no presente estudo. Contudo, não é possível saber como este processo de tomada de decisão foi estabelecido.

O processo de reabilitação auditiva envolve uma sequência de decisões: procurar ajuda, buscar a intervenção e seguir todos os passos para implementação bem sucedida e manutenção da intervenção. Uma abordagem paternalista para a tomada de decisão, ou seja, a decisão sendo tomada pelo clínico, tem dominado historicamente a área da saúde, incluindo a audiologia. (LAPLANTE-LEVESQUE et al., 2010b).

A tomada de decisão compartilhada é um dos componentes da abordagem centrada na pessoa. Na decisão compartilhada, a troca de informação, deliberação e intervenção são pactuados clara e conjuntamente entre paciente e profissional (CERON, 2012). O fornecimento de apoio à realização de escolhas do paciente e empoderamento do paciente por meio de tomada de decisões compartilhadas também influenciam positivamente a utilização do AASI (POOST-FOOROSH et al., 2011).

Tanto para a teleconsulta como para as consultas presenciais não foram registradas ocorrências dos códigos “anamnese – AN”, “exame físico – EF” e “informações da família – IF” (tabelas 7 e 8).

Pelo fato dos indivíduos terem realizado os procedimentos de anamnese e diagnóstico audiológico e otorrinolaringológico anteriormente à consulta para a adaptação do AASI, estas informações constavam no prontuário do participante e, por este motivo, não foram novamente abordadas.

A realização de inspeção otológica, embora constitua um exame físico do paciente, faz parte de uma etapa para a condução das medidas com microfone sonda, sendo incorporada no código “procedimento” (PC).

Bertakis e Callahan (1992) comentam que diferentes grupos do DOC podem aparecer de acordo com a natureza da consulta. Ao compararam consultas realizadas com novos pacientes e antigos pacientes (consultas de retorno), verificaram que, para estes últimos, foram observados menor frequência dos códigos “anamnese” e “informações da família”.

Quanto ao código “informação da família – IF”, na clínica audiológica, a discussão dos antecedentes familiares (história médica) geralmente é realizada nas sessões voltadas ao diagnóstico. Contudo, a abordagem dos aspectos concernentes ao funcionamento familiar, e como estas relações estão sendo afetadas pelo adoecer é (CERON, 2012) é de grande pertinência no processo de seleção e adaptação do AASI, considerando que os membros da família são um dos principais parceiros de comunicação do paciente, além de influenciarem na busca, manutenção e resultados da reabilitação auditiva.

Ressalta-se que a frequência do grupo “Técnico” foi significativamente maior nas teleconsultas do que nas consultas face a face (tabela 6). Isto pode ter ocorrido em função do maior tempo despendido para realização dos procedimentos de programação e verificação do AASI na teleconsulta, em função destes serem

mediados pelo facilitador, conforme já mencionado anteriormente (tabela 3). Esta hipótese é reforçada pelo fato dos códigos “estrutura da consulta – EC” e “procedimentos – PC” terem sido significativamente mais frequentes nas teleconsultas (tabela 9).

No que se refere ao grupo “Aconselhamento”, algumas observações relevantes devem ser realizadas.

Inicialmente, destaca-se que o único código anotado foi o “Aconselhamento Informativo – AI” (tabelas 7 e 8). Por um lado, era esperada uma alta frequência deste código, tendo em vista que o fornecimento de informações a respeito do uso e cuidados com o AASI fazia parte da metodologia proposta no estudo (quadro 2).

Além disto, o fato de que não houve diferença entre os grupos experimental e controle quanto à frequência do aconselhamento informativo (tabela 6) é de grande importância, considerando que a um dos fatores que influencia a obtenção de sucesso no uso do AASI é o fornecimento de informações e treinamento em relação ao manuseio e cuidados com este dispositivo. Indivíduos que recebem este tipo de aconselhamento tem mais chance de assegurar o uso apropriado e bom funcionamento do AASI, evitando a necessidade de reparos ou reposições e, sobretudo, garantindo que o sinal amplificado seja o mais claro possível (DESJARDINS e DOHERTY, 2009).

Por outro lado, verificou-se que os aspectos psicossociais, ou seja, as relações interpessoais ou estado emocional do paciente não foram abordados em nenhuma das consultas (tabelas 7 e 8), o que é preocupante do ponto de vista clínico.

Callahan et al. (2003) observaram que este tipo de aconselhamento ocorreu em uma proporção muito pequena em consultas médicas. Agha et al. (2009b) constataram que profissionais estavam mais engajados em adquirir informações com teor biomédico do que psicossocial, tanto em consultas face a face como em teleconsultas.

English et al. (2000) observaram que profissionais com cerca de 15 anos de prática na área de audiologia utilizavam conteúdo técnico para responder às perguntas e comentários de pacientes (casos hipotéticos) que tinham conteúdo emocional. Tais resultados foram atribuídos aos déficits na formação profissional que não incorpora cursos formais em aconselhamento, gerando uma compreensão

limitada de que o aconselhamento é o fornecimento de informação técnica (por exemplo, resultados de exames, opções de tipos de AASI, dentre outras) de forma clara e acurada.

Estas fragilidades de treinamento profissional criam uma desconexão entre o que o paciente geralmente busca em serviços de reabilitação auditiva, isto é, o suporte pessoal para ajustar-se a uma incapacidade crônica, e o que o serviço tende a fornecer – informação e tecnologia (DUCHAN, 2004).

Uma hipótese que pode ser levantada é a de que perguntas ou comentários com conteúdos emocionais podem não ter sido feitas pelos pacientes. Dado o fato de que a perda de audição afeta as interações sociais, o bem estar psicológico e/ou o estado emocional, é muito provável que indivíduos com deficiência auditiva estejam vivenciando estas questões e que possam tentar expressá-las. No entanto, nem sempre isto é feito de maneira óbvia e muitos profissionais não possuem habilidades de escuta reflexiva para que possam identificar estes componentes emocionais e demonstrar ao paciente, por meio de uma resposta afetiva, que estes foram reconhecidos e respeitados. (ENGLISH et al., 1999).

Lima (2011) avaliou os aspectos motivacionais em candidatos ao uso do AASI e verificou que o uso, pelo profissional, de modelos e ferramentas de entrevista motivacional propiciou que aspectos relacionados a sentimentos, pensamentos e crenças do indivíduo com deficiência auditiva pudessem ser verbalizados e registrados, de modo a subsidiar os ajustes necessários na comunicação profissional/paciente.

O grupo “Comportamento em Saúde” foi significativamente mais frequente nas consultas presenciais (tabela 6). Para ambos os grupos, o único código de comportamento anotado foi “Observância - OB” (tabelas 7 e 8). Isto significa que, para o grupo controle, o profissional discutiu mais frequentemente com o paciente os comportamentos previamente solicitados.

Pelo fato de que, no presente estudo, as consultas representavam um primeiro contato do paciente com aquele profissional, foram codificadas as discussões relativas a comportamentos solicitados naquela mesma sessão. No presente estudo, estes comportamentos se referiram principalmente às tarefas de manipulação do AASI, ou seja, discussões acerca do conteúdo do aconselhamento informativo realizado.

Novos usuários de AASI necessitam compreender, em um intervalo de tempo relativamente reduzido, uma grande quantidade de instruções sobre o uso e manuseio do AASI e reproduzi-las adequadamente. É provável que a teleconsulta possa ter dificultado ao profissional a identificação de habilidades inadequadas do paciente para manipulação do AASI, levando ao menor uso de estratégias reparativas, como a discussão de tais tópicos e reinstrução do indivíduo.

Nesta pesquisa, não foi possível determinar se tais diferenças afetaram a capacidade do usuário em manusear, cuidar e utilizar o AASI em seu dia a dia. Entretanto, o estudo de Campos (2011) mostrou que os indivíduos que receberam aconselhamento informativo via teleconsulta exibiram, na consulta de retorno, habilidades de manuseio e número de horas de uso do AASI semelhantes aos de indivíduos que haviam sido atendidos presencialmente.

De qualquer modo, o uso de sistemas para videoconferência que permitam ao profissional manipular câmeras para enfocar e aproximar imagens (zoom) poderia ser mais adequado para esta finalidade, entretanto, também pode representar aumento do custo e de infraestrutura necessária para a teleconsulta. Com base nisto, uma outra alternativa seria o treinamento do facilitador para colaborar com o profissional na identificação e resolução de potenciais dificuldades do paciente.

Não houve diferença estatisticamente significativa na frequência dos grupos de comportamento “Paciente Ativo” e “Prevenção” entre os grupos experimental e controle (tabela 6). Resultados semelhantes foram encontrados por Demiris et al., (2005).

No que se refere à “Prevenção”, para ambos os grupos do estudo foram discutidas questões concernentes à prevenção primária (por exemplo, higienização do molde auricular do AASI e da orelha evitando o aparecimento de infecções) e terciária (por exemplo, comportamentos que evitam probabilidade de perda adicional da audição, potenciação da capacidade funcional do indivíduo). Ceron (2012) relata que a incorporação de promoção à saúde e prevenção nas consultas como, por exemplo, verificação de formas de reduzir riscos e efeitos negativos da doença na qualidade de vida do indivíduo, é um dos componentes interativos da abordagem centrada na pessoa.

O grupo de comportamento “Paciente Ativo” foi mais frequente na consulta presencial (19%) do que na teleconsulta (16%), no entanto, tal diferença

não foi estatisticamente significativa (tabela 6). Contudo, a análise dos códigos (tabelas 7 e 8) mostra que os pacientes realizaram mais questionamentos na teleconsulta (“perguntas - PG”) e mais comentários espontâneos (“conhecimento em saúde - CS”) nas consultas presenciais, sendo este último estatisticamente significativo (tabela 9).

Primeiramente, deve ser observado que a frequência do grupo “Paciente Ativo”, para ambas as modalidades de consulta, foi relativamente baixa, indicando o domínio do profissional sobre a comunicação. Bertakis e Azari (2011) reforçaram que a criação de uma relação igualitária e aliança terapêutica são elementos de grande importância na abordagem centrada na pessoa, daí a relevância deste grupo de comportamento.

É possível argumentar que a natureza das consultas avaliadas neste estudo, onde se faz necessária a realização de grande número de procedimentos técnicos, pode ter levado ao estabelecimento de uma relação mais assimétrica, com o profissional dominando o encontro clínico.

Callahan et al. (2003) também observaram que, em consultas presenciais com residentes e médicos da saúde da família, os comportamentos do grupo “Paciente Ativo” apareceram em menor proporção de tempo. Os autores relataram que as pressões organizacionais dos sistemas de saúde (por exemplo, tempo diminuído das consultas, número elevado de pacientes) podem impelir os profissionais para uma abordagem mais diretiva, diminuindo a frequência do tempo permitido para o paciente expor seu ponto de vista e conhecimentos pessoais a respeito de problemas de saúde.

No presente estudo, o uso de tecnologia de comunicação pode ter dificultado os comentários espontâneos do paciente sobre sua condição. Outros estudos também relataram um número menor de elocuições dos pacientes (LIU et al., 2007) e dominância do profissional sobre a comunicação (AGHA et al., 2009b) durante as teleconsultas.

O aporte do paciente é necessário para que o profissional compreenda a perspectiva única da experiência de estar doente e para que seja estabelecida uma relação mais produtiva entre profissional e paciente, aumentando o potencial para a satisfação do paciente e resultado de sucesso. (LAPLANTE-LEVESQUE et al., 2010a; HAPSBURG, TJØRNHØJ-THOMSEN, 2012). Deste modo, profissionais que utilizam a teleconsulta necessitam ainda mais recorrer às suas habilidades e

competências a fim de auxiliar a expressão do paciente, aumentando, por exemplo, o uso de escuta reflexiva ou de outras estratégias que indiquem interesse e desejo de melhor compreender a condição e o ponto de vista do paciente.

Bertakis e Azari (2011) também observaram que o código “Conversas” (CV) também identifica uma parte da influência da personalidade do paciente e do profissional na interação. Este último código não aparece no presente estudo (tabelas 7 e 8).

Neste estudo, conversas não relacionadas à consulta (conversa “quebra gelo” ou conversa “social”) ocorreram na consulta presencial geralmente enquanto o profissional guiava o participante da sala de espera para o ambiente de teste e, por este motivo, não foram registradas e codificadas. No entanto, isto não exime o fato de que estes comportamentos não mais ocorreram durante a consulta propriamente dita.

No caso das teleconsultas, o facilitador saudou o participante na sala de espera e o encaminhou ao ambiente de teste. Desta forma, seria esperada a ocorrência de códigos CV (conversa) no início da interação entre paciente e profissional. Tais resultados indicam que provavelmente o profissional iniciou a interação com informações a respeito da estrutura da consulta (EC).

Agha et al. (2009b) relatam que a “conversa social” tem o papel de estabelecer *rapport* e mostrar interesse. Os autores observaram que este tipo de conversa foi muito infrequente em consultas médicas, realizadas face a face ou a distância.

Finalmente, vale salientar que a relação profissional/paciente, como qualquer outra relação humana, é multifacetada, dinâmica e diversa. As características do paciente, do profissional e do contexto deste encontro influenciam a natureza, forma e o conteúdo da comunicação. O “Código de Observação de Davis” (CALLAHAN e BERTAKIS, 1991) não se trata de um instrumento abrangente para apreender todos os elementos da interação profissional/paciente, sendo esta uma limitação do presente estudo. No entanto, ele é útil para identificar comportamentos relevantes que permeiam esta interação.

Até onde se tem conhecimento este é o primeiro estudo que avaliou as características da comunicação profissional/paciente na teleconsulta para a programação e verificação de aparelhos de amplificação sonora individuais. Outras

pesquisas, utilizando métodos qualitativos, irão beneficiar o conhecimento nesta área.

7 Conclusões

7. CONCLUSÕES

Foi possível concluir neste estudo:

- No processo de programação e verificação do aparelho de amplificação sonora individual houve predominância de comportamentos técnicos, de fornecimento de informação e do profissional na comunicação profissional/paciente, que podem ter refletido a natureza geralmente procedimental desta consulta, bem como a influência do modelo biomédico.
- A duração da teleconsulta foi maior do que a das consultas face a face, sendo isto um reflexo do maior tempo necessário para instruir o facilitador quanto aos procedimentos técnicos a serem desempenhados.
- Foram observadas diferenças na comunicação profissional/paciente entre a teleconsulta e a consulta face a face:
 - Comportamentos técnicos (explicação da estrutura da consulta e realização de procedimentos) foram mais frequentes na teleconsulta, em decorrência do maior tempo despendido para estes procedimentos.
 - Discussões sobre a observância quanto ao correto uso do aparelho de amplificação sonora individual assim como expressões espontâneas do paciente sobre a sua condição foram menos frequentes para a teleconsulta.
- Apesar destas diferenças, foram obtidas altas pontuações no Questionário de Experiência do Paciente (PEQ), indicando que não houve diferença da satisfação dos pacientes atendidos presencialmente ou via teleconsulta nas dimensões “Resultados da Consulta”, “Barreiras de Comunicação”, “Experiência de Comunicação” e “Emoções após a Consulta”.

Referências

REFERÊNCIAS

- Agha Z, Schapira RM, Laud WP, Mcnutt G, Roter DL. Patient satisfaction with physician–patient communication during telemedicine. *Telemedicine and e-health*. 2009;15(9):830-9.
- American Academy of Audiology. Guidelines for the audiologic management of adult hearing impairment. 2008. Disponível em: <<http://www.audiology.org/resources/documentlibrary/Documents/haguidelines.pdf>>. Acesso em 11 de janeiro de 2013.
- American National Standards Institute. Methods of measurement of real ear performance characteristics of hearing aids. United States: ANSI S3.46- 1997, 1997. Disponível em:< <http://www.ansi.org>>. Acesso em 11 de janeiro de 2013.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). 2005. Audiologists providing clinical services via telepractice: technical report. Disponível em: <<http://www.asha.org/docs/html/TR2005-00152.html>>. Acesso em 27 de janeiro de 2011.
- Armigliato ME, Prado DGA, Melo TM, Martinez MANS, Lopes AC, Amantini RCB, et al. Avaliação de serviços de saúde auditiva sob a perspectiva do usuário: proposta de instrumento. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2010;15(1):32-9.
- Araújo TM, Mendes BCA, Albuquerque CN. Pronto atendimento a usuários de dispositivos de amplificação sonora. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011,16(4):466-73.
- Ball C, Franco A , Tyrrell J, Couturie P. Videoconferencing and the hard of hearing. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 1998;4:57–9.
- Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam SSA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Revista Brasileira De Educação Médica*. 2010;34(4):598-606.
- Barros JAC. Pensando processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. 2022;11(1):67-84.
- Bashshur RL, Reardon TG, Shannon GW. Telemedicine: a new health care delivery system. In: *annual Review Public Health*. United States. 2000. Mai21:613-37
- Bashshur RL, Shannon G, Krupinski E, Grigsby J. The taxonomy of telemedicine. *Telemedicine and e-Health*. 2011;17(6):484-94.
- Bernardez-Braga GRA. Comparação das medidas com microfone sonda realizadas face a face e via teleconsulta. [Dissertação]. Bauru (SP); Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2008.
- Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *JABFM*. 2011;24(3):229-39.

Bertakis KD, Callahan EJ. A comparison of initial and established patient encounters using the Davis Observation Code. *Family Medicine*. 1992;24(4):307-11.

Bevilacqua MC, Melo TM, Morettin M, Lopes AC. A avaliação de serviços em Audiologia: concepções e perspectivas. *Ver Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(3):421-6.

Bevilacqua MC, Morettin, M, Mela TM, Amantini RCB, Martinez MANS. Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2011;16(3):252-9.

Byrne D. et al. NAL-NL1 procedure for fitting nonlinear hearing aids: characteristics and comparisons with other procedures. *J Am Acad Audiol. United States*. 2001;12(1):37-51.

Capelo FM. Aprendizagem centrada na pessoa: contribuição para a compreensão do modelo educativo proposto por Carl Rogers. *Revista de Estudos Rogerianos: A Pessoa como Centro*. 2000.

Campos PD. Telessaúde: sistematização e avaliação da eficácia da teleconsulta na programação e adaptação de aparelho de amplificação sonora individual [Dissertação]. Bauru (SP); Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Callahan EJ, Bertakis KD. Development and validation of the Davis Observation Code (DOC). *Family Medicine*. 1991;23:19-24.

Callahan EJ, Stange KC, Bertakis KD, Zyzanski SJ, Azari R, Flocke SA. Does time use in outpatient residency training reflect community practice? *Fam Med*. 2003;35(6):423-7.

Callahan EJ, Stange KC, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Flocke SA, Bertakis KD. Physician-elder interaction in community family practice. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17(1):19-25.

Caprara A, Lins A, Franco S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*. 1999;15(3):647-54.

Ceron M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. Disponível em <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf>. Acesso em 30 de outubro de 2012.

Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação (CETIC). Pesquisa TIC domicílio 2010. Disponível em <<http://www.cetic.br/usuarios/tic/2011-total-brasil/apresentacao-tic-domicilios-2011.pdf>>. Acesso em 14 de fevereiro de 2013.

Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). 2009. Resolução 366. Disponível em <<http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%20366-09%20Telessaude.pdf>>. Acesso em 27 de janeiro de 2011.

Crowell ES, Givens GD, Jones GL, Brechtelsbauer B, Yao J. audiology telepractice in a clinical environment: a communication perspective. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*. 2011;20(7):441-7.

Desjardins JL, Doherty KA. Do experienced hearing aid users know how to use their hearing aids correctly? *American Journal of Audiology*, New York. 2009;18:69–76.

Demiris G, Edison K, Vijaykumar S. A comparison of communication models of traditional and video-mediated health care delivery. *International Journal of Medical Informatics*. 2005;74:851-6.

Diário Oficial da União, n. 208, seção 1, 50-51. Disponível em <<http://www.cbtms.org.br/institucional/portaria/portaria2546.pdf>>. Acesso em 17 de outubro de 2012.

Dillon H. *Hearing aids*. New York: Thieme; 2001.

Dirks DD, Kincaid GE. Basic acoustic considerations of ear canal probe measurements. *Ear Hear*. 1987;8(5):60-7.

Dreschler WA, Verschuure H, Ludvigsen C, Westermann S. ICRA noises: artificial noise signals with speech-like spectral and temporal properties for hearing instrument assessment. *International Collegium for Rehabilitative Audiology. Audiology*. 2001;40(3):148-57.

Duchan JF. Maybe audiologists are too attached to the medical model. *Semin Hear* 2004;25(4):347-54.

Eikelboom RH, Atlas MD. Attitude to telemedicine, and willingness to use it, in audiology patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2005;11(2): 22–5.

English K, Mendel LL, Rojeski T, Hornak J. Counseling in audiology, or learning to listen pre- and post-measures from an audiology counseling course. *American Journal of Audiology*. 1999;8(1):03-78.

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*. 2000;11:84-90.

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

Esperidião M, Trad LA. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(suppl):303-12.

Ferrari, D. V. Remote programming and verification as a mean to improve quality of hearing aid fitting. In: RASMUSSEN, A.N. et al. (org). *Hearing aid fitting*. 1st ed. Centertryk: Danavox Jubilee Foundation. 2006;531-44.

Ferrari, D. V.; Bernardez-Braga, G.R.A. Remote probe microphone measurement to verify hearing aid performance. *J Telemed Telecare*, England. 2009;15(3):122-4.

Ferrari DV, Blasca WQ, Bernandez-Braga GRA, Wenn CL. Telessaúde: acesso a educação e assistência em audiologia. In: Bevilacqua MC et al. (Org) Saúde Auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas. São José dos Campos: Pulso Editorial. 2010;189-218.

Ferrari DV, Bernandez-Braga GRA, Campos PD. Verificação da prótese auditiva realizada face a face e via teleconsulta: medidas repetidas. Rev. CEFAC [online]. Sep 30, ISSN 1516-1846. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/44-11.pdf>>. Acesso em 30 de outubro 2012.

Freeman BA. Technology, legislators, associations, and companies are encouraging tele-audiology. The Hearing Journal. 2010; 63(6): 50-1.

Galster J, Abrams H. Are you ready for remote hearing aid programming? Hearing Review. Out 2012. Disponível em <http://www.hearingreview.com/issues/articles/2012-10_03.asp> Acesso em 31 de outubro de 2012.

Givens DG, Elangovan S. Internet application to tele-audiology – “nothing’ but net”. Am J Audiol, United States. 2003;12(2):56-65.

Gomes et al., 2011. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. Rev APS. 2011;14(4):435-46.

Goulart BNG, Chiari BM, 2010. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(1):255-68.

Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves A Filho. Instrumental de classificação sócio-econômica. Serv Social Realid. 1999;5(1):109-28.

Haddad JGV, Machado EP, Neves-Amado J, Zoboli ELCP. A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. O Mundo da Saúde. 2011;35(2):145-55.

Hanson, D.; Calhoun, J.; Smith, D. Changes in provider attitudes toward telemedicine. Telemed J E Health. United States. 2009;15(1):39-43.

Hapsburg DV, Tjørnhøj-Thomsen T. The encounter model and audiological clinical encounters. Semin Hear. 2012;33(01):24-34.

Harrison R, MacFarlane A, Murray E, Wallace P. Patients’ perceptions of joint teleconsultations: a qualitative evaluation. Health Expect, England. 2006;9(1):81-90.

Hickson L. Defining a paradigm shift. Semin Hear. 2012;33(01):003-008.

Hofstetter PJ, Kokesh J, Ferguson AS, Hood LJ. The impact of telehealth on wait time for ENT specialty care. In: Telemed J E Health. 2010;16(5):551-6.

Kessels RPC. Patients’ memory for medical information. J R Soc Med. 2003;96(5):219-22.

Kochkin S. Reducing hearing instrument returns with consumer education. *The Hearing Review*. 1999;10.

Kochkin S, et al. MarkeTrak VIII: The impact of the hearing healthcare professional on hearing aid user success correlations between dispensing protocols and successful patient outcomes. Disponível em <http://www.betterhearing.org/pdfs/M8_Hearing_aid_user_success_audiologists.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro de 2013.

Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*. 2001;8(1):48-70.

Krumm M, Ribeira J, Kiich R. Providing basic hearing tests using remote computing technology. *J Telemed Telecare*. 2007;13(8):406-10.

Krumm M, Huffman T, Dick K, Klich R. Telemedicine for audiology screening of infants. *J Telemed Telecare*. 2008;14(2):102-4.

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

Laplante-Levesque A, Hickson L, Worrall L. A qualitative study of shared decision making in rehabilitative audiology. *J Acad Rehab Audiol*. 2010b;43:27–43.

Lima CMAO et al. Videoconferências: sistematização e experiências em telemedicina. *Radiol Bras*. 2007; 40(5):341-44.

Lima II. Modelo transteórico de aconselhamento (MTT) no período de pré-adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) [Dissertação]. Bauru (SP); Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Lima PM; Oliveira ACM. Relação profissional-paciente: a busca pela humanização nos serviços de saúde. *International Journal of Science Dentistry*. 2012; 1(37):01-05.

Liu X et al. Doctor-patient communication: a comparison between telemedicine consultation and face-to-face consultation. *Internal Medicine*. 2007;46:227-32.

Lori, P. Conveying information to patients. In: Sweetow RW. *Counseling for hearing aid fittings*. San Diego: Singular Publishing Group; c1999. p. 83-109.

Mackinnon RA, Michels M. *The psychiatric interview in clinical practice*. Philadelphia: WB Saunders, 1971.

Martins SIB, Simões JA. Aspectos éticos na monitorização remota de pacemakers através da telemedicina. *Revista Portuguesa de Bioética*. 2012;16:48-66.

May C et al. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociol Health Illn*. 2004;26(2):135-58.

Miller EA. Telemedicine and doctor-patient communication: a theoretical framework for evaluation. In: J Telemed Telecare. 2002;8(6):311-8.

Miller EA. The continuing need to investigate the nature and content of teleconsultation communication using interaction analysis techniques. Journal of Telemedicine and Telecare. 2011;17:55–64.

Ministério da Saúde. Instrutivo saúde auditiva. Brasil; 2012. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jul/16/auditiva_160712.pdf>. Acesso em 28 de fevereiro de 2013.

Moghaddasi H, Asadi F, Hosseini A, Ebnehoseini Z. E-Health: a global approach with extensive semantic variation. J Med Syst. 2012;36(5):3173-6.

Moreira V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. Estudos de Psicologia. 2010;27(4):537-44.

Nemes J. Tele-audiology, a once-futuristic concept, is growing into a worldwide reality. Hearing Journal. 2010;63(2):19-20,22-24.

Nuovo J, Bertakis KD, Azari R. Assessing resident's knowledge and communication skills using four different evaluation tools. Med Educ. 2006;40(7):630-6.

Oliveira SS et al. Experiência de uso da arthron na transmissão de cirurgias em tempo-real para telemedicina. Disponível em <<http://gtavcs.lavid.ufpb.br/>>. Acesso em 19 de outubro de 2012.

Onor ML, Misan S. The clinical interview and doctor-patient relationship in telemedicine. Telemedicine and e-Health. 2005;11(3):102-5.

Pearce W, Ching TYC, Dillon H. A pilot investigation into the provision of hearing services using tele-audiology to remote areas. Aust N Z J Audiol. 2009;31(2):96-100.

Poost-Foroosh L, Jennings MB, Shaw L, Meston CN, Cheesman MF. Factors in client-clinician interaction that influence hearing aid adoption. Trends Amplif. 2011;15(3):127-39.

Ribera, J. Tele-audiology in the united states. In I. Management Association (Ed.), Clinical Technologies: Concepts, Methodologies, Tools and Applications. Hershey, Medical Information Science, 2011:693-702.

Rogers CR. Client-centred therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.

Ruusuvuori J. Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. Social Science & Medicine. 2001;(52): 1093-108.

Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009;25(3):475-83.

Selic P, Svab I, Repolusk M, Gucek NK. What factors affect patients' recall of general practitioners' advice? *BMC Family Practice*. 2011;12:141.

Shapiro WH, Huang T, Shaw T, Roland JT Jr, Lalwani AK. Remote intraoperative monitoring during cochlear implant surgery is feasible and efficient. *Otol Neurotol, United States*. 2008;29(4):495-498.

Stewart M. et al. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Sage Publications, Inc. California. 1995. Citado por (Ceron M. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. Disponível em <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf>. Acesso em 30 de outubro de 2012.

Street RL Junior, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*. 2009;74;295–301.

Steine S, Finset A E, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultations outcome. *Family practice*. 2001;18(4):410-18.

Swanepoel W et al. Telehealth in audiology: the need and potential to reach underserved communities. *Int J Audiol*. 2010;49(3):195-202.

Swanepoel W, Hall JW 3RD. A systematic review of telehealth applications in audiology. *Telemed J E Health*. 2012;16(2):181-200.

Swanepoel DW, Koekemoer D, Clark J. Intercontinental hearing assessment – a study in tele-audiology. *J Telemed Telecare*. 2010;16(5):248-52.

Tachakra S, Rajani R. Social presence in telemedicine. *J Telemed Telecar*. 2002;8(4):226-30.

Telessaúde Brasil Redes. Disponível em <<http://www.telessaudebrasil.org.br/>>. Acesso em 30 de outubro de 2012.

Torppa MA, Timonen O, Keinanen-Kiukaanniemi S, Larivaara P, Leiman M. Patient–nurse–doctor interaction in general practice teleconsultations – a qualitative analysis *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2006;12(6):306-310.

Wen CL. Telemedicina e telessaúde – um panorama no Brasil. *Ver Informática Pública*. 2008;10(2):07-12.

Wesendahl, T. Hearing aid fitting: application of telemedicine in audiology. *Int Tinnitus J, United States*, v. 9, n. 1, p. 56-58, 2003. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14763332>>. Acesso em 08 de novembro de 2012.

Williams TL, May CR, Esmail A. Limitations of patient satisfaction studies in telehealthcare: a systematic review of the literature. *Telemedicine Journal and e-Health*. 2001;7(4):293-318.

World Health Organization (WHO). Guidelines for hearing aids and services for developing countries. Disponível em: <http://www.who.int/pbd/pdh/pdh_home.htm>. Acesso em 12 dezembro de 2009.

World Health Organization (WHO). 2004 [homepage internet]. The global burden of disease. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part3.pdf>. Acesso em 03 de julho de 2010.

Zumpano CE, Bevilacqua MC, Frederigue-Lopes NB, Costa OA. Programação remota dos sistemas de implante coclear. Rev Soc Bras Fonoaudiol, Brasil. 2009;14(4):539-46.

Anexos

Anexo 1



Universidade de São Paulo

Faculdade de Odontologia de Bauru

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP
17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos convidá-lo(a) a participar voluntariamente da pesquisa “Seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta: análise da interação profissional/paciente” de autoria da Fga. Tatiana Turtelli Poles sob orientação da Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari. Este estudo tem como objetivo comparar a comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação do AASI realizados via consulta tradicional e via consulta realizada a distância, por meio de videoconferência (teleconsulta). Caso concorde em participar, a determinação do tipo de atendimento ao qual o senhor será submetido (consulta tradicional ou consulta a distância) será feita por meio de um “sorteio”. Deve ser ressaltado que a prática de consulta fonoaudiológica a distância é permitida pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e obedece aos preceitos éticos que regem esta profissão.

Caso concorde em participar do estudo, os procedimentos aos quais o(a) senhor(a) será submetido serão: (1) ajuste do aparelho auditivo realizado pelo computador; (2) avaliação do aparelho auditivo com medidas de microfone sonda (um tubo sonda inserido no conduto auditivo captará a quantidade de amplificação fornecida pelo aparelho auditivo); (3) orientação quanto ao uso e cuidados com o aparelho. Estes procedimentos são imprescindíveis para a adaptação dos aparelhos. Todos os procedimentos serão realizados por um profissional especialista. Quando realizados a distância este profissional será auxiliado por um facilitador (fonoaudiólogo ou aluno de graduação em fonoaudiologia). Os procedimentos serão filmados. O senhor também será solicitado a ler e responder o questionário “Questionário de Experiência do Paciente” (PEQ) contendo 14 questões de múltipla escolha. Os dados sócio-demográficos, do diagnóstico audiológico e do processo de reabilitação (se existente) serão coletados do seu prontuário.

Toda a avaliação será realizada na Clínica de Fonoaudiologia e os resultados serão esclarecidos para o(a) senhor(a). Nenhum dos procedimentos aqui citados oferecem riscos para o(a) senhor(a). Todas as informações são CONFIDENCIAIS, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto, sem identificação do indivíduo, como nome e endereço.

Ressaltamos que sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do mesmo, sem a necessidade de expor as razões, assim como a desistência da participação a qualquer momento, não ocasionará prejuízos de nenhuma espécie.

Caso o(a) senhor(a) queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da FOB-USP, pelo endereço: Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 (sala no prédio da Biblioteca, FOB-USP, telefone 32358356. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa entrar em contato com a Fga. Tatiana Turtelli Poles, pelo telefone (14)81136786 ou ainda pelo telefone (14)32358332, com a Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____

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

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Autor

Anexo 2

Questionário de Experiência do Usuário (PEQ)

Para melhorar o atendimento, nós gostaríamos de saber sua experiência nesta consulta, como você se sentiu e o que isto representará para você e sua saúde.

Por favor, responda todas as questões.

Assinale a alternativa que mais se aproxima de sua resposta.

Resultado desta consulta. Diga o quanto você aprendeu após esta consulta

1. Você sabe o que fazer para diminuir seu problema de audição?

Sim, muito mais	□5
Mais ou menos	□4
Um pouco mais	□3
Quase nada	□2
Não, nem um pouco	□1

2. Você sabe o que esperar da sua audição de agora em diante?

Sim, muito mais	□5
Mais ou menos	□4
Um pouco mais	□3
Quase nada	□2
Não, nem um pouco	□1

3. Você será capaz de lidar com seus problemas de audição de forma diferente?

Não, nem um pouco	□1
Não muito	□2
Bem pouco	□3
Mais ou menos	□4
Sim, muito mais	□5

4. Esta consulta vai ajudá-lo a ter menos problemas de comunicação?

Não, nem um pouco	□1
Não muito	□2
Bem pouco	□3
Mais ou menos	□4
Sim, muito mais	□5

Experiências de Comunicação

5. Eu e o profissional tivemos uma boa conversa

Concordo plenamente	□5
Concordo	□4
Mais ou Menos	□3
Discordo	□2
Discordo plenamente	□1

6. Eu me senti confiante

Concordo plenamente	□5
Concordo	□4
Mais ou Menos	□3
Discordo	□2
Discordo plenamente	□1

7. O profissional entendeu as minhas preocupações

Concordo plenamente	□5
Concordo	□4
Mais ou Menos	□3
Discordo	□2
Discordo plenamente	□1

8. Eu me senti cuidado pelo profissional

Concordo plenamente	□5
Concordo	□4
Mais ou Menos	□3

Discordo	<input type="checkbox"/> 2
Discordo plenamente	<input type="checkbox"/> 1

Barreiras de Comunicação

9. Foi um pouco difícil me entrosar com o profissional

Concordo plenamente	<input type="checkbox"/> 1
Concordo	<input type="checkbox"/> 2
Mais ou Menos	<input type="checkbox"/> 3
Discordo	<input type="checkbox"/> 4
Discordo plenamente	<input type="checkbox"/> 5

10. Na consulta foi gasto muito tempo com conversas "a toa".

Concordo plenamente	<input type="checkbox"/> 1
Concordo	<input type="checkbox"/> 2
Mais ou Menos	<input type="checkbox"/> 3
Discordo	<input type="checkbox"/> 4
Discordo plenamente	<input type="checkbox"/> 5

11. Foi um pouco difícil fazer perguntas

Concordo plenamente	<input type="checkbox"/> 1
Concordo	<input type="checkbox"/> 2
Mais ou Menos	<input type="checkbox"/> 3
Discordo	<input type="checkbox"/> 4
Discordo plenamente	<input type="checkbox"/> 5

12. O profissional tomou decisões importantes **SEM** me consultar

Concordo plenamente	<input type="checkbox"/> 1
Concordo	<input type="checkbox"/> 2
Mais ou Menos	<input type="checkbox"/> 3
Discordo	<input type="checkbox"/> 4
Discordo plenamente	<input type="checkbox"/> 5

Experiência com o facilitador

13. Eu me senti constrangido (envergonhado) de falar de meus problemas na presença de outra pessoa na sala.

Concordo plenamente	<input type="checkbox"/> 1
Concordo	<input type="checkbox"/> 2
Mais ou Menos	<input type="checkbox"/> 3
Discordo	<input type="checkbox"/> 4
Discordo plenamente	<input type="checkbox"/> 5

14. Eu prefiro fazer uma consulta normalmente do que pelo computador.

Concordo plenamente	<input type="checkbox"/> 1
Concordo	<input type="checkbox"/> 2
Mais ou Menos	<input type="checkbox"/> 3
Discordo	<input type="checkbox"/> 4
Discordo plenamente	<input type="checkbox"/> 5

Emoções imediatamente após a consulta

Após esta consulta eu me senti: (Por favor, circule o número que corresponde sua resposta em cada linha)

Aliviado Preocupado
7 6 5 4 3 2 1

Triste Animado
1 2 3 4 5 6 7

Fortalecido Sem forças
7 6 5 4 3 2 1

Tenso Relaxado
1 2 3 4 5 6 7

Obrigada pelo seu tempo e colaboração.

Anexo 3

Davis Observation Code - DOC (Callahan e Bertakis, 1991)

Davis Observation Code - DOC (Callahan e Bertakis, 1991)															
EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF
FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC
OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS	
NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS	
PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP	
AC	AI			AC	AI			AC	AI			AC	AI		
EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF
FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC
OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS	
NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS	
PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP	
AC	AI			AC	AI			AC	AI			AC	AI		
EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF
FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC
OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS	
NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS	
PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP	
AC	AI			AC	AI			AC	AI			AC	AI		
EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF
FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC
OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS	
NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS	
PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP	
AC	AI			AC	AI			AC	AI			AC	AI		
EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF
FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC
OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS	
NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS	
PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP	
AC	AI			AC	AI			AC	AI			AC	AI		
EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF
FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC
OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS	
NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS	
PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP	
AC	AI			AC	AI			AC	AI			AC	AI		
EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF
FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC
OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS	
NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS	
PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP	
AC	AI			AC	AI			AC	AI			AC	AI		
EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF	EC	NA	IF	EF
FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC	FB	PT	ET	PC
OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS		OB	ES	OS	
NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS		NU	EX	CS	
PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP		PG	CU	SP	
AC	AI			AC	AI			AC	AI			AC	AI		