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

PATRÍCIA DANIELI CAMPOS

**Teleaudiologia: análise da comunicação profissional/paciente no
processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação
sonora individuais via teleconsulta**

**BAURU
2016**

PATRÍCIA DANIELI CAMPOS

**Teleaudiologia: análise da comunicação profissional/paciente no
processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação
sonora individuais via teleconsulta**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia
de Bauru da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Fonoaudiologia
no programa de Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Deborah Viviane
Ferrari

**BAURU
2016**

C157t Campos, Patrícia Danieli
Teleaudiologia: análise da comunicação
profissional/paciente no processo de seleção e
adaptação de aparelhos de amplificação sonora
individuais via teleconsulta / Patrícia Danieli
Campos. – Bauru, 2016.
124 p. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – 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 tese, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Patrícia Danieli Campos

___/___/___

Comitê de Ética da FOB-USP
CAAE: 23733313.5.0000.5417
Data: 10/02/2014

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Sebastiana** e **Lazaro** que sempre me incentivaram a seguir em frente e me ensinaram a ter orgulho de minhas conquistas. Me ensinaram que o esforço vale a pena e sempre será recompensado. Amo vocês!

Aos meus irmãos, **Lilian** e **Alexandre** que sempre vibraram junto comigo a cada conquista. Eu percebo o amor a cada pequeno gesto que tem comigo.

Àquele que apareceu na minha vida para mostrar que amar é ser feliz e compartilhar as vidas. Sempre me deu forças nos momentos que eu mais precisava e soube reconhecer a importância dos meus estudos para a minha vida – **Danilo Cantador de Almeida**.

À amiga **Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari** que me mostrou a importância da mudança. Acredito que este é o início de muitas coisas boas que ainda veremos acontecer.

Aos **meus amigos, profissionais e grandes colaboradores** dedico todo este trabalho que só foi possível porque eu sempre tive o apoio e a ajuda de pessoas tão incríveis ao meu lado.

Às **professoras** que acreditaram em mim como uma profissional, incentivando e auxiliando o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Aos **meus amigos** que me reerguiam com palavras e atitudes de conforto e de força nos momentos em que eu me desanimava. Somente eu sei o quanto eles foram importantes na minha vida e que jamais vou esquecer tudo que fizeram por mim.

AGRADECIMENTOS

À **Faculdade de Odontologia de Bauru** por viabilizar a realização dos meus sonhos de formação acadêmica por meio de toda sua estrutura e ideologia.

À **Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari** que me mostrou uma nova visão em relação aos atendimentos na área da saúde, preenchendo um vazio que eu sentia durante minha atuação. Sempre foi um exemplo de dedicação e amor ao que faz e me fez gostar mais ainda da área de dispositivos auxiliares da audição. Foi muito mais que orientadora, foi e sempre será uma amiga muito querida.

Ao Departamento de Fonoaudiologia representado pela **Profa. Dra. Mariza Ribeiro Feniman** e **Profa. Dra. Maria Inês Pegoraro-Krook** por terem apoiado meu crescimento profissional e acadêmico.

Ao funcionário e meu namorado, **Danilo Cantador de Almeida**, por me dar ânimo quando o cansaço estava quase me dominando. Por várias vezes foi a luz que eu precisava para seguir em frente.

À **Paula Maria Pereira Paiva**, agradeço as palavras de carinho e conforto. Mesmo em momentos difíceis da sua vida, sempre sobrou um cantinho pra me ajudar. O meu trabalho só foi possível por causa da sua dupla ajuda. É sempre importante reconhecer uma amizade pra vida toda e eu consegui reconhecer isso em você!

À **Camila Piccini Aiello** que, como sempre, se mostrou uma amiga mais do que fiel e acolhedora. Sem palavras para agradecer a ajuda que me deu durante toda minha formação de pós-graduação. Você tornou esse processo bem mais tranquilo quando se prontificou a me ajudar sempre que precisei. Você mora no meu coração.

Ao amigo, **Maycon Duarte**, agradeço imensamente toda sua colaboração e prontidão. Não consigo imaginar como teria sido minha coleta sem sua ajuda e compromisso.

À **Marina De Marchi dos Santos**, que mesmo na correria do dia a dia, encontrava momentos para me ajudar e colaborar com seu jeito todo sensível e meigo.

À **Rafaela Bicas**, que sempre estava pronta para ajudar quando precisei. Você também foi imprescindível para o meu trabalho.

Agradeço às grandes amigas **Fabiana, Josilene, Raquel Agostinho, Raquel Beltrão, Thais e Tatiana** por tornarem meu trabalho possível. Foi graças a vocês que desenvolvi toda minha tese e é com vocês que compartilho minhas angústias e conquistas do dia a dia. Cada uma sabe o quanto é importante para mim.

Aos meus amigos **Mônica, Vinicius, Cleber Alves, Carla Freitas, Cleber Camargo, Keity, Eduardo, Raul Marcel e Carol Segalla** que me proporcionaram momentos de sanidade no meio da minha loucura do dia a dia ou vice versa.

Agradeço a **Profa. Dra. Maria Fernanda Capoani Garcia Mondelli**, por sempre ter uma palavra de carinho e de otimismo.

À **Profa. Dra. Simone Aparecida Lopes-Herrera** por ter escrito brilhantemente aquele que seria meu livro de cabeceira durante parte do meu doutorado – a tese “Análise do processo de construção do projeto político-pedagógico: avaliando o passado e o presente para definir o futuro”. Muito obrigada pelo detalhamento que me norteou durante a análise de conteúdo.

À **Profa. Dra. Wanderléia Quinhoneiro Blasca** que me fez conhecer o caminho que segui até o momento. Não me canso de repetir que é a responsável por eu ter seguido a área de amplificação. É um exemplo de pessoa brilhante.

À amiga **Camila Medina** que sempre executa seus trabalhos tão lindamente e está sempre disposta a ajudar.

Aos brilhantes profissionais, **Marcel e Prof. Lauris**, que sabem reconhecer o momento tão delicado que é a análise de dados e estão sempre prontos a auxiliar. Foram essenciais para que eu conseguisse finalizar meu trabalho.

Aos meus amigos, **Joseli, Luciane, Sushila e Tiago** que são como irmãos. Sempre me proporcionando momentos de muita felicidade e risadas sinceras. E se a distância dificultava nossos encontros, lá estava a “teleconsulta” para nos unir de novo.

Um agradecimento especial para todos os **profissionais e pacientes** que participaram da minha coleta de dados. Sempre prontos à contribuir.

Muito obrigada a todos!!

“Cheguei à terrível conclusão de que sou o elemento decisivo.
É a minha abordagem que cria o clima.
É o meu humor diário que faz o tempo.
Possuo o tremendo poder de tornar a vida miserável ou prazerosa.
Posso ser uma ferramenta de tortura ou um instrumento de inspiração;
posso humilhar ou exaltar, ferir ou curar.
Em todas as situações, é a minha resposta que decide se uma crise é aumentada ou
diminuída, se uma pessoa é humanizada ou desumanizada.
Se tratamos as pessoas como elas são nós as tornamos piores.
Se tratamos as pessoas como elas deveriam ser nós as ajudamos a se tornar o que elas
são capazes de se tornar”.

Goethe 1749-1832

RESUMO

Pesquisas demonstraram que a teleconsulta síncrona com vídeo interativo e compartilhamento remoto de aplicativos pode ser utilizada com sucesso na programação e verificação de aparelhos de amplificação sonora individuais (AASIs). Entretanto, esta consulta, mediada via tecnologia de informação e comunicação, pode dificultar a efetiva comunicação profissional/paciente, com consequente impacto negativo na compreensão e retenção da informação, adesão e bem-estar psicológico do paciente durante o tratamento. Este estudo comparou a comunicação nas consultas para adaptação do AASI realizadas face a face e a distância. Participaram do estudo 60 deficientes auditivos, com idades entre 50 e 89 anos (média=69), candidatos ao uso do AASI, divididos em dois grupos conforme a modalidade de atendimento: face a face (n=30) e teleconsulta (n=30). Estes participantes foram atendidos por cinco fonoaudiólogas com experiência na adaptação do AASI e, nas teleconsultas, por mais quatro facilitadores. O software TeamViewer 10[®] foi utilizado para a transmissão de áudio e vídeo e compartilhamento de dados (conexão via LAN USP, velocidade de 384 Kbps), entre o computador localizado no ambiente de teste, onde estavam o paciente e facilitador, e o ambiente remoto, onde estava a fonoaudióloga. Assim, a fonoaudióloga conduziu os procedimentos de programação e verificação do AASI à distância, com auxílio do facilitador. Todas as consultas foram gravadas em formato de vídeo. Dois avaliadores independentes analisaram os vídeos e atribuíram uma pontuação de 0 a 24 pontos para a comunicação ocorrida nas consultas, de acordo com a Escala Global de Pontuação de Consultas (Global Consultation Rating Scale – GCRS). Pontuações maiores indicam resultados mais favoráveis. Em média, a duração das teleconsultas foi 10 minutos maior que a das consultas presenciais. Problemas técnicos ocorreram em 27% das teleconsultas, sendo necessário interrompê-las e reiniciá-las. A pontuação média da GCRS foi de 15,3 (presencial) e 12,6 (teleconsulta), sendo esta diferença significativa. Pontuações máximas ou próximas ao máximo não foram encontradas em nenhum dos casos. Para complementar os resultados, foi realizada análise qualitativa de 10 gravações das consultas, face a face (n=5) e a distância (n=5). A análise de conteúdo temático-categorial foi realizada utilizando o software NVivo 10. Nas duas modalidades de consulta, a análise da frequência de ocorrência das categorias indicou predominância da fala do profissional e, quando presente, do facilitador. O teor desta comunicação foi de caráter biomédico, sobressaindo o fornecimento de explicações sobre o uso e manuseio do AASI. A ocorrência de *back channels*, que podem indicar uma postura de escuta, foi mais frequente para os pacientes e acompanhantes. Concluiu-se que a comunicação nas consultas para adaptação do AASI não foi centrada no paciente, conforme atualmente preconizado. Além disto, esta comunicação sofreu a influência do uso das tecnologias de informação e comunicação. Sendo assim, é reforçada a recomendação da literatura quanto à necessidade de treinamento dos fonoaudiólogos para o uso de habilidades de comunicação efetivas, assim como de estratégias para contornar potenciais obstáculos advindos da interação via teleconsulta.

Palavras-chave: Consulta remota. Auxiliares de audição. Perda de audição. Aconselhamento.

ABSTRACT

Teleaudiology: analysis of the professional/patient communication in the selection process and hearing aid fitting via teleconsultation

Researches have shown that the synchronous teleconsultation with interactive video and remote application sharing can be used successfully in programming and verification of hearing aids (HAs). However, this consultation, mediated via information and communication technology and communication, may difficult the effective communication professional/patient, with consequent negative impact on patient's comprehension and retention of information, adherence and psychological welfare of the patient during the treatment. This study compared the communication in HA fitting consultations performed face-to-face and at distance. Participated in this study 60 hearing impaired, aged between 50 and 89 years (average=69), candidates to the HA use, divided into two groups according to the attendance modality: face to face (n=30) and teleconsultation (n=30). These participants were attended by five audiologists with expertise in hearing aid fitting and, in the teleconsultations, for another four facilitators. The TeamViewer software 10[®] was used to transmit audio and video and data sharing (connection via LAN USP, 384 Kbps speed), amongst the computer located in the test environment, where were the patient and the facilitator, and the remote environment, where was the audiologist. Thus, the audiologists conducted the programming procedures and examination of the hearing aid at the distance, with the facilitator's assistance. All consultations were recorded in video format. Two independent examiners evaluated the videos and assigned a score of 0 to 24 points for communication occurred in the consultations, according to the Global Consultation Rating Scale – GCRS. Higher scores indicate better results. On average, the duration of the teleconsultation was 10 minutes longer than the face to face consultations. Technical problems occurred in 27% of teleconsultation, being necessary to interrupt and restart them. The average score of the GCRS was 15.3 (in-person) and 12.6 (teleconsultation), and this is a significant difference. High scores or close to the maximum were not found in any of the cases. To complement the results, was performed qualitative analysis of 10 recordings of the consultations, face to face (n=5) and teleconsultation (n=5). The thematic categorical content analysis was performed using the NVivo software 10. In the two modalities of consultation, the categories' occurrence's frequency's analysis indicated a predominance of the professional speech and, when presence, of the facilitator. The content of this communication was biomedical, protruding the providing explanations about the using and the HA handling. The occurrence of back channels, which can indicate a listening posture, was more common for patients and their companions. It was concluded that the communication in HA fitting consultations was not patient centered, as currently recommended. Furthermore, this communication has suffered the influence of the use of information and communication technologies. Thus, is strengthened the recommendation of literature regarding the need for training of audiologists to use effective communication abilities, as well as strategies to avoid potential obstacles arising from the interaction via teleconsultation.

Keywords: Remote consultation. Hearing aids. Hearing loss. Counseling.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI	Aparelho de amplificação sonora individual
AASIs	Aparelhos de amplificação sonora individuais
DA	Deficiência Auditiva
dB	Decibel
dBNPS	Decibel Nível de Pressão Sonora
DOC	Davis Observation Code
DTMF	Dual Tone Multifrequency
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
GCRS	Global Consultation Rating Scale
HINT	Hearing in Noise Test
IOI-HA	International Outcome Inventory for Hearing Aid
ISDN	Integrated Services Digital Network
Kbps	Kilobites por segundo
LAN	Local Area Network
Mbps	Megabites por segundo
REAR	Real Ear Aided Response
REIG	Real Ear Insertion Gain
REUR	Real Ear Unaided Response
RIAS	Roter Interaction Analysis System
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL/PACIENTE E A REABILITAÇÃO DO ADULTO E IDOSO COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA	19
2.2	TELECONSULTA E OS APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAIS	29
2.3	COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL/PACIENTE DURANTE A TELECONSULTA	37
3	PROPOSIÇÃO	45
4	DESENVOLVIMENTO	49
4.1	EXPERIMENTO 1	51
4.1.1	Materiais e métodos	51
4.1.2	Participantes	52
4.1.2.1	<i>Indivíduos com deficiência auditiva</i>	<i>52</i>
4.1.2.2	<i>Profissionais e facilitadores</i>	<i>53</i>
4.1.3	Procedimentos	54
4.1.3.1	<i>Teleconsulta síncrona</i>	<i>55</i>
4.1.3.2	<i>Avaliação das habilidades de comunicação</i>	<i>56</i>
4.1.3.3	<i>Análise estatística</i>	<i>60</i>
4.1.4	Resultados	60
4.1.4.1	<i>Tempos despendidos nos procedimentos da consulta</i>	<i>60</i>
4.1.4.2	<i>Comparação das pontuações da GCRS – face a face x teleconsulta</i>	<i>60</i>
4.1.5	Discussão	63
4.1.6	Limitações do estudo	70
4.2	EXPERIMENTO 2	71
4.2.1	Método	71
4.2.1.1	<i>Participantes</i>	<i>72</i>
4.2.1.2	<i>Procedimentos</i>	<i>73</i>
4.2.1.2.1	<i>Análise de conteúdo</i>	<i>74</i>
4.2.2	Resultados e discussão	76
4.2.3	Limitações do estudo	90

5	CONCLUSÕES	91
	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICE	105
	ANEXOS	111

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva está entre as dez condições mais importantes que afetam a saúde dos indivíduos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde 5,3% da população mundial apresenta perda auditiva incapacitante, necessitando de tratamento. Aproximadamente 80% destes indivíduos residem em países de baixa e média renda onde o acesso ao tratamento é dificultado ou impossibilitado por barreiras geográficas, econômicas ou pelo número insuficiente ou distribuição desigual de profissionais e serviços qualificados.

A realização de consultas à distância por meio de tecnologias de informação e comunicação (teleconsulta) tem potencial para melhorar o acesso e qualidade do tratamento da deficiência auditiva. A teleconsulta síncrona, realizada com interação por meio de áudio e vídeo e controle remoto de aplicativos, é um modelo bastante utilizado na área da Audiologia, sendo a que mais se aproxima das consultas tradicionais (face a face). Pesquisas que avaliaram o uso da teleconsulta no processo de programação, verificação e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) tem demonstrado equivalência de resultados obtidos durante os procedimentos técnicos e satisfação do usuário com os mesmos.

Entretanto, este tipo de atendimento, por ser mediado pelo uso de tecnologia, representa uma forma de interação menos natural, podendo impactar a relação profissional/paciente. No caso de pacientes deficientes auditivos, a qualidade da transmissão de áudio e vídeo é de especial relevância, de forma a maximizar as oportunidades de compreensão da mensagem pelas vias auditiva e visual. Outro aspecto importante é que informações não verbais como o contato de olho e toque, que têm importante papel na transmissão de sentimentos de acolhida e do comportamento afetivo, podem ser dificultadas ou impedidas durante os atendimentos via teleconsulta.

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. A comunicação profissional/paciente é crucial para que o paciente seja ativo no planejamento e na tomada de decisões a respeito do tratamento. O profissional passa a ter a função de encorajar e facilitar ao

paciente o relato de sua história e exposição de seus sentimentos, temores e preocupações relacionadas ao processo. Desta forma, o profissional adquire outra perspectiva sobre a condição do paciente e do seu verdadeiro nível de motivação 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.

Até o presente momento foi encontrado apenas um estudo quantitativo que avaliou o impacto da teleconsulta na comunicação profissional/paciente durante o processo de programação, verificação e concessão do AASI, sendo observado maior número de comportamentos técnicos e menor número de discussões sobre a observância do tratamento nesta modalidade de consulta. Uma fragilidade deste estudo é que apenas um profissional foi avaliado, desta forma, faz-se necessário expandir esta investigação, incluindo um maior número de profissionais avaliados, buscando maior generalização de resultados, bem como incluindo métodos qualitativos para a avaliação das consultas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL/PACIENTE E A REABILITAÇÃO DO ADULTO E IDOSO COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Durante anos os profissionais da Audiologia vem utilizando o modelo biomédico em sua prática clínica. Diferentes avaliações são realizadas para diagnóstico da natureza e severidade da deficiência auditiva, sendo também feita a prescrição do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) ou terapia para amenizar o impacto desta deficiência. Embora não se possa negar o papel do “corpo físico” na causa ou remediação de dificuldades, é necessário repensar o foco singular na entidade física da doença, a despeito dos aspectos psicológico e social. Além disto, o cerne curativo do modelo biomédico vem levando à negligência de questões que envolvem o cuidado a longo prazo, necessário para o manejo de doenças crônicas. Finalmente, a ênfase na expertise do profissional frequentemente faz com que o conhecimento e vivência do indivíduo com deficiência auditiva sejam desconsiderados (DUCHAN, 2004).

Desta forma, críticas vem sendo realizadas com relação ao uso do modelo biomédico na reabilitação auditiva. Os profissionais devem considerar as necessidades dos pacientes ao invés de se concentrar apenas em limiares auditivos, configurações audiométricas e características eletroacústicas dos AASIs (SWEETOW et al., 2007). A meta da reabilitação é auxiliar o indivíduo a minimizar os efeitos da deficiência auditiva nos níveis pessoal, psicológico e social e possibilitar que ele (re)estabeleça um estado de bem estar psicológico e uma imagem social positiva que inclui a autoestima e autoeficácia (GAGNÉ; JENNINGS, 2011).

Por estas razões, é sugerida a evolução para outro tipo de cuidado que enfatiza a relação profissional/paciente (ENGLISH, 2005) e encoraja o paciente a participar ativamente em seu cuidado, por meio da criação de equilíbrio de poder e do relacionamento terapêutico com o profissional (GRENNESS et al., 2014a).

Isto é feito por meio de uma abordagem que possibilite: (1) compreensão dos efeitos da perda auditiva na vida do paciente, (2) ouvir cuidadosamente o paciente quando ele descreve tais efeitos e (3) responder cuidadosa e

apropriadamente com empatia, esperança e confiança nas habilidades do paciente para gerenciar seus problemas. Quando os profissionais escutam as histórias dos pacientes de forma ativa, reconhecem seu estado emocional e psicológico e respeitam suas habilidades para gerenciar seus problemas, os pacientes ficam mais propícios a aderir ao tratamento (ENGLISH, 2008).

Neste sentido, o modelo centrado na pessoa vem sendo proposto como alternativa. Em 1939, Carl Rogers introduziu o conceito de “terapia centrada no cliente” como método de aconselhamento não diretivo. Em oposição a outros modelos de intervenção, o modelo proposto por Rogers acreditava 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; BENTO, 2010).

A literatura descreve algumas características da abordagem centrada na pessoa (Quadro 1).

- Inclusão de aspectos sociais e psicológicos do paciente, o conhecimento de sua personalidade, cultura e relacionamentos e não apenas suas condições físicas.
- O profissional é empático, fornece suporte emocional e um ambiente terapêutico seguro.
- O profissional busca compreender o significado pessoal da doença para um determinado paciente.
- Há o compartilhamento de poder e responsabilidades, com a participação mais efetiva dos pacientes nas tomadas de decisões.
- Os indivíduos e suas famílias tem autonomia para decidir a respeito de quais intervenções de saúde desejam ou não receber.
- O relacionamento entre profissional e paciente é importante e por si só apresenta efeitos terapêuticos.
- A comunicação deve ser cuidadosa, sensível, interacional, com habilidades observacionais e contato autêntico, incluindo a escuta ativa e fornecimento de informação acessível e sem viés.

Fonte: MEAD; BOWER, 2000; HUGHES; BAMFORD; MAY, 2008; ENTWISTLE et al., 2010; LAPLANTE-LEVESQUE; HICKSON; WORRAL, 2010b; GAGNÉ; JENNINGS, 2011.

Quadro 1 - Principais características da abordagem centrada no paciente

Um aspecto fundamental da abordagem centrada na pessoa é eliciar a narrativa do paciente – isto sustenta a relação empática profissional/paciente (GAGNÉ; JENNINGS, 2011). O principal mecanismo que o profissional possui para acessar as restrições de participação e qualidade de vida é o oferecimento de suporte emocional para que o paciente explore seus sentimentos e compreenda o impacto da perda auditiva em sua vida diária (SWEETOW et al., 2007). Quando solicitada de forma não diretiva e quando é dado tempo necessário para que o paciente responda de forma honesta e reflexiva, a informação contida nesta

narrativa é crítica para a proposta de intervenção. Esta parceria permite que o paciente participe nas decisões sobre o tratamento e, eventualmente, explore os seus resultados, efeitos e consequências (GAGNÉ; JENNINGS, 2011).

Uma relação de confiança é estabelecida quando o paciente percebe que o profissional é tecnicamente competente, coloca o bem estar do paciente em primeiro lugar e apresenta competência interpessoal. Esta última inclui as habilidades para construir relacionamentos, ouvir, compreender e expressar cuidados. Estas habilidades interpessoais são demonstradas em palavras e ações, ou seja, não só “o que” é dito ou feito, mas “como” é dito ou feito (ENGLISH; KASEWURM, 2012).

A discussão com os pacientes a respeito dos problemas relacionados à perda auditiva é importante, sobretudo em países onde a adaptação do AASI é promovida por serviços públicos, em que os pacientes não têm um investimento financeiro direto na aquisição do dispositivo. A perspectiva de utilização do AASI ainda é uma questão delicada para muitos indivíduos e esta possibilidade será melhor tolerada se o paciente estiver motivado. É importante o aconselhamento ao paciente a respeito das possíveis dificuldades com o dispositivo, por isso o acompanhamento e suportes adequados devem ser fornecidos após a adaptação. Desta forma, uma das maneiras mais efetivas para melhorar a eficácia do processo de adaptação do AASI pode ser aprimorar a comunicação com o paciente antes, durante e depois da adaptação (SALONEN et al., 2013).

Alguns estudos verificaram que as dimensões da abordagem centrada no paciente são valorizadas pelos indivíduos com deficiência auditiva.

Em um estudo qualitativo-exploratório com o uso de entrevistas semiestruturadas, foram analisadas as jornadas de cinco pessoas idosas atendidas em um centro de saúde auditiva e que participavam de um grupo com a finalidade de diminuir as desvantagens causadas pela perda auditiva. As entrevistas mostraram a importância da relação profissional/paciente no processo de reabilitação auditiva, sendo que o momento da acolhida é considerado crucial para o desenvolvimento da cumplicidade e confiança. Durante a interação profissional/paciente é importante dar o espaço e a oportunidade para que o paciente expresse suas dúvidas e angústias, facilitando a identificação de aspectos a serem trabalhados durante o processo (SCHEFFER; FIALHO; SCHOLZE, 2009).

Kochkin et al. (2010) avaliaram o impacto do profissional de saúde auditiva no sucesso em relação ao uso do AASI. Por intermédio de um questionário respondido por 3.714 pacientes, avaliaram os atributos dos profissionais incluindo o conhecimento, profissionalismo, empatia, criação de expectativas realistas, cuidados com as explicações e manutenção dos AASIs e qualidade do serviço durante e após o processo de adaptação. O processo de adaptação e as características do profissional como o conhecimento, o profissionalismo, empatia, habilidade para adequação de expectativas, habilidades de orientações quanto aos cuidados e manutenção do dispositivo e o oferecimento de serviço de qualidade durante e após a adaptação e o processo de adaptação foram correlacionados com o sucesso no uso do dispositivo.

Em um estudo qualitativo, Laplante-Lévesque, Hickson e Worral (2010a) avaliaram a experiência de 22 pacientes com o processo reabilitativo centrado na pessoa em que as decisões eram compartilhadas. As entrevistas tiveram foco nas percepções dos pacientes em relação à tomada de decisões para reabilitação e fatores na interação paciente/audiologista que influenciam a aquisição do AASI. Foi verificado que os adultos com perda auditiva adquirida desejavam que suas experiências e preferências fossem ouvidas e levadas em consideração pelo profissional que o estava atendendo, vendo o atendimento centrado na pessoa como pré-requisito para o processo de reabilitação auditiva.

Poost-Foorosh et al. (2011) investigaram fatores da relação profissional/paciente que poderiam influenciar na decisão de um indivíduo em adquirir o AASI. Treze adultos e idosos deficientes auditivos, que haviam recebido indicação para uso do AASI recentemente e 10 audiologistas participaram de diferentes grupos focais. Nestas sessões os indivíduos foram solicitados a levantar fatores na relação profissional/paciente que interferiam na aquisição do AASI. Posteriormente estes fatores foram classificados em ordem de importância. Técnicas qualitativas e quantitativas de análise de dados foram empregadas gerando oito conceitos fundamentais, muitos deles em consonância com o que é preconizado na abordagem centrada no paciente como: possibilitar ao paciente conforto para expressar seus sentimentos, reconhecer a individualidade do paciente e sua prontidão para uso do AASI, fornecer apoio à realização de escolhas do paciente e empoderar o paciente por meio de tomada de decisões compartilhadas.

Laplante-Levesque et al. (2012) conduziram entrevistas com 34 adultos com deficiência auditiva, provenientes de diferentes países (Austrália, Dinamarca, Reino Unido e Estados Unidos) e com distintas experiências com o processo de reabilitação auditiva, englobando desde indivíduos que nunca procuraram tratamento até aqueles que já eram usuários de AASI. Os autores realizaram análises qualitativas dos conteúdos das entrevistas e identificaram quatro principais categorias emergentes que influenciaram a procura pelo tratamento. Dentre estas, a natureza da relação profissional/paciente, as habilidades interpessoais do clínico e a demonstração de um interesse genuíno pelo paciente foram bastante valorizadas pelos participantes.

Knudsen et al. (2013) realizaram um estudo qualitativo com 34 adultos com deficiência auditiva de forma a avaliar como eles percebem, significam e agem a respeito da perda auditiva. Os clientes foram solicitados a introduzir e discutir questões que eles consideram relevantes com a finalidade de obter conhecimento de forma a melhorar os atendimentos, adaptação e aconselhamento e, assim, aumentar o benefício e satisfação com os AASIs. Foram identificados nove aspectos que ilustram quanto esforço (cognitivo, físico e emocional) as pessoas com perda auditiva investem no processo de adquirir AASI e utilizá-lo com sucesso. Os fatores que influenciam algumas pessoas a decidir pela aquisição dos AASIs podem influenciar outras a decidir pela não aquisição e procurar por outros tipos de auxílio em relação à audição. Estes achados lembram que cada cliente tem suas próprias ideias, preocupações e expectativas a respeito do processo de reabilitação auditiva, devendo os mesmos ser considerados conforme preconiza o modelo centrado no paciente. O relacionamento de confiança entre o clínico e o cliente fornece um ambiente propício para o diálogo, levando ao sucesso do processo de reabilitação auditiva.

Em um estudo qualitativo, Grenness et al. (2014a) realizaram dez entrevistas com 10 indivíduos para analisar as experiências e preferências para a reabilitação auditiva centrada no paciente no ambiente clínico. A análise temática de conteúdo foi empregada. Os pesquisadores identificaram um tema principal que foi comum à todas as categorias. Os participantes descreveram como valorizam e esperam desenvolver um relacionamento com o audiologista e, nesta categoria, consideraram este relacionamento como sendo o ponto central e a necessidade básica para a interação nos serviços de saúde. A confiança e lealdade foram valorizadas no

relacionamento terapêutico. Em função das características comerciais comuns na reabilitação auditiva, que envolve a aquisição de AASI, o desenvolvimento da confiança foi considerado um fenômeno complexo, que pode mudar ao longo do tempo, sendo visto como responsabilidade do profissional. O senso de lealdade foi reflexo do relacionamento desenvolvido com o fonoaudiólogo. Em resumo, o relacionamento terapêutico foi descrito como o cerne da reabilitação auditiva centrada no cliente e, para que este relacionamento se estabeleça e seja mantido, a confiança e lealdade são essenciais. As habilidades interpessoais foram consideradas como facilitadoras para superar as barreiras de conforto do paciente e foram relacionadas às habilidades do audiólogo para construir um relacionamento terapêutico com o paciente. Especificamente, duas áreas das habilidades interpessoais foram consideradas: comunicação e profissionalismo. As habilidades de comunicação incluem ser amigável e fazer com que o paciente se sinta cuidado e compreendido. Habilidades de comunicação ruins foram associadas com experiências onde o audiólogo parece não escutar ou valorizar as perspectivas dos pacientes. A troca de informações foi considerada importante, ou seja, os participantes esperavam que lhes fossem dadas oportunidades para expressar suas perspectivas e preferências. Enquanto os audiólogos têm experiências que querem transmitir, os pacientes expressaram a necessidade de ter suas próprias experiências ouvidas. O fornecimento de informações foi considerado como importante para todos os participantes e incluía explicações a respeito do tipo e causa da perda auditiva, consequências destas dificuldades auditivas e opções disponíveis para reabilitação.

Grenness et al. (2015b) exploraram a comunicação verbal entre os audiólogos e pacientes/acompanhantes desde o diagnóstico até o planejamento terapêutico durante os atendimentos iniciais, estudando especificamente o número, proporção e tipo de expressões verbais por meio do Roter Interaction Analysis System (RIAS). Além disso, o estudo investigou a influência dos fatores do audiólogo, paciente e acompanhante como, por exemplo, a dominância verbal, equilíbrio de conteúdo e controle comunicativo, na dinâmica da comunicação. Foram codificadas, a partir do RIAS, 62 filmagens de atendimentos de 26 profissionais que trabalham em reabilitação auditiva de adultos na Austrália. Os códigos foram agrupados em quatro categorias. Observou-se que 48% das expressões dos audiólogos foram

classificadas como sendo de natureza educacional e de aconselhamento – deste conteúdo, 83% era de característica biomédica. A categoria mais comum de expressões dos pacientes (60%) foi para a construção do relacionamento, seguido por 25% de expressões para fornecimento de informações. O estilo comunicativo dos acompanhantes foi muito semelhante ao dos pacientes. Os resultados indicam que há pouca participação dos profissionais em comunicação afetiva, os pacientes e acompanhantes demonstraram fraco engajamento verbal, as expressões dos audiologistas foram predominantemente relacionadas ao AASI e outras opções de tratamento dificilmente foram oferecidas. Estes comportamentos comunicativos indicam que raramente foi observado o modelo de atendimento centrado no paciente.

Como visto, a comunicação profissional/paciente é um elemento importante na abordagem centrada no paciente. Esta comunicação fornece a base do estabelecimento de confiança para a troca de informação que será utilizada durante o diagnóstico, a tomada de decisões e para definir o plano de tratamento (MILLER, 2002). Os aspectos psicológicos determinam a habilidade do paciente para controlar questões afetivas e cognitivas, para pensar e formar atitudes, crenças, valores e o direito de determinar com quem e sob quais circunstâncias irá dividir seus pensamentos e sentimentos ou revelar informações, muitas vezes íntimas, necessárias para o estabelecimento do diagnóstico e tratamento efetivo. Quando profissionais se comunicam de forma agressiva, com estilo controlador, isto pode ser percebido pelos pacientes como uma violação de seus aspectos psicológicos (ONG et al., 1995).

O próprio desenvolvimento da autonomia do paciente está ancorado na comunicação efetiva e na habilidade do profissional de estabelecer interações terapêuticas (ENTWISTLE et al., 2010). A comunicação profissional/paciente também tem função importante na educação e motivação para que os pacientes tenham ações apropriadas e façam parte das decisões com o objetivo de melhorar os resultados em saúde (TEUTSCH, 2003).

Além do desenvolvimento da confiança, as habilidades comunicativas do profissional tais como a escuta, ser compreensivo e demonstrar interesse emocional são amplamente aceitas e evidenciaram influência positiva na satisfação do paciente e no desenvolvimento do relacionamento profissional/paciente (GRENNESS et al., 2014b).

As características do paciente, do profissional e do contexto deste encontro influenciam a natureza e o conteúdo da comunicação profissional/paciente. Sendo assim, o profissional deve adaptar diferentes estilos de comunicação para diferentes ambientes clínicos, culturas dos pacientes e atitudes, sem estereotipia (TEUTSCH, 2003).

Melhores 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 estão associados às 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).

Na área da medicina, uma revisão sistemática avaliou o efeito de vários estilos de comunicação durante o atendimento ao paciente e identificou as características da comunicação consideradas excelentes. Foram analisados 21 estudos, sendo 10 estudos analíticos e 11 estudos controlados randomizados. Verificou-se que a boa comunicação profissional/paciente exerce influência positiva no estado emocional do paciente, além de influenciar a redução de sintomas, no estado funcional e psicológico de controle da dor. Os autores sugerem que a entrevista com o paciente deve abordar, além dos aspectos físicos, os sentimentos, preocupações e a compreensão do problema por parte do paciente e como isto afeta a sua funcionalidade e expectativas quanto ao tratamento. Também indicam que os pacientes devem participar da formulação do plano terapêutico, sendo empoderados para tomar esta decisão com suporte e conforto (STEWART, 1995).

Fiscella et al. (2004) avaliaram as associações entre comportamentos centrados no paciente e a confiança do paciente no clínico. Foram codificadas as gravações em áudio dos atendimentos realizados por 93 clínicos gerais em dois pacientes simulados. A avaliação do comportamento do profissional foi realizada por meio de uma escala que mensurava a comunicação centrada no paciente. A subescala “confiança” do Primary Care Assessment Survey foi aplicada a 4.746 pacientes de cada um dos profissionais e também para os pacientes simulados. Foi verificado que o comportamento verbal do clínico estava associado à confiança relatada tanto pelos pacientes simulados como pelos pacientes reais. De acordo com os pacientes, a comunicação efetiva ocorre quando o profissional inicia e valida

as preocupações do paciente, questiona a respeito das ideias e expectativas, avalia o impacto dos sintomas em sua funcionalidade e responde às questões emocionais com empatia.

Em uma metanálise, Zolnieriek e DiMatteo (2009) verificaram correlação forte, positiva e significativa entre as habilidades de comunicação do profissional e aderência ao tratamento ($p < 0,001$). A probabilidade de adesão às recomendações foi 2,16 mais alta quando a comunicação profissional/paciente foi efetiva e centrada no paciente. Os comportamentos não verbais como o toque, contato de olho e linguagem corporal também influenciam a percepção da qualidade do cuidado, por parte dos pacientes.

Bensing (1991) analisou a “qualidade da atenção psicossocial” e como esta qualidade e a comunicação profissional/paciente estavam relacionadas com a satisfação do paciente. O autor usou três grupos de variáveis de comunicação profissional/paciente: comportamento afetivo, comportamento sistemático ou objetivo e comportamento centrado no paciente. As consultas classificadas mais positivamente foram aquelas em que os profissionais mostraram maior interesse no paciente, tiveram mais contato ocular, demonstraram mais empatia (refletindo sobre as palavras do paciente ou parafraseando o que foi dito) e encorajaram o paciente por meio de *back channels* (como hm-hm, ãh, etc.). Estas eram as consultas mais centradas no paciente, enquanto que as consultas que foram classificadas de forma mais negativa eram aquelas centradas no profissional e isto se aplica tanto para a fase de diagnóstico quanto para a fase terapêutica. De particular importância foi o fato de que o contato de olho teve um forte poder preditivo para qualidade da consulta, seguido por “mostrar interesse” (também não verbal).

Ruusvuori (2001) analisou o quanto o contato de olho e a postura por parte dos médicos podem influenciar na forma com que o paciente irá apresentar o problema. Foram analisadas as gravações em vídeo de 35 apresentações de problemas em consultas com 10 médicos atuantes na atenção primária. Assim, foram identificadas todas as hesitações que ocorreram durante a apresentação do problema pelo paciente. Na análise qualitativa caso a caso, foram identificadas quatro circunstâncias nas quais o paciente se torna hesitante seguido do desengajamento do médico da interação demonstrado pelo desvio do contato ocular e por sua orientação postural de afastamento quando o paciente está prestes a

finalizar seu turno. Assim, o estudo reforça a importância da comunicação não verbal para a interação profissional/paciente e como uma forma de demonstração de interesse pelo assunto, sendo considerados aspectos constituintes do atendimento centrado no paciente.

Dada a importância da comunicação profissional/paciente, foi desenvolvido em 1998 o guia Calgary-Cambridge para delinear habilidades de comunicação efetivas, além de fornecer uma estrutura para sua análise e ensino (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2008; BURT et al., 2014). Kurtz et al. (2003) modificaram o guia de forma a integrar as habilidades clínicas com as habilidades comunicativas durante uma consulta. As etapas da entrevista foram organizadas em atividades conforme mostra o Quadro 2.

ETAPAS DA ENTREVISTA	DESCRIÇÃO
Início da sessão	Estabelece contato inicial. Cumprimenta o paciente e obtém seu nome. Se apresenta, esclarece seu papel e a natureza da entrevista e obtém consentimento, caso necessário. Identifica o motivo da consulta. Identifica os problemas do paciente (perguntas abertas). Escuta atentamente o discurso inicial do paciente, sem interromper ou guiar sua resposta.
Obter informações	É necessário o uso de habilidades de processo para explorar o problema do paciente: permitir a narrativa do paciente, usar perguntas abertas e fechadas, facilitar respostas, usar escuta atenta, solicitar esclarecimento, usar linguagem apropriada, realizar um resumo interno, dentre outras. Deve ser explorada a perspectiva biomédica (relacionada à doença) como o momento em que ocorreu, sinais e sintomas, revisão de sistemas relevantes. Porém, deve também ser incorporada a perspectiva do paciente: ideias e crenças, preocupações, expectativas, sentimentos, impacto na vida. As informações de contexto se referem ao histórico médico, familiar, alergia, histórico social e pessoal.
Exame físico	
Explicações e planejamento	Fornece informações em partes assimiláveis. Facilita a compreensão e retenção da informação por parte do paciente. Estimula o paciente a fazer perguntas. Consegue obter um planejamento comum que incorpora a perspectiva do paciente (decisão compartilhada).
Encerramento da sessão	Estabelece, com o paciente, os passos a seguir. Resume a sessão brevemente e esclarece o plano. Verifica se o paciente está confortável com o plano de tratamento.

Fonte: KURTZ et al., 2003.

Quadro 2 - Etapas da entrevista e descrição das atividades para consultas médicas

O guia delineia 71 habilidades do processo de comunicação que devem ser utilizadas dependendo da situação e dos resultados específicos que se espera atingir em uma consulta (Anexo A) (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013).

2.2 TELECONSULTA E OS APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAIS

A aplicação da tecnologia de informação e comunicação (TIC) para fornecimento de serviços de saúde a distância vem recebendo grande atenção em função do seu potencial para aumentar o acesso a tais serviços, indo ao encontro das populações excluídas por razões geográficas e/ou socioeconômicas, e desenvolver novos modelos de cuidado.

Diferentes nomenclaturas e definições têm sido utilizadas na literatura para delimitar esta área. A nomenclatura utilizada para as aplicações das TICs na área da saúde está continuamente em evolução, dada sua estreita relação com os permanentes avanços tecnológicos. As definições sofrem constantes ajustes por parte das convenções adotadas, por exemplo, por associações profissionais, órgãos de classe e sociedades científicas. Observa-se, ao longo dos anos, um aumento em conceitos, rótulos e definições, que podem ou não se justapor. Por esta razão, a obtenção de um consenso sobre a terminologia mais apropriada para identificar esta área é uma tarefa bastante complexa (FERRARI, 2014).

Na área da Fonoaudiologia, a American Speech Language and Hearing Association utiliza o termo “teleprática” para descrever “o uso de tecnologias de telecomunicação para o fornecimento de serviços fonoaudiológicos à distância, conectando o cliente/profissional ou profissional/profissional para a avaliação, intervenção ou consulta” (AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2014). Especificamente na área da audição, a literatura propõe o uso do termo “teleaudiologia” para designar o fornecimento de serviços audiológicos à distância (SWANEPOEL et al., 2010).

No Brasil, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (2013) utiliza o termo telessaúde para definir o exercício da profissão por meio do uso de tecnologias de informação e de comunicação. Este Conselho ressalta que o fonoaudiólogo que

presta serviço em telessaúde deve realizar procedimentos que garantam a mesma eficácia, efetividade e equivalência do atendimento e do ensino presencial.

A telessaúde no Brasil foi bastante impulsionada com a criação do Programa Telessaúde Brasil, em 2007, voltado para a qualificação da atenção básica. Posteriormente, em 2010, este programa englobou os demais níveis de atenção gerando o “Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes” (Telessaúde Brasil Redes) (BRASIL, 2014b). Este Programa Telessaúde Brasil Redes é uma ação nacional para melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias de informação que oferecem condições para promover a teleassistência e a teleeducação. Esta rede é integrada pelos Núcleos e Pontos de Telessaúde:

- Núcleos de Telessaúde Técnico-Científico: são as instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão de teleconsultorias, telediagnósticos e segunda opinião formativa;
- Pontos de Telessaúde: são os serviços de saúde a partir dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam teleconsultorias e/ou telediagnósticos.

Em 2014, o Ministério da Saúde publicou um documento propondo a visão da telessaúde até 2020. Foi ressaltado o papel da telessaúde para aumentar a qualidade e ampliar o acesso à atenção à saúde, agilizar o atendimento e melhorar o fluxo de informações para apoio às decisões clínicas, de vigilância, de regulação e promoção da saúde e de gestão. A telessaúde deve contribuir para que se atinjam os objetivos de saúde definidos pelo SUS, para que se demonstrem os resultados obtidos e, ainda, que se estimem os custos a eles associados. No entanto, para sua efetividade plena, é necessário que as unidades de atenção à saúde distribuídas por todo o território nacional estejam conectadas à internet, com qualidade, sendo ainda importante haver uma cobertura adequada para acessos móveis que deem suporte às ações dos atores da atenção básica (BRASIL, 2014a).

A telessaúde engloba uma diferente gama de atividades, dentre elas a teleconsulta. A teleconsulta pode unir o clínico e o paciente, dois profissionais ou mesmo dois profissionais e um paciente para a realização de treinamento, interação

profissional, aconselhamento, educação, acesso ao serviço e intervenção (GIVENS; ELANGO VAN, 2003).

Uma teleconsulta pode englobar diversas formas de transmissão (voz, som, vídeo, imagem ou texto), tecnologias de comunicação (telefone, cabo, satélite, redes sem fio, ISDN, internet) e interfaces (computadores, notebooks, assistentes digitais pessoais, fax, telefones, celulares, videofones). Assim, permite o uso de diferentes modelos (FABRY, 2010; FERRARI et al., 2010; FREEMAN, 2010; MILLER, 2010):

- teleconsulta assíncrona (armazenar-enviar) – envolve a transmissão assíncrona de informações médicas, comunicações paciente/profissional e outros dados. Não há a necessidade de que os usuários estejam conectados em tempo real, faz uso de videocliques, imagens estáticas ou qualquer dado que seja transmitido após algum tempo. Uma das formas mais comuns para transmissão dos dados é via internet;
- teleconsulta síncrona: 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. São os encontros “ao vivo” mediados por sistemas de áudio e gráfico – combinam som e imagem;
- híbrido: utiliza a combinação das tecnologias síncrona e assíncrona;
- instrumentos autoguiados: instrumentos fornecidos para os pacientes para autoavaliação ou cuidado, por exemplo, testes de audição realizados online.

Na Audiologia a teleconsulta vem sendo utilizada em diferentes áreas que englobam desde a identificação até a reabilitação da deficiência auditiva. Na área dos Aparelhos de Amplificação Sonora Individuais (AASI), os primeiros relatos da aplicação da teleconsulta são da década de 90, em um programa piloto da Mayo Clinic Rochester, Minnesota (EUA), onde audiologistas utilizavam o controle remoto de aplicativos para realizar o ajuste destes dispositivos remotamente (NEMES, 2010).

Wesendahl (2003) descreveu o conceito de uma aplicação para a programação inicial e ajustes finos de AASIs programáveis. O AASI 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 profissional. Um dispositivo portátil (combinação de telefone móvel e programador de AASI) podia também ser utilizado a fim de permitir a realização de ajuste fino do AASI no ambiente acústico real do paciente.

No que se refere à teleconsulta assíncrona, o uso de e-mails diários para o aconselhamento e orientação pós-adaptação do AASI foi investigada qualitativamente em três casos. A análise de entrevistas e de e-mails trocados entre estes usuários e o pesquisador mostrou que os indivíduos exibiram comportamentos distintos frente ao uso da internet para o aconselhamento e que o uso de e-mails diários era viável como meio de comunicação profissional/paciente (LAPLANTE-LÉVESQUE; PICHORA-FULLER; GAGNÉ, 2006).

Os estudos que avaliaram a teleconsulta síncrona para programação, verificação do AASI e aconselhamento aos usuários encontram-se no Quadro 3.

Fonte/Pais	Tipo de estudo	Ambiente de teste e remoto	Facilitador	Equipamento e Conexão	Sujeitos	Procedimentos	Resultados
Ferrari, (2006) - Brasil	Ensaio clínico randomizado	Prédios separados em um mesmo campus universitário.	10 fonoaudiólogos sem experiência na programação e verificação do AASI.	Software NetMeeting para videoconferência e controle remoto de aplicativos. LAN 10 Mbps. Velocidade de conexão de 384 Kbps.	n=30 DA leve a severa Grupo face a face (n=15) 9 homens, 6 mulheres Idade: 44 a 75 anos (média 60) Grupo Teleconsulta (n=15) 10 homens, 5 mulheres Idade: 44 a 75 anos (média 61)	Programação e verificação do AASI. <u>Participantes</u> Questionário: 20 itens Resposta escala Likert de 5 pontos. <u>Facilitadores:</u> Questionário 20 itens Resposta escala Likert de 5 pontos	<u>Participantes</u> Sem diferença significativa entre consulta face a face e teleconsulta: interação e qualidade de comunicação com profissional, confiança no procedimento, informação recebida. <u>Facilitadores:</u> Teleconsulta auxiliou o aprendizado de conceitos e procedimentos na área de AASI.
Pearce, Ching e Dillon (2009) - Australia	Relato de série de casos	Cidades diferentes.	Assistentes em Audiologia.	Unidades de videoconferência e o software PCAnywhere (1995) para controle remoto do computador e equipamento audiológico. Cartão de banda larga (7,2 megabits por segundo).	n=5 Adultos	<u>Caso 1 e 2</u> Avaliação diagnóstica <u>Caso 3</u> Programação e verificação de AASI <u>Caso 4</u> Ajuste fino de AASI <u>Caso 5</u> Aconselhamento	Teleaudiologia é uma opção viável para o fornecimento de serviços em locais distantes.
Ferrari e Bernardez-Braga (2009) - Brasil	Estudo pré e pós-teste	Salas diferentes em um mesmo prédio.	Fonoaudiólogo sem experiência em verificação de AASI.	Software Polycom PVXv8.0 para videoconferência e controle remoto de equipamento. LAN 10 Mbps. Velocidade de conexão de 384 Kbps.	n=60 (105 orelhas) Usuários de AASI Idade: 18 a 84 anos (média=67)	Comparação face a face e distância para medidas com microfone sonda: REUR, REAR e REIG.	Diferença face a face e teleconsulta REUR, REAR e REIG: 0 a 2,2 dB (p<0,05) Correlações entre REUR, REAR e REIG face a face e teleconsulta = 0,72 a 0,95

continua

continuação

Fonte/Pais	Tipo de estudo	Ambiente de teste e remoto	Facilitador	Equipamento e Conexão	Sujeitos	Procedimentos	Resultados
Campos e Ferrari (2012) - Brasil	Ensaio clínico randomizado cego	Prédios separados por 300m de distância em um mesmo campus universitário.	Fonoaudiólogo com pouca ou nenhuma experiência em programação e verificação de AASI.	Software Polycom PVXv8.0 para videoconferência e controle remoto de equipamento. LAN 10 Mbps. Velocidade de conexão de 384 Kbps.	n=50 DA grau leve a severo. Candidatos ao AASI (sem experiência prévia). Grupo Face a Face (n=25) Média idade: 69,6 anos Média limiar: 50,2 dB Teleconsulta (n=25) Média idade: 70,4 anos Média limiar: 50 dB	Comparação face a face e teleconsulta para programação, verificação do AASI e aconselhamento informativo e adaptação de AASI por meio do tempo dispendido, resultados de percepção da fala e de questionário de autoavaliação.	Maior tempo despendido para teleconsulta na programação e verificação do AASI. (3,5 a 3,8 minutos) Diferença de equiparação entre target e REIG maior para teleconsulta nas intensidades de 65 e 80 dBNPS: 0,78 a 2,14 dB (p<0,05) Sem diferença entre os grupos para o teste Hearing in Noise Test (HINT), tempo de uso do AASI e pontuação do questionário International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA)
Reginato e Ferrari (2014) - Brasil	Ensaio clínico randomizado controlado	Salas no mesmo edifício separadas por 30m de distância em um campus universitário.	Fonoaudiólogo sem experiência no processo de seleção e adaptação de AASI, previamente treinado.	Aplicativo Skype 5.0 para transmissão de áudio e vídeo e software TeamViewer 8 para controle remoto de aplicativos. LAN 10 Mbps. Velocidade de conexão de 384 Kbps	n=40 DA grau leve a severo. Candidatos ao AASI (sem experiência prévia). Grupo Face a Face (n=20) Média idade: 69,15 anos Média limiar: 44,8 dB Teleconsulta (n=20) Média idade: 69,95 anos Média limiar: 47,95 dB	Comparação face a face e teleconsulta para a análise do conteúdo a partir do "Código de Observação de Davis" (DOC) e da satisfação com a consulta avaliada por meio do "Questionário de Experiência do Paciente" (PEQ).	Não houve diferença entre os grupos nas dimensões "resultados da consulta", "barreiras de comunicação" e "experiência de comunicação". A teleconsulta apresentou pontuação significativamente maior na dimensão "emoções após a consulta". As explicações do profissional sobre a estrutura da consulta e realização de procedimentos foram mais observadas na teleconsulta.

AASI= Aparelho de Amplificação Sonora Individual; **LAN**= Local Area Network; **DA**= Deficiência Auditiva; **REUR**= Real Ear Unaided Response; **REAR**= Real Ear Aided Response; **REIG**= Real Ear Insertion Gain; **dB**= Decibel; p<0,05 estatisticamente significante.

Quadro 3 - Aplicação da teleconsulta síncrona na seleção, programação, verificação e adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individuais (AASI)

Nos Estados Unidos, o Departamento de Veteranos (Department of Veterans Affairs- VA) vem prestando serviços de teleconsulta em Audiologia nos últimos anos. Em 2011, foi implementado um projeto piloto em 10 áreas pré-estabelecidas para verificar a viabilidade da programação remota do AASI, além da verificação dos benefícios dos dispositivos, buscando coletar dados sobre os resultados clínicos e de satisfação do paciente comparando-os ao modelo presencial. Os resultados preliminares indicaram não haver diferença entre os modelos de atendimento no que se refere ao benefício e satisfação dos usuários com seus AASIs, mensurados por meio do inventário International Outcome Inventory for Hearing Aid (IOI-HA) (DENNIS; GLADDEN; NOE, 2012).

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” que utilizavam o sinal Dual Tone Multifrequency (DTMF) emitidos pelos teclados dos telefones para o ajuste de características do AASI (FREEMAN, 2010). Posteriormente, em 2012, esta empresa demonstrou um aplicativo que permitia utilização mínima de transmissão de dados para a programação do AASI, possibilitando a realização da programação remota destes dispositivos em locais que não possuem conexão robusta à internet (GALSTER; ABRAMS, 2012).

Nos últimos cinco anos os modelos de aquisição do aparelho de amplificação sonora individual via internet, vem crescendo. De modo geral, esta comercialização é feita sob três formatos:

- a) Publicidade e venda de AASIs de grandes fabricantes. Para efetuar a compra, o site solicita que o consumidor seja atendido por um profissional para o diagnóstico audiológico e recomendações em relação à amplificação. O AASI indicado é adquirido pelo consumidor via internet e enviado ao profissional que irá ajustar estes dispositivos e fornecer o aconselhamento e acompanhamento (BRAMBLE, 2013).

- b) O consumidor envia para o site informações a respeito de sua audição (exemplo: audiograma) e o AASI é então programado e enviado diretamente ao consumidor. Se for necessário um molde auricular, o consumidor realiza a pré-moldagem utilizando materiais e instruções enviadas por correio. Posteriormente, reenvia a pré-moldagem para o vendedor. Caso os AASIs necessitem de ajuste fino, o consumidor deve encaminhar os dispositivos para o fabricante ou então procurar um fonoaudiólogo em sua cidade, tendo que arcar com estes custos (KIMBALL, 2010).
- c) O AASI pré-ajustado é enviado para o consumidor, o qual deve ter acesso a um computador e internet. O consumidor também adquire os elementos para programação do dispositivo (software, cabos de programação) para realizar o ajuste fino do dispositivo. Em alguns casos, o consumidor pode receber auxílio, a distância, para a realização destes ajustes (CONVERY et al., 2011).

Os AASIs que podem ser ajustados pelo consumidor representam uma resposta ao crescimento das necessidades por serviços de saúde auditiva, principalmente em regiões remotas ou que não dispõem do serviço. Entretanto, ainda existe debate no que se refere aos benefícios e desvantagens deste dispositivo. Este tipo de dispositivos tem a vantagem de redução de custos, de permitir o processo de ajuste fino do AASI em situações de escuta reais e a maior participação do usuário no processo de ajuste do dispositivo (CONVERY et al., 2011).

Kimball (2010) relata que não pode ser dispensado o papel do profissional para a avaliação diagnóstica, para o procedimento de pré-moldagem das orelhas, prescrição da amplificação com uso de regras prescritivas genéricas, verificação da amplificação e aconselhamento a respeito de vários tópicos. Convery et al. (2011) também apontam os riscos da indicação e ajustes impróprios dos dispositivos, além da necessidade de muitos indivíduos de receber aconselhamento e treino quanto às estratégias de comunicação.

De qualquer forma, estes modelos alternativos de aquisição via internet tem potencial para impulsionar a teleconsulta na área dos aparelhos de amplificação sonora individuais.

2.3 COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL/PACIENTE DURANTE A TELECONSULTA

Como mencionado anteriormente, os comportamentos comunicativos entre profissionais e pacientes, afetam não só as tomadas de decisões, mas também afetam os resultados de um atendimento em saúde. A confiança e a privacidade do paciente estão intimamente relacionadas com a interação médico/paciente (MILLER, 2001).

A face humana é origem de uma ampla variedade de sinais sociais. É possível identificar pessoas e estados emocionais a partir de suas faces de forma mais confiável do que a partir de outras origens tais como a voz ou o andar, apesar de estas pistas também serem utilizadas. O uso de padrões de movimentos de lábios, mandíbulas e língua facilitam a percepção da fala. A leitura do movimento dos lábios produz ganho na inteligibilidade quando o sinal de áudio é fraco ou há ruído de fundo. O contato ocular e movimentos de cabeça auxiliam na compreensão do foco de atenção da outra pessoa e para regular as trocas de turnos. Além do mais, gestos como acenos de cabeça ou olhares de perplexidade fornecem importantes informações durante a conversação. As informações da face são suplementadas por uma ampla variedade de outras informações não verbais, tais como gestos das mãos e chacoalhar de ombros. Por isso, devido à importância das expressões faciais e aspectos não verbais, a comunicação pode estar alterada quando o canal visual não estiver disponível (BRUCE, 1996).

O cenário da teleconsulta representa uma forma incomum de interação visual e auditiva e seu realismo irá depender da tecnologia utilizada. Desta forma, a teleconsulta pode enfrentar desafios, principalmente relacionados à comunicação profissional/paciente, considerando que além dos aspectos técnicos, como a comunicação permeada por tecnologias da informação/comunicação e os processos clínicos permitidos pelo uso de tais tecnologias, há também o envolvimento de um terceiro elemento que interfere no relacionamento profissional/paciente, o facilitador. Assim, é importante avaliar como estas relações e comunicações serão estabelecidas nas teleconsultas (LIU et al., 2007).

Até o presente momento foi encontrado apenas um estudo na área da Audiologia que avaliou a comunicação profissional/paciente durante a teleconsulta

síncrona, estando o mesmo citado no Quadro 3 . Deste modo, estudos realizados em outras áreas da saúde foram utilizados nesta revisão.

O’Conaill, Whittaker e Wilbur (1993) relataram que a videoconferência permite uma comunicação mais similar à comunicação face a face – a disponibilidade do vídeo agrega os benefícios do contato ocular, gestos e do monitoramento das reações das pessoas. Os autores avaliaram como diferentes sistemas utilizando linhas ISDN (Integrated Services Digital Network) e transmissão ótica impactavam a comunicação. Verificaram que o contato de olhos foi difícil de ser estabelecido nos dois sistemas de videoconferência, pois os interlocutores dirigiam o olhar para a imagem do participante remoto, ao invés de olhar diretamente na câmera.

Miller (2001) realizou uma revisão de literatura de estudos que avaliam a comunicação profissional/paciente via teleconsulta. Foram identificados 38 estudos, sendo que a maioria enfocava a satisfação com a telemedicina e com o sistema ao invés de analisarem como a comunicação ocorria durante a interação. Foram identificados estudos que se referiam às pesquisas pós-consulta (21 estudos), pesquisas que envolviam as atitudes dos profissionais e da comunidade (6 estudos) e estudos que envolviam a análise qualitativa dos atendimentos médicos (11 estudos). O autor constatou que 80% dos estudos apresentaram resultados favoráveis à teleconsulta, principalmente no que se refere à eficácia comunicativa, conforto do paciente e profissional, relação entre paciente e profissional, ansiedade/nervosismo, qualidade de áudio e qualidade de vídeo. Os achados negativos superaram os positivos na área referente ao comportamento não verbal e para a falta de contato físico. Foram os estudos qualitativos que revelaram o aspecto negativo da comunicação não verbal durante a teleconsulta.

Demiris et al. (2003) utilizaram autorelatos de pacientes e profissionais para avaliar 122 visitas virtuais entre pacientes idosos com doenças crônicas, localizados em casa, e enfermeiros localizados em agência de *homecare*. O projeto usou equipamento de videoconferência comercialmente disponível e de baixo custo e acesso à internet para promover a interação entre os participantes. Um enfermeiro deu início à visita virtual ligando para o paciente em casa. O videofone funcionava com um codec e usava a tela de uma televisão. Usaram a análise de conteúdo verbal para avaliar um subgrupo de 30 destas visitas. Observaram que problemas

relacionados à conexão ocorreram em 8% das consultas. A maior dispensação de tempo foi com a avaliação do estado físico do paciente (42%), seguido pela observação (13%), questões psicossociais (10%) e fala informativa e educativa (8%). Em média, os enfermeiros falaram por 59% do tempo e foram responsáveis por 67% das elocuções. Os autores concluíram que os problemas técnicos não interferiram com os cuidados fornecidos durante as visitas virtuais.

Na área de dermatologia, Demir, Edison e Vijaykumar (2005) compararam consultas face a face e teleconsulta no que se referiu à comunicação durante os atendimentos, a qualidade dos cuidados, a segurança do paciente, o relacionamento profissional/paciente e a utilização futura. O estudo foi conduzido entre o Missouri Telehealth Network e a University of Missouri Health Sciences Center na Columbia e áreas rurais no estado do Missouri. Foram gravados registros de áudio de 40 atendimentos face a face e 54 atendimentos via teleconsulta que, posteriormente, foram transcritos e analisados. No que tange à qualidade técnica a maioria das teleconsultas ocorreu sem interferência ou falha de equipamentos. A duração das teleconsultas foi de 9 minutos em média, sendo menor do que a dos atendimentos presenciais que durou 11 minutos em média. As teleconsultas incluíram muitos dos padrões de interação importantes que ocorrem no atendimento face a face. A avaliação do estado médico do paciente foi o componente dominante tanto na teleconsulta quanto nos atendimentos face a face, seguido pela discussão do tratamento. Outro tema importante identificado durante os dois modelos de consulta foi quando os pacientes revelam detalhes a respeito de sua vida familiar, cultural e pessoal. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a teleconsulta e o atendimento face a face no que se refere ao tema “fala informativa geral” e “conversa social”. Demonstrando empatia e engajando dos pacientes em discussões a respeito de assuntos importantes para eles, o profissional pode reduzir a ansiedade, aumentar a aceitação e alcançar altos níveis de satisfação. Estes importantes componentes da comunicação não foram afetados pelos atendimentos via telemedicina.

Harrison et al. (2006) avaliaram qualitativamente as experiências de 28 pacientes com as teleconsultas, determinando os fatores que contribuem para a satisfação ou não satisfação com este modelo de atendimento. O atendimento foi realizado por meio de videoconferência com conexão ISDN2 e as informações a

respeito da satisfação em relação ao atendimento foram coletadas por meio de questionário semiestruturado e categorizadas em dois domínios principais, o atendimento ao paciente e a interação médico/paciente. Os pacientes relataram que os atendimentos realizados via teleconsulta eram convenientes, visto que minimizaram os infortúnios relativos ao transporte, aos custos com as viagens e pontualidade. Além disso, relataram que o uso da videoconferência fez com que recebessem mais atenção e se sentiram mais a vontade para questionar o profissional. No entanto, outros pacientes relataram constrangimento e tiveram a sensação de alienação resultante da videoconferência, sendo que o profissional foi descrito como “distante” e “artificial”. Vários pacientes relataram preferência pela consulta face a face quando há necessidade de avaliações físicas. Alguns pacientes consideraram que a tecnologia interferiu na comunicação paciente/médico, mas esta interferência pode ser minimizada por meio de melhorias consideráveis na tecnologia e na largura de banda utilizada.

Liu et al. (2007) utilizaram a análise de conteúdo verbal para comparar 20 consultas presenciais com 20 teleconsultas entre o paciente local e o internista distante localizados no Gunma University Hospital no Japão. Foram analisadas gravações em vídeo de atendimentos realizados face a face e via teleconsulta. Os autores selecionaram 14 itens para serem observados, dentre eles, o tempo total de consulta, o número de elocuções, de elocuções por minuto, de elocuções médicas, de elocuções do paciente, de turnos e de turnos por minuto, de elocuções simultâneas, de solicitações por repetição, de questões abertas realizadas pelos médicos, de questões fechadas, de elocuções facilitadoras, de elocuções empáticas e o número de elocuções de elogio do médico ao paciente. Os resultados revelaram número significativamente maior de elocuções durante as consultas presenciais (média=5.685) do que com a teleconsulta (média=3.442) tanto por parte do médico (média presencial=2.527; média teleconsulta=1.484) quanto do paciente (média presencial=3.158; média teleconsulta=1.958). Também revelaram significativamente mais turnos durante as consultas presenciais e mais solicitação por repetição durante a teleconsulta. Os médicos estavam menos propensos a realizar elocuções facilitadoras, ser empáticos ou fazer elogios durante as teleconsultas. Não houve diferenças entre a quantidade de perguntas abertas e fechadas realizadas pelos médicos ao longo dos dois modelos de atendimento. Os registros médicos foram

menos completos com a teleconsulta. Os pacientes pontuaram ambos os meios de transmissão como positivos e a teleconsulta apresentou menor pontuação do que a consulta presencial para os médicos.

A presença de um facilitador ou de um segundo profissional de saúde nas teleconsultas também pode complicar a comunicação profissional/paciente. Street, Wheeler e McCaughan (2000) utilizaram a análise de conteúdo verbal para avaliar 26 teleconsultas entre um paciente e o clínico geral (ambiente presencial) e um médico especializado (ambiente remoto). Os resultados indicaram muito pouca discussão em grupo entre os participantes, com a maioria das falas ocorrendo entre o médico especialista e o clínico geral ou o paciente e menos falas entre o paciente e o clínico geral. Muitas elocuções foram feitas pelos especialistas (45%), seguidas pelos clínicos gerais (34%) e pacientes (23%). O fornecimento de informações foi igualmente distribuído, embora os pacientes tenham recebido menor quantidade (17%) e os especialistas, maior quantidade (55%). Os autores concluíram que, de um modo geral, os especialistas dominaram a consulta, fizeram mais perguntas, exerceram maior controle e permaneceram falando com mais frequência. Ao contrário, os pacientes foram menos ativos, apresentaram o menor número de elocuções, fizeram menos perguntas, exerceram menos controle e receberam a menor quantidade de informações. Embora a distribuição de comportamentos tenha variado, o modelo biomédico, focado nas atividades tende a ser predominante durante a teleconsulta.

Tachakra e Rajani (2002) analisaram a relação médico-enfermeiro-paciente em um serviço de emergência comparando a situação convencional (n=30) com a teleconsulta (n=30) por meio do uso da análise de conteúdo verbal. Na situação convencional, os envolvidos estavam localizados no mesmo hospital, enquanto que na teleconsulta, o médico estava em um hospital a 6 Km de distância e utilizou sistema de videoconferência conectado a uma velocidade de 384 Kbps para se comunicar com os enfermeiros e pacientes. Durante as teleconsultas foram analisadas as interações entre o médico e o enfermeiro, o médico e o paciente e o paciente e o enfermeiro. A duração média da teleconsulta foi de 951 segundos e da consulta face a face foi de 247 segundos. O número de turnos foi maior durante as teleconsultas, considerando que o médico deveria indicar as ações que seriam realizadas pelo enfermeiro e que os pacientes se sentiram menos intimidados e

fizeram mais questionamentos, indicando que a telemedicina pode facilitar a comunicação por parte do paciente. Nas consultas face a face os pacientes acharam mais difícil de interromper o turno do profissional e médicos consideraram mais fácil de terminar a consulta. Nas consultas face a face, a linguagem corporal do paciente foi útil enquanto que nas teleconsultas esta análise não foi tão utilizada. Os autores indicaram que para as teleconsultas, as repetições e rephraseamentos são extremamente importantes para confirmar que determinado assunto foi compreendido. Neste estudo, a compreensão entre médico-enfermeiro-paciente durante a teleconsulta foi melhor do que na consulta face a face, assim como o uso de repetições e rephraseamentos. Tanto o médico quanto o enfermeiro foram mais cuidadosos e dispenderam mais tempo para explicar os detalhes dos procedimentos ao paciente nas teleconsultas. Estes achados podem ser devido à novidade tecnológica ou por a telemedicina introduzir mudanças nas relações entre os participantes.

Sabesan et al. (2014) forneceram sugestões para melhorar a qualidade da comunicação profissional/paciente durante a teleconsulta:

- antes de iniciar a consulta, é importante verificar se tanto o áudio quanto o vídeo estão funcionando adequadamente e assegurar que a imagem do médico esteja no meio da tela e com tamanho suficiente para que seja claramente visível para o paciente;
- fazer a apresentação e cumprimentar os presentes;
- explicar que tudo que seria realizado na consulta face a face também será realizado na teleconsulta e que o nível do serviço oferecido será o mesmo;
- posicionar a imagem do paciente projetada na tela próxima à webcam de forma que simule o contato de olhos;
- dispensar tempo discutindo aspectos familiares, de casa e outros tópicos sociais de forma a construir um relacionamento (como acontece nas consultas face a face);
- manter contato de olhos com o paciente utilizando de forma efetiva a câmera e o zoom buscando pistas não verbais;

- usar auxílio visual de imagens ou esquemas para complementar as explicações verbais;
- resumir a consulta e verificar se o paciente compreendeu a informação;
- se a consulta envolve algum assunto delicado, encorajar os membros da família e/ou profissionais da saúde para participarem da consulta;
- antes de finalizar a consulta, sugerir oportunidades para avaliar outros aspectos que surgirem, oferecendo os contatos do serviço de saúde e outros especialistas.

As consultas que ocorrem por meio de vídeos interativos geralmente servem como substitutas para os encontros presenciais. A influência da teleconsulta na natureza e conteúdo da comunicação profissional/paciente ocorre devido aos aspectos técnicos e interpessoais. Tecnicamente, a teleconsulta pode afetar a comunicação profissional/paciente através da despersonalização do relacionamento, melhorias e impedimentos na participação e limitações sensoriais e não verbais. Os aspectos técnicos que interferem na teleconsulta são relacionados com as tecnologias utilizadas, incluindo hardware, software, padrões e serviços de suporte, assim como os processos clínicos promovidos por estas tecnologias, incluindo os achados clínicos, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Interpessoalmente, a teleconsulta pode afetar a comunicação através da participação de um terceiro elemento, distância social e profissional e a falta de desenvolvimento de normas e padronizações. De forma a aumentar a compreensão dos efeitos da teleconsulta no relacionamento profissional/paciente é importante o desenvolvimento de investigações mais profundas a respeito do comportamento durante o atendimento médico. Particularmente importante é a análise do conteúdo verbal, que utiliza sistemas de análise de interação para descrever e categorizar como a comunicação ocorre. É possível que o efeito de distanciamento da telemedicina ajude a criar um ambiente menos ameaçador. No entanto, é provável que os aspectos da tecnologia aumentem a ansiedade e o desconforto entre certos participantes que podem se tornar menos autoconscientes e inibidos, principalmente com aqueles que tem as imagens, informações clínicas e outros detalhes íntimos registrados e transferidos entre os locais. Esta falta de privacidade associada com a teleconsulta pode impedir

a comunicação do paciente durante alguns atendimentos (MILLER, 2003; MILLER, 2010).

A natureza e estrutura da comunicação médico/paciente são familiares para ambas as partes, no entanto, esta comunicação não é clara quando há o envolvimento da telessaúde. Com o aumento do uso dos recursos da telessaúde, é importante estabelecer estruturas padronizadas de forma que a comunicação neste modelo de atendimento seja centrada no paciente e consistente entre os médicos. Por isso, Sabesan e Kelly (2014), realizaram um estudo qualitativo utilizando entrevistas semiestruturadas com o objetivo de identificar temas a partir dos pontos de vista dos pacientes e médicos relacionados à comunicação na telessaúde. Os resultados indicaram a presença dos seguintes temas: aceitação relacionada à qualidade de áudio e vídeo, familiaridade com a tecnologia, tempo despendido em estabelecer relacionamento e relacionamento interpessoal, apresentação de outros, confiança do sistema, necessidade de suporte da equipe de profissionais locais e membros familiares durante as teleconsultas, atenção relacionada à privacidade, apresentação do ambiente e uso de esquemas e figuras para as explicações. O tamanho da tela, uso da câmera para contato de olho e conectividade foram temas adicionais relatados pelos médicos oncologistas. Quatro médicos necessitaram de, no mínimo, uma consulta face a face para estabelecer o relacionamento. Assim, os autores concluem que os requisitos para a comunicação médico/paciente são coincidentes para a telessaúde e para as consultas face a face, exceto para diversos aspectos únicos à telessaúde. Sugerem que os temas abordados no estudo sejam incorporados à estrutura já existente para as consultas face a face de forma a atingir uma consistência na comunicação médico/paciente na telessaúde.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

Os objetivos desse estudo são:

- avaliar as habilidades de comunicação do profissional durante consultas presenciais e teleconsultas para a seleção, verificação e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI);
- avaliar se a mediação da consulta por meio de tecnologias de informação e comunicação afetam estas habilidades de comunicação;
- avaliar o conteúdo da comunicação profissional/paciente durante o processo de seleção e adaptação do AASI por meio de consultas presenciais e teleconsultas.

4 DESENVOLVIMENTO

4 DESENVOLVIMENTO

O presente estudo foi desenvolvido na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB-USP), após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, com CAAE nº. 23733313.5.0000.5417, número do parecer consubstanciado 526.794 e número do parecer consubstanciado após a emenda 1.292.511, gerado no site da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde (Anexo B e C).

De forma a propiciar ao leitor uma melhor apreciação do estudo este capítulo descreverá os dois experimentos conduzidos, incluindo os resultados e discussão. Ressalta-se que todas as informações exigidas nas Normas de Apresentação de Teses da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, foram contempladas nesta formatação.

4.1 EXPERIMENTO 1

Este experimento teve como objetivo comparar a comunicação nas consultas para adaptação do AASI realizadas face a face e via teleconsulta.

4.1.1 Materiais e métodos

Este ensaio clínico, não randomizado, foi realizado na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB-USP) após avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE n. 23733313.5.0000.5417, parecer consubstanciado n. 526.794 e número do parecer consubstanciado após a emenda 1.292.511) (Anexos B e C). Esta Clínica é credenciada pelo Ministério da Saúde para fornecimento de serviços de saúde auditiva, incluindo o diagnóstico audiológico e reabilitação auditiva com a concessão de aparelhos de amplificação sonora individuais, sem custos diretos para a população.

4.1.2 Participantes

Todos os participantes foram voluntários, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos D e E).

4.1.2.1 *Indivíduos com deficiência auditiva*

A amostra de conveniência compreendeu 60 indivíduos com idades variando entre 50 e 89 anos, que apresentavam perda auditiva neurossensorial bilateral de graus variados, sendo candidatos ao uso do AASI. Todos os indivíduos eram pacientes da Clínica de Fonoaudiologia e não tinham experiência prévia com o uso deste dispositivo.

Estes participantes foram divididos em dois grupos, pareados com relação à idade (teste t , $p=0,99$) e grau da perda auditiva (teste t , $p=0,66$), de acordo com a modalidade de consulta para adaptação do AASI ao qual seriam submetidos: teleconsulta síncrona ($n=30$) e padrão face a face ($n=30$). O pareamento foi realizado também de forma a incluir, em cada grupo, 10 indivíduos das seguintes faixas etárias: 50-61 anos, 62-74 anos e acima de 75 anos. A Tabela 1 indica os dados referentes à idade e características audiológicas.

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos e audiométricos dos participantes

Variáveis			Face a face	Teleconsulta
Idade (anos)	Média ± DP		69±11,3	69±11,1
	Extensão		50-89	50-89
Gênero	Masculino	n (%)	18 (60)	14 (46,7)
	Feminino	n (%)	12 (40)	16 (53,3)
Nível sócio econômico (GRACIANO; LEHFELD; NEVES, 1999)	Baixa inferior	n (%)	2 (6,7)	3 (10)
	Baixa superior	n (%)	19 (63,3)	20 (66,6)
	Média inferior	n (%)	8 (26,7)	7 (23,4)
	Média	n (%)	1 (3,3)	0 (0)
Anos de escolaridade	0 anos	n (%)	0 (0)	3 (10)
	1-5 anos	n (%)	20 (66,6)	20 (66,6)
	6-9 anos	n (%)	2 (6,7)	2 (6,7)
	9-12 anos	n (%)	6 (20)	5 (16,7)
	13-17 anos	n (%)	2 (6,7)	0 (0)
Média ISO limiares audiométricos	Orelha Direita	Média ± DP	50,8±10	45,5±10,7
		Extensão	33,75-77,5	26,25-66,25
	Orelha Esquerda	Média ± DP	51,9±10,9	46,2±12,8
		Extensão	35-80	23,75-81,25
Limiar de reconhecimento da fala	Orelha Direita	Média ± DP	50,3±12,9	48,6±14,3
		Extensão	30-85	20-84
	Orelha Esquerda	Média ± DP	50,8±12,1	47,6±15,1
		Extensão	30-80	15-90
Tipo de AASI	Microcanal	n (%)	5 (16,6)	4 (13,3)
	Intracanal	n (%)	13 (43,4)	4 (13,3)
	Retroauricular	n (%)	8 (26,7)	8 (26,7)
	Tubo fino e oliva	n (%)	2 (6,7)	13 (43,4)
	Receptor no canal	n (%)	2 (6,7)	1 (3,3)

Média ISO= média aritmética dos limiares audiométricos nas frequências de 500, 1k, 2k e 4k Hz; **AASI**= Aparelho de amplificação sonora individual; **DP**= desvio padrão; **n**= número; **%**= porcentagem.

4.1.2.2 Profissionais e facilitadores

Cinco fonoaudiólogas da Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP, com idades entre 30 a 37 anos (média=33,4, DP=3,29) com tempo de formação profissional variando entre 7 a 12 anos (média 9,8 ± 2,28) e cinco anos de experiência no processo de seleção e adaptação do AASI. Além destas profissionais, quatro fonoaudiólogos com idade entre 22 e 25 anos (média=23,5, DP=1,29), estudantes de pós-graduação e sem experiência clínica no processo de seleção e adaptação do AASI, atuaram como facilitadores das teleconsultas.

4.1.3 Procedimentos

Na Clínica de Fonoaudiologia o processo de seleção e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) é realizado com base no instrutivo de reabilitação auditiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e no protocolo da American Academy of Audiology (VALENTE, 2006).

Em linhas gerais, a seleção do tipo e características do AASI é baseada nas necessidades auditivas e não auditivas do indivíduo, logo após o diagnóstico audiológico. Se necessário, a realização da pré-moldagem para confecção de cápsula ou molde auricular é realizada também nesta sessão. As consultas a que se referem o presente estudo se destinam à concessão do AASI e consistiram, basicamente, dos seguintes procedimentos: programação e verificação do AASI e aconselhamento informativo.

Para a programação do AASI foi utilizada a interface HI-Pro (HIMSA), acoplado a um computador (processador Intel CORE™i5, com memória em disco rígido de 2Tb e sistema operacional Windows 8 Pro). Neste computador também estava instalada a plataforma Noah v3.0 (HIMSA) com os softwares dos respectivos fabricantes de AASI utilizados neste estudo. Em todos os casos as características eletroacústicas foram determinadas a partir da regra NAL-NL1 (BYRNE et al., 2001) e o gerenciador de adaptação foi posicionado no máximo permitido pelo software de programação do fabricante.

A verificação do desempenho eletroacústico do AASI foi realizada por meio das medidas com microfone sonda, em sala com tratamento acústico. Os participantes foram posicionados a cerca de 50 cm da caixa acústica do equipamento Affinity 2.0 (Interacoustics), posicionada em 0° azimuth. O International Speech Test Signal (ISTS) foi utilizado como estímulo para obtenção das respostas de ressonância da orelha externa sem o uso da amplificação (REUR), na intensidade de 65 dBNPS, e com o uso da amplificação (REAR) nas intensidades de 50, 65 e 80 dBNPS. Ajustes manuais na programação do AASI foram realizados de modo que a REAR, nas diferentes intensidades, se equiparassem aos targets prescritos pela regra NAL-NL1, excetuando os casos em que houve queixa quanto à sensação de intensidade ou qualidade do som amplificado.

Durante a consulta é esperado que o aconselhamento informativo, abrangendo os aspectos de uso e cuidados com o AASI, plano de tratamento e as expectativas quanto ao uso da amplificação, seja oferecido. Além disto, espera-se que o profissional auxilie o paciente a expressar, compreender e aceitar suas reações emocionais e psicológicas em relação à perda auditiva (ENGLISH, 2008).

4.1.3.1 Teleconsulta síncrona

Nas teleconsultas o facilitador e o indivíduo com deficiência auditiva ficaram posicionados no mesmo local onde as consultas presenciais foram realizadas, denominado “ambiente de teste”. O computador utilizado para programação e verificação do AASI foi conectado à LAN (Local Area Network) USP, com 10 Mbps, à uma webcam com resolução de 2 megapixels e microfone integrado (Logitech QuickCam Orbit) e dois autofalantes (Satellite AS-878RF 2.1 Sub Woofer).

O avaliador ficou posicionado no “ambiente remoto”, situado em uma sala no mesmo prédio, porém distante do ambiente de teste. Este avaliador usou um notebook (processador Intel CORE™i5, com memória em disco rígido de 1Tb e sistema operacional Windows 8 Pro) com autofalantes de 2W, webcam com resolução de 1280x720 pixels e microfone interno integrados. O notebook também foi conectado à LAN USP.

O software TeamViewer 10[®] (TeamViewer GmbH), instalado nos computadores dos ambientes de teste e remoto, foi utilizado para compartilhamento de dados e para videoconferência (velocidade de 384 Kbps). A função de transferência de dados foi explicitamente confirmada pelo facilitador no ambiente de teste. O TeamViewer fornece criptografia baseada no RSA Public-/Private Key Exchange e AES (256 Bit) Session Encryption, sendo considerada completamente segura. Como o Private Key nunca sai do computador do cliente, este procedimento garante tecnicamente que outros computadores da internet não poderão decifrar os dados transmitidos, nem o servidor de rota do TeamViewer. Durante a videoconferência e controle remoto de equipamentos a identidade do parceiro é automaticamente gerada e o software cria uma senha dinâmica para cada sessão,

diferente para cada nova conexão, uma garantia de segurança adicional para prevenir acessos não autorizados ao sistema (TEAMVIEWER, c2016).

O compartilhamento de dados permitiu ao avaliador o acesso aos aplicativos do computador no ambiente de teste para realizar a programação, verificação e ajuste fino do AASI, conforme descrito para o procedimento padrão face a face. Por meio da videoconferência o avaliador pode se comunicar, em tempo real, com o paciente e facilitador. O facilitador realizou os seguintes procedimentos: posicionamento do tubo sonda para a calibração, posicionamento do participante no ambiente de teste, conexão dos AASIs aos cabos de programação e à interface HI-Pro, inspeção otológica do participante, inserção e remoção do AASI, molde auricular e tubo sonda da orelha do participante (CAMPOS; FERRARI, 2012). A Figura 1 apresenta o esquema da teleconsulta.

Figura 1 - Representação esquemática da teleconsulta

Todas as consultas foram gravadas utilizando uma câmera Everio G Series (JVC) de forma a permitir a observação do tronco e cabeça dos participantes. Nas teleconsultas o sistema de gravação integrado ao software TeamViewer também foi utilizado.

4.1.3.2 Avaliação das habilidades de comunicação

A Escala Global de Pontuação de Consultas (Global Consultation Rating Scale – GCRS), baseada no guia Calgary-Cambridge para entrevistas médicas, foi

utilizada para avaliar a competência comunicativa dos profissionais durante a consulta (BURT et al., 2014). Embora esta escala tenha sido inicialmente aplicada para avaliar a comunicação em consultas simuladas de médicos clínicos gerais, quanto à prevenção de riscos cardiovasculares, a autora indica que ela pode ser utilizada em outros contextos clínicos¹.

A GCRS tem 12 domínios que englobam toda a consulta. A pontuação em cada domínio é dada a partir da análise da competência do profissional no uso de cada conjunto de habilidades. Esta pontuação é guiada a partir dos descritores das habilidades (palavras destacadas em negrito no Quadro 4).

Em cada domínio a pontuação é atribuída da seguinte forma:

- não pontua: as habilidades descritas na escala não se aplicam ao modelo de consulta realizada;
- não realizado ou ruim: o profissional não demonstrou habilidade comunicativa efetiva nesta área (0 pontos);
- adequado: o profissional demonstrou ser razoavelmente competente no uso do conjunto de habilidades pontuadas de acordo com os descritores (1 ponto);
- bom: o profissional utilizou o conjunto de habilidades indicadas pelos descritores com confiança e sensibilidade (2 pontos).

Por exemplo, no domínio “Planejamento: tomada de decisões compartilhadas” maior pontuação foi atribuída se, durante a consulta, o profissional, apresentasse opções de tratamento para o paciente.

¹ Jenni Burt. Cambridge Center for Health Services Research, University of Cambridge, Cambridge, Reino Unido. Comunicação pessoal.

Domínio		Habilidades
Início da sessão		<p>Cumprimenta o paciente.</p> <p>Apresenta-se e apresenta a natureza da entrevista.</p> <p>Demonstra interesse e respeito, presta atenção ao conforto físico do paciente.</p> <p>Utiliza apropriadamente questões abertas.</p>
Obtenção de Informação	<i>Identificação do Problema</i>	<p>Ouve atentamente, minimizando interrupções e dando espaço para o paciente.</p> <p>Encoraja o paciente a contar a história do(s) problema(s) desde quando iniciou até o momento atual.</p> <p>Verifica problemas adicionais e negocia a agenda.</p>
	<i>Exploração do problema</i>	<p>Utiliza questões abertas e fechadas, alternando-as de forma apropriada.</p> <p>Facilita as respostas do paciente de forma verbal e não verbal, por exemplo, com silêncio, repetição, paráfrase.</p> <p>Percebe e responde às pistas verbais e não verbais (linguagem corporal, fala, expressão facial).</p> <p>Esclarece afirmações que são vagas ou que necessitem de mais explicações.</p> <p>Resume periodicamente e solicita ao paciente a correção de interpretações ou fornecimento de informações adicionais.</p> <p>Utiliza linguagem clara, fácil de compreender, evitando jargões.</p>
	<i>Perspectiva do paciente</i>	<p>Ativamente determina as perspectivas do paciente. (ideias, preocupações, expectativas, sentimentos, efeito na vida).</p> <p>Responde e explora as perspectivas do paciente de forma apropriada e sensível.</p>
Construção do relacionamento	<i>Comunicação não verbal</i>	Demonstra comportamento não verbal apropriado como, por exemplo, contato de olho, postura, posicionamento, movimento, facial.
	<i>Desenvolvimento de rapport</i>	<p>Reconhece o ponto de vista do paciente e seus sentimentos, não julga.</p> <p>Usa empatia para comunicar apreciação aos sentimentos e situação do paciente.</p> <p>Fornece suporte: expressa preocupação, compreensão e predisposição para ajudar.</p>
Fornecimento de estrutura	<i>Fornecimento de estrutura</i>	<p>Passa de um assunto para o outro utilizando sinalizações verbais, inclui a razão para a próxima sessão.</p> <p>Estrutura a entrevista em uma sequência lógica, presta atenção ao ritmo, mantém o foco da entrevista.</p>
Fornecimento de informação	<i>Fornecendo a quantidade e o tipo de informação correta</i>	<p>Fornecer uma quantidade adequada e verifica, utilizando as respostas do paciente para guiar os próximos passos.</p> <p>Avalia o ponto de partida do paciente (bom se oferecer explicação cuidadosa).</p> <p>Percebe quais informações adicionais ajudarão o paciente, busca e avalia as necessidades do paciente por informações.</p>
Auxílio à compreensão e a evocação	<i>Auxílio preciso na compreensão e retenção</i>	<p>Organiza a explicação (bom se utilizar sinalizações verbais/resumos).</p> <p>Verifica a compreensão do paciente (bom se solicitar para que o paciente explique com suas palavras a informação fornecida).</p> <p>Usa linguagem clara, evita jargões e linguagem confusa.</p>
Compreensão compartilhada: incorporação da perspectiva do paciente	<i>Incorporação da perspectiva do paciente</i>	<p>Relaciona as explicações ao quadro do paciente.</p> <p>Encoraja o paciente a contribuir com reações, sentimentos e ideias (bom se responde bem).</p> <p>Percebe e responde às pistas não verbais e pistas verbais encobertas do paciente.</p>
Planejamento: tomadas de decisões compartilhadas	<i>Planejamento e compartilhamento de decisões</i>	<p>Explora as opções de tratamento com o paciente.</p> <p>Envolve o paciente na tomada de decisões (bom se estabelecer níveis de envolvimento que o paciente deseja).</p> <p>Negocia, de forma apropriada, um plano de ação mutuamente aceitável.</p>
Encerramento	<i>Encerramento</i>	<p>Estabelece um acordo com o paciente em relação aos próximos passos.</p> <p>Rede de cuidados.</p> <p>Resume a sessão brevemente e esclarece o plano de cuidados.</p> <p>Verificação final se o paciente concorda e está confortável com o planejamento.</p>

Fonte: BURT et al., 2014.

Quadro 4 - Escala Global de Pontuação de Consultas

A pontuação total da GCRS é dada pela somatória da pontuação em cada domínio, podendo variar de 0 a 24. Quando um domínio for “não aplicável”, a pontuação é renormalizada para ser proporcional a 24. A GCRS apresenta confiabilidade variando de 0,7 a 0,9, respectivamente, quando considerados dois ou mais avaliadores (BURT et al., 2014).

Neste estudo dois fonoaudiólogos com experiência na área dos aparelhos de amplificação sonora individuais e que não estavam relacionados com a pesquisa, realizaram a pontuação das consultas utilizando formulário específico, de forma independente, a partir da análise dos vídeos (Anexo F).

Para fins de treinamento destes avaliadores foi elaborado um tutorial contendo as habilidades descritas na GCRS, com exemplos aplicados à consulta para seleção, verificação e adaptação do AASI. A construção destes exemplos foi baseada nas recomendações de Silverman, Kurtz e Draper (2013) e na literatura pertinente à área (ENGLISH, 2008; GRENNESSE et al., 2014a, 2014b).

Por exemplo, no domínio “Planejamento: tomada de decisões compartilhadas” maior pontuação seria atribuída quando o profissional oferecesse a opção de treinamento auditivo e/ou uso de dispositivos auxiliares à audição ou até mesmo a opção de não escolher nem um nem outro.

Também foi realizada uma reunião com as avaliadoras para análise da pontuação da filmagem de uma consulta para seleção e adaptação do AASI. Em seguida, foi fornecida uma segunda filmagem para que as avaliadoras pontuassem, independentemente, e discutissem dúvidas com a pesquisadora. As filmagens utilizadas no treinamento não integraram o corpus final de análise deste estudo.

A ordem de análise dos vídeos foi randomizada. Ao final as avaliadoras entregaram as folhas de pontuação referentes a cada vídeo (Anexo F). A pontuação obtida na escala GCRS foi comparada entre os grupos experimental e controle.

A pesquisadora também realizou a análise dos vídeos para fins de cronometrar o tempo das consultas e identificar possíveis problemas técnicos (queda de conexão, queda da qualidade do áudio ou vídeo) durante as teleconsultas.

4.1.3.3 *Análise estatística*

O teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a distribuição normal dos dados. A comparação dos tempos despendidos nos procedimentos e das pontuações obtidas na GCRS, obtidas face a face e via teleconsulta, foi realizada com o teste *t* para amostras independentes. Em todos os casos foi adotado nível de significância igual a 5%. Com a aplicação da correção de Bonferroni o nível de significância foi de 0,007.

De forma a avaliar a concordância entre os avaliadores para as pontuações da GCRS foi utilizado o gráfico de Bland Altman.

4.1.4 Resultados

4.1.4.1 *Tempos despendidos nos procedimentos da consulta*

O tempo médio da duração das teleconsultas foi de 63 minutos (DP=13; extensão: 43 a 98) e das consultas face a face foi de 53 minutos (DP=10; extensão: 33 a 76). A diferença entre as médias foi estatisticamente significativa ($t=-3,45$; $p=0,001$). Isto ocorreu em função do tempo despendido no processo de verificação do AASI via teleconsulta ($\bar{x} \pm DP = 30 \pm 8,5$) que foi maior ($t=-5,28$; $p=0,000002$) do que no procedimento presencial ($\bar{x} \pm DP = 20 \pm 7,0$).

Em oito (27%) atendimentos via teleconsulta houve a necessidade de reiniciar o software TeamViewer devido às interferências técnicas.

4.1.4.2 *Comparação das pontuações da GCRS – face a face x teleconsulta*

O gráfico de Bland Altman (Gráfico 1) mostra a concordância inter-avaliadores nas pontuações da escala GCRS.

Gráfico 1 - Gráfico de Bland Altman indicando a média da diferença (linha sólida) e os limites de concordância (linhas pontilhadas)

O Gráfico 1 mostra que a média das diferenças está distante do zero, indicando a presença de viés fixo. Os limites de concordância indicam o quão distantes estiveram as pontuações entre os dois avaliadores, para a maioria dos dados. Até a finalização deste estudo não tinham sido reportados dados de uso clínico da escala GCRS, assim, não foi possível averiguar se tais diferenças eram clinicamente importantes. Por esta razão, para dar continuidade às comparações entre os modelos de atendimento, foi realizada a média das pontuações da GCRS atribuídas pelas duas avaliadoras, obtendo-se um único escore.

Gráfico 2 - Diagrama de caixa exibindo a média $\pm$ DP e a extensão da pontuação obtida na GCRS, nas duas modalidades de consulta

Houve diferença significativa ($t=3,72$; $p=0,0004$) das médias das pontuações da escala GCRS entre as duas modalidades de consulta (Gráfico 2).

No que se refere aos domínios da GCRS, a distribuição das pontuações seguiu diferentes padrões (Apêndice A). A análise realizada via estatística descritiva mostrou que as diferenças entre as pontuações foram menores do que 0,38 (Tabela 2).

Tabela 2 - Pontuações obtidas nos domínios GCRS para as duas modalidades de consulta

Etapas	Domínio	Face a face (n=30)	Teleconsulta (n=30)	Diferença
		Média±DP	Média±DP	
Início da sessão		1,14±0,55	1,03±0,47	0,11
Obtenção da informação	Identificação do problema	0,68±0,75	0,3±0,52	0,38
	Exploração do problema	1,1±0,55	0,8±0,35	0,3
	Perspectiva do paciente	0,65±0,56	0,3±0,38	0,35
Construção do relacionamento	Comunicação não verbal	1,2±0,43	1,18±0,4	0,02
	<i>Rapport</i>	1,6±0,34	1,3±0,42	0,3
Fornecimento de estrutura		1,97±0,13	1,8±0,28	0,17
Fornecimento de informação	Quantidade e tipo de informação necessária	1,82±0,29	1,73±0,31	0,09
Auxílio na compreensão e evocação		1,98±0,09	1,85±0,3	0,13
Compreensão compartilhada	Incorporação da perspectiva do paciente	1,38±0,36	1,05±0,4	0,33
Planejamento e compartilhamento de decisões		0,72±0,43	0,37±0,41	0,35
Encerramento		0,92±0,35	0,77±0,49	0,15

As pontuações médias da GCRS obtidas nas consultas de cada profissional foram menores quando a teleconsulta foi utilizada (Gráfico 3), entretanto, estas diferenças não foram significativas.

Gráfico 3 - Pontuação média da GCRS para cada profissional, nas duas modalidades de consulta

4.1.5 Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar se a comunicação nas consultas é afetada quando a interação profissional/paciente é realizada via teleconsulta. Isto foi explorado por meio da Escala Global de Pontuação de Consulta (GCRS), administrada via análise vídeo. Verificou-se que a comunicação nas consultas presenciais foi mais efetiva que a das teleconsultas.

Em média, a duração das teleconsultas foi 10 minutos (18%) maior do que as consultas presenciais, tendo isto ocorrido em função do maior dispêndio de tempo na etapa de verificação do AASI. Em princípio deve ser considerado o atraso inerente à transmissão de dados via internet, ou seja, dos comandos executados pelo profissional no ambiente de teste e sua ocorrência no ambiente remoto, o que contribui para agregar mais tempo à teleconsulta. Além disto, durante as teleconsultas, o profissional instruiu o facilitador para a realização de alguns procedimentos e observou se os mesmos foram conduzidos a contento, o que pode ter interferido em sua duração. Campos e Ferrari (2012) e Reginato e Ferrari (2014) também observaram maior duração das teleconsultas para programação e verificação do AASI, particularmente em função da instrução ao facilitador durante

os procedimentos. O treinamento prévio do facilitador para realização das funções básicas (por exemplo: inserção do tubo sonda na orelha do paciente) pode auxiliar a abreviar este processo.

Campos e Ferrari (2012) atribuíram a maior duração das teleconsultas às quedas de qualidade de áudio e vídeo, fazendo com que a teleconsulta fosse temporariamente interrompida. No presente estudo, em 27% das teleconsultas houve interferências técnicas relacionadas à transmissão dos dados, com o congelamento da imagem ou atraso na transmissão de áudio, havendo a necessidade de reiniciar o software TeamViewer para restabelecer o sinal. Entretanto, a análise dos dados individuais demonstrou que as teleconsultas onde tais intercorrências existiram não foram aquelas que apresentaram maior duração.

Ressalta-se que a duração das teleconsultas deve sempre ser considerada no contexto maior dos locais onde há demanda para sua realização. Ou seja, regiões onde o acesso aos serviços especializados é difícil ou inexistente, demandando maior gasto de tempo e recursos com deslocamentos do paciente ou do profissional (ZUMPANO et al., 2009; CAMPOS; FERRARI, 2012) com consequente impacto no custo do tratamento.

Neste ponto, é válido apontar que, até o momento da finalização deste trabalho, apenas o estudo de Burt et al. (2014), referente à validação inicial da escala GCRS, foi encontrado acerca da aplicação deste instrumento. Também não foram encontradas publicações onde o guia Calgary-Cambridge (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 1998) tenha sido utilizado para avaliação de consultas audiológicas. Desta forma, os dados deste trabalho serão discutidos a partir dos achados em outras áreas de conhecimento ou com o uso de outras metodologias, o que impede uma comparação direta.

A média da diferença das pontuações da GCRS entre as duas avaliadoras foi igual a 4,95 (Gráfico 1). Burt et al. (2014) analisaram a pontuação da GCRS entre quatro avaliadores, observando maior concordância quando a pontuação foi mais baixa (menor que 10) do que moderadas (entre 10-14). Neste último caso, o desvio padrão das pontuações dos avaliadores variou entre dois a seis pontos. Estes autores comentam que, a despeito do treinamento para a pontuação da escala, alguns avaliadores podem ser mais generosos que outros.

No presente estudo, foi realizado treinamento para a pontuação da GCRS e reuniões para resolver eventuais dúvidas, contudo, sessões de treinamento para comparar e discutir diferenças de pontuações entre as avaliadoras não foram realizadas. O que pode ter impactado os resultados. É importante que seja realizado treinamento dos avaliadores garantindo que a forma de pontuar a GCRS tenha sido compreendida, com discussões de eventuais diferenças e consenso da equipe. Bartman, Smee e Roy (2013) reforçam a importância do treinamento dos avaliadores considerando a influência destes nos resultados na área da saúde e o fato de ser comum encontrar avaliadores com perfis diferentes, podendo ser mais ou menos rigorosos.

A pontuação da GCRS (Gráfico 2) variou de 10,3 a 20,2 (face a face) e de 7,5 a 18,5 (teleconsulta). Burt et al. (2014) verificaram que a pontuação da GCRS variou entre 1,5 e 16,25. Entretanto, pontuações abaixo de 5 foram observadas em apenas quatro casos e, em grande parte das consultas as pontuações se concentraram em valores próximos de 15.

A Tabela 2 indica que, em ambas as modalidades de consulta, os domínios considerados “bons” (pontuações próximas da máxima) foram: “fornecimento de estrutura”, “fornecimento de informação” e “auxílio na compreensão e evocação”. O conceito “bom” indica que os profissionais são competentes no uso de um determinado conjunto de habilidades. Para alcançar este conceito o conjunto de habilidades deve ser executado com segurança e sensibilidade, não significando que deva ser totalmente perfeito².

A pontuação alta para o “fornecimento de estrutura” e “auxílio na compreensão e evocação” provavelmente ocorreu porque os profissionais participantes deste estudo possuíam experiência de cinco anos com o tratamento de pessoas com deficiência auditiva, com as quais é imprescindível o uso de estratégias facilitadoras da comunicação. Muitas vezes isto faz parte do processo de aprendizado destes profissionais e acabam se tornando comportamentos comunicativos mais rotineiros e mais naturais.

O fornecimento de informação e auxílio na compreensão e evocação das mesmas fazem parte do rol de competências do fonoaudiólogo. O aconselhamento

² Jenni Burt. Cambridge Center for Health Services Research, University of Cambridge, Cambridge, Reino Unido. Comunicação pessoal.

informativo ou “orientação” envolve o fornecimento de informações relacionadas à fisiologia normal da audição, alterações provocadas pela perda auditiva, os resultados de exames, prognóstico e plano de tratamento (MARGOLIS, 2004). Incluem-se aqui as instruções e demonstrações acerca do uso e cuidado com o aparelho de amplificação sonora individual, as quais fazem parte do processo de adaptação deste dispositivo.

O aconselhamento é importante para melhorar o conhecimento e habilidades do paciente, de forma a influenciar as atitudes e comportamentos necessários para o sucesso do tratamento. Segundo English, Rojeskit e Branham (2000), os profissionais geralmente são bastante preparados para a atividade de aconselhamento informativo. Entretanto, frequentemente, o outro componente do aconselhamento, o “ajuste pessoal”, acaba sendo ignorado.

Também se observa na Tabela 2 que os domínios com menores pontuações foram: “identificação do problema”, “perspectiva do paciente” e, nas teleconsultas, a tomada de decisão compartilhada.

A “identificação do problema” envolve habilidades (Quadro 2) de escuta atenta, encorajar o paciente a contar a história do problema e negociar as atividades para aquela consulta. Reginato e Ferrari (2014) verificaram que questões relativas à queixa e histórico do paciente não constaram das consultas, presenciais e a distância, para seleção e adaptação do AASI. Supostamente, isto ocorreu em função dos profissionais terem acesso aos dados da anamnese audiológica, coletados na etapa de diagnóstico, registrados no prontuário do paciente, fazendo com que tais aspectos não sejam questionados.

Entretanto, atentar a estas questões na abertura das consultas é de importância para a construção do relacionamento e o *rappor*t, visto que, na maioria das vezes, o profissional que realiza o diagnóstico não é o mesmo que realiza a seleção e adaptação de AASI. Além disto, frequentemente os dados registrados em prontuários são de natureza biomédica, limitando a compreensão do problema.

A identificação do problema é uma etapa extremamente importante no atendimento e depende da habilidade do profissional realizar as perguntas de forma adequada e, pacientemente, esperar pela resposta. Geralmente, torna-se mais fácil para o profissional antecipar o que, supostamente, o paciente irá dizer e passar para

outras etapas da consulta (ENGLISH; KASEWURM, 2012). Este pode ser um dos motivos pela baixa pontuação dos profissionais nesta etapa.

A incorporação da perspectiva do paciente envolve encorajar o paciente a contribuir com reações, sentimentos e ideias. Isto também implica em explorar, perceber e responder às pistas verbais, explícitas ou não, assim como à comunicação não verbal do paciente durante a consulta. A pontuação mais baixa obtida neste estudo, está em concordância com a literatura.

Reginato e Ferrari (2014) não observaram, nas consultas face a face e teleconsultas, a ocorrência de comunicação voltada para as relações interpessoais ou estado emocional do paciente. Grenness et al. (2015b) observaram que, durante as consultas, os audiologistas apresentaram comportamentos comunicativos que priorizavam questões relacionadas ao AASI, havendo pouca referência aos aspectos afetivos e que raramente foi observado o modelo de atendimento centrado no paciente.

As piores pontuações observadas neste estudo podem ser função do próprio treinamento profissional, pautado no modelo biomédico. Neste, os profissionais são impelidos a tratar os pacientes por meio de observações, uso de instrumentos e coleta de dados, mantendo o foco na patologia, indicando o que o paciente deve realizar por meio de orientações (ENGLISH, 2005).

Na Audiologia, é reconhecido o déficit na formação profissional, que não incorpora cursos formais em aconselhamento e habilidades de comunicação. O aconselhamento de ajuste pessoal é utilizado para auxiliar o paciente a expressar, compreender e aceitar suas reações emocionais e psicológicas frente à perda da audição. Essas fragilidades de treinamento profissional criam uma desconexão entre o que o paciente geralmente busca em serviços de reabilitação auditiva - o suporte pessoal para ajustar-se a uma incapacidade crônica - e o que o serviço tende a fornecer (ENGLISH; ROJESKIT; BRANHAM, 2000).

Em seu estudo qualitativo Grenness (2014a) verificaram que habilidades de comunicação ruins foram associadas pelos pacientes às experiências onde o profissional pareceu não escutar ou valorizar suas perspectivas. Enquanto os audiologistas tem experiências que querem transmitir, os pacientes expressaram a necessidade de ter suas próprias experiências, perspectivas e experiências, ouvidas.

A pontuação da GCRS entre profissionais (Gráfico 3) variou de 10,3 a 20,2 (face a face) e de 7,5 a 18,5 (teleconsulta) indicando diferentes níveis de desempenho. Segundo Rethans et al. (2002) o desempenho considera o que os profissionais realizam na prática, sendo distinto do conceito de competência, que considera o que é feito em situações de teste, controladas. Em seu modelo para analisar a confiabilidade da GCRS, Burt et al. (2014) observaram que a diferença entre profissionais foi a maior fonte de variabilidade da pontuação.

Para a maior parte dos profissionais, em ambas modalidades de consulta, a pontuação média da GCRS esteve entre 12 a 18 pontos. Rethans et al. (1991) observaram, durante consultas com pacientes simulados, que clínicos gerais alcançaram 33-68% das ações consideradas essenciais como, por exemplo, explicar ao paciente a respeito da necessidade de retornos, apresentar e discutir o prognóstico e realizar o exame físico.

A pontuação da GCRS foi 2.7 pontos maior para a consulta face a face do que para a teleconsulta (Gráfico 2), sendo esta diferença estatisticamente significativa. Entretanto, até a finalização deste estudo não foram encontrados dados da escala que permitissem discutir a respeito da significância clínica deste achado.

Menores pontuações foram obtidas na teleconsulta em todos os domínios da GCRS (Tabela 2), em particular nos domínios: identificação e exploração do problema, obtenção da perspectiva do paciente, desenvolvimento de *rapport*, fornecimento de estrutura, incorporação da perspectiva do paciente e planejamento e compartilhamento de decisões. A influência da modalidade de atendimento nestes domínios em particular pode ter ocorrido por dependerem mais da interação e da tomada de decisões compartilhada. Uma inferência é que os envolvidos no atendimento possam se sentir mais inibidos a compartilhar informações, demonstrando relacionamento afetivo quando há a intermediação de transmissão de áudio e vídeo.

Pesquisas que avaliam a comunicação profissional/paciente em teleconsultas na área da Audiologia são escassas. Até a finalização deste estudo apenas uma publicação foi encontrada. Reginato e Ferrari (2014) observaram maior ocorrência de comunicação relacionada à explicação da estrutura da consulta e realização de procedimentos. Por outro lado, foi menos frequente a comunicação relacionada à observância ao tratamento. Estes dados demonstram uma tendência

do profissional a apresentar desempenho mais semelhante entre as duas modalidades de atendimento em domínios que dependam de habilidades mais naturais aos atendimentos como, por exemplo, domínios relacionados ao fornecimento de informação.

A presença do facilitador nas teleconsultas pode ter impactado os resultados. Para a pontuação da GCRS as avaliadoras foram instruídas a analisar a díade profissional/paciente, tendo em vista que o facilitador foi orientado a interferir o mínimo possível durante a consulta. Entretanto, muitas vezes os pacientes buscavam a comunicação com o facilitador em detrimento à comunicação direta com o profissional à distância. Desta forma, determinados descritores (Quadro 4) podem ter sido ignorados pela avaliadora, levando à uma menor pontuação naquele domínio.

Reginato e Ferrari (2014) observaram que os participantes não se sentiram desconfortáveis com a presença de uma terceira pessoa na consulta e que, em alguns casos, este indivíduo foi reconhecido pelo paciente como prestador do serviço de saúde, podendo complementar a atenção fornecida de modo a compensar a distância física do profissional.

Conforme mencionado anteriormente, foram registradas falhas na transmissão de dados durante oito teleconsultas, acarretando uma quebra momentânea na comunicação. Entretanto, a análise de dados individuais mostrou que a pontuação da GCRS não foi afetada em função disto. É importante reforçar que a infraestrutura de rede utilizada era suficiente para a transmissão de áudio e vídeo de qualidade e conforme salientado por Reginato e Ferrari (2014), é importante a realização de estudos em locais com piores condições de transmissão de dados, analisando situações desafiadoras quanto à perda de clareza de vídeo e áudio e atrasos da transmissão que possam afetar drasticamente a comunicação, principalmente considerando indivíduos com deficiência auditiva.

Para todos os profissionais a pontuação da GCRS foi menor na teleconsulta do que na consulta presencial. Entretanto, estas diferenças não foram significativas (Gráfico 3). Ainda assim, estes resultados sugerem a importância de treinar o profissional quanto à comunicação durante as teleconsultas, já que a distância física entre os interlocutores pode impor situações de interação não naturais. Miller (2002) indica que considerando que a comunicação profissional/paciente é determinante

para os resultados na área da saúde, os resultados obtidos via teleconsulta podem estar sendo influenciados pela alteração na via de comunicação entre os envolvidos. Nelson, Miller e Larson (2010) relatam que as teleconsultas aumentam o acesso aos serviços de saúde, mas reforçam a necessidade de avaliar o impacto das tecnologias na naturalidade e conteúdo da comunicação.

Além disso, há também o fato de ter sido a primeira vez que as profissionais realizaram atendimentos via teleconsulta o que pode ter tornado a situação menos natural do que para os atendimentos face a face.

Finalmente, é importante reconhecer as preferências pessoais dos profissionais e pacientes em relação às modalidades de atendimento. Eikelboom e Atlas (2005) indicam que alguns pacientes apresentam mais predisposição ao uso das teleconsultas do que outros. Singh et al. (2014) mencionam que a aceitação da tecnologia e as diferenças de personalidade são considerados fatores que podem interferir na predisposição de audiologistas ao uso das teleconsultas. Os profissionais que tem menos medo de correr riscos e que estão mais abertos à novas experiências são aqueles que aceitam com mais facilidade as consultas mediadas por tecnologias.

Por último, os dados desta pesquisa reforçaram a necessidade de investimento no treinamento profissional em relação à comunicação centrada no paciente. A ausência de pontuações próximas ao máximo da escala é indicativo que o fazer profissional ainda se pauta nos princípios do modelo biomédico (ENGLISH, 2005; GRENNESS et al., 2015b).

É importante a realização de estudos que analisem a comunicação profissional/paciente pós treinamento das habilidades dos envolvidos tanto no que se refere ao modelo de atendimento face a face quanto no atendimento via teleconsulta.

4.1.6 Limitações do estudo

No presente estudo, optou-se pela utilização da GCRS em função deste instrumento avaliar a comunicação de forma independente do conteúdo clínico, já

que não foi encontrado um instrumento específico para consultas audiológicas. Além disto, pelo fato da GCRS se basear no guia Calgary-Cambridge (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 1998), amplamente utilizado para o ensino e treinamento da comunicação profissional/paciente com profissionais de saúde.

Esta escolha, entretanto, trouxe algumas limitações. A primeira diz respeito ao número de avaliadores utilizados – a confiabilidade da escala GCRS quando a pontuação é feita por dois avaliadores é igual a 0.7 (BURT et al., 2014). Desta forma, os autores sugerem que três avaliadores pontuem a escala, de modo a permitir uma confiabilidade de 0.8, considerada adequada pela literatura.

A ausência de dados normativos relacionados à GCRS também dificulta a interpretação dos resultados do ponto de vista da significância clínica.

4.2 EXPERIMENTO 2

Este experimento teve como objetivo realizar a análise qualitativa de conteúdo da comunicação profissional/paciente durante o processo de seleção, verificação e adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) no atendimento face a face e via teleconsulta.

4.2.1 Método

O presente trabalho trata-se de uma análise secundária de dados de um estudo quantitativo, quase-experimental, realizado na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, que teve como objetivo comparar a comunicação nas consultas face a face e a distância para adaptação de AASI (aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com CAAE n. 23733313.5.0000.5417, parecer consubstanciado no. 526.794 e número do parecer consubstanciado após a emenda 1.292.511) (Anexos B e C). Esta Clínica é credenciada pelo Ministério da Saúde para fornecimento de serviços de diagnóstico audiológico e reabilitação auditiva, incluindo a concessão de AASI, gratuitamente, para a população.

4.2.1.1 Participantes

No estudo inicial foram avaliados 60 indivíduos com deficiência auditiva, os quais foram divididos em dois grupos (teleconsulta x face a face), com 30 participantes cada, por meio de técnicas de pareamento.

Os atendimentos destes indivíduos foram realizados por cinco fonoaudiólogas, com idade variando de 30 a 37 anos (média=33,4, DP=3,29) e com cinco anos de experiência no processo de seleção e adaptação do AASI. Além destas profissionais, um estudante com idade de 23 anos, em processo de treinamento nos procedimentos de seleção e adaptação do AASI, atuou como facilitador das teleconsultas.

Cada fonoaudióloga realizou um total de doze consultas (seis face a face e seis a distância), sendo todas gravadas em vídeo. Para compor a amostra do presente trabalho foram sorteadas, a priori, dois vídeos de consultas de cada profissional, sendo um em cada modalidade, totalizando 10 consultas. Ressalta-se que a saturação, determinada como o ponto em que os dados não resultaram em novos códigos, foi observada a partir da sexta consulta analisada. Entretanto, optou-se por incluir neste trabalho as dez consultas sorteadas.

Participaram destas consultas 10 indivíduos com deficiência auditiva neurosensorial, bilateral, de graus variados, sem experiência prévia com o uso do AASI e regularmente matriculados na Clínica de Fonoaudiologia (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados sociodemográficos e audiométricos dos participantes das consultas (n=10)

Variáveis			Face a face n=5	Teleconsulta n=5
Idade (anos)	Média ± DP		69±12,4	72±14,7
	Extensão		50-79	54-89
Gênero	Masculino	n (%)	3 (60)	4 (80)
	Feminino	n (%)	2 (40)	1 (20)
Nível sócio econômico (GRACIANO; LEHFELD; NEVES, 1999)	Baixa inferior	n (%)	0 (0)	1 (20)
	Baixa superior	n (%)	5 (100)	1 (20)
	Média inferior	n (%)	0 (0)	3 (10)
Anos de escolaridade	0 anos	n (%)	0 (0)	1 (20)
	1-5 anos	n (%)	4 (80)	2 (40)
	6-9 anos	n (%)	1 (20)	1 (40)
	9-12 anos	n (%)	0 (0)	1 (20)
Média ISO limiares audiométricos	Orelha Direita	Média ± DP	51,5±14,6	47,2±11,1
		Extensão	33,75-73,75	33,75-63,75
	Orelha Esquerda	Média ± DP	56,2±9,7	44,7±12,9
		Extensão	35-61,25	23,75-56,25
Limiar de reconhecimento da fala	Orelha Direita	Média ± DP	53±20,2	55,8±20,4
		Extensão	30-85	30-85
	Orelha Esquerda	Média ± DP	48±9,7	45,6±18,4
		Extensão	40-65	15-60
Tipo de AASI	Microcanal	n (%)	1 (20)	1 (20)
	Intracanal	n (%)	3 (60)	1 (20)
	Retroauricular	n (%)	1 (20)	2 (40)
	Tubo fino e oliva	n (%)	0(0)	1 (20)

Média ISO= média aritmética dos limiares audiométricos nas frequências de 500, 1k, 2k e 4k Hz; **AASI**= Aparelho de amplificação sonora individual; **DP**= desvio padrão; **n**= número; **%**= porcentagem.

Além disto, quatro acompanhantes (três esposas e a filha de um paciente) estavam presentes nas consultas face a face e outros quatro acompanhantes (filha, filho, neta e esposa) estiveram presentes nas teleconsultas. Todos os participantes foram voluntários, tendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.2.1.2 Procedimentos

As consultas face a face e as teleconsultas foram realizadas conforme descrito no Experimento 1.

4.2.1.2.1 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo seguiu os passos propostos por Bardin (2011), sendo realizada com o auxílio do software NVivo 10 para Windows (QSR International), conforme descrição abaixo.

- Pré análise

Para a determinação do material a ser submetido à análise, foram obedecidas as seguintes regras (BARDIN, 2011):

- exaustividade: todos os elementos transcritos tinham relação com o assunto estudado e, desta forma, foram incluídos na análise;
- representatividade: foi realizada a transcrição do material de forma que este representasse toda a amostra inicial, sendo obedecido o critério de saturação descrito anteriormente;
- homogeneidade: os materiais referiam-se ao mesmo tema e foram obtidos por meio do mesmo procedimento;
- pertinência: as fontes de informação escolhidas foram consideradas adequadas e correspondiam ao objetivo do estudo.

A transcrição das consultas foi realizada pela pesquisadora, com a utilização do modelo de transcrição inteligente (*Intelligent Verbatim*). Assim, foram transcritas todas as palavras já com pequenos ajustes de grafia, sendo eliminados sons ambientais e comunicação não verbal (SILVERMAN, 2010). Estas transcrições constituíram o *corpus* do estudo.

A “leitura flutuante” do material a ser analisado, sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura (OLIVEIRA, 2008) iniciou-se, de fato, já durante a transcrição do texto, momento em que a pesquisadora também realizou pequenas observações e anotações a respeito da comunicação ocorrida durante as consultas.

Nesta etapa também se iniciou a formulação da hipótese de que a comunicação nas consultas para adaptação de AASI, face a face ou a distância, focava-se em conteúdos biomédicos e procedimentos, com pouca oportunidade para considerar a perspectiva e vivência do indivíduo com deficiência auditiva.

Foram elaborados indicadores que fundamentem a interpretação final – são operações de “recorte do texto” em unidades comparáveis de categorização para a análise de conteúdo e de modalidades de codificação para o registro dos dados.

- Exploração do material

Nesta etapa foram realizadas a codificação, classificação e a categorização do material.

Para a organização da codificação foram inicialmente escolhidas as unidades de registro e de contexto. A primeira trata-se de uma unidade de segmentação ou de recorte, a partir da qual se fez a segmentação do conjunto do texto para análise e contagem frequencial. A segunda corresponde à unidade para compreender e codificar a unidade de registro (OLIVEIRA, 2008). Neste estudo os temas e parágrafos foram escolhidos como unidade de registro e contexto, respectivamente (BARDIN, 2011).

Foi realizada a contagem da frequência absoluta e relativa das unidades de registro. Partiu-se do princípio de que as categorias com maior frequência possuíam maior importância (BARDIN, 2011). As unidades de registro foram agrupadas em categorias, de acordo com seus critérios comuns, por duas avaliadoras independentes. Para tal foi utilizada a abordagem dedutiva, tendo como referencial teórico o conteúdo e estrutura da consulta proposta no guia Calgary-Cambridge modificado por Kurtz et al. (2003).

Na construção das categorias, foi considerado o critério exclusividade, a fim de que uma unidade de registro não fosse classificada em mais de uma categoria (BARDIN, 2011). Reuniões entre estas pesquisadoras foram realizadas com fim de estabelecimento de consenso e refinamento das categorias.

Ressalta-se que as categorias foram separadas de acordo com o locutor (profissional, paciente, acompanhante ou facilitador) e de acordo com a modalidade da consulta.

- Tratamento dos dados

A terceira etapa está relacionada ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação – os resultados são tratados de forma a serem significativos e válidos, permitindo que o analista proponha inferências e interpretações. Assim, os dados referentes às etapas da consulta, às categorias identificadas para cada etapa, a frequência de códigos e a quantidade de consultas em que cada categoria foi observada foram sintetizadas em uma tabela.

4.2.2 Resultados e discussão

Nas consultas face a face foram identificadas 2.590 unidades de registro no total, tendo como locutores o profissional (n=1.374, 53%), o paciente (n=934, 36%) e o acompanhante (n=282, 11%). Para as teleconsultas, identificou-se 3.194 unidades de registro tendo como locutores o profissional (n=1.077, 34%), o facilitador (n=1.066, 33%), o paciente (n=857, 27%) e o acompanhante (n=194, 6%). A partir destes resultados é possível inferir que houve predominância dos profissionais durante a comunicação, sobretudo na teleconsulta (Tabela 4).

De acordo com Grenness et al. (2015b) raramente é observada comunicação centrada no paciente na área da Audiologia. Audiologistas e pacientes contribuíram com número semelhante, 49% cada um, de elocuções durante a fase de levantamento do histórico e quando havia acompanhante durante a consulta, sua contribuição verbal foi, em média, 10% das elocuções totais. A presença do acompanhante não teve efeito no total de elocuções nesta fase da consulta, no entanto, o perfil de comunicação do audiologista foi diferente. Os audiologistas tinham mais comprometimento com a fase de troca de informações quando não havia acompanhante. Além disso, o conteúdo das questões foi diferente, os audiologistas realizaram menos questões a respeito de aspectos psicossociais e de estilo de vida e mais questões biomédicas quando havia um acompanhante.

Em consultas médicas, Roter, Hall e Katz (1988) também observaram menor frequência de diálogos do paciente, variando de 23 a 49%, quando realizaram uma revisão de 61 estudos que analisavam a comunicação profissional/paciente.

Street, Wheeler e McCaughan (2000) verificaram, em teleconsultas na área de medicina, que a maior parte das elocuições foi feita pelos especialistas, seguida pelos clínicos gerais (facilitadores) e, por último, dos pacientes.

As implicações da participação do facilitador na comunicação profissional/paciente serão discutidas posteriormente.

A Tabela 4 mostra a síntese dos resultados obtidos. Visando a melhor compreensão dos dados, as categorias foram dispostas de acordo com a estrutura da consulta proposta por Kurtz et al. (2003), adaptada para refletir a consulta para concessão do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Desta forma, a etapa do “exame físico” do paciente foi substituída por “teste do AASI”.

Tabela 4 - Codificação das categorias de conteúdo verbal das consultas

ETAPAS DA CONSULTA	CATEGORIAS		FACE A FACE						TELECONSULTA							
			Profissional (n=5)		Paciente (n=5)		Acompanhante (n=4)		Profissional (n=5)		Facilitador (n=1)		Paciente (n=5)		Acompanhante (n=4)	
			Cat n (%)	Con n (%)	Cat n (%)	Con n (%)	Cat n (%)	Con n (%)	Cat n (%)	Con n (%)	Cat n (%)	Con n (%)	Cat n (%)	Con n (%)	Cat n (%)	Con n (%)
Início da sessão	Cumprimentos		-	-	-	-	-	-	9 (0,8)	5 (100)	-	-	4 (0,5)	3 (60)	-	-
	Motivo da consulta		3 (0,2)	2 (40)	3 (0,3)	2 (40)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Apresentação da natureza da consulta		6 (0,4)	3 (60)	-	-	-	-	8 (0,7)	5 (100)	-	-	-	-	-	-
Obtenção de informações	Biomédica	Dificuldades auditivas	16 (1,2)	2 (40)	13 (1,4)	3 (60)	7 (2,5)	3 (75)	4 (0,4)	1 (20)	-	-	15 (1,7)	1 (20)	12 (6,2)	2 (50)
		Saúde geral	14 (1,0)	5 (100)	23 (2,5)	5 (100)	23 (8,2)	3 (75)	-	-	6 (0,6)	4 (80)	10 (1,2)	3 (60)	-	-
	Psicossociais	Estilo de vida	17 (1,2)	4 (80)	60 (6,4)	5 (100)	43 (15,2)	4 (100)	19 (1,8)	5 (100)	10 (0,9)	4 (80)	27 (3,1)	5 (100)	31 (16,0)	4 (100)
Teste do AASI	Reação ao som amplificado		79 (5,7)	5 (100)	102 (10,9)	5 (100)	5 (1,8)	1 (25)	43 (4,0)	5 (100)	72 (6,7)	4 (80)	129 (15,0)	5 (100)	-	-
	Procedimentos técnicos		83 (6,0)	5 (100)	-	-	-	-	45 (4,2)	5 (100)	75 (7,0)	5 (100)	-	-	-	-
	Comunicação com o facilitador	Programação e verificação	-	-	-	-	-	-	68 (6,3)	4 (80)	119 (11,2)	5 (100)	-	-	-	-
		Compartilhar dados	-	-	-	-	-	-	41 (3,8)	4 (80)	43 (4,0)	4 (80)	-	-	-	-
	Explicação e planejamento	Aconselhamento informativo	AASI	709 (51,6)	5 (100)	148 (15,8)	5 (100)	59 (20,9)	4 (100)	410 (38,1)	5 (100)	410 (38,5)	5 (100)	108 (12,6)	5 (100)	35 (18,0)
Estratégias de comunicação			9 (0,7)	2 (40)	-	-	-	-	9 (0,8)	1 (20)	-	-	-	-	-	-
Compreensão das orientações		64 (4,7)	5 (100)	7 (0,7)	3 (60)	20 (7,1)	4 (100)	56 (5,2)	5 (100)	45 (4,2)	5 (100)	34 (4,0)	4 (80)	8 (4,1)	1 (25)	
Decisão compartilhada		6 (0,4)	3 (60)	-	-	-	-	6 (0,6)	2 (40)	4 (0,4)	2 (40)	11 (1,3)	3 (60)	-	-	
Facilitação da compreensão da comunicação		134 (9,7)	5 (100)	65 (6,9)	5 (100)	9 (3,2)	2 (50)	89 (8,3)	4 (80)	82 (7,7)	5 (100)	97 (11,3)	5 (100)	-	-	
Saúde geral		14 (1,0)	4 (80)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Persuasão direta		11 (0,8)	5 (100)	-	-	-	-	8 (0,7)	2 (40)	5 (0,5)	2 (40)	-	-	-	-	
Resultados das avaliações		6 (0,4)	2 (40)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Encerramento da sessão	Rede de cuidados		24 (1,7)	5 (100)	-	-	-	-	15 (1,4)	4 (80)	-	-	-	-	-	-
	Despedida		7 (0,5)	2 (40)	7 (0,7)	2 (40)	4 (1,4)	2 (50)	18 (1,7)	5 (100)	8 (0,7)	4 (80)	17 (1,9)	5 (100)	3 (1,5)	1 (25)
Fornecimento de estrutura	Transição		14 (1,0)	5 (100)	-	-	-	-	16 (1,5)	5 (100)	8 (0,7)	4 (80)	-	-	-	-
	Sinaliza início do turno		-	-	-	-	-	-	25 (2,3)	5 (100)	10 (0,9)	4 (80)	-	-	-	-
Construção do relacionamento	Conversa social		72 (5,2)	5 (100)	16 (1,7)	5 (100)	27 (9,6)	4 (100)	19 (1,8)	4 (80)	33 (3,1)	5 (100)	8 (0,9)	3 (60)	-	-
	Sentimentos relacionados ao tratamento		7 (0,5)	1 (20)	23 (2,5)	4 (80)	5 (1,8)	1 (25)	-	-	-	-	10 (1,2)	3 (60)	-	-
	Back channel		79 (5,7)	5 (100)	521 (55,8)	5 (100)	80 (28,4)	4 (100)	38 (3,5)	5 (100)	65 (6,1)	5 (100)	387 (45,1)	5 (100)	105 (54,1)	2 (50)
Teleconsulta	Ativação do facilitador		-	-	-	-	-	-	113 (10,5)	5 (100)	71 (6,7)	5 (100)	-	-	-	-
	Problemas técnicos		-	-	-	-	-	-	18 (1,7)	2 (80)	-	-	-	-	-	-

Cat= categoria; Con= consultas.

O início da sessão é o momento em que o profissional constrói as primeiras impressões, estabelece o rapport, se esforça para identificar os problemas que o paciente deseja discutir e inicia o planejamento da entrevista (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013).

Neste ponto, é importante ressaltar que a ausência de registro da categoria “cumprimentos” nas consultas face a face e também para o facilitador da teleconsulta deve ter sido consequência da metodologia deste estudo, que analisou os registros de vídeos de interações ocorridas apenas dentro da sala onde a consulta foi realizada. Muito provavelmente, os cumprimentos ocorreram na sala de espera tendo em vista que este é o local onde o profissional (face a face) e facilitador (teleconsulta) encontraram os pacientes para, depois, acompanhá-los à sala de atendimento.

Observa-se que em apenas duas consultas presenciais foi verificado se o paciente tinha conhecimento do motivo para que a consulta tivesse sido agendada.

A senhora sabe o porque veio aqui hoje? (Profissional)

Por outro lado, a “natureza da consulta” foi explicada – sobretudo na teleconsulta. Considerando que esta modalidade de consulta não faz parte da rotina da Clínica de Fonoaudiologia, os profissionais podem ter sentido a necessidade de fornecer maiores detalhes sobre o tipo de atendimento:

Hoje a gente vai testar o aparelho do senhor. Como (nome do facilitador) explicou, a gente vai fazer tudo pelo computador hoje. (Profissional)

Veio testar o aparelho, né? Se der tudo certo, o senhor já leva ele embora hoje. Tudo bem? (Profissional)

Não foram observados comportamentos comunicativos que indicassem a preocupação ao conforto físico do paciente, preconizado nesta etapa de acordo com o guia Calgary-Cambridge (KURTZ et al., 2003).

A etapa de “obtenção de informação” tem o objetivo de levar o paciente a sentir que está sendo ouvido e valorizado, assegurar compreensão mútua e sustentar um relacionamento colaborativo (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013). Conforme Kurtz et al. (2003) relatam, neste momento há necessidade de abordar tanto o conteúdo biomédico quanto as perspectivas do paciente, já que ambos são essenciais.

Ressalta-se que as consultas analisadas no presente estudo tinham como objetivo o teste e adaptação do AASI, deste modo, todos já haviam finalizado a etapa de diagnóstico audiológico. As informações da anamnese fonoaudiológica e otorrinolaringológica, assim como o resultado das avaliações audiológicas já se encontravam registradas no prontuário do paciente.

De maneira geral, a etapa de “obtenção de informação” foi mais explorada na consulta face a face, sendo que, em quase todas, houve a preocupação em obter algum tipo de informação de caráter biomédico (dificuldades auditivas, questões de saúde associadas à deficiência auditiva) e, em menor proporção, psicossocial:

A senhora falou que foi a médica que constatou que a senhora não tava ouvindo. Mas a senhora percebia isso antes? (Profissional)
Faz tempo que eu to percebendo que eu não escuto, que eu não escuto quando alguém fala meio baixo assim. (Paciente)

Ele tá fazendo acompanhamento com neuro? (Profissional)
Era pra ele tomar os medicamentos, um comprimido por dia e tomar as injeções. (Acompanhante)

A senhora enxerga bem? (Facilitador)

Número eu não enxergo. (Paciente)

Por outro lado, nas teleconsultas observou-se maior registro de conteúdo psicossocial, tanto por parte do profissional como também do facilitador. Ressalta-se que este conteúdo versou sobre o estilo de vida do paciente, principalmente com o objetivo de identificar fatores que facilitassem o processo de programação e uso e cuidados com o AASI, para ambas modalidades de consulta:

A senhora mora sozinha? (Profissional)
Moro com minha outra filha (Paciente)
(Nome da outra filha) consegue auxiliar a senhora nos cuidados com o aparelho? (Profissional)
Eu moro próximo dela, eu vou todos os dias pela manhã eu vou na casa dela. Todos os dias. (Acompanhante)
Mora perto dela? (Facilitador)

Grenness et al. (2015a) observaram que, durante o levantamento do histórico do paciente nas consultas audiológicas, houve maior número de elocuições (57%) de natureza biomédica do que psicossocial (42%). Verificam também que a presença do acompanhante influenciou o perfil de comunicação do profissional. Os audiologistas realizaram menos questões a respeito de aspectos psicossociais e de

estilo de vida e mais questões biomédicas quando havia um acompanhante na consulta.

Observa-se uma frequência maior de registros para o paciente e, principalmente, do acompanhante, nesta etapa da consulta – em particular para as consultas presenciais. Estes resultados sugerem que a comunicação intermediada por tecnologias pode ter influenciado as habilidades que permitem maior exploração do problema. Por exemplo, a percepção de pistas verbais e não verbais e estratégias que encorajam o paciente a continuar relatando as histórias podem ter sido dificultadas durante a transmissão de áudio e vídeo.

Destaca-se que não foram observados conteúdos de caráter afetivo ou da exploração das perspectivas do paciente em relação ao tratamento, que são de importância para a comunicação centrada no paciente (LAPLANTE-LEVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2010b; GAGNÉ; JENNINGS, 2011).

A etapa do “teste do AASI” englobou as categorias referentes à comunicação ocorrida durante a programação, verificação e ajuste fino deste dispositivo. Nesta etapa, a categoria “reação ao som” esteve presente em todas as consultas. Nesta categoria foram englobados os registros da investigação, por parte do profissional ou facilitador, de como o paciente percebia o som amplificado, assim como a identificação de possíveis queixas e comentários do paciente frente à amplificação sonora:

Como que a senhora está me ouvindo com os aparelhos? (Profissional)
Quando eu falo dá um barulhinho aqui (paciente aponta o ouvido).
(Paciente)
A voz continua normal? Só mais alta? (Profissional)
Tá bom assim. (Paciente)
Minha voz também tá normal. Só tá mais alta? (Profissional)
É. To ouvindo melhor. (Paciente)
Tá melhor assim? (Profissional)

Nas teleconsultas, o facilitador verificou com mais frequência a reação do paciente ao som amplificado do que o profissional. Presumivelmente, isto ocorreu para que o paciente pudesse pautar sua percepção quanto à *loudness* e qualidade sonora da voz do falante (CAMPOS, 2011) presente no ambiente de teste, de forma a não sofrer interferência da transmissão via internet. A partir da solicitação do profissional, o facilitador assumia a função de verificar a reação a estes sons amplificados:

O (nome do facilitador) vai conversar um pouquinho com o senhor pra gente poder ver como que o senhor tá ouvindo a nossa voz.
Pede pra ele contar (nome do facilitador). De um até cinco agora.
(Profissional)

Dai a gente quer saber do senhor como é que o senhor tá sentindo esse som, se ele tá muito alto, se ele tá confortável. Como é que ele tá pro senhor. (Facilitador)

A categoria “procedimentos técnicos” englobou conteúdos relativos às explicações a respeito dos procedimentos de medidas com microfone sonda e programação dos AASIs.

Esse teste aqui eu já programei o aparelho e agora eu coloco no ouvido da senhora pra medir o quanto de ganho o aparelho tá dando. Se tá adequado de acordo com seu exame que a senhora fez a primeira vez. (Profissional)

Esse primeiro exame que a gente vai fazer, o senhor não vai precisar responder nada. Então eu vou por o aparelho no ouvido junto com uma borrachinha que ai eu vou conseguir fazer o ajuste tudo pelo computador.
(Profissional)

Então esse tubinho, a ponta dele vai dentro da orelha do senhor pra gente poder fazer o exame. (Facilitador)

Observa-se que, na teleconsulta, estes registros ocorreram tanto para o profissional como para o facilitador. É importante lembrar que o facilitador auxiliava o profissional, mediante instruções, na realização de procedimentos que envolviam a manipulação direta do AASI e componentes físicos do sistema de programação (cabos, interface, sapatas de programação) e do equipamento de medidas com microfone sonda. Também realizava procedimentos que envolviam o exame físico do paciente, como a inspeção otológica, e o preparo deste para a condução da programação e verificação do AASI. Desta forma, era esperado que o facilitador tivesse uma participação mais ativa nesta fase.

Você coloca o tubo no ouvido dele [...] o tubo sonda. (Profissional)
Vou colocar agora. (Facilitador)
Agora o (nome do facilitador) vai desconectar o aparelho. (Profissional)
Pronto. Já desconectei. (Facilitador)

Também foram verificados, durante a teleconsulta, conteúdos voltados para a aprendizagem do facilitador. Por se tratar de um fonoaudiólogo em treinamento, o facilitador muitas vezes questionou o profissional a respeito dos procedimentos e buscou confirmação para suas impressões clínicas quanto às queixas do paciente ou resultados dos exames realizados.

É 'ampclusão' então? (Facilitador)

É que ele tá com adaptação aberta com a oliva. (Profissional).

Só se a gente testar. Senão eu vou ter que fazer o teste de microfonia. (Profissional)

Parou (a microfonia). Parou. Não tá apitando mais. (Facilitador)

Vai passar (o gerenciamento de microfonia)? (Facilitador)

Se continuar, a gente faz o teste de microfonia pro lado direito e faz o ganho de novo desse lado. (Profissional)

Este achado está em concordância com a literatura. Ferrari e Bernardez-Braga (2009) comentam que a teleconsulta síncrona, com vídeo interativo e o compartilhamento de dados, pode representar um análogo ao preceptorado clínico tradicional, favorecendo o desenvolvimento de competências clínicas para a realização das medidas com microfone sonda. Paiva (2015) avaliou as teleconsultas como complemento a um treinamento à distância sobre as medidas com microfone sonda. Os participantes relataram que a atividade de teleconsulta síncrona permitiu maior autonomia na realização do procedimento, ao longo do tempo.

É importante notar que a dominância do profissional nesta etapa da consulta era esperada, tendo em vista que se faz necessária a realização de grande número de procedimentos técnicos, levando a uma relação mais assimétrica, conforme também observado por Poles-Reginato (2013). Contudo, as informações referentes aos procedimentos eram, geralmente, fornecidas no início do teste (medidas com microfone sonda e ajustes no AASI). Durante a execução de algumas fases do procedimento de verificação do AASI, é necessário que haja silêncio no ambiente de teste. Entretanto, tais momentos poderiam ter sido intercalados com oportunidades para explanação dos resultados, visando o maior envolvimento do paciente no processo (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013). Ao invés disto foi observada a ausência de diálogo do profissional e facilitador com o paciente e acompanhante, durante todo procedimento de medidas com microfone sonda.

A etapa de “explicação e planejamento” envolve, dentre outros elementos, o fornecimento de informação e uso de estratégias que assegurem a correta compreensão e retenção das mesmas, assim como o envolvimento do paciente no processo de tomada de decisão a respeito do tratamento (decisão compartilhada), de forma a torná-lo ativo no processo (KURTZ et al., 2003; SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013).

Neste estudo, observou-se maior concentração de registros nesta etapa, para ambas as modalidades de consulta, sobretudo no que se refere ao aconselhamento informativo quanto ao uso e manuseio dos AASI. Também se observou um grande número de registros para o paciente e acompanhante, os quais esclareceram dúvidas a respeito das orientações fornecidas. A presença desta categoria era esperada já que este aconselhamento faz parte da consulta para seleção e adaptação do AASI.

[...] ele (o AASI) vem marcado com uma cor, o da direita ele é vermelho e o da esquerda ele é azul. (Profissional)

[...] então essa parte aqui ela não molha porque o aparelho é eletrônico. Então a gente vai girar e é só continuar girando e puxando que ele sai fácil. E daí pra colocar é só empurrar. (Facilitador)

Esse fiozinho aqui. Troca de vez em quando? Tem que trocar? (Paciente)

Eu quero saber a diferença de um aparelho com o outro. Como que vai saber qual que é do direito e qual vai ser do esquerdo? (Acompanhante)

É de importância que o profissional assegure que o AASI seja manuseado corretamente, de forma a garantir o bom funcionamento do dispositivo e seu aproveitamento (DESJARDINS; DOHERTY, 2009). Boothroyd (2007) também ressalta que o aconselhamento informativo é um componente-chave da reabilitação auditiva, pois permite que o deficiente auditivo adquira conhecimentos para utilização dos dispositivos auxiliares da audição e também para controlar o contexto comunicativo, por meio de técnicas para evitar as falhas de comunicação e repará-las.

Novamente, verifica-se uma participação bastante ativa do facilitador no momento do aconselhamento informativo. Assim, conforme descrito em Campos (2011), o profissional demonstrava em frente à *webcam* como manipular o AASI e molde e solicitava que o participante realizasse a mesma atividade. Tanto o profissional como o facilitador monitorava e certificava se a execução da tarefa pelo participante era adequada. Caso fossem percebidas dificuldades, as orientações eram repetidas. Se o participante não conseguisse realizar a atividade corretamente, com as orientações do profissional, o facilitador era solicitado a auxiliar.

A literatura indica que, em muitos casos, o facilitador é reconhecido pelo paciente como prestador do serviço de saúde, podendo complementar a atenção

fornecida de modo a compensar a distância física do profissional, fortalecendo a confiança do paciente nas teleconsultas (REGINATO; FERRARI, 2014).

Também foi observada nesta etapa, comunicações para facilitação e verificação da compreensão e retenção da informação. Campos, Bozza e Ferrari (2014) reforçam a necessidade da repetição das informações ao longo do tempo como uma estratégia para o paciente reter as informações. Ferrari (2013) comenta a importância das recomendações específicas, de demonstrar as informações e solicitar que o paciente execute o procedimento e das repetições como uma maneira de promover a retenção da informação.

Anotei aqui pro senhor [...] tem que comprar o aspirador nasal". (Facilitador)

O senhor ficou com alguma dúvida? De alguma coisa que a gente orientou?

Alguma coisa que não ficou clara? (Profissional)

Eu acho que não. (Paciente)

Deu pra entender essa parte da limpeza? (Profissional)

Entendi. Deixa fora do aparelho e... pra secar por outro dia. (Paciente)

Tá conseguindo aumentar e diminuir (o volume)? (Facilitador)

Pra frente aumenta e pra trás diminui. Certo? Pra cima aumenta e pra baixo diminui. (Paciente)

Comunicação voltada a persuadir o paciente quanto ao uso do AASI também foi notada nesta etapa, por exemplo:

O senhor vai ouvir bem com o aparelho agora. (Profissional)

Mas o aparelho vai ajudar muito, o senhor vai ver. (Profissional)

Agora tá ouvindo tudo. Quero ver chegar em casa qual que vai ser a altura da televisão hein?. (Profissional)

Grenness et al. (2015b) indicaram que quase metade das declarações dos audiologistas durante a fase de diagnóstico e planejamento terapêutico foram classificadas como educacionais e de aconselhamento (48%) e 83% destas declarações educacionais eram de conteúdo biomédico. Aproximadamente 30% das informações fornecidas foram consideradas persuasivas.

De particular relevância é o número reduzido de registros na categoria "decisão compartilhada", em ambos os tipos de consulta. No modelo de decisão compartilhada tanto o ponto de vista do profissional quanto o do paciente devem ser levados em consideração e os profissionais devem ser cuidadosos em oferecer

ideias e sugestões para que o paciente reflita, além de escutar cuidadosamente as ideias e respostas do próprio paciente (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013).

Os dados do presente estudo indicam que houve um domínio do profissional no processo decisório. Em nenhum momento foi facultado ao paciente oportunidade para expressar se ele(a) desejava utilizar o AASI. Poucas vezes foi obtida a perspectiva do paciente quanto ao número de horas e locais em que os AASIs seriam usados, a utilização de um ou dois dispositivos, quanto ao número de horas e locais em que os AASIs seriam usado ou a utilização de um ou dois dispositivos. A inclusão do paciente foi voltada para a decisão relacionada aos recursos a serem incluídos nos dispositivos:

O senhor quer deixar essa opção (o controle de volume) funcionando ou o senhor prefere deixar o volume no automático? O que o senhor prefere? (Profissional)

Que que o senhor prefere, (atendimento de reabilitação) em grupo ou individual? (Facilitador)

Stewart (1995) indica que os pacientes devem participar da formulação do plano terapêutico, sendo empoderados para tomar decisões sobre o tratamento, com suporte e conforto. De fato, o compartilhamento de poder e responsabilidades, com a participação mais efetiva dos pacientes nas tomadas de decisões (LAPLANTE-LEVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2010b; GAGNÉ; JENNINGS, 2011).

Duchan (2004) relata que os profissionais da Audiologia estão acostumados a realizar avaliações para diagnóstico da deficiência auditiva e a prescrição do AASI ou terapia para amenizar o impacto desta deficiência, desconsiderando o conhecimento e as vivências do paciente deficiente auditivo. Esta abordagem caracteriza o modelo biomédico e tem o foco na patologia em si, negligenciando questões que envolvem o cuidado em longo prazo, necessário para o manejo de doenças crônicas.

Outro fator que pode interferir para que o profissional siga abordagem mais diretiva, diminuindo a frequência do tempo permitido para expor seu ponto de vista, são as pressões organizacionais dos sistemas de saúde para que os atendimentos ocorram com tempos diminuídos e números elevados de pacientes (CALLAHAN et al., 2003).

As habilidades de comunicação específicas para a fase de “encerramento” englobam confirmar o estabelecimento de um plano de cuidados, deixar claro os próximos passos para o paciente e para o profissional, estabelecer planos, maximizar a aderência do paciente e os resultados, tornar o uso do tempo mais eficiente durante a consulta e continuar a encorajar o paciente a se sentir parte de um processo colaborativo e a construir o relacionamento profissional/paciente para o futuro (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 1998). No entanto, para as consultas analisadas, foram categorizados os comportamentos comunicativos relacionados à rede de cuidados e à despedida propriamente dita como, por exemplo:

O senhor sabe qual é o número do telefone daqui? O cartão que estava agendado hoje. Aqui em cima tem (o número do telefone). (Profissional)

Qualquer problema, a senhora tem que ligar aqui na clínica e ai eles vão marcar um retorno pra senhora pra gente poder mandar esse aparelho pro conserto. (Profissional)

Tchau. (Profissional)

Fica com Deus. (Paciente)

Tanto o fornecimento de estrutura quanto a construção de relacionamento são atividades que permeiam toda a consulta, não seguem uma sequência e são essenciais para que todos os domínios sejam efetivos. O fornecimento de estrutura envolve uma consulta ordenada e flexível, ajudar o paciente a compreender e se envolver, encorajar o paciente a fazer parte do processo sendo participativo e colaborativo, permitir a obtenção e o fornecimento de informação e usar o tempo de forma eficiente (KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 1998).

Neste estudo foram codificadas categorias relacionadas ao uso de transições e sinalizações de troca de turno. Esta segunda foi constatada somente para o atendimento via teleconsulta em que provavelmente o profissional e o facilitador sentiram a necessidade de informar o início de uma elocução e solicitar a atenção do outro. Para as sinalizações de troca de turnos, foram codificadas elocuções onde o profissional chama pelo nome do facilitador e vice-versa.

Agora a gente vai fazer mais um exame e depois eu vou explicar tudo certinho pra senhora. (Profissional)

Agora vamos passar pra limpeza do aparelho. (Profissional)

Silverman, Kurtz e Draper (2013) relatam que a construção do relacionamento transita em paralelo com as etapas da consulta. A construção do relacionamento contribui substancialmente para alcançar os objetivos da comunicação profissional/paciente e é por meio desta habilidade que o paciente consegue contar suas histórias e explicar suas preocupações, promove aderência e previne que ocorram mal entendidos e conflitos.

Nesta etapa, observou-se que os registros de conversa social foram mais frequentes nas consultas face a face do que nas teleconsultas. Esta categoria envolvia elocuções para estabelecer o relacionamento e que não apresentavam relação direta com o conteúdo da consulta para verificação e adaptação de AASI:

Que bom que a senhora tem filhas preocupadas né, com a senhora!
(Profissional)

Então a senhora gosta de assistir televisão? (Facilitador)

Ao contrário do presente estudo, análises de consultas na área de dermatologia realizadas por Demiris, Edison e Vijaykumar (2005) indicaram que houve maior número de conversa social nas teleconsultas. Não foi possível identificar os motivos pelos quais os pacientes e profissionais se envolveram menos em conversas sociais durante os atendimentos via teleconsulta.

Ainda no tocante à construção do relacionamento, a frequência de registros relacionados aos sentimentos e uso de *back channels* foi maior para os pacientes e acompanhantes do que para os profissionais e facilitador, em ambas modalidades de consulta. Ward e Tsukahara (2000) definem os *back channels* como elocuções curtas que demonstram atenção e encorajam o outro a continuar sua fala - por exemplo: “ahã”, “tá”, “hum”. Por esta razão, os *back channels* podem ser indicadores da escuta ativa. Estes resultados podem ter ocorrido em função da dominância do profissional na comunicação.

Além disso, é interessante notar que em quatro vídeos de consultas face a face e em três de teleconsultas, os pacientes se referiram aos sentimentos relacionados ao tratamento. No entanto, em apenas uma consulta esta informação foi reconhecida e validada pelo profissional.

A gente fica com medo de não acostumar. (Paciente)
Entendi. (Profissional)
Isso. Nunca usei nada [...] (Paciente)

Como que tá a expectativa pro senhor usar o aparelho? (Profissional)
Eu espero que melhore um pouco pra mim conseguir escutar. (Paciente)
Quais as dificuldades que o senhor...em quais situações o senhor não escuta? (Profissional)

Estes resultados diferem de Grenness et al. (2015a) que encontraram que a proporção de elocuições para a construção de relacionamento para os pacientes (30%) foi semelhante à proporção para audiologistas (36%). No entanto, a codificação utilizada neste estudo revelou que esta construção de relacionamento envolvia poucos aspectos emocionais.

Stewart (1995) comenta sobre a importância de abordar os sentimentos, preocupações e a compreensão do problema por parte do paciente e como isto afeta a sua funcionalidade e expectativas quanto ao tratamento. De acordo com English (2005) os pacientes apresentam sentimentos e preocupações relacionados à deficiência auditiva e, é importante que os audiologistas estejam preparados para as reações psicológicas e emocionais decorrentes da deficiência auditiva.

Neste estudo, o perfil comunicativo dos pacientes e acompanhantes foi semelhante, apresentando frequência de unidades de registro nas mesmas etapas da consulta.

Resultados similares foram observados por Grenness et al. (2015b). Os autores reforçam a importância de melhorar a comunicação profissional/paciente/acompanhante durante as consultas iniciais, propondo que são necessárias modificações individuais, organizacionais, educacionais e profissionais. O mesmo resultado foi encontrado no presente estudo, porém os acompanhantes apresentaram menor frequência de categorias codificadas, demonstrando que apesar de estarem presentes nas consultas, não foram envolvidos no processo de reabilitação e apresentaram participação mais passiva e condicionada às menções do profissional e/ou facilitador.

Algumas categorias foram específicas da teleconsulta, como, por exemplo, a comunicação de problemas técnicos realizada pelo profissional, indicando a necessidade de ações para restabelecimento da transmissão de áudio e/ou vídeo como, por exemplo:

Deixa eu configurar aqui o vídeo. Você está me ouvindo? (Profissional)

Em resumo, os resultados do presente estudo demonstraram que tanto a consulta face a face quanto a teleconsulta foram estruturadas conforme o modelo biomédico, centrado no profissional e na resolução de problemas, sem o aprofundamento emocional e de verificação dos sentimentos e perspectivas do paciente em relação aos cuidados que estão sendo realizados.

4.2.3 Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo foi não ter sido considerada a comunicação não verbal durante a análise de conteúdo. Roter et al. (2006) sugerem que o contexto emocional na área da saúde está relacionado especialmente à comunicação não verbal e que as habilidades de comunicação relacionadas ao aspecto emocional são elementos críticos para a qualidade no atendimento. O comportamento não verbal é significativo para o relacionamento terapêutico e tem importante influência nos resultados clínicos, satisfação e aderência. Ruusvuori (2001) e Main et al. (2010) também relatam que a comunicação não verbal é extremamente importante para a comunicação profissional/paciente.

5 CONCLUSÕES

5 CONCLUSÕES

O presente trabalho levou às seguintes conclusões:

- a comunicação utilizada nas consultas de programação, verificação e concessão do AASI não foi centrada no paciente, conforme atualmente preconizado;
- a qualidade da comunicação utilizada nas consultas foi negativamente impactada pela mediação da interação por meio de tecnologias de informação e comunicação.

Sendo assim, é reforçada a recomendação da literatura quanto à necessidade de treinamento dos fonoaudiólogos para o uso de habilidades de comunicação profissional/paciente efetivas, que comprovadamente melhoram os resultados do tratamento. Também se faz necessário considerar estratégias específicas para profissionais e facilitadores da teleconsulta, de modo a contornar os potenciais obstáculos advindos da interação à distância.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- American Speech-Language-Hearing Association. Telepractice. United States: ASHA; 2014 [cited 2014 Sept. 22]. Available from: <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956§ion=Overview>.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Brasil: Edições 70; 2011.
- Bartman I, Smee S, Roy M. A method for identifying extreme OSCE examiners. Clin Teach. 2013;10(1):27-31.
- Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. Soc Sci Med. 1991;32(11):1301-10.
- Boothroyd A. Adult aural rehabilitation: what is it and does it work? Trends Amplif. 2007;11(2):63-71.
- Bramble K. Internet hearing aid sales: our new reality. Audiol Today. 2013.
- Brasil. Instrutivo Saúde Auditiva. Ref. Portaria GM nº. 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM nº. 835 de 25 de abril de 2012. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, DF, abril; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia e-saúde para o Brasil [homepage na internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2014a [acesso 2014 out. 20]. Disponível em: http://cspace.eportuguese.org/tiki-download_file.php?fileId=1173.
- Brasil. Telessaúde Brasil Redes. História do Telessaúde [homepage na internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2014b [acesso 2015 out. 19]. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/>.
- Bruce V. The role of the face in communication: implications for videophone design. Interact Comput. 1996;8(2):166-76.
- Burt J, Abel G, Elmore N, Campbell J, Roland M, Benson J, et al. Assessing communication quality of consultations in primary care: Initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. BMJ Open. 2014;6(3):e0004339.
- Byrne D, Dillon H, Ching T, Katsch R, Keidser GI. NAL-NL1 procedure for fitting nonlinear hearing aids: characteristics and comparisons with other procedures. J Am Acad Audiol. 2001;12(1):37-51.
- 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.
- Campelo VES, Bento RF. Automatic teleaudiometry: a low cost method to auditory screening. Int Arch Otorhinolaryngol. 2010;14(1):82-9.

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.

Campos PD, Ferrari DV. Teleaudiology: evaluation of teleconsultation efficacy for hearing aid fitting. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;24(4):301-8.

Campos PD, Bozza A, Ferrari DV. Habilidades de manuseio dos aparelhos de amplificação sonora individuais: relação com satisfação e benefício. *CoDAS*. 2014;26(1):10-6.

Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa nº. 427 de 1º de março de 2013. Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia e dá outras providências. 2013 [acesso 2014 set. 06]. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%20427-2013.pdf>.

Convery E, Keidser G, Dillon H, Hartley L. A self-fitting hearing aid: need and concept. *Trends Amplif*. 2011;15(4):157-66.

Demiris G, Edison K, Vijaykumar S. A comparison of communication models of traditional and vídeo-mediated health care delivery. *Int J Med Inform*. 2005;74(10):851-6.

Demiris G, Speedie S, Finkelstein S, Harris I. Communication patterns and technical quality of virtual visits in home care. *J Telemed Telecare*. 2003;9(4):210-5.

Dennis KC, Gladden CF, Noe CM. Telepractice in the Department of Veterans Affairs. *Hear Review*. 2012;19(10):44-50.

Desjardins JL, Doherty KA. Do experienced hearing aid users know how to use their hearing aids correctly? *Am J Audiol*. 2009;18(1):69-76.

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

Eikelboom RH, Atlas MD. Attitude to telemedicine, and willingness to use it, in audiology patients. *J Telemed Telecare*. 2005;11 Suppl 2:S22-5.

English K. Get ready for the Next Big Thing in audiologic counseling. *Hear J*. 2005;58(7):10-5.

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

English K, Kasewurm G. Audiology and patient trust. *Audiology Today*. 2012;24(2):33-8.

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(2):84-90.

Entwistle V, Carter S, Cribb A, McCaffery K. Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. *J Gen Intern Med*. 2010;25(7):741-5.

Fabry D. Applications of telehealth for hearing care. *Audiology Today*. 2010;22(5):18-25.

Ferrari DV. Remote programming and verification as a mean to improve quality of hearing aid fitting. In: Rasmussen AN, Andersen T, Larsen CB, organizers. *Hearing aid fitting*. Centertryk: Danavox Jubilee Foundation. 2006. p. 531-44.

Ferrari DV. Aconselhamento informativo: quais estratégias para retenção da informação? *Audiology Infos*. 2013 [cited 2016 Feb. 22];24-9. Available from: <http://www.audiology-infos.br.com/em-foco/727-aconselhamento-informativo-quais-estrategias-para-retencao-de-informacao?showall=&limitstart=>.

Ferrari DV. Comparação de procedimentos audiológicos realizados face a face e via teleconsulta síncrona: revisão sistemática da literatura [tese de livre-docência]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2014.

Ferrari DV, Bernardez-Braga GRA. Remote probe microphone measurement to verify hearing aid performance. *J Telemed Telecare*. 2009;15(3):122-4.

Ferrari DV, Blasca WQ, Bernardez-Braga GRA, Wenn CL. Telessaúde: acesso a educação e assistência em audiologia. In: Bevilacqua MC, Martinez MAN, Balen AS, Pupo AC, Reis ACM, Frota S, organizadores. *Saúde Auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas*. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2010. p. 189-218.

Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields C, Duberstein P, McDaniel SH, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care*. 2004;42(11):1049-55.

Freeman BA. Technology, legislators, associations, and companies are encouraging tele-audiology. *Hear J*. 2010;63(6):50-1.

Gagné JP, Jennings MB. Incorporating a client-centered approach to audiologic rehabilitation. *ASHA Leader*. 2011;16(8):10-3.

Galster J, Abrams H. Are you ready for remote hearing aid programming? *Hearing Review* [serial on the internet]. 2012 [cited 2012 Oct. 31]. Available from: <http://www.hearingreview.com/2012/10/are-you-ready-for-remote-hearing-aid-programming/>.

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

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

Grenness C, Hickson L, Laplante-Lévesque A, Davidson B. Patient-centered audiological rehabilitation: perspectives of older adults who own hearing aids. *Int J Audiol*. 2014a;53 Suppl 1:68-75.

- Grenness C, Hickson L, Laplante-Lévesque A, Davidson B. Patient-centered care: a review for rehabilitative audiologists. *Int J Audiol*. 2014b;53 Suppl 1:60-7.
- Grenness C, Hickson L, Laplante-Lévesque A, Meyer C, Davidson B. Communication patterns in audiologic rehabilitation history-taking: audiologists, patients, and their companions. *Ear Hear*. 2015a;36(2):191-204.
- Grenness C, Hickson L, Laplante-Lévesque A, Meyer C, Davidson B. The nature of communication throughout diagnosis and management planning in initial audiologic rehabilitation consultations. *J Am Acad Audiol*. 2015b;26(1):36-50.
- Harrison MAR, MacFarlane A, Murray E, Wallace P. Patients' perceptions of joint teleconsultations: a qualitative evaluation. *Health Expect*. 2006;9(1):81-90.
- Hughes JC, Bamford C, May C. Types of centredness in healthcare: themes and concepts. *Med Health Care Philos*. 2008;11(4):455-63.
- Kimball SH. Concerns regarding direct-to-consumer hearing aid purchasing. *Volta Rev*. 2010;110(3):447-57.
- Knudsen LV, Nielsen C, Kramer SE, Jones L, Laplante-Lévesque A. Client labor: adults with hearing impairment describing their participation in their hearing help-seeking and rehabilitation. *J Am Acad Audiol*. 2013;24(3):192-204.
- Kochkin S, Beck DL, Christensen LA, Compton-Conley C, Fligor BJ, Kricos PB, et al. MarkeTrak VIII: the impact of the hearing healthcare professional on hearing aid user success. *Hear Rev*. 2010;17(4):12-34.
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. London: Radcliffe Publishing; 1998.
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. London: Radcliffe Publishing; 2008.
- Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *Acad Med*. 2003;78(8):802-9.
- Laplante-Lévesque A, Pichora-Fuller MK, Gagné JP. Providing an internet-based audiological counselling programme to new hearing aid users: a qualitative study. *Int J Audiol*. 2006;45(12):697-706.
- Laplante-Lévesque A, Hickson L, Worrall L. A qualitative study of shared decision making in rehabilitative audiology. *J Acad Rehabil Audiol*. 2010a;43:27-43.
- Laplante-Lévesque A, Hickson L, Worrall L. Promoting the participation of adults with acquired hearing impairment in their rehabilitation. *J Acad Rehabil Audiol*. 2010b;43:11-26.
- Laplante-Lévesque A, Knudsen LV, Preminger JE, Jones L, Nielsen C, Öberg M, et al. Hearing help-seeking and rehabilitation: perspectives of adults with hearing impairment. *Int J Audiol*. 2012;51(2):93-102.

Liu X, Sawada Y, Takizawa T, Sato H, Sato M, Sakamoto H, et al. Doctor-patient communication: a comparison between telemedicine consultation and face-to-face consultation. *Intern Med*. 2007;46(5):227-32.

Main CJ, Buchbinder R, Porcheret M, Foster N. Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(2):219-25.

Margolis RH. What do your patients remember? *Hear J*. 2004;57(6):10-7.

Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-110.

Miller EA. Telemedicine and doctor-patient communication: an analytical survey of the research literature. *J Telemed Telecare*. 2001;7(1):1-17.

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

Miller EA. The technical and interpersonal aspects of telemedicine: effects on doctor-patient communication. *J Telemed Telecare*. 2003;9(1):1-7.

Miller EA. Telemedicine and the provider-patient relationship: what we know so far. [homepage on the internet]. 2010 [cited 2014 July 19]. Available from: <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/Miller-E-2010-Evidence-review-Telemedicine-and-the-Provider-Patient-Relationship-what-we-know-so-far.pdf>.

Nelson EL, Miller EA, Larson KA. Reliability associated with the Roter Interaction Analysis System (RIAS) adapted for the telemedicine context. *Patient Educ Couns*. 2010;78(1):72-8.

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

O'Conaill B, Whittaker S, Wilbur S. Conversations over video conferences: an evaluation of the spoken aspects of video-mediated communication. *Hum Comput Interact*. 1993;8:389-428.

Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev Enferm*. 2008;16(4):569-76.

Ong LML, de Haes JCJM, Hoods AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18.

Paiva PMP. Telessaúde e audiolgia: teleconsulta para o preceptorado clínico na verificação dos aparelhos de amplificação sonora individuais [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2015.

Pearce W, Ching TYC, Dillon H. A pilot investigation into the provision of hearing services using tele-audiology to remote areas. *Australian and New Zealand Journal of Audiology*. 2009;31(2):96-100.

- Poles-Reginato TT. Seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta: análise da interação profissional/paciente [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2013.
- 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.
- Reginato TTP, Ferrari DV. Teleaudiology: professional-patient communication in hearing aid programming and fitting via teleconsultation. *Audiol Commun Res*. 2014;19(3):299-309.
- Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, van der Vleuten C. Assessment of the performance of general practitioners by the use of standardized (simulated) patients. *Br J Gen Pract*. 1991;41(344):97-9.
- Rethans JJ, Norcini JJ, Barón-Maldonado M, Blackmore D, Jolly BC, LaDuca T, et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ*. 2002;36(10):901-9.
- Roter DL, Hall JA, Katz NR. Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. *Patient Educ Couns*. 1988;12:99-119.
- Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med*. 2006; 21 Suppl 1:S28-34.
- Ruusvuori J. Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Soc Sci Med*. 2001;52(7):1093-108.
- Sabesan S, Kelly J. Doctor patient communication in telehealth. *Asia-Pac J Clin Oncol*. 2014;10 Suppl 6:44-6.
- Sabesan S, Allen D, Caldwell P, Loh PK, Mozer R, Komesaroff PA, et al. Practical aspects of telehealth: doctor-patient relationship and communication. *Intern Med*. 2014;44(1):101-3.
- Salonen J, Johansson R, Karjalainen S, Vahlberg T, Jero JP, Isoaho R. Hearing aid compliance in the elderly. *B-ENT*. 2013;9(1):23-8.
- Scheffer JC, Fialho IM, Scholze AS. Itinerários de cura e cuidado de idosos com perda auditiva. *Saúde Soc*. 2009;18(3):537-48.
- Silverman D. Developing data analysis. In: Silverman D. *Doing qualitative research*. 3rd ed. Los Angeles: SAGE; 2010. p. 251-67.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. 3. ed. London: Radcliffe Publishing; 2013.
- Singh G, Pichora-Fuller MK, Malkowski M, Launer S. A survey of the attitudes of practitioners toward teleaudiology. *Int J Audiol*. 2014;53(12):850-60.

Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J.* 1995;152(9):1423-33.

Street RL, Wheeler EJ, McCaughan WT. Specialist-primary care provider-patient communication in telemedicine consultations. *Telemed J.* 2000;6:45-54.

Swanepoel DW, Clark JL, Koekmoer D, Hall III JW, Krumm M, Ferrari DV, et al. Telehealth in audiology: the need and potential to reach underserved communities. *Int J Audiol.* 2010;49(3):195-202.

Sweetow RW, Corti D, Edwards B, Moodie ST, Sabes JH. Warning: do not add on aural rehabilitation or auditory training to your fitting procedures. *Hearing Rev.* 2007;14(6):48-51.

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

TeamViewer [homepage on the Internet]. c2016. [cited 21 Feb. 2014]. Available from: <https://www.teamviewer.com/pt/products/security.aspx>.

Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am.* 2003;87(5):1115-45.

Valente M. Guidelines for the audiologic management of adult hearing impairment. *Audiology Online.* 2006 [cited 2016 Jan 12]. Available from: <http://www.audiologyonline.com/articles/guideline-for-audiologic-management-adult-966>.

Ward N, Tsukahara W. Prosodic features which cue back-channel responses in English and Japanese. *J Pragmat.* 2000;32(8):1177-207.

Wesendahl T. Hearing aid fitting: application of telemedicine in audiology. *Int Tinnitus J.* 2003;9(1):56-8.

Zolnieriek KBH, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care.* 2009;47(8):826-34.

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

APÊNDICE

APÊNDICE A – Histogramas indicando a distribuição das pontuações referente aos domínios da GCRS

Face a face

NA= nada consta

Teleconsulta

NA= nada consta

NA= nada consta

NA= nada consta

NA= nada consta

NA= nada consta

NA= nada consta

NA= nada consta

Face a face **Teleconsulta**

ANEXOS

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

<p>Iniciando a sessão <i>Estabelecimento do rapport inicial</i> 1. Cumprimenta o paciente e obtém seu nome. 2. Se apresenta e apresenta o motivo e natureza da entrevista; obtém consentimento se necessário. 3. Demonstra respeito e interesse. Presta atenção ao conforto físico do paciente <i>Identificando a(s) razão(ões) da consulta</i> 4. Identifica os problemas do paciente ou as questões que o paciente deseja falar com uma pergunta aberta apropriada (por exemplo: "Sobre o que você gostaria de falar hoje?"). 5. Escuta atentamente as elocuições de abertura do paciente, sem interromper ou direcionar sua resposta. 6. Confirma e verifica outros problemas (por exemplo: "Então, além de dor de cabeça e cansação, há alguma outra coisa?"). 7. Negocia a agenda levando em consideração as necessidades do profissional e paciente. Obtendo informações <i>Exploração dos problemas do paciente</i> 8. Incentiva o paciente a contar a história do problema (s) a partir de quando começou até o presente momento, em suas próprias palavras (esclarecer as razões pelas quais o paciente procura ajuda agora). 9. Utiliza técnicas de perguntas abertas e fechadas de forma adequada. 10. Escuta atentamente, permitindo que o paciente complete elocuições, sem interrupção e deixando espaço para que o paciente pense antes de responder ou que continue a falar depois de uma pausa. 11. Facilita as respostas do paciente de forma verbal e não verbal (ex: uso de encorajamento, silêncio, repetição, paráfrase, interpretação). 12. Percebe pistas verbais e não verbais (linguagem corporal, fala, expressão facial); verifica e reconhece de forma apropriada. 13. Esclarece as elocuições de pacientes que são pouco claras ou que necessitem ser ampliadas (por exemplo: "você poderia explicar o que você quer dizer com luz dirigida?"). 14. Resume, periodicamente, para verificar a própria compreensão a respeito do que o paciente disse; convidar o paciente a corrigir a interpretação ou fornecer mais informações. 15. Usa questões e comentários facilmente compreensíveis e concisos, evita ou explica o uso de jargão. 16. Estabelecer datas e sequência de eventos. <i>Habilidades adicionais para compreender a perspectiva do paciente.</i> 17. Determina ativamente e explorar de forma adequada, as ideias do paciente (isto é, crenças, objetivos), preocupações em relação a cada problema, expectativas (isto é, metas, que tipo de ajuda o paciente espera para cada problema) e efeitos (como cada problema pode afetar a vida do paciente). 18. Incentiva o paciente a expressar sentimentos. Fornecendo estrutura <i>Tornando a organização evidente</i> 19. Resume no final de uma linha específica de investigação para confirmar a compreensão antes de passar para a próxima seção. 20. Progride de uma seção para outra usando sinalização, elocuições de transição; inclui razão para a próxima seção. <i>Ajudando a fluir</i> 21. Estrutura a entrevista numa sequência lógica. 22. Respeita o tempo e mantém o foco na tarefa.</p>	<p>Construindo o relacionamento <i>Usando comportamento não verbal apropriado</i> 23. Demonstra comportamento não verbal apropriado: contato visual, expressão facial, postura, posição, movimento e características vocais (velocidade, volume e tom), por exemplo. 24. Caso precise ler, escrever notas ou usar computador, que se faça de forma que não interfira no diálogo ou relacionamento. 25. Demonstra confiança apropriada. <i>Desenvolvendo o relacionamento</i> 26. Aceita a legitimidade de pontos de vista e sentimentos do paciente, sem julgamento. 27. Usa empatia para comunicar a compreensão e valorização dos sentimentos do paciente; abertamente, reconhece o ponto de vista do paciente e seus sentimentos. 28. Fornecer suporte: expressa preocupação, compreensão, vontade de ajudar; reconhece os esforços de enfrentamento e autocuidados adequados; oferece parceria. 29. Demonstra sensibilidade com temas embaraçosos e delicados, com a dor física incluindo quando esse é associado ao exame físico. <i>Envolvendo o paciente.</i> 30. Ações de pensamento com o paciente para encorajar o envolvimento do mesmo. 31. Explica a lógica dos exames físicos em caso de dúvidas. 32. Durante exame físico, explica o processo, solicita permissão. Explicação e planejamento <i>Fornecendo quantidade adequada de informações</i> 33. Divide e verifica: fornece a informação em partes gerenciáveis, confirma a compreensão, usa a resposta do paciente como um guia para prosseguir. 34. Avalia o ponto de partida do paciente: verifica o conhecimento prévio do paciente antes de dar informações, descobre se o paciente deseja obter mais informações. 35. Pergunta aos pacientes quais outras informações seriam úteis, por exemplo, etiologia, prognóstico. 36. Fornecer explicações em momentos apropriados: evita dar conselhos, informações ou garantia prematuramente. <i>Facilitando recordar as informações e compreensão</i> 37. Organiza a explicação: divide em seções distintas, desenvolve uma sequência lógica. 38. Usa categorização explícita ou sinalização (por exemplo: "há três importantes coisas que eu gostaria de discutir"). 39. Usa a repetição e resumo para reforçar informações. 40. Usa linguagem facilmente compreensível e concisa, evita ou explica o uso de jargão. 41. Usa métodos visuais de transmitir informações: diagramas, modelos, escritos informações e instruções. 42. Verifica a compreensão do paciente a respeito da informação fornecida (ou planeja fazer): por exemplo, solicitando ao paciente para que reapresente o tópico com suas próprias palavras; explicar se necessário. <i>Alcançando um entendimento comum: incorporar a perspectiva do paciente.</i> 43. Refere as explicações ao quadro da doença do paciente: para suscitar ideias anteriores, preocupações e expectativas. 44. Oferece oportunidades e incentiva o paciente para contribuir: pergunta, pede esclarecimentos ou manifesta dúvidas; responde adequadamente. 45. Coletar pistas verbais e não verbais, por exemplo: a necessidade do paciente para contribuir com informações ou fazer perguntas, a sobrecarga de informações, angústia.</p>	<p>46. Provoca as crenças, reações e sentimentos do paciente relacionados às informações fornecidas, termos utilizados; reconhece e aborda, sempre que necessário. <i>Planejando: tomada de decisão compartilhada.</i> 47. Compartilha os pensamentos quando apropriado: ideias, pensamentos, dilemas. 48. Envolve o paciente fazendo sugestões em vez de imposições. 49. Incentiva o paciente a contribuir com seus pensamentos: ideias, sugestões e preferências. 50. Negocia um planejamento mutuamente aceitável. 51. Oferece opções: incentiva o paciente a fazer escolhas e decisões a respeito do que ele quer. 52. Verifica com o paciente a aceitação do planejamento e se as preocupações foram abordadas. Encerrando a sessão <i>Planejamento futuro</i> 53. Contrata os próximos passos para o paciente e o médico. 54. Redes de segurança, explica possíveis resultados inesperados, o que fazer se o planejamento não der certo, quando e como procurar ajuda. <i>Garantindo ponto apropriado de fechamento</i> 55. Resume a sessão brevemente e esclarecer plano de cuidados. 56. Verificação final: verifica se o paciente concorda e está confortável com o plano e questiona se há alguma correção, perguntas ou outros itens para discutir. Opções de explicações e planejamento (inclui conteúdo) <i>SE, discute as investigações e os procedimentos</i> 57. Fornece informações claras sobre os procedimentos, por exemplo, o que o paciente poderá experimentar, como o paciente será informado a respeito dos resultados. 58. Relaciona os procedimentos ao planejamento do tratamento: o valor, o propósito. 59. Incentiva perguntas e discussão de possíveis ansiedades ou resultados negativos. SE discute opções e importância do problema 60. Oferece opinião sobre o que está acontecendo e nomeia, se possível. 61. Revela justificativa para a opinião. 62. Explica causa, gravidade, resultados previstos e consequências a curto e longo prazo. 63. Elicia crenças, reações, preocupações e opiniões do paciente. SE negocia plano de ação mútua. 64. Discute opções, por exemplo, nenhuma ação, investigação, medicação ou cirurgia, o não uso de drogas, tratamento, (fisioterapia, assessores pé, fluidos, aconselhamento preventivo medidas). 65. Fornece informações a respeito da ação ou tratamento oferecido: nome passos envolvidos, como funciona, benefícios e vantagens os possíveis efeitos colaterais. 66. Obtém o ponto de vista do paciente a respeito da necessidade de ação, benefícios percebidos, barreiras e motivação. 67. Aceita a opinião do paciente, defende alternativas e o ponto de vista do paciente quando necessário. 68. Provoca reações e preocupações do paciente sobre os planos e tratamentos, incluindo aceitabilidade. 69. Leva em consideração o estilo de vida do paciente, as crenças, aspectos culturais e habilidades. 70. Incentiva o paciente a se envolver na implementação do planejamento, para assumir a responsabilidade e ser autossuficientes. 71. Pergunta a respeito de sistemas de apoio e discute outras formas de apoio disponíveis.</p>
---	---	--

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

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Teleaudiologia: análise da comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta

Pesquisador: Patricia Danieli Campos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23733313.5.0000.5417

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

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 526.794

Data da Relatoria: 10/02/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa "Teleaudiologia: análise da comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta" apresenta como pesquisadora responsável Patricia Danieli Campos e integrantes da equipe de pesquisa a Profa. Dra. DEBORAH VIVIANE FERRARI. Apresenta como desenho "Avaliar se e como a teleconsulta afeta a comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) quando comparada ao procedimento face a face".

Metodologia: 60 deficientes auditivos (idade superior a 18 anos) novos candidatos ao uso do AASI serão divididos em grupos experimental (n=30) e controle (n=30) por meio de procedimento de aleatorização. A programação e verificação do AASI e orientação de uso e cuidados com o dispositivo serão realizados face a face (controle) e via teleconsulta síncrona com controle remoto de aplicativos (experimental). As consultas serão gravadas e a comunicação profissional/paciente será analisadas por meio do método Roter Interaction Analysis System (RIAS).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse estudo será avaliar se e como a teleconsulta afeta a comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual quando comparada ao procedimento realizado face a face.

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

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

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 526.794

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na visão dessa assessoria, os riscos são: o desconforto pela "ausência física" do profissional na sala de atendimento ou mesmo a adaptação do paciente ao método de atendimento.

Não apresenta benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem descrito. Apresenta hipótese e justificativa adequadas, com mérito e não possui comprometimento ético. As autoras são especialistas na área do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram enviados e os mesmos se apresentam adequados, inclusive o TCLE.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os autores apresentaram o projeto de forma adequada e com a documentação completa. O projeto apresenta mérito científico e está embasado na literatura atual.

Dessa forma sugerimos a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO em reunião extraordinária do CEP de 10 de janeiro de 2014, com base nas normas ética da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados.

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

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 526.794

BAURU, 11 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Izabel Regina Fischer Rubira Bullen
(Coordenador)

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

ANEXO C – Aprovação da Emenda pelo CEP

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

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

Título da Pesquisa: Teleaudiologia: análise da comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta

Pesquisador: Patricia Danieli Campos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23733313.5.0000.5417

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

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.292.511

Apresentação do Projeto:

Emenda solicitando as seguintes modificações:

"Estamos enviando a versão corrigida do projeto de pesquisa "Teleaudiologia: análise da comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta", considerando as seguintes modificações necessárias:

Resumo: alterado conforme as modificações realizadas no capítulo de metodologia;

Metodologia:

- não foi possível realizar a randomização devido à necessidade de pareamento dos pacientes, assim o desenho do estudo passou a ser prospectivo e controlado;
- houve necessidade de incluir como participantes os profissionais que atenderam os pacientes da coleta, considerando que seriam realizadas análises das sessões conduzidas por eles;
- o critério de inclusão que se referia à necessidade de o paciente apresentar perda auditiva simétrica foi excluído, mantendo o critério de perda auditiva bilateral neurossensorial de graus variados, podendo ser assimétrica;
- o equipamento utilizado para a verificação foi o Affinity 2.0 (Interacoustics) considerando que no momento da coleta, o equipamento Aurical Free Fit (Madsen) não estava disponível para uso.

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

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

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 1.292.511

Ambos apresentam as mesmas características para a verificação proposta no projeto;

- não houve necessidade de o facilitador ser um discente de graduação em Fonoaudiologia ou Fonoaudiólogo sem experiência em adaptação de AASI conforme foi inicialmente colocado no projeto, visto que a comunicação deste personagem não será analisada na versão final do trabalho;

- ao invés do uso do serviço Webex Meeting Center para controle remoto de aplicativos e videoconferência, foi utilizado o software TeamViewer versão 10 que apresentava a possibilidade de download gratuito;

- a análise da comunicação profissional/paciente não será realizada por meio do Sistema Roter de Análise de Interação (Roter's interaction analysis system - RIAS) conforme proposto inicialmente em função de não financiamento do projeto. Assim, a forma de análise da comunicação profissional/paciente será realizada por meio da Escala Global de Pontuação de Consultas (Global Consultation Rating Scale - GCRS) pontuada por dois juízes e com o auxílio do software para análise qualitativa NVivo versão 10;

Demais informações como consta no parecer 526.794.

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao parecer 526.794.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao parecer 526.794.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda altera alguns aspectos da metodologia e adiciona um TCLE para os profissionais que seriam incluídos como participantes porque atenderam os pacientes da coleta, considerando a necessidade das análises das sessões conduzidas por eles.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma no momento.

Considerações Finais a critério do CEP:

As alterações solicitadas pelos pesquisadores, por meio de EMENDA, foram analisadas por um

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

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU- USP

Continuação do Parecer: 1.292.511

relator e consideradas APROVADAS na reunião ordinária do CEP de 21.10.2015. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_590190 E1.pdf	11/09/2015 11:05:42		Aceito
Outros	Justificativa.pdf	11/09/2015 11:03:40	Patricia Danieli Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/09/2015 11:03:16	Patricia Danieli Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissional.pdf	11/09/2015 11:01:47	Patricia Danieli Campos	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	19/11/2013 00:09:12		Aceito
Outros	Curriculo Lattes Patricia Danieli Campos.pdf	18/11/2013 23:57:39		Aceito
Outros	Curriculo Lattes Deborah Viviane Ferrari.pdf	18/11/2013 23:57:06		Aceito
Outros	Declaração de que os resultados serão tornados públicos.pdf	18/11/2013 23:55:06		Aceito
Outros	Crêterios para suspender ou encerrar a pesquisa.pdf	18/11/2013 23:52:47		Aceito
Outros	Carta de encaminhamento - Termo de aquiescência.pdf	10/11/2013 16:44:10		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de consentimento livre e esclarecido.pdf	22/10/2013 22:59:10		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

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

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 1.292.511

Não

BAURU, 22 de Outubro de 2015

Assinado por:
Izabel Regina Fischer Rubira Bullen
(Coordenador)

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

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Pacientes **Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru****Departamento de Fonoaudiologia****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Vimos convidá-lo(a) a participar voluntariamente da pesquisa **“Teleaudiologia: análise da comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta”** de autoria da Fga. Patrícia Danieli Campos sob orientação da Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari. Este estudo tem como objetivo avaliar se a consulta realizada a distância (pela internet) afeta a comunicação entre o profissional e o paciente que precisa de aparelhos auditivos. 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. Esclarecemos que a prática de consulta a distância é permitida pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e obedece os preceitos éticos que regem esta profissão.

Os procedimentos aos quais o(a) senhor(a) será submetido serão: (1) entrevista (2) ajuste do aparelho auditivo realizado pelo computador; (3) avaliação da quantidade de som que o aparelho auditivo fornece e (4) 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). Toda a avaliação será realizada na Clínica de Fonoaudiologia, as sessões de atendimentos serão filmadas de forma que possam ser analisadas posteriormente 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 a sua identificação, como nome e endereço.

A sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do estudo, sem a necessidade de expor as razões, assim como a desistência da participação a qualquer momento, não ocasionará nenhum tipo de prejuízo.

Caso o(a) senhor(a) queira apresentar denúncias e/ou 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, Vila Universitária ou pelo telefone (14) 3235-8356, e-mail: cep@fob.usp.br. Para esclarecimentos de dúvidas a respeito de sua participação na pesquisa poderá entrar em contato com o pesquisador por meio do endereço: Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária ou pelo telefone (14) 3235-8470, e-mail: patidanieli@usp.br.

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

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

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo). Por fim, como pesquisador(a) responsável pela pesquisa, comprometo-me a cumprir todas as exigências contidas no item IV.3 e IV.4 (se pertinente) da resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013.

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

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Autor

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais **Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru****Departamento de Fonoaudiologia****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Vimos convidá-lo(a) a participar voluntariamente da pesquisa **“Teleaudiologia: análise da comunicação profissional/paciente no processo de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta”** de autoria da Fga. Patrícia Danieli Campos sob orientação da Profa. Dra. Deborah Viviane Ferrari. Este estudo tem como objetivo avaliar se a consulta realizada a distância (pela internet) afeta a comunicação entre o profissional e o paciente que precisa de aparelhos auditivos. Caso concorde em participar, a gravação em vídeo dos atendimentos realizados serão analisados por meio de uma escala de habilidades de comportamentos em consulta. Esclarecemos que a prática de consulta a distância é permitida pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e obedece os preceitos éticos que regem esta profissão.

Os procedimentos aos quais o(a) senhor(a) será submetido serão: (1) gravação do atendimento (2) análise da comunicação profissional/paciente no momento da verificação e adaptação do aparelho auditivo. Toda a avaliação será realizada na Clínica de Fonoaudiologia, as sessões de atendimentos serão filmadas de forma que possam ser analisadas posteriormente 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 a sua identificação, como nome e endereço.

A sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do estudo, sem a necessidade de expor as razões, assim como a desistência da participação a qualquer momento, não ocasionará nenhum tipo de prejuízo.

Caso o(a) senhor(a) queira apresentar denúncias e/ou 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, Vila Universitária ou pelo telefone (14) 3235-8356, e-mail: cep@fob.usp.br. Para esclarecimentos de dúvidas a respeito de sua participação na pesquisa poderá entrar em contato com o pesquisador por meio do endereço: Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária ou pelo telefone (14) 3235-8470, e-mail: patidanieli@usp.br.

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

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

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo). Por fim, como pesquisador(a) responsável pela pesquisa, comprometo-me a cumprir todas as exigências contidas no item IV.3 e IV.4 (se pertinente) da resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013.

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

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Autor

ANEXO F – Escala de pontuação global da consulta (GCRS)

Escala de pontuação global da consulta (GCRS)	Bom (2)	Adequado (1)	Não realizado/ruim (0)	Não se aplica
Iniciando a sessão				
Cumprimenta o paciente.				
Apresenta-se e apresenta a natureza da entrevista.				
Demonstra interesse e respeito , presta atenção ao conforto físico do paciente.				
Utiliza apropriadamente questões abertas.				
Pontuação geral para Iniciando a sessão				
Obtendo Informação				
Ouve atentamente, minimizando interrupções e dando espaço para o paciente.				
Encoraja o paciente a contar a história do(s) problema(s) desde quando iniciou até o momento atual.				
Verifica problemas adicionais e negocia a agenda.				
Pontuação geral para Identificação do problema				
Utiliza questões abertas e fechadas , alternando-as de forma apropriada.				
Facilita as respostas do paciente de forma verbal e não verbal, por exemplo, com silêncio, repetição, paráfrase.				
Percebe e responde às pistas verbais e não verbais (linguagem corporal, fala, expressão facial).				
Esclarece afirmações que são vagas ou que necessitem de mais explicações.				
Resume periodicamente e solicita ao paciente a correção de interpretações ou fornecimento de informações adicionais.				
Utiliza linguagem clara, fácil de compreender, evitando jargões.				
Pontuação geral para Exploração do problema				
Ativamente determina as perspectivas do paciente (ideias, preocupações, expectativas, sentimentos, efeito na vida).				
Responde e explora as perspectivas do paciente de forma apropriada e sensível.				
Pontuação geral para Perspectiva do paciente				
Construindo o relacionamento				
Demonstra comportamento não verbal apropriado como, por exemplo, contato de olho, postura, posicionamento, movimento, facial.				
Se houver a necessidade de ler, tomar notas ou usar o computador, isso deve ser feito de forma que não interfira no diálogo ou rapport.				
Pontuação geral para Comunicação não verbal				
Reconhece o ponto de vista do paciente e seus sentimentos, não julga.				
Usa empatia para comunicar apreciação aos sentimentos e situação do paciente.				
Fornece suporte : expressa preocupação, compreensão e predisposição para ajudar.				
Explica o processo e solicita permissão durante a avaliação física.				
Pontuação geral para Desenvolvimento de rapport				
Fornecendo estrutura				
Passa de um assunto para o outro utilizando sinalizações verbais , inclui a razão para a próxima sessão.				
Estrutura a entrevista em uma sequência lógica, presta atenção ao ritmo , mantém o foco da entrevista.				
Pontuação geral para Fornecimento de estrutura				
Fornecendo a quantidade / tipo de informação corretamente para o paciente.				
Divide em blocos e verifica , utilizando as respostas do paciente para guiar os próximos passos.				
Avalia o ponto de partida do paciente (bom se adapta cuidadosamente a explicação).				
Percebe quais informações adicionais ajudarão o paciente, busca e avalia as necessidades do paciente por informações.				

continua

continuação

Escala de pontuação global da consulta (GCRS)	Bom (2)	Adequado (1)	Não realizado/ruim (0)	Não se aplica
Pontuação geral para Fornecendo a quantidade e o tipo de informação correta				
Auxiliando a compreensão e a evocação				
Organiza a explicação (bom se utilizar sinalizações verbais/resumos).				
Verifica a compreensão do paciente (bom se solicitar para que o paciente explique com suas palavras a informação fornecida).				
Usa linguagem clara , evita jargões e linguagem confusa.				
Pontuação geral para Auxílio preciso na compreensão e retenção				
Atingindo a compreensão compartilhada: incorporando a perspectiva do paciente.				
Relaciona as explicações ao quadro do paciente .				
Encoraja o paciente a contribuir com reações, sentimentos e ideias (bom se responde bem).				
Percebe e responde às pistas não verbais e pistas verbais encobertas do paciente .				
Pontuação geral para Incorporação da perspectiva do paciente				
Planejamento: tomadas de decisões compartilhadas				
Explora as opções de tratamento com o paciente.				
Envolve o paciente na tomada de decisões (bom se estabelecer níveis de envolvimento que o paciente deseja).				
Negocia , de forma apropriada, um plano de ação mutuamente aceitável.				
Pontuação geral para Planejamento e compartilhamento de decisões				
Encerramento				
Estabelece um acordo com o paciente em relação aos próximos passos.				
Rede de cuidados				
Resume a sessão brevemente e esclarece o plano de cuidados.				
Verificação final se o paciente concorda e está confortável com o planejamento.				
Pontuação geral para Encerramento				

POR FAVOR COMPLETE ESTA SESSÃO PARA A CONSULTA COMO UM TODO

Excelente

Boa

Aceitável

Limítrofe

Inaceitável