

# Teleaudiologia: comunicação profissional-paciente na programação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais via teleconsulta

## Teleaudiology: professional-patient communication in hearing aid programming and fitting via teleconsultation

Tatiana Turtelli Poles Reginato<sup>1</sup>, Deborah Viviane Ferrari<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar se a teleconsulta afeta a comunicação profissional-paciente e a satisfação com o atendimento para programação e adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), em comparação à consulta presencial. **Métodos:** Quarenta candidatos ao uso do AASI, com idade superior a 18 anos e perda neurossensorial simétrica, de grau leve a severo, foram distribuídos aleatoriamente, em grupos controle (presencial) e experimental (teleconsulta síncrona assistida por um facilitador). As consultas foram filmadas, cronometradas e seu conteúdo analisado, de acordo com o “Código de Observação de Davis” (DOC). Os participantes também responderam ao “Questionário de Experiência do Paciente” (PEQ), para avaliar a satisfação com a consulta. **Resultados:** Nas teleconsultas, as explicações do profissional sobre a estrutura da consulta e realização de procedimentos foram mais frequentes e expressões espontâneas do participante sobre a sua condição foram menos observadas do que nas consultas presenciais. Não houve diferença entre os grupos, quanto às seguintes dimensões do PEQ: “Resultados da Consulta”, “Barreiras de Comunicação”, “Experiência de Comunicação”. Pontuações significativamente maiores foram obtidas para a teleconsulta na dimensão “Emoções após a Consulta”. O grupo experimental teve experiência positiva com a presença do facilitador. **Conclusão:** Houve impacto da condução da programação e adaptação do AASI, via teleconsulta, em alguns aspectos da comunicação profissional-paciente sem, contudo, afetar a satisfação do paciente quanto ao serviço recebido.

**Descritores:** Teleconsulta; Perda auditiva; Aconselhamento; Auxiliares de audição; Audiologia

### ABSTRACT

**Purpose:** To evaluate if teleconsultation affects professional-patient communication as well as patient satisfaction with the care for the hearing aid programming and fitting compared to the face to face consultation. **Methods:** Forty hearing aid candidates aged over 18 years with symmetrical sensorineural hearing loss, from mild to severe degrees, were randomly divided into two groups: control (face to face) and experimental (synchronous teleconsultation assisted by a facilitator). Consultations were filmed, timed and their contents were analyzed according to the “Davis Observation Code” (DOC). The “Patient Experience Questionnaire” (PEQ) was also administered in order to assess the satisfaction with the consultation. **Results:** When compared to face to face consultations, explanations given by the professionals on the consultation structure and the performance of procedures were more frequent and participant’s spontaneous expressions on his condition were less observed in teleconsultations. There was no difference between groups regarding the following dimensions of the PEQ: “Outcomes of the Visit”, “Communication Barriers”, and “Communication Experience”. Significantly higher scores were obtained for teleconsultation in the dimension “Emotions after Consultation”. The experimental group had a positive experience with the presence of the facilitator. **Conclusion:** The performance of the hearing aid programming and fitting via teleconsultation impacted some aspects of professional-patient communication; however, patient satisfaction regarding the care provided was not affected.

**Keywords:** Teleconsultation; Hearing loss; Counseling; Hearing aids; Audiology

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – USP – Bauru (SP), Brasil, com auxílio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

(1) Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências – Fonoaudiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – USP – Bauru (SP), Brasil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – USP – Bauru (SP), Brasil.

**Conflito de interesses:** Não

**Contribuição dos autores:** TTP participou da coleta, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e da decisão de submeter o manuscrito para publicação; DVF participou do delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e da decisão de submeter o manuscrito para publicação.

**Endereço para correspondência:** Deborah Viviane Ferrari. Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Al. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária, Bauru (SP), Brasil, CEP: 17012-901. E-mail: deborahferrari@usp.br

**Recebido em:** 2/11/2013; **Aceito em:** 9/6/2014

## INTRODUÇÃO

A relação profissional de saúde-paciente é uma relação interpessoal complexa, que possui forte carga emocional e requer cooperação mútua, para que um objetivo comum seja atingido. Aprimorar os processos envolvidos nessa relação é determinante para a humanização e qualidade dos serviços prestados. As dimensões humana, vivencial, psicológica e cultural da doença precisam ser consideradas nas relações profissional-paciente<sup>(1)</sup>.

A despeito dos avanços tecnológicos dos aparelhos de amplificação sonora individuais (AASIs), não se verificou, ao longo dos anos, aumento do número de usuários ou melhora decisiva de resultados com tais dispositivos. Muitos usuários de AASI de alta tecnologia relatam que seus problemas não foram resolvidos, sugerindo a necessidade de mudanças para melhorar a reabilitação auditiva. Uma delas é a adoção da abordagem centrada na pessoa<sup>(2)</sup>.

Dentre outros aspectos, a abordagem centrada na pessoa destaca a fundamental importância de uma boa relação profissional-paciente, para a obtenção de resultados satisfatórios. Além disso, profissional e paciente possuem *expertises* distintas, que fortalecem o encontro clínico. Desta forma, o poder e a responsabilidade pelo tratamento devem ser compartilhados<sup>(3,4)</sup>. A abordagem centrada na pessoa se contrapõe ao modelo biomédico, predominante em muitas práticas dos profissionais da audiologia. Tal modelo, centrado no profissional ou na doença, dá ao profissional maior autoridade e poder de tomada de decisão sobre o tratamento<sup>(5)</sup>.

Atributos da relação profissional-paciente que partilham componentes similares aos descritos na abordagem centrada na pessoa foram identificados como sendo importantes na tomada de decisão para aquisição do AASI e no sucesso obtido com este dispositivo<sup>(6)</sup>.

A comunicação profissional-paciente é essencial na abordagem centrada na pessoa e seu impacto nos resultados de saúde pode ocorrer por diferentes vias. Melhores resultados de intervenção estão associados a respostas afetivas positivas e conversação acolhedora<sup>(3)</sup>. O diálogo, por si só, pode ser terapêutico, diminuindo diretamente, por exemplo, a ansiedade do paciente. Mais frequentemente, esta comunicação influencia indiretamente os resultados de saúde, agindo na motivação para o tratamento, na confiança no profissional e no serviço, na autoeficácia para o autocuidado e na concordância e compreensão mútua entre paciente e profissional<sup>(7)</sup>.

A preocupação com a eficiência da comunicação profissional-paciente torna-se mais evidente quando se consideram as consultas realizadas à distância (teleconsulta), empregadas em diferentes áreas da audiologia<sup>(8)</sup>. O cenário de uma teleconsulta apresenta uma forma incomum de interação visual e auditiva que pode ser mais ou menos realista, dependendo da tecnologia utilizada. Este cenário pode apresentar desafios para comunicação profissional-paciente, com a necessidade de maior uso

de estratégias de reparação da comunicação<sup>(9,10)</sup>, sobretudo para deficientes auditivos.

Outro ponto importante é que a presença do facilitador nas teleconsultas adiciona uma terceira pessoa em uma interação tradicionalmente baseada na díade paciente-profissional. Ressalta-se, ainda, o fato de que, na teleconsulta, a realização do contato de olho, primordial para estabelecer uma boa comunicação e transmitir ao paciente a impressão de engajamento e atenção à conversação, pode ser mais complexa. Demais aspectos não verbais da comunicação, como o toque e a expressão corporal, que sinalizam importantes informações do comportamento afetivo e de acolhida, são impedidas ou dificultadas na teleconsulta, podendo ocasionar no paciente a sensação de consulta “robótica” e “artificial”<sup>(3)</sup>.

Pelo exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a comunicação profissional-paciente durante o processo de programação e adaptação do AASI, via teleconsulta, e a satisfação do paciente com este tipo de serviço, em comparação à consulta tradicional, face a face.

## MÉTODOS

Estudo prospectivo, randomizado, controlado, conduzido na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (USP), após aprovação do seu Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo 043/2011).

Participaram voluntariamente, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 40 indivíduos que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: estarem regularmente matriculados na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP, terem idade superior a 18 anos, apresentarem perda auditiva neurossensorial simétrica bilateral de grau leve até severo<sup>(11)</sup>, não possuírem experiência prévia com o uso do AASI e não apresentarem deficiências associadas, salvo a deficiência visual passível de correção com lentes.

Os participantes foram aleatoriamente divididos em grupo experimental, que realizou os procedimentos via teleconsulta síncrona, e grupo controle, que realizou os procedimentos face a face (Tabela 1). Para ambos os grupos o atendimento foi realizado por um fonoaudiólogo especialista, com experiência na área de amplificação sonora.

A programação dos AASIs foi realizada com a interface Hi-Pro® conectada a um computador, no qual estava instalada a plataforma NOAH® v3.0 (HIMSA) e os *softwares* de programação dos fabricantes dos AASIs utilizados neste estudo (Belton®, Phonak®, Oticon®, Resound®, Rexton® e Siemens®). O equipamento Affinity (Interacoustics®) também estava conectado a esse computador. As características eletroacústicas do AASI foram calculadas a partir dos limiares tonais, de acordo com a regra de prescrição NAL-NL1<sup>(13)</sup>. O gerenciador de adaptação do AASI foi posicionado no nível máximo, de modo que fosse oferecida característica de amplificação mais próxima à prescrita.

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos, audiométricos e do aparelho de amplificação sonora individual

Dados demográficos e audiológicos		Grupos		Total (n=40)
		Controle (n=20)	Experimental (n=20)	
<b>Idade (anos)</b>	x±DP	69,15±14,97	69,95±13,46	69,55±14,06
<b>Gênero</b>				
Feminino	n (%)	9 (45%)	6 (30%)	15 (37,5%)
Masculino	n (%)	11 (55%)	14 (70%)	25 (62,5%)
<b>Nível socioeconômico<sup>(12)</sup></b>				
Baixa Superior	n (%)	17 (85%)	16 (80%)	33 (80%)
Média Inferior	n (%)	3 (15%)	4 (20%)	7 (20%)
<b>Escolaridade</b>				
Não alfabetizado	n (%)	2 (10%)	1 (5%)	3 (7,5%)
Fundamental	n (%)	16 (80%)	15 (75%)	31 (77,5%)
Médio	n (%)	1 (5%)	4 (20%)	5 (12,5%)
Superior	n (%)	1 (5%)		1 (2,5%)
<b>Média ISO limiar da melhor orelha</b>	x±DP	44,8±16,50	47,95±11,69	46,38±14,21
<b>Tipo de AASI</b>				
Intra-aural	n (%)		5 (25%)	5 (12,5%)
Retroauricular	n (%)	20 (100%)	15 (75%)	35 (87,5%)

**Legenda:**  $\bar{x}$  = média; DP = desvio padrão; ISO = Média das frequências de 500, 1k, 2k e 4k Hz

A verificação foi realizada por meio de medidas com microfone sonda (equipamento Affinity®), sendo utilizado estímulo composto, modulado, para a obtenção da resposta de ressonância da orelha externa (*real ear unaided response* – REUR), na intensidade de 65 dB NPS, e resposta de ressonância com o AASI na orelha externa (*real ear aided response* – REAR), nas intensidades de 50, 65 e 80 dB NPS. Os valores da REAR foram comparados aos alvos prescritos pela regra NAL-NLI, na extensão de frequências de 125 a 6k Hz. Quando necessário, foram feitos ajustes manuais, de forma a atingir a equiparação com a regra (diferença entre valores mensurados e prescritos da ordem de  $\pm 5$  dB)<sup>(14)</sup>, salvo quando o paciente teve queixas em relação à sensação de intensidade ou qualidade do som amplificado.

Posteriormente à programação e verificação do AASI, foi realizado o aconselhamento informativo, tendo sido abordados os seguintes tópicos: higienização e cuidados com os AASIs e/ou moldes auriculares; inserção e remoção da pilha; inserção e remoção dos AASIs e/ou moldes auriculares, manipulação do botão de memória e controle de volume, quando disponível, e uso do telefone.

Todos os procedimentos foram filmados com filmadora digital de alta resolução (Sony® DCR-SR45), apoiada em um tripé e posicionada a uma distância de 60 centímetros do avaliador e do participante. A captura da imagem incluiu a cabeça e os ombros de ambos, durante todo o atendimento. A partir da análise da filmagem, foi também determinada a duração da consulta.

Para o grupo experimental, os procedimentos foram realizados via teleconsulta síncrona, com controle remoto de

aplicativos. Um fonoaudiólogo sem experiência no processo de seleção e adaptação de AASI atuou como facilitador, tendo sido previamente treinado, em relação ao uso dos *softwares* Skype® e TeamViewer 8®, conexão do AASI aos cabos de programação, inserção e remoção do AASI e/ou do tubo sonda na orelha, calibração do tubo sonda e posicionamento do participante para os testes<sup>(8)</sup>. O facilitador também encaminhava os participantes para a sala de atendimento (“ambiente de teste”), informando-os sobre o tipo de consulta a ser realizada.

O mesmo computador utilizado anteriormente, acoplado à interface Hi-Pro® e ao equipamento Affinity®, foi conectado à internet (local área network – LAN USP com 10 Mbps), a uma *webcam* (Logitech QuickCam Orbit®) e a caixas de som (Trend SPK 745®). O fonoaudiólogo especialista foi posicionado no “ambiente remoto”, situado em uma sala no mesmo edifício, porém, 30 metros distante do “ambiente de teste”. Este profissional usou um *notebook* com *webcam* própria, conectado a um fone de ouvido e microfone tipo *headset* (Loop Way Connect 3000) e à LAN USP.

O aplicativo Skype 5.0 (Microsoft®) foi utilizado para transmissão de áudio e vídeo entre os dois ambientes. O *software* TeamViewer 8® possibilitou o controle remoto de aplicativos via internet. Esta configuração permitiu que o fonoaudiólogo especialista tivesse, ao mesmo tempo, o controle e visualização das telas dos *softwares* de programação dos AASIs e do equipamento Affinity®, assim como a comunicação de áudio e vídeo com o paciente e o facilitador. Assim, foi possível realizar, via teleconsulta síncrona, os procedimentos de programação do AASI, realização das medidas com microfone

sonda e o aconselhamento informativo, seguindo os mesmos procedimentos já descritos para o grupo controle.

As teleconsultas foram gravadas por meio do *software* Camtasia Studio 8.0 (TechSmith Corporation®) permitindo a captura da tela e áudio do computador. A partir da análise desta gravação foi determinada a duração da teleconsulta.

Para ambos os grupos, após o procedimento de programação e verificação do AASI, foi aplicado o “Questionário de Experiência do Paciente” (*Patient Experience Questionnaire* – PEQ)<sup>(15)</sup> (Anexo 1), traduzido e adaptado pelas autoras para o português brasileiro, seguindo as etapas recomendadas na literatura<sup>(16)</sup>. Até a conclusão desta pesquisa, não foram encontrados estudos de validação desse questionário no Brasil.

O PEQ foi escolhido pelo fato de ter sido desenvolvido sob a premissa do modelo centrado no paciente, enfatizando o compartilhamento de experiências, de modo a captar respostas mais imediatas, pessoais e afetivas, avaliando a satisfação dos usuários após a consulta. O instrumento apresenta 18 itens, divididos em cinco dimensões:

- Resultado da consulta (itens 1 a 4): relativos à experiência do paciente durante a consulta, resolução de suas dúvidas e como a consulta o ajuda a lidar com o problema de saúde.
- Experiência de comunicação (itens 5 a 8): referentes à comunicação profissional/paciente, se essa comunicação foi fácil e se o paciente se sentiu compreendido.
- Barreiras da comunicação (itens 9 a 12): relacionados aos problemas de comunicação durante a consulta.
- Experiência com o facilitador (itens 13 e 14): relacionados ao sentimento do paciente por haver uma terceira pessoa na consulta.
- Emoções após a consulta: quatro escalas numéricas relacionadas às emoções e sentimentos do paciente, ao final da consulta. As escalas variavam de um a sete, sendo que valores mais altos representavam sentimentos positivos.

Com exceção da dimensão “Emoções após a consulta”, as respostas dos participantes obedeceram uma escala *Likert* de cinco pontos, que variavam de “muito mais” a “nem um pouco” (dimensão “resultados da consulta”), ou de “concordo plenamente” a “discordo plenamente” (dimensões “experiência de comunicação”, “barreiras de comunicação” e “experiência com o facilitador”). Para cada alternativa de resposta foi atribuído um valor de um a cinco, sendo as experiências mais positivas associadas a um maior valor.

A pontuação em cada dimensão do PEQ foi obtida com a somatória das respostas de cada item. As pontuações máximas possíveis, para cada dimensão, foram iguais a 20 pontos (“Resultados da Consulta”; “Experiência de Comunicação”; “Barreiras de Comunicação”), 28 pontos (“Emoções após a consulta”) e dez pontos (“Experiência com o Facilitador”). Deve ser ressaltado que a dimensão “Experiência com o Facilitador” foi aplicada somente para o grupo experimental e seu resultado calculado separadamente. Sendo assim, a pontuação total máxima possível do PEQ foi igual a 88.

O conteúdo das consultas foi avaliado a partir do “Código de Observação de Davis” (*Davis Observation Code* - DOC)<sup>(17)</sup>, também traduzido pelas autoras para o português brasileiro. Nesta escala para observação das interações médico-paciente, seis grupos de comportamentos de prática do profissional são identificados: técnico, comportamento em saúde, vícios, paciente ativo, prevenção e aconselhamento. Cada grupo é composto por, pelo menos, um código DOC (Quadro 1).

Foram feitas algumas adaptações no DOC para os objetivos desta pesquisa. O grupo “vícios” (uso de substâncias e comportamento de fumar) foi excluído por não ser abordado nas consultas deste estudo. Por outro lado, o código AI (“Aconselhamento Informativo”) foi incluído, para denotar tal processo.

Foram realizadas a análise e a codificação dos comportamentos observados em cada 15 segundos de gravação de uma dada consulta. Em cada intervalo, foram assinalados, em uma tabela específica, um ou mais comportamentos (códigos DOC) observados. Foram computados o número total de códigos de uma consulta e o número de um dado código DOC. A frequência de um código DOC foi obtida com a divisão do número deste código pela quantidade total de códigos na consulta<sup>(18)</sup>. Também foi realizada a somatória de todos os códigos DOC referentes a um grupo de comportamento de prática, a fim de estabelecer a frequência daquele determinado grupo.

Considerando que o facilitador das teleconsultas foi orientado a intervir minimamente durante o atendimento, a comunicação ocorreu, predominantemente, entre o participante e a profissional. Por esta razão, para o grupo experimental, somente essas interações foram codificadas.

O teste t de Student foi utilizado para comparar a duração das consultas e frequência dos códigos e grupos de comportamento, observados em cada tipo de consulta. A comparação da pontuação do questionário PEQ entre os grupos foi realizada por meio do teste de Mann Whitney. Em todos os casos, foi adotado alfa de 5%.

## RESULTADOS

Inicialmente, deve ser ressaltado que não houve diferença (teste t) entre os grupos, no que se refere à idade ( $p=0,86$ ), gênero ( $p=0,33$ ) e média dos limiares auditivos da melhor orelha ( $p=0,49$ ) (Tabela 1).

A duração das consultas variou de 21,26 a 37,46 minutos (Grupo controle) e de 18,50 a 39 minutos (Grupo experimental) (Tabela 2).

No que se refere ao “Questionário de Experiência do Paciente”, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, apenas na dimensão “Emoções após a consulta”, em que o Grupo experimental obteve pontuação maior (média = 27,80) do que o Grupo controle (média = 26,6) (Tabela 3).

Na dimensão “Experiência com o Facilitador”, aplicada apenas para o Grupo experimental, a pontuação dos participantes variou de seis a 10 (média = 8,20; DP=1,85).

**Quadro 1.** Adaptação dos Códigos de Observação de Davis utilizados neste estudo

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

**Tabela 2.** Duração das consultas

Procedimentos	Tempo (minutos)				Valor de p
	Controle (n=20)		Experimental (n=20)		
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP	
Programação e verificação	11,04	2,29	16,91	3,62	0,01*
Aconselhamento informativo	15,02	5,14	13,39	3,25	0,24
Duração total	26,07	4,45	30,30	5,18	0,02*

\*Valores significativos (p<0,05) – Teste t

**Legenda:**  $\bar{x}$  = média; DP = desvio padrão

No que diz respeito à comunicação profissional-paciente, observou-se diferença significativa dos grupos e códigos de comportamento entre as teleconsultas e consultas face a face (Tabelas 4 e 5).

## DISCUSSÃO

O tempo de uma consulta depende de diferentes variáveis, do profissional de saúde, do paciente, da relação entre estes,

do motivo da consulta, de questões organizacionais, dentre outras. Neste estudo, outra variável foi introduzida, em razão do uso da tecnologia de informação e comunicação. Em média, o tempo despendido para os procedimentos de programação e verificação do AASI, via teleconsulta, foi 5,87 minutos maior do que o das consultas face a face (Tabela 2). Como consequência, o tempo total das teleconsultas foi 16% (4,23 minutos) maior do que as consultas presenciais, estando tais achados em concordância com outros estudos<sup>(8,19)</sup>.

**Tabela 3.** Pontuações obtidas nas dimensões do Questionário de Experiência do Paciente

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

\*Valores significativos (p&lt;0,05) – Teste de Mann-Whitney

**Legenda:** PEQ = Questionário de Experiência do Paciente;  $\bar{x}$  = média; DP = desvio padrão**Tabela 4.** Comparação entre as frequências dos grupos de comportamento do Código de Observação de Davis

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

\*Valores significativos (p&lt;0,05) – Teste t

**Legenda:**  $\bar{x}$  = média; DP = desvio padrão**Tabela 5.** Comparação da frequência dos comportamentos DOC observados entre os grupos (n=40)

Grupo	Código de Observação de Davis	Controle (n=20)		Experimental (n=20)		Valor de p
		$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP	
Técnico	Estrutura da consulta (EC)	0,04	0,02	0,06	0,02	0,001*
	Feedback (FB)	0,08	0,04	0,07	0,03	0,67
	Planejamento do tratamento (PT)	0,04	0,04	0,05	0,05	0,46
	Efeitos do tratamento (ET)	0,02	0,02	0,01	0,02	0,19
	Procedimento (PC)	0,15	0,06	0,21	0,06	0,001*
Comportamento Saúde	Observância (OB)	0,19	0,05	0,15	0,05	0,03*
Paciente ativo	Conhecimento em saúde (CS)	0,07	0,04	0,02	0,04	0,001*
	Perguntas (PG)	0,12	0,06	0,14	0,07	0,37
Prevenção	Serviço preventivo (SP)	0,09	0,06	0,07	0,04	0,30
Aconselhamento	Aconselhamento informativo (AI)	0,21	0,04	0,22	0,04	0,54

\*Valores significativos (p&lt;0,05) – Teste t

**Legenda:**  $\bar{x}$  = média; DP = desvio padrão

A despeito do treinamento prévio, a instrução ao facilitador foi o que mais contribuiu para o aumento da duração das teleconsultas, particularmente no tocante à realização da verificação do AASI, que exige domínio de técnicas específicas para sua execução, como, por exemplo, o posicionamento correto do tubo sonda no conduto auditivo externo.

Esse aumento na duração das teleconsultas, entretanto, deve ser considerado no contexto mais amplo das situações que demandam a oferta de tais serviços. Em regiões com escassez de profissionais habilitados, é necessário o deslocamento do

paciente ou do profissional, para acesso aos cuidados. Tal deslocamento, quando não dificultado ou, até mesmo impedido por barreiras geográficas e econômicas, por si só adiciona um tempo e um custo maior ao tratamento<sup>(8)</sup>.

Atualmente, o Conselho Federal de Fonoaudiologia<sup>(20)</sup> permite a realização de procedimentos de diagnose e terapêutica fonoaudiológica via teleconsulta, quando o paciente estiver assistido presencialmente por outro fonoaudiólogo. Ainda assim, como observado no presente estudo, as necessidades de treinamento para a realização de procedimentos específicos de

facilitação podem permanecer, na medida em que a teleconsulta, geralmente, envolve profissionais com expertises distintas.

No tocante às questões técnicas, a transmissão de dados, áudio e vídeo permaneceu estável durante todas as sessões, com exceção de dois casos, nos quais ocorreu a queda da conexão à internet, causando a interrupção do atendimento por apenas alguns segundos. Destaca-se que a infraestrutura da rede era suficiente para fornecer transmissão do sinal de áudio e vídeo de forma clara e tais condições podem não se reproduzir em outros locais, como, por exemplo, regiões rurais. Em audiologia, é reconhecida a necessidade de realização de estudos de teleconsultas em locais com menor condição de infraestrutura, tendo em vista os potenciais desafios quanto ao atraso da transmissão e perda da clareza de vídeo e áudio, que afetam, de maneira grave, a comunicação, sobretudo com deficientes auditivos.

Os resultados do PEQ (Tabela 3) indicaram, para ambos os grupos, experiências bastante positivas com as consultas. Deslocamentos das pontuações para os níveis máximos nas dimensões “barreira de comunicação”, “experiência após a consulta” e “experiência com o facilitador” também foram observados no estudo de validação do PEQ e tais resultados foram atribuídos à dificuldade dos participantes em expressar opiniões negativas<sup>(15)</sup>.

Pontuações altas também foram observadas na avaliação da satisfação dos deficientes auditivos com o atendimento presencial e via teleconsulta<sup>(21)</sup>. Embora não devam ser invalidados, os resultados do presente estudo devem ser interpretados considerando que as respostas aos questionários de avaliação, administrados nos locais onde o serviço é prestado, são influenciadas, de alguma forma, pelas preocupações dos pacientes quanto aos impactos que uma resposta negativa possa trazer ao cuidado que recebem.

No Brasil, resultados altos de satisfação são comuns, quando avaliados os usuários dos serviços de audiologia do Sistema Único de Saúde, sendo este fato atribuído ao viés de gratidão. Outro viés pode também aparecer em situações em que o usuário tem grande afinidade com os profissionais provedores do cuidado, dificultando a avaliação de sua real perspectiva. O nível sociocultural desses indivíduos é outra dificuldade assinalada, pois, muitas vezes, necessitam de auxílio do profissional para responder aos questionários, o que pode influenciar as respostas<sup>(22)</sup>.

A ausência de diferença significativa entre os grupos, nas dimensões “Resultados da Consulta”, “Experiência de Comunicação” e “Barreiras de Comunicação”, indica que ambos julgaram positivamente os efeitos das consultas na resolução de suas dúvidas, no auxílio para lidarem com a deficiência auditiva e na diminuição de suas dificuldades comunicativas. Estes dados também evidenciaram que, em ambos os grupos, a maioria dos participantes sentiu que o profissional compreendeu as suas preocupações e percebeu-se confiante e cuidada pelos profissionais. Em outros estudos, o paciente também avaliou

de forma semelhante as competências e habilidades clínicas dos profissionais, na consulta presencial e na teleconsulta<sup>(9,21,23)</sup>.

No que se refere às “Emoções após a Consulta”, a pontuação do grupo experimental foi significativamente maior do que a do grupo controle. Entretanto, este resultado deve ser analisado com cautela, pois essa subescala do PEQ foi derivada a partir de um número pequeno de respondentes, necessitando de melhorias<sup>(15)</sup>. Assim, embora estatisticamente significativo, não é possível dizer que esse aumento da pontuação do PEQ para o grupo experimental foi clinicamente relevante. De qualquer modo, o fato da teleconsulta ter propiciado emoções positivas ao participante é encorajador, tendo em vista que um dos objetivos de uma efetiva comunicação terapêutica é auxiliar o paciente a lidar com emoções negativas que podem dificultar um determinado tratamento<sup>(7)</sup>.

A dimensão “Experiência com o Facilitador” indicou que os participantes não se sentiram desconfortáveis com presença de uma terceira pessoa durante a consulta. A literatura sugere que, em alguns casos, o facilitador também é reconhecido pelo paciente como prestador do serviço de saúde e pode complementar a atenção fornecida, de modo a compensar a distância física do profissional, fortalecendo a confiança do paciente nas teleconsultas<sup>(24)</sup>.

É importante ressaltar, contudo, que a análise dos dados individuais do PEQ mostrou que sete participantes do grupo experimental responderam que preferiam a consulta face a face. Outro estudo<sup>(25)</sup> observou que 30% de 116 pacientes não desejavam utilizar serviços de teleconsulta, preferindo a consulta tradicional. Os pacientes que já tinham conhecimento sobre telemedicina e utilizavam a internet em questões de saúde, estavam mais inclinados a participar de teleconsultas.

A análise com o “Código de Observação de Davis”<sup>(17)</sup> mostrou que, em ambas as consultas, a maior frequência dos grupos de comportamento foi, em ordem decrescente: grupo técnico, aconselhamento, comportamento em saúde, paciente ativo e prevenção (Tabela 4). A realização de exames físicos, testes e outros procedimentos “técnicos” são comuns em consultas presenciais com diferentes profissionais de saúde<sup>(13,26)</sup>. Na presente pesquisa, a natureza da consulta pode ter contribuído para a existência de grande porcentagem de comportamentos do grupo “Técnico”.

A programação e verificação do AASI envolve a realização de procedimentos específicos, necessários para garantir ao paciente a audibilidade e conforto dos sinais sonoros amplificados. Neste sentido, foram abordados, com todos os participantes, conteúdos como: o objetivo da consulta e dos procedimentos (“estrutura da consulta - EC”), as características principais do AASI escolhido (“planejamento do tratamento - PT”), a forma como os procedimentos seriam realizados, os resultados dos procedimentos e condutas necessárias para reajuste do AASI, a partir destes resultados (“*feedback* - FB”) e percepções iniciais do paciente quanto ao uso da amplificação (“efeito do tratamento” - EF) (Tabela 5). Também foram realizados

os procedimentos propriamente ditos, como, por exemplo, as medidas com microfone sonda (“procedimento – PC”).

A frequência do grupo “Técnico” foi significativamente maior nas teleconsultas (Tabela 4), provavelmente em função do maior tempo despendido na realização dos procedimentos de programação e verificação do AASI, que foram mediados pelo facilitador. Esta hipótese é reforçada pelo fato dos códigos “estrutura da consulta – EC” e “procedimentos – PC” terem sido também significativamente mais frequentes nas teleconsultas (Tabela 5).

Não houve diferença significativa na frequência do código “planejamento de tratamento” (PT) entre os grupos (Tabela 5). Isto indica que, em ambas as consultas, observou-se o profissional informando o paciente ou prescrevendo o tratamento. Como as consultas foram realizadas para a concessão do AASI, supõe-se que a tomada de decisão pelo uso do dispositivo tenha sido realizada anteriormente e o profissional estivesse reafirmando-a. A ausência de alguns códigos DOC do grupo “Técnico” (Quadro 1) se justifica pelo fato dos indivíduos terem realizado os procedimentos de anamnese e diagnóstico anteriormente à consulta para a concessão do AASI, constando tais informações no prontuário. A inspeção otológica, embora constitua um exame físico do paciente, faz parte de uma etapa para a condução das medidas com microfone sonda e, por tal razão, foi incorporada ao código “procedimento” (PC). O aparecimento e frequência dos diferentes grupos do DOC variam de acordo com a natureza da consulta. Em consultas de retorno, observa-se menor frequência dos códigos “anamnese” e “informações da família”<sup>(27)</sup>.

Particularmente em relação ao código “informação da família – IF”, a discussão dos antecedentes familiares (história médica) na clínica audiológica geralmente é realizada nas sessões voltadas ao diagnóstico. Todavia, é de grande pertinência, no processo de seleção e adaptação do AASI, abordar as relações familiares e como estão sendo afetadas pela deficiência auditiva. Isto porque os membros da família são uns dos principais parceiros de comunicação do paciente, além de influenciarem na busca, manutenção e resultados da reabilitação auditiva<sup>(4)</sup>. Sendo assim, este aspecto merece maior investigação no futuro.

No que se refere ao grupo “Aconselhamento”, o único código anotado foi o “Aconselhamento Informativo – AI”, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos experimental e controle (Tabela 5). Uma alta frequência deste código era esperada, tendo vista que o fornecimento de informações a respeito do uso e cuidados com o AASI fazia parte da metodologia deste estudo. A inexistência de diferença entre os grupos é relevante, considerando que o fornecimento de informações e treinamento em relação ao manuseio e cuidados é um dos fatores que influencia a obtenção de sucesso no uso do AASI<sup>(6)</sup>.

Deve ser considerada, contudo, a ausência, nas consultas avaliadas, das comunicações sobre as relações interpessoais ou estado emocional atual do paciente ou de seus familiares,

o chamado aconselhamento de ajuste pessoal. Este tipo de aconselhamento ocorre em uma proporção muito pequena em consultas de saúde, já que os profissionais preocupam-se mais em adquirir informações com teor biomédico do que psicossocial, tanto nas consultas face a face como nas teleconsultas<sup>(10,26)</sup>.

Uma hipótese que pode ser levantada é a de que perguntas ou comentários com conteúdos emocionais podem não ter sido feitas pelos participantes deste estudo. Dado o fato de que a perda de audição afeta as interações sociais, o bem estar psicológico e estado emocional dos deficientes auditivos, é provável que esses indivíduos estejam vivenciando tais questões e que possam tentar expressá-las. No entanto, nem sempre isso é feito de maneira óbvia e os profissionais, geralmente, não possuem habilidades de escuta reflexiva para identificar os componentes emocionais e demonstrar ao paciente, por meio de uma resposta afetiva, que estes foram reconhecidos e respeitados<sup>(28)</sup>.

Na audiologia, é reconhecido o déficit na formação profissional, que não incorpora cursos formais em aconselhamento, gerando uma compreensão restrita, pois a atividade limita-se ao fornecimento de informações técnicas, como, por exemplo, resultados de exames, opções de tipos de AASI, dentre outras. 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, ou seja, informação e tecnologia<sup>(29)</sup>.

O grupo “Comportamento em Saúde” foi significativamente maior nas consultas presenciais (Tabela 4), indicando que o profissional discutiu mais frequentemente com o paciente os comportamentos previamente solicitados. Como o profissional que realizou a consulta não teve contato anterior com o participante, foram codificadas apenas as discussões relativas aos comportamentos solicitados naquela sessão específica. Neste caso, tais comportamentos se referiram principalmente às tarefas de manipulação do AASI.

É possível que os participantes do grupo experimental tenham tido menor dificuldade em manipular o AASI, não necessitando de retomadas de instruções, conforme apontado na literatura<sup>(8)</sup>. Por outro lado, também é possível que a utilização de *webcams* tenha dificultado, para o profissional, a identificação das habilidades inadequadas do paciente para manipular o AASI, levando ao menor uso de estratégias reparativas, como a discussão de tais tópicos e a reinstrução do indivíduo. O uso de sistemas de videoconferência, que permitam ao profissional manipular câmeras para enfocar e aproximar imagens (*zoom*) poderia ser mais adequado para essa finalidade. Entretanto, isso pode representar aumento do custo e da infraestrutura necessária para a teleconsulta. Outra alternativa seria o treinamento do facilitador para colaborar com o profissional na identificação e resolução de potenciais dificuldades do paciente na manipulação do AASI.

Não houve diferença significativa na frequência dos grupos de comportamento “Paciente Ativo” e “Prevenção”, entre a

consulta presencial e a teleconsulta (Tabela 4), concordando com a literatura<sup>(30)</sup>. Contudo, a análise dos códigos DOC que compõem o grupo “Paciente Ativo” (Tabela 5) mostrou que os participantes realizaram mais questionamentos na teleconsulta (“perguntas - PG”) e mais comentários espontâneos (“conhecimento em saúde - CS”) nas consultas presenciais, sendo este último significativo.

Deve ser observado que a frequência do grupo “Paciente Ativo” foi relativamente baixa, para ambas as modalidades de consulta, indicando o domínio do profissional sobre a comunicação. Resultados semelhantes foram observados em outro estudo, que avaliou consultas médicas presenciais<sup>(24)</sup>.

É possível argumentar que a natureza das consultas avaliadas neste estudo pode ter levado ao estabelecimento de uma relação mais assimétrica, com o profissional dominando o encontro clínico. Todavia, deve ser reconhecido, também, que as pressões organizacionais dos sistemas de saúde (por exemplo, tempo diminuído das consultas, número elevado de pacientes) podem impelir os profissionais para uma abordagem mais diretiva, diminuindo a frequência do tempo permitido para que o paciente exponha seu ponto de vista<sup>(24)</sup>.

No presente estudo, o uso de tecnologia de comunicação pode ter dificultado os comentários espontâneos do paciente sobre sua condição. Outras pesquisas também relataram um número menor de elocuições dos pacientes<sup>(9)</sup> e dominância do profissional sobre a comunicação<sup>(10)</sup> durante as teleconsultas.

O aporte do paciente é necessário para que o profissional compreenda a perspectiva única da experiência de estar doente e para que seja estabelecida uma relação profissional-paciente mais produtiva, aumentando o potencial de resultados de sucesso e satisfação<sup>(4)</sup>. Deste modo, profissionais que utilizam a teleconsulta necessitam, ainda mais, recorrer às suas habilidades e competências de escuta ativa, ou de outras estratégias que facilitem a expressão do paciente.

Destaca-se, ainda, a ausência do código “Conversas” (CV). Conversas “quebra gelo” ou “sociais” ocorreram na consulta presencial, geralmente enquanto o profissional guiava o participante da sala de espera para o ambiente de teste e, por este motivo, não foram registradas e codificadas. No entanto, isso não exime o fato de que esses comportamentos não mais ocorreram durante a consulta propriamente dita.

No caso das teleconsultas, o facilitador saudou o participante na sala de espera e o encaminhou ao ambiente de teste. Desta forma, seria esperada a ocorrência de códigos CV (conversa) no início da interação entre paciente e profissional. Tais resultados indicam que, provavelmente, o profissional iniciou a interação com informações a respeito da estrutura da consulta (EC). A “conversa social” tem o papel de estabelecer *rappor*t e mostrar interesse do profissional pelo paciente. A literatura também mostra que tipo de conversação é infrequente em consultas médicas, realizadas face a face ou à distância<sup>(10)</sup>.

Finalmente, vale salientar que a relação profissional-paciente, como qualquer outra relação humana, é multifacetada,

dinâmica e diversa. As características do paciente, do profissional e do contexto do encontro influenciam a natureza, a forma e o conteúdo da comunicação. Uma limitação do presente estudo, imposta pelas restrições do ambiente clínico, foi a avaliação de consultas ter sido conduzida por um único fonoaudiólogo, impedindo que os dados pudessem ser amplamente generalizados.

Outra limitação foi a de que o “Código de Observação de Davis”<sup>(17)</sup>, embora útil para identificar comportamentos relevantes, não é um instrumento abrangente para apreender todos os elementos da interação profissional-paciente. Sendo assim, pesquisas que utilizem técnicas qualitativas são necessárias, para que a natureza da comunicação profissional-paciente seja mais bem compreendida e intervenções apropriadas sejam aplicadas, visando facilitar a interação mediada pela tecnologia.

## CONCLUSÃO

No processo de programação e verificação do aparelho de amplificação sonora individual houve predominância de comportamentos técnicos, de fornecimento de informação e do profissional na comunicação profissional/paciente, que podem ter refletido a natureza geralmente procedimental desse tipo de consulta, bem como a influência do modelo biomédico.

A condução da programação e adaptação do AASI, via teleconsulta, impactou alguns aspectos da comunicação profissional-paciente sem, contudo, afetar a satisfação do paciente quanto ao serviço recebido.

## REFERÊNCIAS

- Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(1):255-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>
- Hickson L. Defining a paradigm shift. Semin Hear. 2012;33(1):3-8. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1304722>
- Miller EA. Telemedicine and doctor-patient communication: a theoretical framework for evaluation. J Telemed Telecare. 2002;8(6):311-8. <http://dx.doi.org/10.1258/135763302320939185>
- Hickson L, Laplante-Levesque A, Worrall L. Promoting the participation of adults with acquired hearing impairment in their rehabilitation. J Acad Rehab Audiol. 2010;43:11-26.
- Duchan JF. Maybe audiologists are too attached to the medical model. Semin Hearing. 2004;25(4):347-54. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2004-836136>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1177/1084713811430217>
- Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns. 2009;74(3):295-301. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>

8. Campos PD, Ferrari DV. Telessaúde: avaliação da eficácia da teleconsulta na programação e adaptação de aparelho de amplificação sonora individual. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;24(4):301-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912012000400003>
9. 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. <http://dx.doi.org/10.2169/internalmedicine.46.1813>
10. Agha Z, Schapira RM, Laud WP, Mcnutt G, Roter DL. Patient satisfaction with physician-patient communication during telemedicine. *Telemed J E Health.* 2009;15(9):830-9. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2009.0030>
11. Mathers C, Smith A, Concha M. Global burden of hearing loss in the year 2000. Geneva: World Health Organization [serial on the internet]; 2005 [cited 2014 Jan 23] Available from: [http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod\\_hearingloss.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hearingloss.pdf)
12. Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves Filho A. Instrumental de classificação sócio-econômica. *Serv Social Realid.* 1999;5(1):109-28.
13. Byrne D, Dillon H, Ching T, Katsch R, Keidser G. NAL-NL1 procedure for fitting nonlinear hearing aids: characteristics and comparisons with other procedures. *J Am Acad Audiol.* 2001;12(1):37-51.
14. Dillon H. *Hearing aids.* New York: Thieme; 2001.
15. Steine S, Finset AE, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultations outcome. *Fam Practice.* 2001;18(4):410-18. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/18.4.410>
16. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12):1417-32. [http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
17. Callahan EJ, Bertakis KD. Development and validation of the Davis Observation Code (DOC). *Fam Med.* 1991;23(1):19-24.
18. Nuovo J, Bertakis KD, Azari R. Assessing resident's knowledge and communication skills using four different evaluation tools. *Med Educ.* 2006;40(7):630-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02506.x>
19. Swanepoel DW, Koekemoer D, Clark J. Intercontinental hearing assessment: a study in tele-audiology. *J Telemed Telecare.* 2010;16(5):248-52. <http://dx.doi.org/10.12588/jtt.2010.090906>
20. Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). Resolução 427, de 1º de março de 2013. Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Fonoaudiologia; 2013 [acesso em 24 ago 2013]. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%20427-2013.pdf>
21. Ferrari DV. Remote programming and verification as a mean to improve quality of hearing aid fitting. In: Rasmussen AN, Paulsen T, Andersen T, Larsen CB, organizers. *Hearing aid fitting.* Centertryk: Danavox Jubilee Foundation; 2006. Chapter 1, p. 531-44.
22. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(suppl):303-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500031>
23. Agha Z, Roter DL, Schapira RM. An evaluation of patient-physician communication style during telemedicine consultations. *J Med Internet Res.* 2009;11(3):36. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.1193>
24. Eikelboom RH, Atlas MD. Attitude to telemedicine, and willingness to use it, in audiology patients. *J Telemed Telecare.* 2005;11 Suppl 2:22-5. <http://dx.doi.org/10.1258/135763305775124920>
25. 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.
26. Callahan EJ, Stange KC, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Flocke SA, Bertakis KD. Physician-elder interaction in community family practice. *J Am Board Fam Pract.* 2004;17(1):19-25. <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.17.1.19>
27. Bertakis KD, Callahan EJ. A comparison of initial and established patient encounters using the Davis Observation Code. *Fam Med.* 1992;24(4):307-11.
28. English K, Mendel LL, Rojeski T, Hornak J. Counseling in audiology, or learning to listen pre- and post-measures from an audiology counseling course. *Am J Audiol.* 1999;8(1):34-9. <http://dx.doi.org/10.1044/1059-0889>
29. English K, Rojeski T, Branham K. Acquiring counseling skills in mid-career: outcomes of a distance education course for practicing audiologists. *J Am Acad Audiol.* 2000;11(2):84-90.
30. Demiris G, Edison K, Vijaykumar S. A comparison of communication models of traditional and video-mediated health care delivery. *Int J Med Informatics.* 2005;74(10):851-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.03.018>

**Anexo 1. Questionário de Experiência do Usuário (PEQ)**

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

Por favor, responda a todas as questões. Assinale a alternativa que mais se aproxima de sua resposta:

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

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

Sim, muito mais	<input type="checkbox"/> 5
Mais ou menos	<input type="checkbox"/> 4
Um pouco mais	<input type="checkbox"/> 3
Quase nada	<input type="checkbox"/> 2
Não, nem um pouco	<input type="checkbox"/> 1

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

Sim, muito mais	<input type="checkbox"/> 5
Mais ou menos	<input type="checkbox"/> 4
Um pouco mais	<input type="checkbox"/> 3
Quase nada	<input type="checkbox"/> 2
Não, nem um pouco	<input type="checkbox"/> 1

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

Não, nem um pouco	<input type="checkbox"/> 1
Não muito	<input type="checkbox"/> 2
Bem pouco	<input type="checkbox"/> 3
Mais ou menos	<input type="checkbox"/> 4
Sim, muito mais	<input type="checkbox"/> 5

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

Não, nem um pouco	<input type="checkbox"/> 1
Não muito	<input type="checkbox"/> 2
Bem pouco	<input type="checkbox"/> 3
Mais ou menos	<input type="checkbox"/> 4
Sim, muito mais	<input type="checkbox"/> 5

**Experiências de comunicação**

5. Eu e o profissional tivemos uma boa conversa

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

6. Eu me senti confiante

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

7. O profissional entendeu as minhas preocupações

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

8. Eu me senti cuidado pelo profissional

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

**Barreiras de comunicação**

9. Foi um pouco difícil me entrosar com o profissional

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

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

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

11. Foi um pouco difícil fazer perguntas

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

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

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

**Experiência com o facilitador**

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

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

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

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

**Emoções imediatamente após a consulta**

Após esta consulta eu me senti:

(Por favor, circule o número que corresponde a sua resposta em cada linha)

Aliviado	7	6	5	4	3	2	1	Preocupado
Triste	1	2	3	4	5	6	7	Animado
Fortalecido	7	6	5	4	3	2	1	Sem forças
Tenso	1	2	3	4	5	6	7	Relaxado

Obrigada pelo seu tempo e colaboração.