

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
LINHA DE PESQUISA: O CUIDADO E O PROCESSO DE
VIVER,
SER SAUDÁVEL E ADOECER**

FRANCINE FREIBERGER

**O ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO DE IDOSOS
USUÁRIOS DO APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA
INDIVIDUAL: MOTIVOS DA NÃO ADERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Ângela Maria Alvarez

Florianópolis/SC
Fevereiro/2011

**Catálogo na fonte pela Biblioteca
da
Universidade Federal de Santa Catarina**

F862a Freiberger, Francine

O acompanhamento fonoaudiológico de idosos usuários do aparelho de amplificação sonora individual [dissertação] / Francine Freiberger ; orientadora, Ângela Maria Alvarez, - Florianópolis, SC, 2011.

129p.: il., grafs

Dissertação [mestrado] – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Idosos. 3. Aparelhos auditivos.
4. Perda auditiva. 5. Reabilitação. I. Alvarez, Ângela Maria. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

FRANCINE FREIBERGER

**O ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO DE IDOSOS
USUÁRIOS DO APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA
INDIVIDUAL: MOTIVOS DA NÃO ADERÊNCIA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 24/02/2011, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e sociedade.

Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA

Dra. Ângela Maria Alvarez
- Presidente -

Dra. Helena Ferro Blasi
- Membro -

Dra. Silvia Maria Azevedo dos
Santos
- Membro

Dra. Simone Mariotto Roggia
- Membro -

Dra. Maria Rita Pimenta Rolim
- Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Seria injusto de minha parte querer ordenar por importância as pessoas que fizeram parte desta caminhada. Portanto, desejo que todas as pessoas e instituições aqui citadas, sintam-se igualmente agraciadas por estes sinceros agradecimentos.

Muito obrigada!

Aos meus pais, irmãos, vovó e madrinha por estarem incansavelmente ao meu lado, me apoiando, incentivando e compreendendo minha ausência temporária.

Ao Luis, meu parceiro de todas as horas, por me amar, me acompanhar nos momentos difíceis e também entendendo minha ausência com boa vontade.

À minha orientadora Profa. Dra. Ângela Maria Alvarez, por ter me recebido neste trabalho já em andamento, que compreendeu minhas aflições profissionais e soube, com delicadeza e jeito, dar direção a esta caminhada.

Aos colegas do LEVA/HU/UFSC pelo suporte técnico, apoio moral e paciência.

À Luciana Cardoso, responsável pelo maior incentivo ao meu ingresso no mestrado.

Às minhas amigas e amigos que acompanharam de perto minha trajetória, sempre dispostos a ajudar e na torcida pelo sucesso.

Ao Prof. Dr. Adriano Nuernberg do Departamento de Psicologia da UFSC, por ter prontamente me auxiliado com seus conhecimentos acerca de pessoas com deficiência.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por ter acreditado em meu projeto, inserindo uma fonoaudióloga em seu programa.

Às colegas de classe do mestrado, pelo acolhimento, em especial à Sandra Hilda, enfermeira muito dedicada e sempre pronta a ajudar quando me via perdida no mundo do mestrado e da enfermagem.

Ao GESPI, esta família que me acolheu tão calorosamente.

À Profa. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, pessoa que iniciou esta trajetória comigo.

À banca examinadora, pelas contribuições que engrandeceram este estudo.

Aos idosos, sujeitos desta pesquisa, que permitiram o cumprimento deste trabalho, desejo que colham os frutos deste esforço.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste estudo e a concretização de mais esta conquista de minha vida, meus sinceros agradecimentos.

FREIBERGER, Francine. **O acompanhamento fonoaudiológico de idosos usuários do aparelho de amplificação sonora individual: motivos da não aderência.** 2011. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Ângela Maria Alvarez.

A perda auditiva associada ao envelhecimento tem alta prevalência na população idosa e provoca inúmeras dificuldades na comunicação interpessoal. A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva prevê a atenção diagnóstica e terapêutica especializada, na qual se inclui a seleção, indicação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual. As pessoas idosas correspondem à boa parte dos atendimentos realizados nos serviços de atenção à saúde auditiva, nas quais se percebe grandes dificuldades no processo de adaptação.

Objetivo: Conhecer e compreender os motivos que levam a pessoa idosa atendida pelo fonoaudiólogo do Laboratório de Estudos da Voz e Audição (LEVA) a privar-se do acompanhamento do primeiro mês de seu processo de adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) concedido pelo SUS. **Método:** Pesquisa de caráter qualitativa tipo exploratória-descritiva desenvolvida com 15 idosos entre 61 e 92 anos de idade que se ausentaram do processo de adaptação aos aparelhos de amplificação sonora individual. A coleta dos dados foi realizada através de consulta aos prontuários, grupo de discussão e entrevista individual semiestruturada. Os dados foram analisados segundo a técnica da análise de conteúdo. **Resultados:** Os idosos justificaram as ausências ao acompanhamento de seu processo de adaptação por razões como a falta de vínculo com o atendimento fonoaudiológico, demonstrando que o idoso não recorre ao centro de referência para solução de problemas e que ele se autodispensa dos atendimentos não importando o estado de sua adaptação. A condição de saúde, o abandono do uso do aparelho de amplificação sonora individual e a condição socioeconômica também foram apontados como motivos que levaram esse grupo de idosos a privarem-se do acompanhamento fonoaudiológico. Observou-se, também, que os idosos usuários do aparelho de amplificação sonora individual vivenciam seu processo de adaptação por meio do **alcance do som no uso do AASI**, quando descrevem como, a partir da utilização deste recurso, vivenciam o sucesso de adaptação, indicando as vantagens relatadas e as atitudes dos

idosos frente aos mesmos. Os resultados mostraram, também, **a difícil adaptação ao uso do aparelho de amplificação sonora individual**, descrita a partir das limitações do aparelho de amplificação sonora individual e das impressões do idoso usuário quanto ao seu uso. Por último, o estudo revela **o apoio familiar**, que demonstra a importância e influência da família no processo de adaptação aos aparelhos de amplificação sonora individual. **Conclusões:** Foi relevante conhecer as razões dos idosos para que o fonoaudiólogo possa contribuir para melhorar a condição de audição das pessoas idosas que buscam pelo Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, além de desenvolver estratégias que minimizem a falta de adesão aos atendimentos com uma abordagem que considere uma busca ativa e multiprofissional, capazes de estimular o idoso para o autocuidado e melhor aproveitamento do aparelho de amplificação sonora individual. Pôde-se conhecer melhor o idoso usuário do aparelho de amplificação sonora individual, contribuindo com a área da saúde do idoso e no estudo da adaptação às próteses auditivas deste grupo etário.

Descritores: Idoso; Auxiliares de audição; Perda auditiva, Reabilitação.

THE AUDIOLOGICAL FOLLOW-UP OF HEARING AID ELDERLY USERS: REASONS FOR NON-ADHERENCE

ABSTRACT

Hearing loss associated with aging is widely prevalent among the elderly and causes many difficulties in interpersonal communication. The Hearing Health Care Nacional Policy provides for diagnostic and therapeutic specialized care, which includes selection, indication and fitting of hearing aids. The elderly represent a large part of the consultations provided in Hearing Health Care Services, in which we perceive major difficulties in the fitting process. **Objectives:** To know and understand the reasons why elderly people deprive themselves of follow-up of the first month during the hearing aid fitting, provided by the Brazilian Unified Health System (SUS) and conducted by the Service of Hearing Health Care; to characterize the profile of the elderly served by this service; to identify the adherence to the use of hearing aids provided by SUS of the elderly who did not follow up with monitoring during the fitting process. **Method:** An exploratory and descriptive qualitative study conducted with 15 individuals between 61 and 92 years of age who absented themselves from follow-up with speech-language therapist during the hearing aid fitting process. Data collection was performed by medical records consultation, discussion group and semistructured interview. The data were analyzed according to the technique of content analysis. **Results:** The elderly justify their absences from the follow-up of their fitting process for lacking of bonding with the speech-language pathology service, demonstrating that elderly patients do not use the reference center for troubleshooting and that they exempt themselves from care no matter the state of their adaptation. The health condition, the abandonment of hearing aid and the socioeconomic status were also cited as reasons that led this elderly group to deprive themselves of follow-up with speech-language therapist. It was also observed that elderly hearing aid users experience their adjustment process through the sound attainment with the use of hearing aid, when they describe how they experience the success of adaptation, indicating the reported benefits and their attitudes towards them. The results also showed the difficult adjustment to the use of hearing aids, described from the limitations of the hearing aids and from the impressions of the elderly regarding their use. Finally, the study

shows the family support, which demonstrates the importance and influence of the family in the hearing aid fitting process. **Conclusions:** It was relevant to know the reasons of the elderly for that speech-language therapists may help to improve the hearing status of elderly people that look for the Service of Hearing Health Care, besides developing strategies to minimize the lack of adherence to the sessions with a multiprofessional approach that consider an active search able to stimulate the self-care and the better use of hearing aids among elderly people. Also, we learned more about the elderly hearing aid user, and we contributed to the elderly health area and to the study of hearing aid fitting in this age group.

Keywords: Elderly. Hearing aids. Hearing loss. Rehabilitation.

EL SEGUIMIENTO AUDIOLÓGICO DE LOS USUARIOS DE EDAD AVANZADA DE LOS AUDÍFONOS: REZONES DE SU INCUMPLIMIENTO

RESUMEN

La pérdida de audición asociada con el envejecimiento es muy frecuente entre los mayores y causa muchas dificultades en la comunicación interpersonal. La Política Nacional de Atención de la Salud Auditiva prevé especialista en el cuidado de diagnóstico y terapéuticos, que incluye la selección, nombramiento y la adaptación de audífonos. Las personas mayores representan una gran parte de la atención recibida en los Servicios de Atención a Salud Auditiva, en los que percibimos grandes dificultades en el proceso de adaptación. **Objetivo:** Conocer y comprender los motivos que llevan a la persona de la tercera edad a privarse del acompañamiento del primer mes de su proceso de adaptación del audífono concedido por el SUS (Sistema Único de Salud), realizado por el Servicio de Atención a la Salud Auditiva; caracterizar el perfil del anciano atendido por este Servicio; identificar la adherencia al uso de las prótesis auditivas concedidas por el SUS de los ancianos que se privaron del acompañamiento durante el proceso de adaptación al uso de las mismas. **Método:** Investigación de carácter cualitativa del tipo exploratoria-descriptiva desarrollada con 15 ancianos entre 61 y 92 años de edad que se ausentaron del proceso de adaptación a los audífonos. La recolección de los datos fue realizada a través de consultas a las historias clínicas, grupo de discusión y entrevista individual semiestructurada. Los datos fueron analizados mediante la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Los ancianos justificaron la inasistencia al acompañamiento de su proceso de adaptación por razones como la falta de vínculo con el atendimento fonoaudiológico, demostrando que el anciano no recurre al centro de referencia para la solución de problemas y que él mismo se libera de los atendimientos sin importarle el estado de su adaptación. La condición de salud, el abandono del uso del audífono y la condición socioeconómica también fueron resaltados como motivos que llevaron a ese grupo de ancianos a privarse del acompañamiento fonoaudiológico. También se observó que los ancianos usuarios de audífonos vivencian su proceso de adaptación por medio del **alcance del sonido en el uso del audífono**, cuando describen cómo a partir de la utilización de éste recurso experimentan el

éxito en su adaptación, indicando las ventajas relatadas y las actitudes de los ancianos frente a los mismos. Los resultados también mostraron **la difícil adaptación al uso del audífono**, descrita a partir de las limitaciones del mismo y de las impresiones del anciano usuario en cuanto a su uso. Por último el estudio revela **el apoyo familiar**, que demuestra la importancia e influencia de la familia en el proceso de adaptación a los audífonos. **Conclusiones:** Fue relevante conocer las razones de los ancianos, para que el fonoaudiólogo pueda contribuir a mejorar la condición de la audición de las personas de la tercera edad que optan por el Servicio de Atención a la Salud Auditiva, además de desarrollar estrategias que minimicen la falta de adhesión a los atendimientos con un enfoque que considere una búsqueda activa y multiprofesional, capaces de estimular al anciano para el autocuidado y el mejor aprovechamiento del audífono. Se pudo conocer mejor al anciano usuario de audífonos, contribuyendo al área de la salud del anciano y al estudio de la adaptación a los audífonos en la tercera edad.

Descriptores: Anciano; Auxiliares de audición; Pérdida auditiva, Rehabilitación.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Comparação entre os idosos agendados, comparecimento e ausência na etapa de acompanhamento do primeiro mês do processo de adaptação do AASI, no período de julho a dezembro de 2009 com relação à região de residência 46
- Quadro 2:** Caracterização dos idosos participantes do estudo separados conforme o método de coleta de dados respectivo 48
- Quadro 3:** Grupo de discussão com idosos usuários do AASI– resultados de uma experiência..... 54
- Quadro 4:** Relação entre as categorias e temas resultantes da pesquisa: acompanhamento fonoaudiológico de idosos usuários do aparelho de amplificação sonora individual: motivos da não aderência. 60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Configuração dos Serviços de Referência em Alta Complexidade no Estado de Santa Catarina.....	36
Figura 2: Configuração dos Serviços de Referência em Média Complexidade no Estado de Santa Catarina.....	37
Figura 3: Fluxograma de entrada do paciente no Programa de Saúde Auditiva – (SES/SC, 2008).....	41
Figura 4: Organograma de atendimentos realizados no Programa de Saúde Auditiva do LEVA	45

LISTA DE ABREVIATURAS

AADAV – Associação Assistencial dos Deficientes Auditivos e Visuais
AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AIM – Avaliação Inicial Multidisciplinar
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
HU – Hospital Universitário
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOI-HA – Internacional Outcome Inventory for Hearing Aids
LEVA – Laboratório de Estudos da Voz e Audição
PAIR – Perda Auditiva Induzida pelo Ruído
PEN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PM Chapecó – Prefeitura Municipal de Chapecó
PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPI – Programação Pactuada e Integrada
SASA – Serviço de Atenção à Saúde Auditiva
SDR – Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	26
2.1 A DEFICIÊNCIA AUDITIVA	26
2.2 O APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL	28
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS	32
3 METODOLOGIA	39
3.1 TIPO DE ESTUDO	39
3.2 O LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	40
3.4 APRESENTAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	47
3.4.1 Caracterização dos participantes do estudo	47
3.4.2 Desenvolvimento do grupo de discussão	49
3.4.3 Entrevista no domicílio do idoso usuário do AASI	55
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	56
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	58
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
ARTIGO 1: A VIVÊNCIA DO IDOSO USUÁRIO DO AASI	62
ARTIGO 2: MOTIVOS QUE LEVAM O IDOSO USUÁRIO DO AASI A PRIVAR-SE DO ACOMPANHAMENTO DURANTE SEU PROCESSO DE ADAPTAÇÃO	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	112
APÊNDICE A – DADOS COLHIDOS EM PRONTUÁRIOS	112
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE C - GUIA PARA CONDUÇÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA NO GRUPO DE DISCUSSÃO	115
APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO ONDE O ESTUDO FOI DESENVOLVIDO	116

APÊNDICE E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC.....	117
ANEXOS	118
ANEXO 1 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DO MANUSCRITO À REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA	118
ANEXO 2 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DO MANUSCRITO À REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA	125

1 INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento da população foi possível notar, com o passar das décadas, o aumento pelo interesse em pesquisar o envelhecimento e os processos relacionados com a fragilização e a dependência das pessoas idosas, modelos de assistência e os custos dos sistemas de saúde e previdenciário.

Papaléo Netto (2002) relata que o aumento do número de idosos, em todo o mundo, pressionou o avanço do desenvolvimento de pesquisas nesta área. O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e o crescimento do número de idosos também é uma preocupação relevante. Tal crescimento seria resultado dos avanços médicos que tendem a aumentar a expectativa de vida a partir da diminuição da mortalidade e redução das taxas de natalidade, colaborando com a mudança no padrão da pirâmide populacional.

De acordo com o DATASUS (2010), no ano de 2007, a população do Brasil correspondia a, aproximadamente, 190 milhões de pessoas e destas, 9,6% tinham mais de 60 anos de idade. O Estado de Santa Catarina apresentava, segundo esta mesma fonte, a mesma proporção de idosos, ou seja, 9,6% de uma população de, aproximadamente, 6,05 milhões de pessoas.

O Brasil destaca-se por apresentar umas das maiores taxas de crescimento desta população, com projeções, para 2.025, de cerca de 32 milhões de idosos. A questão do envelhecimento surge como problema para investigação e planejamento de políticas públicas em razão, principalmente, do inevitável crescimento de demanda ao sistema de saúde.

Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994, foi aprovada a Lei nº 8.842/1994 (BRASIL, 1994) que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96 (BRASIL, 1996a). Esta Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. A lei prevê que para uma pessoa ser considerada idosa, o limite de idade é de 60 anos ou mais (RODRIGUES et al., 2007). O Estatuto do Idoso aprovado em 2003 prevê a garantia dos direitos que toda pessoa idosa deve usufruir e que o Estado tem a obrigação de proteger (BRASIL, 2003), complementado por Leis que asseguram aos idosos condições favoráveis para o seu viver e dão suporte aos programas específicos em

relação à necessidade desse grupo social.

É importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de vida a essas pessoas. Em atenção a essas necessidades, implementou-se no Brasil a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) que tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida (BRASIL, 1999). Esta portaria foi reeditada como Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pela Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006a), esse documento estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor, na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa em geral, em acordo com a Portaria nº 399/GM, que aborda as Diretrizes do Pacto pela Saúde, sendo a saúde do idoso uma das seis prioridades entre as esferas governamentais (BRASIL, 2006b). Essas diretrizes são: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde dos idosos; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio aos estudos e pesquisas.

Evocando as responsabilidades institucionais, caberá aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma articulada e em conformidade com as suas atribuições comuns e específicas, prover os meios e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta PNSI como referem Miyata et al. (2005).

Já em 28 de setembro de 2004, com a Portaria nº 2.073/GM (BRASIL, 2004a) foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Esta portaria definiu que as Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva seriam compostas pelas Ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica, Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade e na Alta Complexidade.

Segundo a Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004b), entende-se por Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade aquele que ofereça atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita de perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional. Além disso, os serviços de média complexidade podem oferecer triagem e

monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares, diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças a partir de três anos de idade, de jovens, de adultos, incluindo os trabalhadores e de idosos, respeitando as especificidades da avaliação e reabilitação exigidas para cada um desses segmentos.

Tais políticas vêm consonância com os princípios do SUS, que prevêem a descentralização da atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes da universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1990) e vão ao encontro do Estatuto do Idoso, que incumbe o poder público de fornecer aos idosos portadores de deficiência, atendimento especializado e o fornecimento de próteses necessárias à habilitação e reabilitação (BRASIL, 2003).

O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade se diferencia por constituir-se como referência para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas, sejam neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal, perdas unilaterais e daqueles que apresentam dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade.

No ano de 2006, o Laboratório de Estudos da Voz e Audição do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina (LEVA/HU/UFSC), foi habilitado como Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade pela Portaria nº 239 (BRASIL, 2006b). Por haver somente duas entidades credenciadas no Estado de Santa Catarina para prestar os serviços de Alta Complexidade, o fluxo dos atendimentos no LEVA/HU/UFSC é grande, chegando a cerca de 250 novos pacientes por mês. Em levantamento realizado por Freiburger e Gonçalves (2009), no qual foi identificado o perfil dos idosos atendidos no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva da Universidade Federal de Santa Catarina, observou-se que, aproximadamente, 35% dos pacientes atendidos entre dezembro de 2006 e abril de 2009 eram de pessoas idosas residentes uma parte na Grande Florianópolis e mais da metade procedentes das outras regiões de Santa Catarina.

Veras e Mattos (2007), em sua revisão de literatura sobre a audiologia do envelhecimento, referem que a perda auditiva associada ao envelhecimento é um fenômeno com alta prevalência na população idosa, podendo levar a inúmeras dificuldades na comunicação interpessoal.

Vieira et al. (2007) relatam que a deterioração da função auditiva que acompanha o processo de envelhecimento, afeta tanto a

comunicação quanto os domínios sociais e emocionais à medida que acarreta uma redução significativa na interação e nos contatos pessoais. Assim, o relacionamento social do idoso é afetado pelas consequências incapacitantes do envelhecimento, gerando um processo de desvalorização e de diminuição da autoestima, agravado por sua dificuldade de comunicação.

Definida como um declínio auditivo relacionado à idade, a presbiacusia é considerada como resultante de um somatório de fatores negativos que influenciam o sistema auditivo na população mais velha. Teoricamente, é uma perda auditiva causada por degeneração coclear que afeta principalmente a parte basal da cóclea, prejudicando a percepção auditiva das frequências altas. A qualidade do processamento auditivo central diminui, interferindo diretamente nas relações sociais do idoso. Isto porque, todo o problema não está em simplesmente escutar e sim, compreender a mensagem recebida. A segunda causa de deficiência auditiva nestes indivíduos é a perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR), conforme destaca a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

Em virtude disto, indica-se a adaptação do AASI tão logo a perda auditiva seja diagnosticada, pois há a possibilidade de uma mudança funcional a partir da plasticidade cerebral. Sabe-se que a indicação e adaptação do uso do AASI precocemente podem contribuir para a prevenção da piora da discriminação da fala e de outras alterações relacionadas às questões psicossociais do indivíduo com perda auditiva. Contudo, constata-se uma resistência por parte dos idosos para o uso de aparelho de amplificação sonora individual (AASI).

Entre os motivos que levaram idosos presbiacúsicos, candidatos ao uso de aparelho de amplificação sonora individual (AASI), a relataram não desejar testá-los estão: a falta de necessidade, problemas financeiros, dificuldades de manuseio de controles, vaidade e barulho excessivo (RUSSO, 1988). A autora atribui a fatores psicossociais, mais do que acústicos. A falta de necessidade alegada pela maioria dos idosos pode estar também relacionada ao não reconhecimento da existência da perda auditiva por parte do idoso, aliado ao estigma social de que o uso do AASI chama mais atenção para o problema e torna o indivíduo ainda mais velho (RUSSO, 2004a). A autora afirma que até o fim da década de 80, a grande preocupação dos fonoaudiólogos era encontrar um sistema de amplificação que atendessem plenamente às necessidades

acústicas visualizadas somente na audiometria¹. Além disso, a autora conclui que a prática clínica mostrou que grande parte destes usuários, após curto espaço de tempo, abandonava o uso dos AASI.

Contudo, mesmo com tantas evoluções tecnológicas na área dos AASI, as dificuldades relatadas pelos idosos continuam as mesmas. O uso exclusivo dos AASI não garante o sucesso de tal intervenção. É sempre necessário dar continuidade com a reabilitação auditiva destes idosos, trabalho que prioriza o treinamento auditivo, a instrução para a compreensão de seu problema e do processo de comunicação e da orientação à família. Sem esta intervenção, é possível que o idoso desista do uso dos AASI. Como referem Miranda et al. (2008b) em muitas oportunidades, a pessoa opta por não utilizar os AASI, limitando, desta forma, o auxílio proporcionado por esta tecnologia.

A vivência da pesquisadora com os idosos acontece desde o início de sua trajetória profissional, porém somente nos últimos sete anos houve um contato mais estreito com este público ao trabalhar em locais credenciados ao SUS. Em um local de atendimento como este, a clientela principal é o idoso, principalmente, se evidenciarmos o fato de que a presbiacusia, perda auditiva devido à idade, é responsável pela prevalência de 30% das perdas auditivas nesta população. Assim, quase dez anos se passaram e a experiência com os idosos foi se aprimorando. A paciência e a escuta aumentaram, a fala com intensidade e tonalidade adequadas, o respeito, a compreensão acerca do envelhecimento e dos limites. Tudo isso, aliado a vontade de melhorar a qualidade de comunicação e de vida destas pessoas, fizeram despertar o interesse em estudar mais e compreender certos comportamentos observados no dia-a-dia como a preocupação com o tamanho do aparelho auditivo que irão usar e a tradicional frase “*Eu ouço, só não entendo*”.

Russo (2004a), em sua reflexão, afirma que com a finalidade de devolver a comunicação aos idosos, o fonoaudiólogo não pode se limitar a atuar apenas como um profissional preocupado com as questões físicas e eletroacústicas da deficiência auditiva, mas deve buscar meios e estratégias que possam conservar as habilidades auditivas, ou seja, a autora sugere que ouvir o idoso pode ser o caminho.

O problema em questão é que os idosos têm uma resistência demasiada em relação ao uso do AASI e quando o fazem, muitas vezes é por causa da insistência da família ou quando o problema da surdez

¹ Avaliação subjetiva realizada para determinar os limiares auditivos do indivíduo. O teste é realizado em cabina acústica através da emissão de tons puros em diversas frequências e intensidades para a obtenção dos limiares de audibilidade auditiva.

somada ao isolamento já está insustentável. Com isso, sentem-se feios, velhos, envergonhados, incapazes. Quando atendidos no LEVA, recebem os AASI através do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva e depois não retornam aos atendimentos posteriores. Não entram em contato para se justificarem e algumas vezes, um parente aparece com o AASI em mãos querendo devolvê-lo, dizendo que a pessoa idosa não se adaptou.

No estudo realizado por Fialho et al. (2009), que teve como objetivo conhecer a percepção de idosos sobre uso de AASI concedido pelo SUS, os dados evidenciam a importância do processo de acompanhamento para que as dificuldades de adaptação possam ser detectadas e minimizadas, cabendo ao fonoaudiólogo trabalhar com as questões do estigma e da aceitação da perda auditiva, além das questões técnicas, para que efetivamente o sujeito obtenha benefício e satisfação com esse tratamento.

Diante disto, surge a necessidade de conhecer e compreender os motivos que levam a pessoa idosa a abandonar o acompanhamento do primeiro mês de seu processo de adaptação do AASI realizado pelo LEVA, e se durante esse período de ausência deixaram também de usar o aparelho de amplificação sonora individual que receberam do Sistema Único de Saúde, assim como a assistência a ela garantida.

Para alcançar tal objetivo, buscaram-se estudos que tratassem deste tema e constatou-se que muitos se interessam pelos benefícios e dificuldades da adaptação aos AASI (CAMPOS et al., 2010; MIRANDA et al., 2008a), outros pelo sentido que a perda auditiva e o uso do AASI têm na vida da pessoa idosa (FIALHO et al., 2009; COSTA et al, 2007), mas constatou-se que há a necessidade de mais estudos direcionados aos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva. Neste sentido, a questão que norteou esse estudo foi: **Por que a pessoa idosa atendida no LEVA priva-se do acompanhamento do primeiro mês de seu processo de adaptação do AASI?**

Assim, com os objetivos a seguir, buscaram-se respostas que conduzissem a pesquisadora a uma melhor compreensão desse processo, para contribuir com os idosos atendidos no Laboratório de Estudos da Voz e Audição do HU/UFSC e com o aperfeiçoamento da atenção à saúde auditiva das pessoas idosas.

Objetivo Geral: Compreender os motivos que levam o idoso atendido pelo fonoaudiólogo do LEVA a privar-se do acompanhamento do primeiro mês de seu processo de adaptação do AASI.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil do idoso que abandonou o

acompanhamento do primeiro mês de seu processo de adaptação do AASI atendido pelo Serviço de Atenção à Saúde Auditiva do LEVA;

- Identificar a aderência ao uso dos AASI dos idosos que se privaram do acompanhamento do primeiro mês.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão foi realizada através de pesquisa em base de dados (LILACS e MEDLINE) e bibliotecas eletrônicas (SciELO) acerca do assunto abordado neste estudo. Inicialmente, pesquisou-se o período de 2004 a 2009, todavia, com a necessidade de encontrar mais estudos na área, estendeu-se a pesquisa até o ano 2000. Os descritores que foram utilizados para o estudo foram: *audiologia/audiology*, *auxiliares de audição/hearing aids*, *perda auditiva/hearing loss*, *idosolaged*, *percepção social/social perception*, *surdez/deafness*, *presbiacusia/presbycusis*, *envelhecimento/aging*, *peças com insuficiência auditiva/hearing impaired persons*, *reabilitação de deficientes auditivos/rehabilitation of hearing impaired*. Encontraram-se artigos que foram utilizados nesta pesquisa nos seguintes periódicos: Revista CEFAC, Revista Distúrbios da Comunicação, Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Revista Psicologia & Sociedade, Psicologia em Revista, Revista Estudos de Psicologia, Revista Texto & Contexto, Revista de Saúde Pública, Physis Revista da Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, Arq. Int. Otorrinolaringologia, International Journal of Audiology, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista The Hear, Arq. Ciência Saúde Unipar, Revista Saúde e Sociedade, Revista Sociedade SciMed, Revista Educação e Pesquisa, Caderno de Saúde Pública, Boletim de Iniciação Científica e Psicologia.

Para complementar esta revisão de literatura, pesquisou-se, também, em bibliografias especializadas, dissertações de mestrado, teses de doutorado, além de publicações oficiais para o caso das portarias do Ministério da Saúde. A participação do VI Encontro Internacional de Próteses Auditivas também colaborou para a construção desta revisão, pois foi possível assistir a palestras que abordavam esta temática e conversar com determinados autores que tradicionalmente escrevem sobre o tema.

2.1 A DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A deficiência auditiva gera no idoso um dos mais incapacitantes distúrbios de comunicação, impedindo-o de desempenhar plenamente seu papel na sociedade. É comum observarmos a deterioração da audição acompanhada de uma diminuição na compreensão da fala no

idoso, comprometendo sua comunicação com todas as pessoas que o cercam. Este declínio na comunicação do idoso faz com que ele se isole, gerando um impacto psicossocial profundo neste indivíduo.

É muito frequente ouvir os familiares de idosos deficientes auditivos descrevendo-os como confusos, desorientados, distraídos, zangados, impacientes, não-comunicativos. Isto se reflete em uma cobrança injusta para com os idosos, pois gerando tamanha ansiedade, há uma probabilidade maior em falha na comunicação. A ansiedade leva à frustração, que leva à falha, que leva à raiva e finalmente, ao isolamento (RUSSO, 2004a).

A audição, segundo Russo (2004a), é imprescindível como mecanismo de alerta e defesa contra o perigo, permitindo a localização de fontes sonoras a distância, fornecendo segurança.

Com o passar do tempo, associado a fatores como a exposição a ruídos intensos, usos indiscriminado de medicamentos, tensão diária e doenças, percebe-se a sensibilidade auditiva diminuir, reduzindo, assim, a área da audição. Ouve-se, mas não se entende; principalmente em ambientes ruidosos; os sons fortes tornam-se irritantes; algumas vezes, surge um zumbido percebido nos ouvidos ou cabeça; dificuldade em perceber sons agudos, estes são sintomas da perda de audição causada pelo envelhecimento, a presbiacusia.

Segundo Weinstein (1999), a presbiacusia é a soma de perdas auditivas causadas por diferentes fatores: a idade, as desordens metabólicas, as desordens vasculares, a doença renal, o uso de medicamentos, tratamentos médicos, a exposição a ruídos, além de uma predisposição geneticamente determinada. A perda auditiva, nesses casos, é lentamente progressiva, resultando em uma diminuição da sensibilidade auditiva e uma redução na compreensão da fala, devido a uma dificuldade de percepção das consoantes, especialmente, quando a velocidade da fala é rápida ou quando o ambiente é ruidoso. A autora salienta que, associado ao comprometimento auditivo, o idoso pode apresentar problemas adicionais como alterações do sistema nervoso central, o que dificultaria ainda mais a percepção da fala. Além disso, na opinião da autora, o fato de não compreender a fala pode acarretar sentimentos como a frustração e o constrangimento.

Há estudos que apontam que a perda auditiva no idoso causa alterações de ordem psicossocial. Weinberger (1980); Russo (1988); Hull (1989); Bess; Humes (1998), afirmam que a perda auditiva no idoso pode estar associada com isolamento, depressão, frustração, irritabilidade e senilidade em função das dificuldades de comunicação. Esses mesmos autores comentam que apesar destes efeitos, grande parte

das pessoas idosas que apresentam diminuição da audição não adere ao tratamento.

Tannure et al. (2010), em estudo que objetivou descrever o perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, identificou que 16,4% dos idosos apresentavam algum tipo de deficiência auditiva.

Na publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), encontramos que cerca de um terço das pessoas idosas referem algum grau de declínio na acuidade auditiva. A presbiacusia é uma das causas mais comuns relacionadas a essa queixa. Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por essa razão, não referi-la. Daí a importância da deficiência auditiva ser tratada como um problema de saúde da pessoa idosa com acompanhamento nos diferentes níveis de complexidade.

2.2 O APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL

Uma forma de minimizar os efeitos da deficiência auditiva é a utilização de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) ou próteses auditivas como também são chamadas. A seleção e indicação dos AASI é um desafio para os fonoaudiólogos, pois há muita rejeição e negação em relação ao seu uso. Atualmente, eles são discretos, leves, com processamento de sinal digital e muitos recursos disponíveis. Todos estes fatores influenciam o usuário a aceitar sua adaptação, melhorando o contato social, a motivação e a autoconfiança.

O processo de seleção e indicação dos AASI é fundamental para o sucesso da adaptação ao uso das mesmas e marca o início da reabilitação auditiva deste idoso. Deste modo, é importante começar cedo, enquanto o idoso ainda é capaz de aprender a se adaptar ao AASI e está motivado para tal.

Mesmo com o avanço tecnológico na área dos AASI, resultando na miniaturização dos mesmos, a melhora da qualidade sonora e maior conforto tanto auditivo quanto físico, ainda é grande a resistência dos idosos ao uso de sistemas de amplificação.

Bess e Humes (1998) afirmam que os motivos que levam os idosos a não usar o AASI estão relacionados à convicção de que a perda auditiva é uma consequência natural do envelhecimento.

Batista e Sampaio (2005) destacam que é essencial considerar a expectativa do idoso deficiente auditivo quanto ao uso do AASI para não causar desapontamentos, pois este recurso servirá de auxílio para o indivíduo, apesar de não ser a solução de todos os seus problemas, pois

as dificuldades auditivas irão persistir.

Em um estudo mais recente sobre o grau de expectativa de novos usuários adultos e idosos de AASI, Suman, Blasca e Ferrari (2008) confirmam que há uma expectativa muito alta quanto ao uso da amplificação na maioria dos sujeitos estudados e que há correlação entre o grau da perda auditiva e a expectativa, ou seja, quanto maior a perda auditiva, maior a expectativa do paciente em relação ao uso do AASI.

É comum ouvirmos dos familiares de pessoas idosas que as mesmas apresentam dificuldade para ouvir, mas que não querem usar os AASI. Ou ainda, que já experimentaram, compraram e depois de um tempo deixaram de usar.

Estudos mostram que a simples aquisição de um AASI, por meio de serviços públicos ou privados, não garante o uso deste dispositivo e cerca de 30% dos indivíduos acabam por desistir do tratamento (KOCHKIN, 2005). Em pesquisa realizada em uma instituição pública, no estado do Tocantins, por Carvalho (2007), foi encontrado alto índice de insatisfação em relação à imagem pessoal com o uso de AASI retroauricular. Em outro estudo realizado com usuários atendidos em uma instituição pública no Estado do Rio Grande do Sul, os indivíduos entrevistados relataram dificuldades relacionadas aos moldes ou cápsulas auriculares. Em relação às queixas e/ou problemas relacionados ao funcionamento dos AASI, as pesquisadoras encontraram relatos de intensidade forte, intensidade fraca, desconforto, na maioria das vezes, relacionada ao uso binaural; dores de cabeça com frequência; dificuldades no ruído; ouvir, mas não entender; não ouvir de longe (FREITAS; COSTA, 2007b).

Rosa, Dante e Ribas (2006) realizaram um estudo no qual concluíram que as atividades desenvolvidas no grupo de atendimento pesquisado propiciaram o desenvolvimento da consciência sobre as limitações causadas pela perda auditiva, gerando maior disponibilidade para a efetiva utilização do AASI e colaborando para a adaptação dos aparelhos indicados.

Na análise dos resultados de sua pesquisa, Costa, Russo e Friedman (2007) reconhecem que uma escuta para os aspectos subjetivos que envolvem a deficiência auditiva e o processo de adaptação do AASI são imprescindíveis para a compreensão de cada caso e assim, para a atuação do fonoaudiólogo.

Diante de tais dificuldades, o fonoaudiólogo volta o seu olhar para a procura de uma resposta que explique o abandono do uso dos AASI e descobre que a solução é ouvir o sujeito. Para tal, foram desenvolvidos, em vários países, instrumentos de investigação da

autopercção do deficiente auditivo sobre a sua própria deficiência e benefícios do uso dos AASI. Um exemplo da utilização destes questionários é o estudo de Freitas e Costa (2007a) no qual as autoras verificam a viabilidade do uso de questionários de autoavaliação em usuários de AASI de uma instituição pública federal e concluem que o uso deste instrumento se revelou excelente preditor das dificuldades enfrentadas pelos usuários, auxiliando no ajuste dos AASI.

Outro estudo que enfatiza a importância deste novo papel do fonoaudiólogo para com o paciente é o de Ribeiro e Rasera (2008), pois aponta a importância dos profissionais possuírem uma sensibilidade aos repertórios interpretativos disponíveis socialmente, influenciando na relação que se estabelece com os pacientes, delimitando, também, as ações de acolhimento, diálogo e negociação.

No Brasil, estudiosos como Hull (1989), já no final da década de 80, salientavam a importância da realização de um programa de reabilitação auditiva no processo de seleção, indicação e adaptação de AASI. Este processo de reabilitação envolve a adaptação do AASI, sessões de aconselhamento ao idoso e seus familiares com relação à perda auditiva, ao AASI e ao uso de estratégias de comunicação, treinamento auditivo e de leitura labial.

De acordo com as estratégias das Portarias SAS/MS nº 587 e 589 (BRASIL, 2004a), o processo de reabilitação auditiva passa a envolver um trabalho muito mais amplo que prevê a adaptação dos AASI de fluxo contínuo, com acompanhamento médico e fonoaudiológico, tanto para ajustes como para verificações periódicas das condições técnicas e do benefício obtido com o uso desses equipamentos (FREITAS; COSTA, 2007b).

Ruschel, Carvalho e Guarinello (2007), em seu estudo, constataram que os idosos têm necessidade de acompanhamento fonoaudiológico após a adaptação do AASI, pois sozinhos, muitas vezes, não conseguem fazer todo o processo de higienização e manuseio da prótese auditiva.

O estudo de Rosa, Dante e Ribas (2006) permitiu verificar que programas de acompanhamento e orientação a usuários de AASI são primordiais para a boa adaptação dos portadores de perdas auditivas.

Muitos pesquisadores concordam com a complexidade do processo de adaptação dos AASI na população idosa, que requer um acompanhamento específico e atento às dificuldades enfrentadas por ela (MIRANDA et al., 2008a).

Todos estes estudos reforçam que mesmo com os avanços tecnológicos dos AASI e a consequente possibilidade de adaptação de

praticamente todos os graus de perda auditiva, a reabilitação auditiva, juntamente com a orientação e o aconselhamento, além do treinamento da leitura orofacial, são ainda mais importantes no processo de adaptação e aderência bem sucedida ao uso do AASI.

Aliado ao processo de reabilitação auditiva e considerando a importância de ouvir como os idosos percebem a perda auditiva, estudos na área da Fonoaudiologia vêm sendo desenvolvidos com a preocupação de determinar os efeitos não auditivos e a percepção que os indivíduos apresentam da deficiência auditiva, são os estudos de autoavaliação do *handicap*². Cabe salientar que estas pesquisas, usualmente, são realizadas por meio de questionários fechados, elaborados originalmente por pesquisadores americanos.

As dificuldades de implantação de um programa de reabilitação auditiva no Sistema Público de Saúde foram discutidas por Carlos (1994) em seu estudo na cidade de São Paulo. A autora defende a necessidade de um acompanhamento terapêutico no caso de idosos com perda auditiva, porém ressalta a complexidade deste processo.

A dificuldade de atuação na área de reabilitação auditiva parece não residir somente na dificuldade de acesso à amplificação e nem exclusivamente, na atual estrutura do sistema público de saúde. As características do funcionamento e o papel de cada profissional podem ser repensados e reformulados, visando o amadurecimento na direção de um programa integrado de atendimento ao idoso (CARLOS, 1994, p. 3).

A autora também comenta que fatores sociais estão associados à falta de motivação dos idosos para buscar auxílio para suas dificuldades.

Fatores sociais e o estigma relacionado à velhice são fatores que podem influenciar nas possíveis causas da não adesão dos idosos à reabilitação auditiva. Isto nos sugere a necessidade de se entender a perda auditiva na velhice como um processo de construção social e de se refletir sobre a questão sem dissociar o sujeito social/cultural do sujeito biológico.

Ruschel, Carvalho e Guarinello (2007) finalizam sua pesquisa dizendo que o trabalho audiológico direcionado aos idosos é muito complexo e requer do fonoaudiólogo sensibilidade e empatia na

²É a desvantagem para o indivíduo, conseqüente da deficiência ou incapacidade, que o limita ou impede de desempenhar atividades consideradas normais.

compreensão das dificuldades enfrentadas por esta população. Completam que este profissional deve ter conhecimentos a respeito do tema envelhecimento para obter melhores resultados em sua prática. Os autores ainda sugerem que familiares, cuidadores, colegas de trabalho e a sociedade sejam inseridos neste contexto, por meio de campanhas de alcance nacional, para que se possa vencer o preconceito ainda existente e recolocar o idoso no convívio social.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

A Constituição Federal de 5 de outubro de 1988 (BRASIL, 1988) estabeleceu os princípios e diretrizes para uma completa reorganização do Sistema de Saúde a partir da formalização de um princípio igualitário e do comprometimento público com a garantia desta igualdade. O Sistema Único de Saúde (SUS) está baseado nos princípios da **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, **integralidade** de assistência exigida para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e **igualdade** da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Está também organizado sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/GM anunciava a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determinava que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovessem a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política assumia que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Junto com outras conquistas, como a consolidação da Previdência Social, o Estatuto do Idoso representa um marco fundamental na superação do liberalismo econômico e social dessa população. Por meio deste, ampliou-se significativamente a rede de proteção e de reconhecimento dos direitos dos cidadãos idosos, por parte do Estado e da sociedade.

Ramos (2002) ressalta outro fato importante a ser considerado, o de que a saúde para o idoso não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis, a saúde para eles é a interação entre a saúde física, saúde mental, independência financeira,

capacidade funcional e suporte social.

O Estatuto, além de reafirmar que os idosos possuem todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, destacou o direito à saúde como um dever do Estado e da sociedade. Segundo o artigo 15 deste Estatuto (BRASIL, 2003), é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

O Capítulo IV do Estatuto relata especificamente o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. Além disso, ele também encarrega o Poder Público de fornecer gratuitamente medicamentos, próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. Ainda garante que os idosos portadores de deficiência ou limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da Lei. (BRASIL, 2003).

No ano de 2006, considerando a necessidade de que o setor da saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso e com a conclusão do processo de revisão e atualização do constante na Portaria n° 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Seu objetivo é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006a, p.3).

A PNSPI (BRASIL, 2006a) define que a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de

atenção. Ficam estabelecidos, portanto, o enfrentamento de fragilidades pela pessoa idosa, família e sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

Daher e Pisaneschi (2010) apontam que o atendimento especializado às pessoas com deficiência auditiva, no SUS, teve início a partir do ano 2000, quando foi regulamentado pelo Ministério da Saúde, no âmbito laboratorial, o diagnóstico, o acompanhamento e a concessão de AASI, registrados como procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). As autoras analisaram a produção ambulatorial em saúde auditiva do primeiro semestre de 2004 que estava registrada no SIA/SUS e perceberam que o atendimento fonoaudiológico ao usuário estava fragmentado, ou seja, as unidades credenciadas não realizavam todos os procedimentos possíveis.

Com o predomínio do atendimento nas protetizações, sem os outros procedimentos relevantes para o sucesso da adaptação ao AASI, principalmente em crianças, percebeu-se a necessidade de uma ampla revisão das normas de implantação destes serviços bem como da forma de financiamento dos procedimentos.

Ciente da necessidade de organização do atendimento às pessoas com deficiência auditiva nos diversos níveis de atenção do SUS, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM/MS nº 2.073 que define a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (BRASIL, 2004a). A fim de operacionalizar tal política, instituíram-se normas complementares que implantam as Redes Estaduais de Serviços de Saúde Auditiva, as Portarias SAS/MS nº 587 e 589 (BRASIL, 2004a).

Os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva têm como objetivo prestar assistência especializada às pessoas com *déficit* auditivo. Devem realizar triagens e monitoramento da audição, diagnóstico da perda auditiva, seleção, indicação e adaptação, validação e acompanhamento do processo de adaptação ao AASI, habilitação e reabilitação auditiva.

As Redes Estaduais de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva são compostas pelas ações na atenção básica, pelos Serviços de Saúde Auditiva de Média e Alta Complexidade e pelas unidades descentralizadas de terapia fonoaudiológica.

As unidades de Média e Alta Complexidade devem dispor de equipe multidisciplinar e aparelhagem técnica para realizar todos os procedimentos preconizados pela Portaria GM/MS nº 2.073 (BRASIL, 2004a). A Portaria nº 587 (BRASIL, 2004b) estabelece parâmetros para a distribuição dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média e Alta Complexidade e prevê um serviço para cada 1.500.000 habitantes. Segundo o anexo V desta Portaria, o Estado de Santa Catarina contaria

com três serviços.

Ainda segundo a Portaria GM/MS n° 2.073 (BRASIL, 2004a), os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Média e Alta Complexidade são aqueles que oferecem atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional.

A Média Complexidade deve oferecer triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares, diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças **a partir de três anos de idade**, de jovens, de adultos, incluindo os trabalhadores e de idosos, respeitando as especificidades da avaliação e reabilitação exigidas para cada um desses segmentos. Já a Alta Complexidade se diferencia por constituir-se como referência para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças **até três anos de idade** e em pacientes com afecções associadas sejam neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal, perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade.

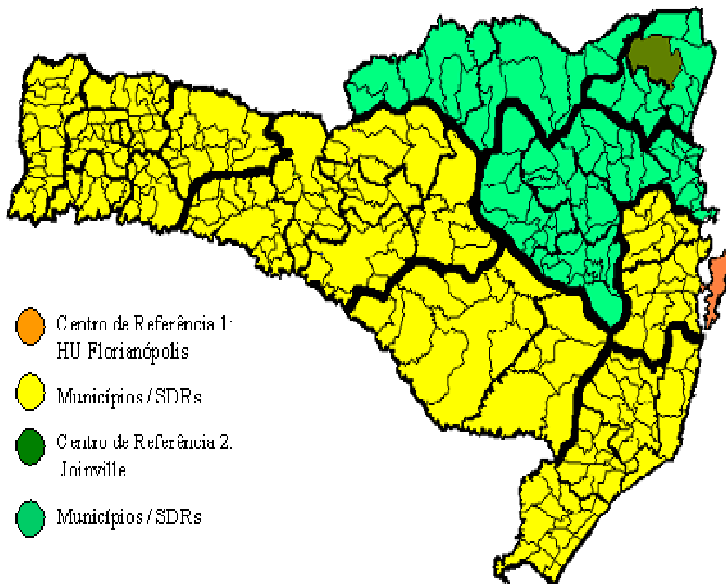
Em 2006, o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina foi habilitado como Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade pela Portaria n° 239 de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b).

Com base na necessidade de se avaliar os atendimentos dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, além de organizar o fluxo de atendimento na saúde auditiva do estado, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, em 2008, publicou a Deliberação 102/CIB: “Manual operativo de atenção à pessoa portadora de deficiência auditiva no estado de Santa Catarina”. Este Manual Operativo busca orientar os gestores na Política de Saúde Auditiva do Estado de Santa Catarina, visando atuar efetivamente na melhoria da qualidade de vida dos usuários através do SUS/SC e reabilitando a pessoa portadora de deficiência auditiva na sua capacidade funcional de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social (SANTA CATARINA, 2008).

Neste manual operativo, consta que o Estado de Santa Catarina conta com sete unidades de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, dos quais dois são de Alta Complexidade e cinco de Média Complexidade. Tal quantidade de serviços é justificada no Plano para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física em Santa

Catarina (SANTA CATARINA, 2005), na qual o Estado define alguns critérios além dos previstos nas portarias para a delimitação da sua Rede Estadual, tais como: a cobertura de dois serviços de Alta Complexidade para o Estado e a cobertura de, pelo menos, um serviço de Média Complexidade para cada macrorregião do Estado.

Na data de publicação do Plano para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física em Santa Catarina, nem todos os serviços estavam habilitados, entretanto já haviam se candidatado a prestar estes serviços e por este motivo são referenciados com detalhes. A Figura 1 demonstra o fluxo de referência e a abrangência das Unidades de Alta Complexidade no Estado de Santa Catarina. O campo em amarelo é área de abrangência do Centro de Referência 1 (HU/UFSC, Florianópolis) e o campo em verde claro de abrangência do Centro de Referência 2 (Centro de Reabilitação de Fissuras Lábio-Palatais – Centrinho, Joinville).

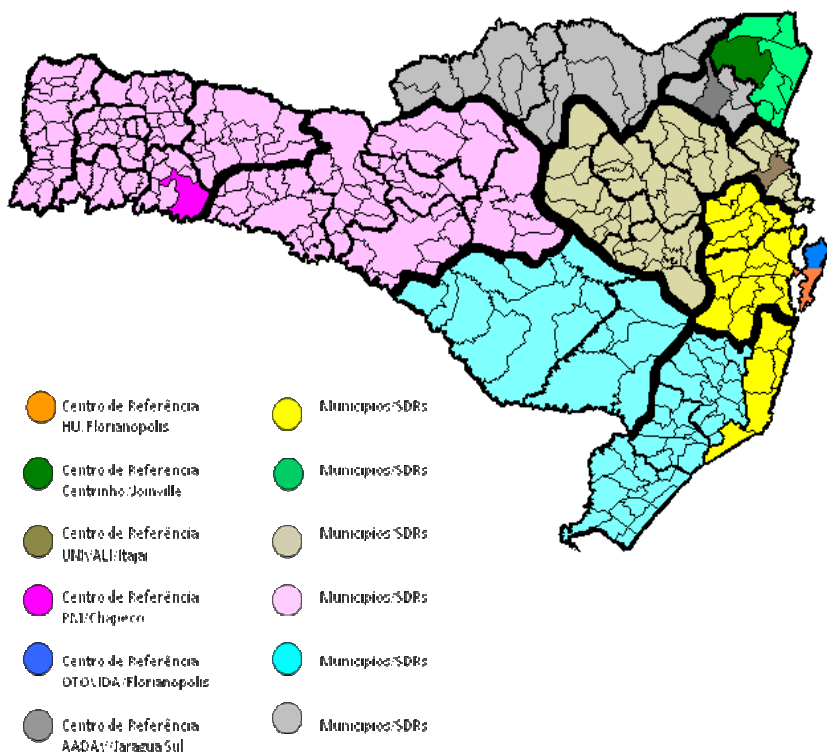


Fonte: Santa Catarina, 2005.

Figura 1: Configuração dos Serviços de Referência em Alta Complexidade no Estado de Santa Catarina.

A Figura 2 demonstra o fluxo de referência e abrangência das

Unidades de Média Complexidade no Estado de Santa Catarina. Os campos em amarelo e laranja pertencem ao HU/UFSC de Florianópolis, os verdes ao Centro de Reabilitação de Fissuras Lábio-Palatais - Centrinho de Joinville, os marrons à UNIVALI de Itajaí, os rosas à PM de Chapecó, os campos em azul à Clínica Otovida de Florianópolis e os campos em cinza à AADAV de Jaraguá do Sul.



Fonte: Santa Catarina, 2005.

Figura 2: Configuração dos Serviços de Referência em Médica Complexidade no Estado de Santa Catarina.

Percebe-se que o Estado se preocupa com a melhor distribuição possível destes Centros de Referência, uma vez que pacientes que residem muito afastados dos grandes centros, sofrem dificuldades para

receber a integralidade da assistência, que é composta de várias etapas de agendamento. Acredita-se que, com os serviços dispostos mais perto dos usuários, o Estado cumprirá suas ações determinantes e poderá levar qualidade de vida a essa parcela de pessoas, diminuindo ou minimizando os agravos que advém da perda auditiva em qualquer grau de deficiência (SANTA CATARINA, 2005).

Para comprovar tal preocupação, no final de 2010, foi publicada a Deliberação 425/CIB/2010 que aprova a nova PPI (Programação Pactuada e Integrada) da Assistência Ambulatorial, objetivando a construção e atualização dos parâmetros e custos médios na lógica da integralidade da atenção. Para construir tal atualização, basearam-se na produção de 2009 e em alguns casos de 2010, e assim redistribuíram, no caso da saúde auditiva, os Centros de Referência em Alta Complexidade, aos quais a UNIVALI de Itajaí foi agregada (SANTA CATARINA, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Considerado a natureza do problema focalizado, apresenta-se aqui o percurso metodológico que foi adotado para o processo da pesquisa. Utilizou-se a pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. O método qualitativo foi escolhido para guiar esta pesquisa, pois além de se aproximar mais do propósito de análise deste estudo, objetiva aprofundar a investigação no mundo dos significados das ações e relações humanas (MINAYO, 2004). Além disso, pode ser utilizado quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, ideia ou evento; como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Leopardi (2001) descreve que, na pesquisa qualitativa, o conhecimento é originário de informações de pessoas diretamente vinculadas à experiência estudada, portanto, não podem ser controladas e generalizadas. De acordo com Polit e Hungler (1995) a pesquisa qualitativa baseia-se na premissa de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal com ela é definida por seus próprios atores.

O método exploratório permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno do problema de pesquisa, aprofundando sua investigação de uma realidade específica, e pode, ainda, favorecer o descobrimento de outros problemas de pesquisa. O método descritivo tem como foco central o interesse de conhecer a comunidade e seus hábitos, crenças e problemas, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade e de que maneira e por que ocorrem (TRIVIÑOS, 1992).

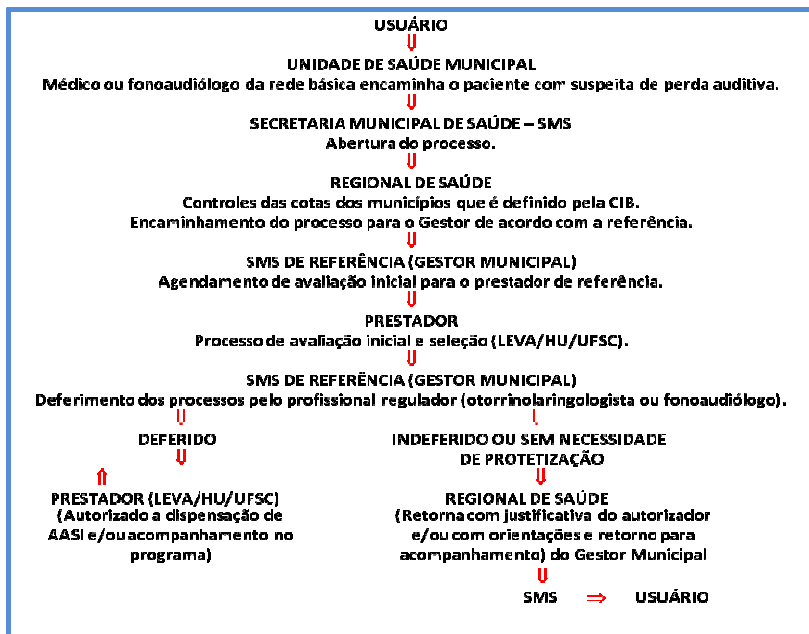
Diante do exposto, pode-se entender que foi importante a escolha desta metodologia para a realização do estudo, pois permitiu à pesquisadora exercitar uma postura de abertura em busca de um contato direto com o idoso e a família, com a finalidade de conhecer melhor os idosos atendidos no LEVA/HU e obter informações valiosas a respeito do processo de adaptação aos AASI, além de conhecer os motivos que os fazem se ausentar do acompanhamento deste processo.

3.2 O LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Laboratório de Estudos da Voz e Audição (LEVA) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). A escolha deste local deveu-se a grande quantidade de pacientes idosos atendidos por mês, provenientes de diferentes municípios do estado de Santa Catarina e de classes sociais diversas.

O LEVA/HU/UFSC foi oficialmente inaugurado em dezembro de 2006, com o credenciamento desta instituição pelo Ministério da Saúde para prestação de serviços de alta complexidade como um dos centros de referência da rede de serviços de Atenção à Saúde Auditiva no Estado de Santa Catarina. Mais tarde, com o intuito de organizar as redes estaduais de serviços de atenção à saúde auditiva, mais duas portarias foram normatizadas conforme as Portarias GM/MS nº 587 (BRASIL, 2004b) e Portarias GM/MS nº 589 (BRASIL, 2004c).

Para que o paciente chegue aos atendimentos do LEVA, é necessário que ele entregue na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de sua cidade os seguintes documentos: solicitação da realização de diagnóstico auditivo ou indicação de uso do AASI de um médico, fonoaudiólogo ou professor; cópias do RG, CPF, comprovante de residência, cartão nacional do SUS e cartão de agendamento do SUS. A SMS fará a abertura do processo e encaminhará tais documentos, juntamente com o requerimento de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para a Regional de Saúde da qual faz parte. Esta, por sua vez, encaminha o processo para o Gestor Municipal de acordo com a SMS de Referência. A SMS de Referência agendará a avaliação inicial para o Prestador (LEVA/HU/UFSC) e este, por fim, iniciará o processo de avaliação inicial multidisciplinar. O Gestor Municipal é o responsável por entrar em contato com os pacientes e avisá-los sobre a data do primeiro atendimento no LEVA. O esquema a seguir contribui para a melhor compreensão deste processo. A criação deste processo é importante e necessário, pois é o que valida as competências e atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) dispostas nos artigos 17 e 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que trata das competências da gestão Estadual e Municipal do SUS.



Fonte: ESTADO DE SANTA CATARINA, 2008.

Figura 3: Fluxograma de entrada do paciente no Programa de Saúde Auditiva – (SES/SC, 2008).

Conforme estabelece a Portaria n° 587, de 07 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004b) e baseado em Almeida e Iorio (2003) o LEVA criou seu protocolo de atendimento o qual prevê cinco encontros para os usuários do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva: avaliação diagnóstica, seleção e indicação dos AASI, adaptação dos mesmos, acompanhamento e terapia fonoaudiológica. Para o paciente adulto, os procedimentos são os descritos abaixo.

- **Avaliação Inicial Multidisciplinar (AIM)** ou avaliação diagnóstica:

Quando o paciente chega ao HU/UFSC é encaminhado à consulta com o médico otorrinolaringologista. Após avaliação e conduta médica, o mesmo é atendido por uma assistente social que preenche a ficha de acolhimento contendo dados pessoais, escolaridade, trabalho e renda, composição familiar, assistência à saúde, considerações sobre a dinâmica familiar e de cuidado.

Em seguida, é encaminhado ao LEVA onde é atendido por uma

fonoaudióloga que realizará as avaliações auditivas solicitadas pelo médico (geralmente audiometria e imitância acústica³) e se houver indicação de uso do AASI, fará a pré-moldagem da(s) orelha(s) selecionada(s), já escolhendo o tipo de molde mais adequado que será utilizado para a seleção do modelo adequado. Ao final do atendimento, agenda-se o procedimento de seleção do AASI que acontecerá em, aproximadamente, 30 dias.

▪ **Seleção e indicação do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI)** ou seleção e indicação do AASI:

Passado tal período, o paciente retorna ao LEVA onde são feitos os testes para a seleção do modelo de AASI mais adequado. Tal escolha é baseada primordialmente na análise do audiograma, porém alguns outros fatores são levados em consideração, como idade, experiência anterior com uso de AASI, destreza manual, atividades diárias, independência, se vive sozinho.

Para o encontro no qual se realiza a seleção e indicação do AASI, o LEVA tem disponível cinco conjuntos diferentes de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva, conforme aconselha a Portaria n° 587 de 07 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004b). A escolha das empresas fornecedoras de AASI foi realizada através de licitação pública pelo HU/UFSC. Aquelas que apresentaram todos os requisitos solicitados no edital foram credenciadas. Cada empresa representa uma marca diferente e disponibiliza seu conjunto completo de modelos.

Após selecionar uma marca e modelo adequados e no caso de ser um modelo programável por computador, insere-se o audiograma em um programa e escolhe-se o software da marca para então se realizar os ajustes de amplificação. Se for um aparelho programável por chave de fenda, basta avaliar quais os ajustes estão disponíveis no AASI e regulá-lo.

Com o(s) aparelho(s) auditivo(s) conectado(s) ao computador ou não, conversa-se com o paciente para que este perceba a mudança em sua audição e refira se há a necessidade de realizar algum ajuste. Quando há a presença de um acompanhante, solicita-se que este converse com o paciente para que possa perceber uma voz familiar. Neste momento, é importante orientar o paciente e sua família a respeito de como se dá o processo de adaptação e os fatores que podem contribuir para o sucesso do mesmo.

³ Avaliação objetiva realizada para medir a integridade do sistema tímpano-ossicular, ou seja, verifica as condições da orelha média através da movimentação da membrana timpânica.

Com a programação finalizada, iniciam-se os testes que validam esta escolha. A primeira avaliação é a audiometria tonal e vocal em campo livre para a pesquisa do ganho funcional⁴. Este procedimento é realizado, primeiramente, sem o(s) AASI(s) e depois com.

Quando se confirma que o ganho funcional é adequado para a perda auditiva, segue-se para a segunda avaliação de validação do AASI, a pesquisa de ganho de inserção⁵, que também é realizada sem e com o(s) aparelho(s) auditivo(s) na(s) orelha(s) do paciente.

Ao concluir o atendimento, informa-se ao paciente os resultados das avaliações do modelo testado e orienta-se que será comunicado por contato telefônico a data do próximo atendimento, pois, neste intervalo de tempo, faz-se o pedido do AASI junto à empresa selecionada e aguarda-se a sua entrega. Reitera-se a informação de que devem vir acompanhados, já que muitas vezes, mesmo com o(s) AASI adaptado(s) não conseguem entender todas as informações que são fornecidas.

Quando os AASI chegam ao LEVA, é realizada a parte burocrática de recebimento, baixa das notas fiscais, cadastramento das mesmas e dos modelos em um programa de computador e as regulagens segundo o dia de seleção.

A entrega dos AASI é realizada em grupo de 10 a 15 pacientes que usarão a mesma marca. Este atendimento ocorre no HU/UFSC e é realizado pelas fonoaudiólogas de cada empresa e acontece conforme a demanda para aquela marca de aparelho, o que ocorre, em média, uma vez ao mês.

As datas de entrega de AASI são pré-agendadas com as empresas, de forma que, em cada data de atendimento, somente uma empresa participará do procedimento.

▪ **Entrega do AASI** ou adaptação do AASI:

Reúnem-se os pacientes em uma sala de aula, pois há bastante espaço para os mesmos e os acompanhantes. Solicita-se que sentem o mais perto da fonoaudióloga quanto for possível para que possam escutar com mais nitidez e olhar para o seu rosto.

A fonoaudióloga adapta os AASI em todos os pacientes antes de iniciar a explanação. Ao fazer isso, aproveita o momento para mostrar de perto alguns detalhes de cada AASI. Ao fazer a entrega, solicita que o paciente assine um contrato de comodato e oferece um folheto com

⁴ Segundo Matas e Iorio (2003) é a diferença em decibéis entre os limiares com e sem AASI quando ambos são obtidos dentro das mesmas condições de testagem.

⁵ Os mesmos autores descrevem como sendo uma medida física que avalia a amplificação fornecida pela AASI na orelha do paciente.

explicações simples e detalhadas sobre o manuseio e processo de adaptação dos AASI.

Na palestra, são abordados assuntos que dizem respeito à identificação das partes do AASI e pilhas, manuseio e cuidados, garantia, esclarecimentos e dicas para uma boa adaptação. Solicita-se que paciente e família tentem perceber ao máximo todas as situações auditivas para que tragam as queixas, se elas existirem, para o retorno do acompanhamento do primeiro mês de uso dos AASI. Destaca-se a importância de voltar para o próximo atendimento, pois é nele que se consegue identificar as queixas e solucioná-las.

Todos os pacientes recebem um folheto com a data marcada para este atendimento que acontecerá em um mês. Há sempre o cuidado de se falar pausadamente e com uma intensidade adequada para que os “novos” ouvintes possam captar melhor a voz da profissional. Usar palavras de fácil entendimento também é uma preocupação. A fonoaudióloga da empresa utiliza o momento para informar e divulgar o nome da empresa da qual o SUS comprou os AASI para este grupo de pacientes e coloca-se também a disposição para atendê-los em sua ida ao centro auditivo para a realização das manutenções e compras de acessórios.

▪ **Acompanhamento do processo de adaptação do AASI:**

Como último atendimento para este período, tem-se o acompanhamento do processo de adaptação dos AASI. Considerando que estes pacientes encontram-se protetizados há um mês, este atendimento é realizado em um grupo de aproximadamente 25 pacientes. Este encontro é coordenado, agora, por uma fonoaudióloga do LEVA em uma sala de aula próxima ao setor.

A profissional, então, utiliza material didático como transparências da anatomia e fisiologia da audição normal, da perda auditiva e dos sons que são audíveis para cada grau de perda auditiva, para que os pacientes entendam melhor a sua deficiência. Reforça as orientações sobre manuseio, cuidado, garantia e sobre o processo de adaptação aos AASI.

A fonoaudióloga reporta-se ao grupo, solicitando uma reflexão sobre as suas percepções auditivas, queixas e vivências deste primeiro mês de uso dos AASI. Ela conclui o encontro com a aplicação do questionário de autoavaliação (Internacional Outcome Inventory for Hearing Aids – IOI-HA) que está incluído no protocolo de seleção e adaptação dos AASI recomendado pela Portaria nº 587 (BRASIL, 2004b). A profissional explica que lerá em voz alta os enunciados e as opções de respostas e solicita aos acompanhantes, quando estiverem

presentes, que auxiliem o idoso na marcação da opção desejada.

Antes de concluir a palestra, ela orienta os pacientes e familiares que, se estiverem bem adaptados e sem outros questionamentos, devem retornar em um ano para realizar um “check-up” auditivo, mas caso tenham dúvidas ou dificuldades quaisquer, deverão retornar tão logo quanto possível para a solução destes problemas. Ela ressalta que em qualquer um dos casos, é o paciente ou o familiar que deve ligar para o setor e agendar o atendimento.

Quanto aos pacientes que apresentam alguma queixa ou precisam fazer algum ajuste de som nos AASI, a fonoaudióloga solicita que a acompanhem até a sala de atendimento onde está o computador com as informações sobre os ajustes individuais.

Lá, ela escuta melhor a queixa do paciente e faz os ajustes necessários individualmente. Em seguida solicita que o paciente não se ausente nos minutos seguintes para que tenha certeza que a regulagem tenha ficado adequada e se houver necessidade, retornará para mais um ajuste.

Para melhor visualização deste protocolo, apresenta-se abaixo um organograma mostrando as etapas de atendimento do idoso.

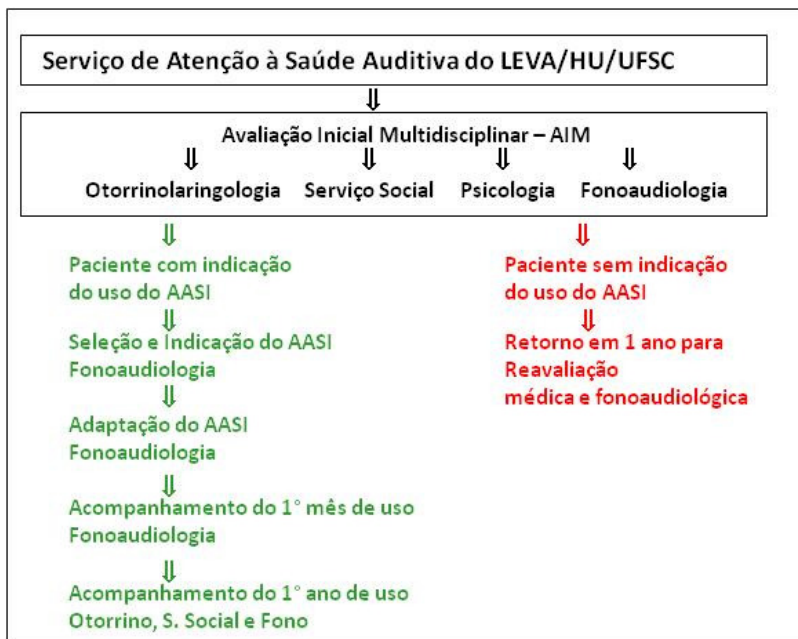


Figura 4: Organograma de atendimentos realizados no Programa de Saúde Auditiva do LEVA

3.3 PARTICIPANTES

Para levantar os sujeitos que compuseram a **amostra**, realizou-se um levantamento a partir dos prontuários dos idosos atendidos pelo LEVA e que se ausentaram do acompanhamento do primeiro mês, do processo de adaptação ao uso dos AASI no período de julho a dezembro de 2009. Também se avaliou a procedência destes idosos e comparou-se a proporção de ausências entre todos os idosos residentes em Santa Catarina (Florianópolis, São José, Biguaçu e Palhoça). Visto que a proporção de ausências mostrava-se igual, optou-se pelos idosos residentes na cidade de Florianópolis e nas três cidades conurbadas a mesma, São José, Biguaçu e Palhoça, pela proximidade do local de atendimento, além da semelhança na distribuição de idosos ausentes com o resto do Estado.

Jul/09 à Dez/09		
Idosos agendados no	Comparecimento	Ausência
Estado de SC	200	106
306	65%	35%
Idosos agendados em Fpolis,	Comparecimento	Ausência
São José, Biguaçu, Palhoça	108	55
163	66%	34%

Fonte: Arquivo de Prontuários LEVA/HU-UFSC, 2010.

Quadro 1: Comparação entre os idosos agendados, comparecimento e ausência na etapa de acompanhamento do primeiro mês do processo de adaptação do AASI, no período de julho a dezembro de 2009 com relação à região de residência.

Com base no quadro apresentado, podem-se definir os idosos participantes desse estudo, realizando um sorteio de 24 prontuários para compor os grupos de discussão representando o conjunto, a partir dos 55 prontuários existentes no arquivo do LEVA e identificados como de idosos que faltaram ao acompanhamento do primeiro mês de uso do AASI, no período de julho a dezembro de 2009 e que pertenciam à região de Florianópolis. Definiu-se, previamente, que haveria três grupos de discussão com oito participantes cada baseados em referências pesquisadas (DEBUS apud KIND, 2004).

O convite aos idosos para a participação dos grupos foi realizado através de contato telefônico. Em algumas destas ligações, quando o

idoso não se encontrava em seu domicílio, a pesquisadora conversava com um familiar, o qual decidia pela não participação do idoso por conta própria, sem consultá-lo. Em outras ligações, o familiar informava que o idoso estava muito doente, impossibilitando a participação no estudo ou informava que o idoso havia falecido. Também houve os casos de não se conseguir contato telefônico devido a dados incorretos dos mesmos. Nos casos de não aderência ao estudo, a pesquisadora buscava outro prontuário para a realização de novo convite. Conseguiu-se inicialmente a participação de apenas 15 idosos para compor os grupos de discussão, mostrando a dificuldade para atingir o número de 24 idosos inicialmente previstos. Destes quinze idosos, pode-se realizar o grupo de discussão com sete deles. Observou ainda uma grande dificuldade na participação destes idosos no grupo de discussão e a necessidade de implementação de entrevistas individuais no domicílio para atingir um número de participantes satisfatório para o estudo.

3.4 APRESENTAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Dadas as considerações pontuadas no item anterior sobre os participantes do estudo, os procedimentos de coleta de dados foram:

- a) Grupo de Discussão – com sete idosos que se ausentaram do acompanhamento do primeiro mês do processo de adaptação ao uso dos AASI;
- b) Entrevista Semiestruturada – com a participação de oito idosos que se ausentaram do acompanhamento do primeiro mês do processo de adaptação ao uso dos AASI;
- c) Consulta aos prontuários dos quinze idosos atendidos no LEVA para melhor caracterizar os participantes do estudo.

3.4.1 Caracterização dos participantes do estudo

A fim de aprofundar as informações sobre a caracterização do perfil destes idosos atendidos no LEVA, foram utilizados os prontuários dos mesmos para preencher um breve formulário que foi construído para este estudo e que compõe-se de questões sócio demográficas e histórico do uso de AASI, como mostra o apêndice A. Dúvidas não esclarecidas

pelo prontuário foram questionadas diretamente para o idoso após a sessão do grupo de discussão ou durante as entrevistas nos domicílios, como mostra o Quadro 2.

Os sujeitos desta pesquisa foram 15 idosos entre 61 e 92 anos de idade, de ambos os sexos, sendo nove homens e seis mulheres que foram atendidos no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva do LEVA/HU/UFSC e faltaram ao acompanhamento do primeiro mês do processo de adaptação ao AASI, entre julho e dezembro de 2010. Nove idosos moravam em Florianópolis, dois em São José, dois em Biguaçu e dois em Palhoça, sendo que somente um morava sozinho e o restante com família ou cônjuge. Todos eram aposentados e apenas um, além da aposentadoria, ainda trabalhava fora diariamente. Destes idosos, 12 eram novos usuários de AASI e três já eram usuários experientes, com o mínimo de dois e máximo de dez anos de uso dos AASI.

Estes idosos passaram por consulta médica especializada, foram entrevistados no serviço social e atendimento fonoaudiológico para a realização de avaliações auditivas e indicação do AASI. Receberam por doação os AASI e foram orientados a retornarem em 30 dias para a realização do acompanhamento do processo de adaptação dos AASI.

Os participantes foram codificados pela letra “I” de idoso e identificados por sequência numérica, por exemplo: I-1; mantendo-se a neutralidade e o anonimato dos mesmos como mostra o Quadro 2. Os acompanhantes também foram codificados, com a letra “A”, seguindo a numeração correspondente ao idoso, por exemplo: A-1 como acompanhante do idoso I-1.

continua...

Idoso	Sexo	Idade	Residência	Situação moradia	Ocupação	Usuário Experiente	Quanto Tempo
GRUPO DE DISCUSSÃO							
I – 1	F	64	Fpolis	Família	Aposentada	Não	0
I – 2	M	67	Fpolis	Família	Aposentado	Não	0
I – 3	M	86	Fpolis	Família	Aposentado	Não	0
I – 4	F	79	Fpolis	Família	Aposentada	Não	0
I – 5	M	76	Fpolis	Família	Sapateiro	Sim	2 anos
I – 6	M	74	Palhoça	Família	Aposentado	Não	0
I – 7	F	77	São José	Família	Aposen-ada	Não	0

conclusão...

Idoso	Sexo	Idade	Residência	Situação moradia	Ocupação	Usuário Experi-ente	Quanto Tempo
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA							
I – 8	M	76	Fpolis	Família	Aposentado	Não	0
I – 9	M	69	São José	Família	Aposentado	Não	0
I – 10	M	85	Palhoça	Família	Aposentado	Não	0
I – 11	F	61	Biguaçu	Família	Aposentada	Sim	10 anos
I – 12	M	63	Biguaçu	Família	Aposentado	Sim	8 anos
I – 13	F	85	Fpolis	Sozinha	Aposentada	Não	0
I – 14	M	73	Fpolis	Família	Aposentado	Não	0
I – 15	F	92	Fpolis	Família	Aposentada	Não	0

Quadro 2: Caracterização dos idosos participantes do estudo separados conforme o método de coleta de dados respectivo

3.4.2 Desenvolvimento do grupo de discussão

Optou-se por utilizar, como primeiro método para coleta de dados, a técnica do grupo de discussão. Desenvolver uma pesquisa utilizando esta técnica significa explorar as possibilidades da dinâmica da interação das pessoas numa situação artificialmente criada que permita verbalizações espontâneas (JORDÃO, 1994).

Os grupos de discussão apresentam a vantagem de liberar a palavra, permitindo compreender valores e representações partilhados, rituais, comportamentos e mecanismos de defesa coletivos frente a diversas situações (DIUANA, 2008).

Neste grupo, compareceram sete dos oito idosos convidados. Debus (1988 apud KIND, 2004) é um dos autores mais cautelosos quanto ao número elevado de participantes por grupo, pois assinala a dificuldade de garantir que todos tenham a oportunidade de falar e propõe como número ideal de cinco a sete integrantes.

O convite aos participantes aconteceu via contato telefônico pela pesquisadora que se identificou, explicando o motivo da ligação e questionou a disponibilidade do idoso em participar do estudo. Após a concordância, o participante em questão foi incluído no grupo previsto, orientando-o sobre a data do encontro, hora e local. Um dia antes do encontro, a pesquisadora ligou para todos os participantes a fim de

lembrar o compromisso.

A realização do grupo de discussão aconteceu em uma sala de aula do HU/UFSC, próxima ao setor de Fonoaudiologia, previamente reservada. Este lugar foi escolhido por ser de fácil acesso aos idosos, além de familiar e ser o local (hospital) em que eles haviam sido atendidos outras vezes. A sala situava-se em uma região pouco movimentada do hospital para se promover o silêncio e obter a atenção dos idosos. Carlini-Coltrim (1996) resume a descrição do local ideal dizendo que qualquer que seja a opção, é sempre recomendado a maior privacidade possível e silêncio suficientes para a obtenção de fitas gravadas com boa qualidade sonora.

O grupo de discussão teve duração de duas horas e trinta minutos (150 minutos). Em relação ao tempo de duração, Weller (2006) afirma que o grupo de discussão não representa uma economia de tempo, já que as atividades podem estender-se por uma, duas ou três horas.

Para o desenvolvimento do grupo de discussão, contou-se com as figuras do moderador e do observador. O moderador, neste caso, foi a própria pesquisadora, que teve a função de facilitar as discussões, encorajar os depoimentos e garantir a manifestação de todos os participantes, contando com o apoio do observador, que foi uma fonoaudióloga do LEVA. Este, por sua vez, teve o papel de apoiar o desenvolvimento do grupo de discussão, participando do acolhimento dos idosos, registrando alguns acontecimentos durante a execução das atividades, auxiliando o moderador na condução do grupo, controlando o gravador, colaborando com o moderador na utilização das técnicas mobilizadoras. Trad (2009) confirma estas funções, mencionando que o moderador deve ter domínio do tema em discussão e o observador deve captar a reação dos participantes.

Ao iniciar as atividades do grupo de discussão, a pesquisadora apresentou a si e a observadora aos participantes, lembrando o motivo pelos quais eles estavam ali presentes, explicando os objetivos do estudo, bem como o modo de funcionamento do grupo, expondo as regras do mesmo. Neste momento, enfatizou-se a necessidade da realização de gravações de áudio e a segurança do total sigilo das informações, assim como a preservação de seu anonimato e a utilização das gravações e informações somente para os fins desta pesquisa. Além disso, foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido e solicitada a concordância com a assinatura de todos no referido termo, o que foi feito por todos (apêndice B). Terminando este primeiro momento, fez-se uma rodada de apresentações dos membros do grupo e distribuição de crachás de identificação. Os idosos não estavam à vontade para falar durante as suas apresentações, se restringiam a dizer somente os seus

nomes. A fim de fazê-los falar e deixá-los mais a vontade, pediu-se para que dissessem o lugar onde moravam também.

Os participantes foram acomodados em círculo. Esta formação permite a interação face a face entre os participantes. Os idosos sentaram-se a distâncias aproximadamente iguais uns dos outros e puderam ficar de frente para o moderador, estando ainda dentro do campo visual de todos os participantes. Conforme Dall’Agnol e Trench (1999), isto estimula a interação, o sentimento de fazer parte do grupo e previne conversas paralelas, bem como a formação indesejável de subgrupos.

Para despertar o interesse e iniciar progressivamente a discussão do tema, a pesquisadora tentou facilitar o processo de discussão, utilizando métodos dinâmicos e acessíveis ao grupo. Primeiramente, foi apresentado um conjunto de palavras com suas respectivas imagens: “ouvir” e “surdez”. O conjunto foi exposto para visualização do grupo por um minuto. Em seguida, foi aberta a discussão sobre a impressão/percepção dos idosos sobre as palavras, por 10 minutos, questionando-os sobre: o que veio às suas mentes enquanto observavam aquelas palavras/imagens? Após a primeira discussão, as palavras “aparelho de audição” e “idoso” também foram expostas por mais um minuto e novamente foi aberta a discussão por 10 minutos. Cada conjunto foi apresentado por um minuto. O recurso da imagem junto com a palavra foi usado para garantir que os idosos com dificuldade de leitura tivessem compreensão das mesmas.

Com a finalidade de explorar a impressão dos idosos sobre o uso do AASI, utilizou-se, nesta etapa, o artifício de um dado de tamanho grande, no qual, havia, em cada uma das seis faces, uma palavra referente ao uso dos AASI (“beleza”, “manuseio”, “custos”, “repetição”, “família”, “acompanhamento”). O recurso do dado facilitou o manuseio e a visualização pelos idosos. A moderadora os convidou para lançarem o dado e para que falassem a respeito da palavra “sorteada”. Foi necessário que a moderadora discorresse brevemente sobre algumas palavras para facilitar a compreensão por parte dos idosos.

Como última atividade, foi entregue aos idosos um cartão no qual, já estavam escritas as palavras “QUEIXA” e “DESEJO”. Orientou-se para que os idosos escrevessem algo a respeito dos enunciados no cartão recebido e que tivesse relação com o uso dos AASI. Havia uma caixa de papelão que fez o papel de uma caixa de correspondências, onde os participantes depositavam os cartões, sem se identificarem. Os cartões foram lidos em voz alta pela moderadora, para que juntos pudessem discutir e sugerir soluções para as questões levantadas pelos idosos. Nenhum deles quis se pronunciar a respeito da

leitura dos cartões, mas após breve insistência da moderadora, inclusive ressaltando a importância de que dissessem a verdade sem medo de sua exposição, alguns apenas elogiaram a iniciativa da realização da pesquisa e da preocupação dispensada a eles.

Ao final do encontro, foi apresentada uma síntese dos depoimentos e foi oportunizado um último espaço aos participantes, tanto para acrescentarem, esclarecerem, mudarem alguma ideia referida na discussão, quanto para expressarem como se sentiram durante as atividades. Mais uma vez nenhum idoso fez qualquer pronunciamento a respeito. Percebeu-se inquietação por parte de alguns para ir embora, devido aos motivos explicitados naquele momento. O grupo foi encerrado com agradecimentos finais e convidado a tomar um lanche.

A observação que se faz a respeito da experiência com o grupo de discussão com idosos deficientes auditivos, é a dificuldade de manter a atenção destes indivíduos durante as atividades, visto que, algumas vezes, precisam perguntar ao colega ao lado o que foi dito e pela necessidade de sempre que possível, compartilhar seus problemas. Ao longo das atividades propostas no grupo de discussão, houve dois momentos que a moderadora teve que solicitar silêncio a dois participantes que conversavam entre si, atrapalhando o andamento do grupo e da gravação. Na ânsia de falar sobre eles mesmos, os idosos dispersavam-se rapidamente do assunto em foco, estendendo seu relato sobre um tema sem importância para aquele momento. Notou-se que eles tiveram dificuldades em perceber que aquele era um momento para troca de informações e estudo e não uma consulta realizada no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva do LEVA.

Esta foi uma grande dificuldade vivenciada pela pesquisadora que, em diversos momentos, teve que interromper a fala dos sujeitos e solicitar a retomada da atenção para o assunto em questão. Houve a necessidade de um esforço para obter informações que contribuíssem para o estudo que estava sendo realizado. Os participantes tiveram chances de se expressar, mas tiveram que ser estimulados pela moderadora através de suas técnicas mobilizadoras e chamadas nominais, pois não se expressavam espontaneamente.

Outro fator importante de ser relatado é a forma como os idosos falam e como isto se reproduz nas gravações. O idoso, segundo Bilton e Couto (2002), sofre um envelhecimento laríngeo que provoca a mudança nos padrões vocais dos indivíduos, causando a impressão de similaridade entre as vozes e podendo dificultar a discriminação, pelo ouvinte, entre uma voz masculina e feminina. Na situação de grupo de discussão, no qual, os idosos foram dispostos em círculo e com a

existência de apenas um gravador de áudio posicionado no centro desta formação, teve-se dificuldade em discriminar as vozes durante a transcrição, uma vez que o microfone do equipamento encontrava-se afastado dos emissores, não captando com eficiência a fala dos participantes.

Diante do exposto sobre a experiência da aplicação da técnica de grupo de discussão, percebeu-se que é um método rigoroso e como qualquer outra técnica a ser eleita, deve ser bastante refletida. A escolha desta técnica foi bastante analisada e ao observar a população e o local onde o estudo se realizaria, acreditou-se ser uma técnica facilmente aplicada e rápida para obtenção dos dados. A homogeneidade dos participantes, a possibilidade de todos falarem devido aos pequenos grupos e a intervenção de um moderador já conhecido pelos idosos, trazia uma boa expectativa de êxito para alcançar os objetivos do estudo.

Porém, diante dos fatos a respeito da vivência de adaptação ao uso dos AASI que o grupo proporcionou, pode-se inferir que a condição auditiva de muitos era precária para se esperar um bom desempenho nas atividades propostas. Havia um idoso, por exemplo, que não estava usando, tampouco levou seus AASI para o encontro.

Visto que o grupo de discussão é uma estratégia de coleta de dados que visa à comunicação entre os integrantes e moderador e visto que a condição auditiva não favorecia aqueles idosos participantes deste estudo, conclui-se que o método de grupo de discussão não foi o mais adequado para alcançar os objetivos deste estudo, permitindo-se vislumbrar que o caminho metodológico a se percorrer ainda estava incompleto. Porém a técnica forneceu subsídios para se acreditar que um método mais intimista estaria mais apropriado e resultaria em informações mais relevantes e expressivas na busca para a finalização desse estudo.

Uma pré-análise dos dados obtidos a partir da transcrição da sessão do grupo de discussão foi realizada e permitiu à pesquisadora identificar questões desencadeadoras, que contribuíram com a etapa seguinte de coleta de dados. Tais questões são apresentadas no Quadro 3 a seguir.

Continua...

Referências positivas em relação ao uso dos AASI

Agora eu escuto um pouco é por intermédio do aparelho. Ah! Eu tô gostando do aparelho. Se eu ficar sem o aparelho, Deus o livre! (I - 6); [...]. Hoje eu ouvi o passarinho cantando. Eu nem sabia que passarinho cantava tão bonito. [...]. O som do passarinho capta limpo como ele é. (I - 5)

conclusão....

Desconfortos relacionados à compreensão de fala, moldes, percepção de sons, tais como:	<i>O defeito que ele tem, é que se a pessoa falar meio baixo pra mim, eu até escuto, mas não entendo o que ela falou. Aí, vou perguntar de novo e só depois eu entendo. (I – 3); [...] meu ouvido expulsa o molde. Tenho que sempre estar arrumando e às vezes de certo eu não faço direito e fica pior do que antes. Prefiro tirar ele porque fica bem melhor. (I – 7); A gente escuta até o andar, o sapato no chão, tudo eu ouço! Não gostei disso! (I – 2); Eu prefiro tirar o aparelho que fica bem melhor, mas aí eu não vou me acostumar... (I – 7)</i>
Dependência da esposa para manusear os moldes e os AASI	<i>[...] é só quando a pessoa fala alto, aí eu baixo o volume. Pra colocar o aparelho, pra trocar a pilha, eu mando a esposa trocar e colocar em mim. (I - 6)</i>
O abandono do uso do AASI	<i>Levei e não usei. Tentei usar, não gostei, não conseguí colocar e não usei nunca mais. Como ele foi, ficou! [...] Não lembro se tinha retorno. Não estava usando mesmo. (I – 1)</i>
Participação da família	<i>Meus netos não repetem quando eu peço, não tem paciência comigo. Aí eu fico sem entender pra não incomodar eles, né! (I – 1); Meu marido veio junto comigo. Minha cabeça ta ruim, aí ele me ajuda porque eu dependo dele. (I – 7)</i>
Justificativa de ausências ao acompanhamento de adaptação do uso do AASI.	<i>Eu faltei porque enfartei. (I – 3); Eu não pude vim porque me deu esse derrame. (I – 6)</i>
Expectativas frente ao uso dos AASI.	<i>Eu acho ruim usar o aparelho porque está difícil de me adaptar. Eu pensava que seria fácil, que estaria tudo resolvido. (I – 7)</i>

Quadro 3: Grupo de discussão com idosos usuários do AASI—resultados de uma experiência.

Diante das falas dos idosos participantes do grupo de discussão, foi possível não só observar referências positivas em relação ao uso dos AASI, mas também relatos de desconfortos relacionados à compreensão de fala, moldes, percepção de sons, sinalizando que nem todos os idosos tiveram as mesmas experiências no uso do AASI. A família parece ter papel importante no apoio à adaptação e reabilitação auditiva. O abandono do uso do AASI ocorreu com esse grupo e alguns idosos se

preocuparam em justificar suas ausências do acompanhamento de adaptação do uso do AASI.

3.4.3 Entrevista no domicílio do idoso usuário do AASI

Para dar continuidade à coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Para Nogueira-Martins e Bógus (2004), este tipo de entrevista baseia-se em questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. Yin (2005) alerta que as entrevistas devem ser consideradas apenas como relatórios verbais, porque estão sujeitas a velhos problemas, como os vieses na pesquisa, enfatizando a importância de outras fontes, a fim de corroborar os dados obtidos.

Minayo (2004) define que a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado pode falar sobre o tema proposto e aponta para um roteiro de entrevista com poucas questões, a fim de facilitar o aprofundamento das respostas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora com os idosos usuários de AASI que se ausentaram do acompanhamento do primeiro mês de seu processo de adaptação em seus domicílios.

Os sujeitos foram convidados a participar através de um contato telefônico feito pela pesquisadora, momento em que a mesma se identificou, explicando o motivo da ligação e questionando a disponibilidade do idoso em participar do estudo. Com a anuência do participante, data e horário do encontro foram agendados, confirmando-se o endereço da residência do mesmo. Um dia antes do encontro, a pesquisadora ligava para o entrevistado a fim de lembrá-lo do compromisso.

As entrevistas foram realizadas entre a pesquisadora, o idoso e um acompanhante – filho(a) ou cônjuge e foram gravadas em áudio para posterior transcrição das falas. O percurso da entrevista foi dirigido por um roteiro que foi desenvolvido a partir das questões levantadas no grupo de discussão e que pode ser visualizado no apêndice C. Não houve um tempo de duração pré-determinado para a realização das entrevistas, pois dependeram da dinâmica interativa e da objetividade nas respostas de cada indivíduo e ou familiar presente. No entanto, as entrevistas duraram em média 45 minutos.

O fato desta coleta de dados ter sido realizada no domicílio do

idoso forneceu à pesquisadora boas condições ambientais para a realização das gravações de áudio, uma vez que o cômodo onde se encontravam acomodava as pessoas próximas umas das outras, o que facilitava as condições de comunicação entre pesquisadora e idoso.

O início de cada entrevista era marcado pela apresentação da pesquisadora ao idoso e acompanhante, lembrando do motivo pelo qual, ela estava ali presente, explicando os objetivos do estudo, bem como a forma como se daria aquele encontro. Além disso, leu-se o termo de consentimento livre e esclarecido e solicitado a assinatura do idoso no referido termo, se estivesse de acordo em participar da pesquisa. Durante a explicação do termo de consentimento livre e esclarecido, enfatizou-se a necessidade da realização de gravações de áudio, solicitando a permissão para tal e a segurança do total sigilo das informações, assim como a preservação de seu anonimato e a utilização das gravações e informações somente para os fins desta pesquisa.

Sendo as entrevistas desenvolvidas nas próprias residências dos idosos, os mesmos mantiveram-se tranquilos durante a conversa, proporcionando maior confiabilidade nas respostas dadas, uma vez que não havia pessoas desconhecidas para expor suas queixas ou preocupações, além de terem exclusividade em relação ao tempo e a atenção da pesquisadora totalmente dedicada a eles. Diante deste momento mais informal, não se observou constrangimento por parte dos idosos em terem a conversa gravada, mostrando-se à vontade com a presença do gravador.

A técnica da entrevista semiestruturada contribuiu muito para o alcance dos objetivos deste estudo. Apesar de ser uma técnica que demanda maior tempo, devido às visitas domiciliares e às transcrições, é um método de fácil aplicação que enriquece o estudo com seu aprofundamento. Ao tempo em que individualizada, o sujeito fica mais à vontade para se manifestar.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise de dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos

de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mesmas (BARDIN, 2004, p.37).

Segundo Bardin (2004), o analista é considerado aquele que delimita as unidades de codificação e que se aproveita dos tratamentos das mensagens que manipula para inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem.

Esta mesma autora descreve que, quando há ambiguidade na referenciação do sentido dos elementos codificados, é necessário se definir unidades de contexto superiores à unidade de codificação, as quais permitem compreender a significação dos itens obtidos. Ela conclui que o que se procura estabelecer quando se realiza uma análise de conteúdo é uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados.

Bardin (2004) apresenta diferentes fases do método de análise de conteúdo:

1. **Organização da análise:** a) pré-análise - é a fase de organização, na qual se escolhem os documentos a serem analisados, formulam-se as hipóteses e os objetivos e elaboram-se os indicadores que fundamentarão a interpretação final; b) exploração do material - é longa e tediosa, porém consiste em operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas; c) tratamento dos resultados - os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Para tanto, são submetidos a provas estatísticas e testes de validação.
2. **Codificação: etapa seguinte do processo** - é um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo conforme explica Bardin (2004).
3. **Categorização:** a autora classifica os elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e após, por reagrupamento com os critérios previamente definidos. O critério de categorização pode ser semântico, sintático, lexical e expressivo.
4. **Inferência:** designa indução a partir dos fatos. A análise de conteúdo parece ser um bom instrumento de indução para se

investigar as causas a partir dos efeitos, embora o inverso ainda esteja ao alcance da nossa capacidade como refere a autora.

A primeira etapa antes da análise dos dados é a transcrição das gravações de áudio das entrevistas. Estas transcrições foram sendo feitas à medida que as entrevistas aconteciam, pois este procedimento foi realizado pela própria pesquisadora a fim de haver maior apreensão dos dados, além de demandar bastante tempo na execução de tal tarefa.

A análise de conteúdo foi realizada após todas as entrevistas terem sido concluídas. Seguindo-se as etapas da análise de conteúdo, os dados foram agrupados em subcategorias, categorias e temas. Para se chegar às subcategorias, foi necessária a leitura e releitura de todo o material transcrito, fazendo-se uma síntese em poucas palavras de cada trecho transcrito (codificação). Depois de encerrada a fase de codificação, foram necessárias mais leituras acerca das mesmas para se produzir então as subcategorias. Este retorno ao material foi importante, pois a partir deles a pesquisadora passou a apoderar-se do conteúdo, podendo então, desenvolver com clareza as subcategorias.

Com a visualização das subcategorias e analisando-as exaustivamente através de mais leituras das transcrições, pôde-se chegar às categorias quando se percebeu a semelhança destas sínteses levantadas anteriormente. Assim, estas semelhanças foram agrupadas entre si e, por conseguinte, as categorias surgiram. O mesmo raciocínio de análise foi realizado para o surgimento dos dois temas deste estudo, uma vez que as ideias principais afloraram quando se vislumbrou as categorias ali indicadas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

É importante ressaltar que, seja qual for o tipo de pesquisa, há sempre a necessidade de haver o consentimento formal do participante ou de um acompanhante. Isso significa garantir aos sujeitos da pesquisa informação adequada a respeito do estudo, os objetivos, o papel dele como sujeito de pesquisa e a garantia de seu anonimato (POLIT; HUNGLER, 1995).

Diante disso, esta pesquisa respeitou os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e os

princípios do Código de Ética Profissional (BRASIL, 2004d) para normatizar as atividades de pesquisa.

Os aspectos éticos específicos que foram assumidos no transcorrer do estudo são: consentimento da instituição para desenvolver a pesquisa e divulgar o nome da mesma (apêndice D); encaminhamento à Comissão de Ética da instituição; apresentação da pesquisa à equipe do LEVA/HU/UFSC, para conhecimento; apresentação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sendo aprovado, conforme Parecer n° 756/11 (apêndice E); apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos do estudo com as seguintes informações: garantia do direito de participar ou não da pesquisa; garantia do anonimato dos sujeitos; disponibilização do estudo se assim o for solicitado; informações, análises e sugestões contidas no estudo terão objetivo meramente profissional, baseado no compromisso de responsabilidade, honestidade, respeito e dignidade (apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado da análise dos dados fundamentou a compreensão sobre o idoso usuário do AASI para responder a questão formulada para essa pesquisa. Códigos foram identificados que, posteriormente, permitiram a emergência de subcategorias, categorias e temas. Os discursos produzidos pelos idosos, de início, somente respondiam a questão principal da pesquisa, porém os demais relatos circundaram a sua vivência com o uso do AASI ressaltadas pelas queixas auditivas. Em vista disto, os dados deste estudo descrevem os motivos pelos quais os idosos usuários do AASI privam-se do acompanhamento de seu processo de adaptação e conseqüentemente, a sua vivência como usuário do AASI.

Estes dois temas mostram os resultados deste estudo e buscam explicar as características do usuário e os motivos de suas ausências ao serviço de Fonoaudiologia.

TEMA 1 - A VIVÊNCIA DO IDOSO USUÁRIO DO AASI	
Categorias	Subcategorias
O alcance do som no uso da AASI	Vantagens relatadas pelo usuário bem adaptado
	Atitudes do usuário bem adaptado frente ao AASI
	Limitações do AASI e seu uso
A difícil adaptação ao uso do AASI	Impressões do idoso usuário de AASI quanto ao seu uso
O apoio Familiar	
TEMA 2. MOTIVOS QUE LEVAM O IDOSO USUÁRIO DO AASI A PRIVAR-SE DO ACOMPANHAMENTO DURANTE SEU PROCESSO DE ADAPTAÇÃO	
Categorias	
Vínculo com o atendimento fonoaudiológico	
Condições de Saúde	
O abandono do uso ao AASI	
Condição Socioeconômica	

Quadro 4: Relação entre as categorias e temas resultantes da pesquisa: acompanhamento fonoaudiológico de idosos usuários do aparelho de amplificação sonora individual: motivos da não aderência.

De acordo com a Instrução Normativa 06/PEN/2009 (FLORIANÓPOLIS, 2009), as teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em coautoria com o orientador, já no formato final para encaminhamento a periódicos científicos. Os resultados, segundo esta mesma instrução, deverão ser apresentados na forma de, no mínimo, dois artigos/manuscritos e poderão ser inseridos no capítulo dos Resultados e Discussão. Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico.

O artigo 1, “A vivência do idoso usuário do AASI” será submetido ao periódico da Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, que disponibiliza as instruções aos autores para submissão do mesmo no anexo A. O artigo 2, “Motivos que levam o idoso usuário do AASI a privar-se do acompanhamento durante seu processo de adaptação” será submetido ao periódico da Revista de Saúde Pública, que disponibiliza as instruções aos autores para submissão deste manuscrito no anexo B.

ARTIGO 1: A VIVÊNCIA DO IDOSO USUÁRIO DO AASI The experience of the elderly hearing aid user

Francine Freiburger²
Ângela Maria Alvarez³

TÍTULO RESUMIDO: A VIVÊNCIA DO IDOSO USUÁRIO DO AASI

¹ Trabalho realizado no Laboratório de Estudos da Voz e Audição do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

² Especialista em Audiologia Clínica, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Fonoaudióloga do Laboratório de Estudos da Voz e Audição do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Fone/fax: (48) 3721-9118. E-mail: franfono@hu.ufsc.br.

³ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento e Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC.

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil do idoso que abandonou o acompanhamento do primeiro mês de seu processo de adaptação do AASI, atendido pelo Serviço de Atenção à Saúde Auditiva do LEVA e identificar a aderência ao uso dos AASI concedidos pelo SUS, dos idosos que se privaram do acompanhamento do primeiro mês do processo de adaptação ao uso dos mesmos. Método: Pesquisa de caráter qualitativa tipo exploratória-descritiva desenvolvida com 15 idosos que se ausentaram do processo de adaptação aos AASI. A coleta dos dados foi realizada através de consulta aos prontuários, grupo de discussão e entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados segundo a técnica da análise de conteúdo. Resultados: Observou-se que os idosos usuários de AASI vivenciam seu processo de adaptação por meio do **alcance do som no uso do AASI**, quando descrevem como, a partir da utilização deste recurso, vivenciam o sucesso de adaptação, indicando as vantagens relatadas e suas atitudes frente aos mesmos. Os resultados mostraram, também, **a difícil adaptação ao uso do AASI**, descrita a partir das limitações do AASI e das impressões do idoso quanto ao seu uso. Por último, o estudo revela **o apoio familiar** e demonstra a importância e influência da família no processo de adaptação dos AASI. Conclusões: Pôde-se conhecer melhor o idoso usuário do AASI,

contribuindo com a área da saúde do idoso e no estudo da adaptação aos AASI deste grupo etário.

Descritores: Idoso. Auxiliares de audição. Perda auditiva. Reabilitação.

Abstract

Aim: To characterize the profile of the elderly who abandoned the follow-up of the first month of his process of adapting the hearing aid served by the Service of Hearing Health Care and to identify the adherence to the use of hearing aids provided by the Brazilian Unified Health System (SUS) of the elderly who did not follow up of the first month of monitoring the fitting process. **Method:** An exploratory and descriptive qualitative study conducted with 15 elderly people who absented themselves from the hearing aid fitting process. Data collection was performed by medical records consultation, discussion group and semistructured interview. The data were analyzed according to content analysis. **Results:** We observed that elderly hearing aid users experience their adjustment process through the sound attainment with the use of hearing aid, when they describe how they experience the success of adaptation, indicating the reported benefits and their attitudes towards them. The results also showed the difficult adjustment to the use of hearing aids, described from the limitations of the hearing aids and from the impressions of the elderly regarding their use. Finally, the study shows the family support, which demonstrates the importance and influence of the family in the hearing aid fitting process. **Conclusions:** We learned more about the elderly hearing aid user. Also we contributed to the elderly health area and to the study of hearing aid fitting in this age group.

Keywords: Elderly. Hearing aids. Hearing loss. Rehabilitation.

Introdução

Com o passar das décadas e justificado pelo envelhecimento da população mundial, fio possível notar o crescimento do interesse por se pesquisar este evento da vida humana. Diante disto e em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, leis a favor do idoso foram regulamentadas a fim de assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do mesmo na sociedade, de modo a exercer sua

cidadania⁽¹⁻²⁾.

Ainda em atenção a melhores condições de vida aos idosos, implementou-se no Brasil Políticas Nacionais que visam permitir um envelhecimento saudável, preservando a capacidade funcional, a autonomia e a manutenção do nível de qualidade de vida⁽³⁻⁴⁾.

Em 2004, com a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva⁽⁵⁾, a pessoa idosa, em especial, a portadora de deficiência auditiva, teve mais um de seus direitos garantidos, os direitos sociais citados acima.

Tais políticas vêm consonância com os princípios do SUS, que prevê a descentralização da atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes da universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade⁽⁶⁾ e ao encontro do Estatuto do Idoso, que incumbe ao poder público de fornecer aos idosos portadores de deficiência, atendimento especializado e o fornecimento de próteses necessárias à habilitação e reabilitação⁽⁷⁾.

Em 2006 a oportunidade de usufruir destes direitos chegou em Santa Catarina com a habilitação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) como Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA) na Alta Complexidade⁽⁸⁾. Em levantamento de dados realizado neste Serviço, foi identificado o perfil dos idosos atendidos, observando-se que, aproximadamente, 35% dos pacientes atendidos entre dezembro de 2006 e abril de 2009 eram de pessoas idosas⁽⁹⁾.

Em revisão de literatura sobre a audiologia do envelhecimento, os autores referem que a perda auditiva associada ao envelhecimento é um fenômeno com alta prevalência na população idosa, podendo levar a inúmeras dificuldades na comunicação interpessoal⁽¹⁰⁾. Em virtude disto, indica-se a adaptação do AASI tão logo a perda auditiva seja diagnosticada, pois sabe-se que a indicação precoce pode contribuir para a prevenção da piora da discriminação de fala e de outras alterações relacionadas às questões psicossociais do indivíduo com perda auditiva.

Até o fim da década de 80, a grande preocupação dos fonoaudiólogos era encontrar um sistema de amplificação que atendesse plenamente às necessidades acústicas visualizadas somente na audiometria, porém a prática clínica mostrou que grande parte destes usuários, após curto espaço de tempo, abandonava o uso dos AASI⁽¹¹⁾. O fonoaudiólogo, então, deve buscar estratégias que possam conservar as habilidades auditivas, ou seja, ouvir o idoso pode ser o caminho⁽¹²⁾.

Contudo, mesmo com tantas evoluções tecnológicas na área dos AASI, as dificuldades relatadas pelos idosos continuam as mesmas e o

uso exclusivo das mesmas não garante o sucesso de tal intervenção. É necessário dar continuidade à reabilitação auditiva destes idosos, trabalho que prioriza o treinamento auditivo, a instrução para a compreensão de seu problema e do processo de comunicação e da orientação à família. Sem esta intervenção, é possível que o idoso desista do uso dos AASI.

Diante disto, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil do idoso que abandonou o acompanhamento do primeiro mês de seu processo de adaptação do AASI, atendido pelo SASA do LEVA e identificar a aderência ao uso dos AASI, dos idosos que se privaram do acompanhamento no primeiro mês do processo de adaptação ao uso das mesmas.

Método

O presente estudo foi realizado como parte do relatório de sustentação de Mestrado do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, conforme Parecer nº 756/11. Este estudo de caráter qualitativo, tipo exploratório-descritivo foi desenvolvido no Laboratório de Estudos da Voz e Audição (LEVA) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Os sujeitos foram 15 idosos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tinham entre 61 e 92 anos de idade, eram de ambos os sexos, sendo nove homens e seis mulheres que foram atendidos no SASA do LEVA/HU/UFSC e faltaram ao acompanhamento do primeiro mês de uso do processo de adaptação ao AASI, entre julho e dezembro de 2010. Destes idosos, 12 eram novos usuários de AASI e três já eram usuários experientes. Coletaram-se dados através de consulta aos prontuários dos idosos atendidos no LEVA para melhor caracterizar os participantes do estudo, foi realizado grupo de discussão – com sete idosos e entrevista semiestruturada – com a participação de oito idosos. Optou-se por utilizar como primeiro método para coleta de dados a técnica do grupo de discussão que foi realizada em uma sala de aula do HU/UFSC. Para despertar o interesse e iniciar progressivamente a discussão do tema, utilizaram-se técnicas mobilizadoras e métodos dinâmicos acessíveis ao grupo. Visto que a condição auditiva não favorecia os idosos participantes deste estudo, percebeu-se que o método de grupo de discussão não foi o mais adequado para alcançar os objetivos do mesmo, porém forneceu subsídios para se acreditar que um método mais intimista estaria mais

apropriado e resultaria em informações de maior relevância e expressão na busca para a finalização desse estudo. Portanto, para dar continuidade e complementar a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Uma pré-análise dos dados obtidos a partir da transcrição da sessão do grupo de discussão foi realizada e permitiu identificar questões desencadeadoras, que contribuíram com a etapa seguinte de coleta de dados. Estas entrevistas, por sua vez, foram realizadas nos domicílios dos idosos, com a participação do mesmo e de um acompanhante. Todos os momentos foram gravados em fita cassete e transcritos para a análise. A análise de dados foi realizada segundo a técnica da análise de conteúdo⁽¹³⁾. Seguindo-se as etapas sugeridas por esta técnica, os dados foram agrupados em subcategorias, categorias e temas.

Resultados e discussão

Esta discussão será realizada através da análise de relatos dos idosos a respeito das condições de uso dos AASI e ainda, pela influência que a família exerce sobre o idoso nesta vivência. Diante disso, foi possível evidenciar como foi a experiência de adaptação ao uso do AASI pelos idosos, onde se identificou os usuários que já estavam habituados ao uso do mesmo e os que utilizavam com restrições (ou limitações), como descrito a partir das categorias e subcategorias a seguir.

O alcance do som no uso do AASI

Esta categoria formada a partir das subcategorias: *Vantagens relatadas pelo usuário bem adaptado* e *Atitudes do usuário bem adaptado frente ao AASI* explicam como os idosos, a partir da utilização do AASI, vivenciam o sucesso em sua adaptação. Poder ouvir e entender é o que todo paciente idoso que inicia o processo de seleção, indicação e adaptação do AASI deseja; e quando isso acontece de uma forma natural e agradável, tanto para o idoso quanto para a família, os efeitos no cotidiano são visíveis.

Nem sempre este percurso é fácil, é preciso determinação e paciência para alcançar um nível desejável de habitação ao uso dos AASI. Quando esta condição é alcançada, observa-se o impacto positivo que há na vida da pessoa idosa. Os relatos a seguir ilustram esta afirmação:

[...] ah eu custei muito pra me acostumar [...] eu pensei: - vou me

acostumar a botar. Comecei a tentar, a tentar. De tanto tentar, tentar, desmaiei. No outro dia tentei de novo. Fui tentando, tentando; acostumei!!! [...] No início foi custoso porque dava muita zoada, muito chiaço, chiaço, custei a acostumar, mas depois de acostumar, agora eu tô achando bom. (I - 13)

Ficar sem? Não consigo, não consigo. Levanto de manhã e já coloco o aparelho, [...] enquanto eu estou em casa eu estou usando, porque às vezes precisa atender o telefone e tal [...]. (I - 12)

Este impacto positivo se reflete nas descrições dos usuários idosos em relação às vantagens do uso dos AASI e na forma como agem em relação aos mesmos, com responsabilidade e comprometimento. Na maior parte dos casos, os idosos aprendem a manipular sozinhos os AASI, o que leva a maior independência quanto ao manuseio e maior confiança para realizar as eventuais manutenções necessárias. Além disso, percebem que o uso contínuo é necessário e benéfico a si próprios, o que faz com que reconheçam a importância do uso do aparelho em seu dia-a-dia e passem a exercer o papel de protagonistas na história de seu processo de adaptação. Este comportamento é confirmado em pesquisa na qual concluíram que o uso diário pode variar de acordo com a demanda individual de cada usuário e pode ser uma estratégia utilizada pelo idoso na sua dinâmica familiar⁽¹⁴⁾.

Quando é pra trocar eu vou no centro auditivo [...] porque lá tem um funcionário né, aí ele troca a borrachinha, porque com o tempo, o sol estraga, vai ficando dura, então tem que trocar. Tem que fazer a manutenção do aparelho né [...]. (I - 12)

Eu só tiro pra dormir e quando vou tomar banho. (I - 13)

Vantagens relatadas pelo usuário bem adaptado

O uso correto do AASI oferece inúmeras vantagens aos seus usuários. Além do bem-estar que ele promove por fazê-lo ouvir novamente, o idoso sente-se capaz outra vez para voltar a realizar as atividades que lhe dão prazer e autonomia e lhe proporciona, também, a volta ao convívio social e familiar que, muitas vezes, a dificuldade de comunicação, fez com que se isolasse. Diante disto, o idoso recupera sua autoestima, liberdade e segurança de si. Alguns autores compartilham sobre o isolamento ao afirmar que “o grande objetivo desses dispositivos eletrônicos, os quais, em função da melhora no relacionamento social, minimizam a consequência mais séria da deficiência auditiva, qual seja, o isolamento social”^(15:381). Semelhante

constatação pode ser observada, por exemplo, nas emissões abaixo:

[...] daí ele dizia: - fala baixo, está incomodando meus ouvidos, fala baixinho. (A - 12)

Agora eu ligo a televisão no baixinho, escuto o capítulo. Ontem ainda chegou um lá em casa e disse assim: - a mãe tá com o aparelho? Eu digo: - tô! Ah! É que tá tão baixinho a televisão... (I - 13)

Eu não ia mais a igreja nada, eu não ia. Não escutava mais ninguém. Eu pensei assim, andava desconfiada de que eles tavam rindo era de mim. Já nem saía mais de casa mesmo. Aí, o dia que peguei esses aparelhos, eu chorei muito. (I - 11)

Senta na mesa, conversa. Agora ela conversa mais. Agora até que ela já sai um pouquinho, aceita mais, vai mais à missa né? (A - 13)

Atitudes do usuário bem adaptado frente ao AASI

Neste estudo, os idosos bem adaptados demonstraram, em sua maioria, dominar o manuseio dos AASI, realizando-o por conta própria. Todavia, o fato de necessitarem do auxílio da companheira para tal atividade foi marcante durante as entrevistas, principalmente por serem somente os homens os que necessitam deste apoio. Atividades como limpeza dos moldes e aparelhos, inserção dos AASI nos condutos auditivos e utilização do controle de volume são exemplos de manipulações que são realizadas ou pelo usuário ou pela companheira. Dados como este, sobre a ajuda de outras pessoas para o manuseio e cuidado dos AASI, também foram encontrados em outro estudo⁽¹⁶⁾; e outra pesquisa acrescenta, ainda, que idosos deficientes auditivos necessitam da participação e do auxílio da família no processo de habituação⁽¹⁷⁾.

Estes idosos e companheiros(as) provaram saber realizar de forma adequada a manutenção sugerida para o bom funcionamento dos AASI, levando-os ao centro auditivo para fazer as revisões periódicas e saber resolver pequenos problemas por conta própria. Daí a importância da valorização e treinamento do acompanhante pelo fonoaudiólogo para o processo de adaptação do AASI.

Ah eu tenho muita paciência. Explico tudo direitinho com calma, falando baixinho, aí ele fica contente. (A - 10)

Aprendi sozinha, sim, boto pilha, tiro, limpo tudo. [...] Nunca enxerguei aquele numerozinho. Mexo, mas nunca vi. ((portadora de deficiência visual)) (I - 13)

Se acontecer alguma coisa com o aparelho, levo lá na loja. Não posso

ficar sem né? (I - 11)

Esse volume tá toda vida no número dois né [...]. Aí eu diminuo ((demonstrando como muda o volume)). [...] Olha, a gente foi umas duas, umas três vezes lá ((centro auditivo)). Costumo ir lá porque é o mais fácil né, é mais perto do meu serviço ali né. (I - 12)

Mesmo com todas estas evidências a respeito dos benefícios do uso dos AASI, ainda encontraram-se algumas queixas relatadas pelos idosos. Tais referências estão relacionadas a escutar, mas não entender, difícil compreensão em situações com grupo de pessoas e desconforto para sons intensos. Esta mesma situação também é descrita em outro estudo, afirmando que os entrevistados demonstraram que apesar de perceberem os benefícios do uso dos AASI, são conscientes de que as mesmas também apresentam limitações, mas que estas não são suficientes para que se opte por não usar os aparelhos⁽¹⁸⁾.

O som às vezes é muito alto e me perturba! (I - 12)

Só que quando tem muita gente conversando, com a sala cheia de gente, aí eu escuto falar, mas não diferencio o que é. (I - 13)

A difícil adaptação ao uso do AASI

A vivência complicada com a surdez, acrescida às limitações da pessoa idosa só fazem por dificultar ainda mais o período de habituação ao uso dos AASI. Alguns fatores relacionados às questões reservadas somente aos AASI e outros às questões que dependem do usuário podem explicar estas dificuldades. Contudo, mesmo diante de muitos relatos ruins a respeito do processo de habituação aos AASI, notou-se que houve o reconhecimento de que os AASI possibilitaram uma melhora auditiva. As subcategorias: *Limitações do AASI e seu uso* e *Impressões do idoso usuário de AASI, quanto ao seu uso*, buscam descrever esse processo vivencial.

Limitações do AASI e seu uso

Alguns fatores que dificultam a habituação ao uso dos AASI, muitas vezes, estão relacionados às questões que dizem respeito somente à parte técnica do uso diário de um AASI. Conseguir regular adequadamente a amplificação do AASI é um passo essencial durante os testes com os AASI. Todavia, esta regulagem não é realizada em um espaço mais favorável para este ajuste, considerando que ele não

reproduz o ambiente cotidiano do idoso. Por conta disto, alguns usuários passam a ter queixas auditivas referentes a situações que normalmente não puderam vivenciar no ambiente de teste.

Os AASI podem, ainda, proporcionar recursos adicionais àqueles ajustados no momento do teste, como controle de volume e troca de memórias auditivas. Estes recursos são colocados à disposição do usuário para que ele mesmo possa modificar conforme sua necessidade imediata, não ficando refém exclusivamente dos ajustes automáticos. Entretanto, alguns AASI não dispõem destes recursos ofertados ao usuário, fazendo com que ele fique a mercê das regulagens automáticas que nem sempre são as ideais para aquele determinado paciente ou para aquele determinado momento. Outras vezes, o recurso está ativado, porém o idoso ou não sabe da existência dele ou não sabe utilizá-lo. Como consequência, o usuário escuta alguns sons de forma desconfortável para si sem poder modificá-los a seu favor. Confirmando este achado, encontrou-se a discussão na qual há dúvidas do usuário em relação ao uso dos controles disponíveis nos AASI⁽¹⁹⁾.

O estudo revelou, ainda, que muitas vezes o usuário não usa os AASI continuamente devido ao aborrecimento causado pelos sons indesejados e/ou desagradáveis. Esta descrição chama a atenção para um fato importante, o de que a interferência de fatores externos no desempenho do uso do AASI, como o barulho, deixa os usuários à mercê de variáveis que não podem controlar⁽²⁰⁾. Os relatos a seguir ilustram os eventos acima descritos:

[...] quando eu fui fazer o teste com o aparelho, não tinha barulho, mas depois que eu cheguei em casa, o barulho tava todo dentro da minha cabeça [...] Não consigo mexer nesse botãozinho!! Ele não faz nada!! (I – 10)

[...] quando ficava meio ruim, ía lá e tirava os aparelhos porque faz um barulhão dentro de casa, muito barulhento [...]. (I – 14)

Existem, ainda, as questões que causam incômodo ao idoso usuário de AASI, como o ajuste do molde no conduto auditivo que é levantado pelos idosos pesquisados como fatores que impedem na habituação aos AASI. Os moldes podem causar desconforto físico e irritação geralmente por estarem apertados demais e por algumas vezes trazerem uma sensação de ouvido tapado (efeito de oclusão). Estas sensações são comuns e também foram identificadas em outros estudos^(19,21,22). Tais percepções são suficientes para que o usuário decida utilizar por menos tempo ou não usar os AASI até que o

problema seja resolvido.

A minha voz parece que não sai, parece que fica na cabeça. [...] Uso pouco é, uso pouco [...]. (I – 10)

A conclusão deste estudo vem ao encontro destes achados, pois revelam que as dificuldades relatadas pelos idosos geralmente estarão presentes, já que todo aparelho auditivo apresenta limitações. Afirmam que a adaptação dos AASI é apenas o primeiro passo deste processo que deve ajudar na amplificação dos sons ambientais e da fala no sentido de proporcionar um melhor ganho acústico⁽¹⁷⁾.

Impressões do idoso usuário de AASI quanto ao seu uso

Outros pretextos que contribuem para a difícil adaptação ao uso dos AASI estão relacionados diretamente ao usuário, como questões referentes à experiência de vida do idoso, seu comportamento em relação aos AASI, suas sensações auditivas ao utilizá-los e seus sentimentos frente a este processo de habituação.

Quando se fala em experiência de vida do idoso, quer-se tratar sobre sua experiência com o uso dos AASI, pois em muitos casos este idoso nunca foi usuário e com as dificuldades motoras que muitas vezes possuem, manuseá-los torna-se uma tarefa de difícil realização. A literatura confirma estes relatos afirmando que uma das queixas mais habituais de idosos em relação ao uso dos AASI é a dificuldade de manipulação dos mesmos^(23,16).

Além disso, neste estudo foi possível perceber que tais dificuldades também se devem a falta de treinamento no manuseio dos moldes e AASI, ora por dependerem de outra pessoa para fazer isto ora por não se empenharem em fazer por si. Outro pesquisador encontrou relatos nos quais era reconhecida a necessidade de treino para melhor manuseio dos AASI⁽²⁴⁾. Todavia, a dificuldade de manipulação e ajuste do aparelho pode estar relacionada à redução progressiva da capacidade visual e das habilidades motoras, comuns nos idosos⁽²⁵⁾.

Eu custava a usar, custava colocar o aparelho a orelha, dava muito trabalho, né! (I – 14)

Eu acho que não é das mãos porque ele mexe com elas. Acho que é o jeito dele ou paciência que ele não tem, entende? [...] muito agitado, acho que é o jeito que ele não tem de botar o aparelho atrás da orelha [...] Não não. Ele nunca colocou a mão dele para mexer no aparelho.

Eu é que baixava o volume um pouquinho. (A – 14)

Eu não sei mexer porque não enxergo quase nada. Minha companheira entende e eu não, daí ela é que mexe e coloca no meu ouvido tudo direitinho. (I – 10)

Notou-se também nas falas dos idosos que seu comportamento em relação aos AASI é relevante para o sucesso no processo de habituação ao uso dos mesmos. Encarar a protetização como uma condição de melhora da qualidade de vida e resgate dos sons facilita a motivação e aceitação. Alguns idosos, porém, não estiveram motivados, mostrando-se indiferentes e utilizando os AASI somente quando julgavam necessário. Pra ilustrar tal situação, há um relato de que um dos usuários entrevistados só utilizava os AASI para assistir televisão e assistir aulas⁽²¹⁾. Além disso, percebeu-se que algumas vezes, não sabem o que fazer para solucionar um problema ou uma dificuldade e nem se preocupam em buscar esta solução. Relatos encontrados afirmam que na reabilitação auditiva, a motivação é fundamental para buscar ajuda e o auxílio para o uso adequado do AASI⁽¹⁶⁾ só vêm a contribuir para estes achados. O aconselhamento do idoso e sua família pode contribuir para a aceitação do problema e maior motivação para o uso efetivo dos AASI⁽²⁶⁾.

[...]às vezes eu uso quando eu vou na horta pra poder escutar a patroa chamar, mas se eu estou em casa, daí eu não uso não. [...] Poucas vezes eu uso, poucas. Vou explicar para a senhora. Às vezes eu boto mas eu desanimo porque eu espero escutar e não escuto. [...] Agora não sei o que faço. Não sei se vou lá na loja reclamar ou se fico com ele assim... (I – 10)

A falta de higiene e cuidados básicos com os AASI também foi observada entre estes idosos usuários que estavam mal adaptados. Tal afirmação está embasada nas observações que a pesquisadora fez nas visitas domiciliares, uma vez que os idosos mostravam seus AASI, podendo-se, então, perceber as condições em que se encontravam. Um dos pacientes trouxe a sacola com os AASI que estava pendurada atrás da porta do quarto; o outro tinha a mesma sacola em cima de uma cômoda da sala, onde se visualizou muita poeira tanto na sacola quanto nos estojos dos AASI; pilhas gastas guardadas juntamente com as novas; moldes sujos e obstruídos com cerúmen. Apesar de todas estas observações, não se encontrou nenhuma referência a este respeito nos estudos buscados.

E essa pilha doutora? O que é esse pozinho branco nela? (I – 10)

A forma como cada idoso escuta também é um fator importante e deve ser levado em consideração durante os testes dos AASI. Ouvir o que o usuário tem a dizer sobre sua audição amplificada é tarefa fundamental neste caminhar rumo ao sucesso. Para corroborar esta afirmação, esta conclusão pareceu bem apropriada: “acreditamos, portanto, na necessidade de avaliar cada idoso como um ser único, respeitando suas características, valorizando mais suas queixas do que suas demandas”^(14:388).

A maior parte dos relatos colhidos destes usuários idosos mal adaptados é referente a escutar, mas não entender; escutar demais os sons que julgam desnecessários; sentir desconforto ao ouvir sons de forte intensidade e incompreensão da fala em grupos de pessoas. Várias pesquisas encontradas relatam a queixa de escutar, mas não entender como uma dificuldade de comunicação que permanece com o uso dos AASI^(20,22,19,27,28). Outras queixas também foram levantadas como o desconforto para sons de entrada forte^(22,27). Entretanto, as principais queixas se referem à dificuldade de compreensão em situações em que há vários interlocutores^(18,28).

Alguns estudos ratificam que outra queixa bastante comum é a dificuldade de comunicação em ambiente ruidoso^(19,22,28,29,30), porém, nesta pesquisa, esta queixa não foi referenciada pelos idosos. Talvez por serem idosos que não têm o costume de sair de suas residências, não havendo, então, as situações de ruído de fundo e ainda, por residirem em bairros de pouco movimento.

Escuto mas não entendo, é isso! [...] tudo quanto é movimento parece que existe aqui no meu ouvido. [...] qualquer coisinha, até fazer assim com a mão ó, estou escutando. (I – 10)

[...] faz um barulhão dentro de casa, muito barulhento, aí eu ia lá e tirava um pouco pra descansar o ouvido. (I – 14)

Mas houve aqueles que mesmo mal adaptados e apresentando queixas diversas em relação ao uso dos AASI, reconheceram algum benefício oferecido pelos mesmos como escutar melhor, voltar a perceber timbres diferentes de voz e sentir-se bem ao usá-lo. Com estas pequenas vantagens reconhecidas pelos idosos, fica mais fácil de mostrar a este sujeito que elas superam as dificuldades encontradas até o momento, permitindo que o idoso seja mais otimista frente a este processo. Outros autores também observaram esta evidência e acrescentam que os sujeitos entrevistados perceberam a diminuição do isolamento e aumento da autonomia nas atividades que envolviam o

contato com o outro, pois sentiam-se mais seguros para se comunicar⁽²⁸⁾. Encontrou-se em um estudo uma referência na qual um indivíduo além de relatar sua dificuldade no manuseio dos AASI, considerou que os mesmos não o ajudavam auditivamente, porém reconhece sua satisfação com o uso e a melhora de sua qualidade de vida⁽³¹⁾. Seguem abaixo alguns trechos coletados que ilustram o reconhecimento de que o AASI trouxe algum benefício aos idosos:

[...] ele é bom, não resta a menor dúvida. (I – 10)
Claro que é bom. Agora eu escuto tudo o que a pessoa conversar né? (I -14)

Algumas autoras discutem justamente as questões referentes a ter benefício e não estar satisfeito ou não ter benefício e mesmo assim estar satisfeito com o uso dos AASI. É difícil compreender como estes dilemas existem e ao final, nem as autoras encontraram respostas para explicar estes eventos, mas levantaram questionamentos para a configuração destas respostas e sugerem que “o benefício não é condição básica para a satisfação do idoso com o uso de aparelho de amplificação sonora”^(14:390).

Aceitar a deficiência auditiva e o uso dos AASI como parte de sua vida cotidiana faz parte de um processo árduo para o idoso. Esta dificuldade, algumas vezes, gera sentimentos negativos que criam obstáculos na habituação ao uso dos AASI e são complicados de serem discutidos e resolvidos com os idosos.

O primeiro sentimento mais comumente observado é a solidão. Por não entenderem bem o que as pessoas falam, não conseguem participar ativamente de uma conversa, pedem muitas vezes para repetir e acabam sendo hostilizados pela família e amigos. Diante disto, acabam se isolando para não causar incômodo às pessoas e por sentirem-se mal diante destas situações. Esta reação é comum a diversas outras pesquisas realizadas na área de AASI^(20,27).

A tristeza é outro sentimento descrito pelos idosos pesquisados que contribui para este processo de isolamento e também foi captada por outro estudo nos idosos que entrevistou⁽³²⁾.

Eu saía fora! Ficavam conversando, eu só balançava a cabeça e não entendi nada. Daí eu saía fora. [...] A gente se sente meio ruim, né? Por ver os outros conversando e não poder também... (I – 14)
Eu fico triste de não escutar. Me sinto triste de não poder ver a novela com a minha esposa... (I – 10)

Com o início do uso do AASI os idosos criam uma expectativa em relação ao seu benefício, porém, esta expectativa, em alguns casos, é substituída pela frustração, insatisfação e conseqüente desmotivação. A expectativa sobre o uso do AASI parece ser o fator mais decisivo para uma adaptação bem sucedida e muitas vezes, é muito alta⁽³³⁾. No caso destes idosos, a experiência ruim fez com que a expectativa inicial fosse esquecida, dando lugar ao descontentamento e indo ao encontro com outro estudo que descreve que altas expectativas aumentam a possibilidade de frustrações caso os benefícios proporcionados pelos AASI forem menores que os esperados⁽³⁴⁾.

Outra questão observada no relato de um idoso em relação à expectativa foi o desejo de que a audição voltasse ao normal com o uso dos AASI, referência também encontrada em outro estudo, pois achavam que após o uso dos AASI, teriam sua audição recuperada⁽²⁰⁾.

Eu tinha uma esperança enorme que através do aparelho eu voltaria a escutar normal, né? (I – 10)

Outro aspecto que foi observado nas entrevistas, que também foi verificado por outros pesquisadores e que causa dificuldades na habituação ao uso dos AASI é o aborrecimento⁽²⁰⁾. Este sentimento é tão impactante para alguns idosos que acaba fazendo-o esquecer de todas as orientações fornecidas para o período de habituação do uso dos AASI e perde o controle da situação. A presença de um familiar ou responsável mostrou-se relevante para auxiliar o idoso neste momento.

Ele pede desesperadamente para tirar o aparelho quando aparece um barulhão e fica nervoso. Eu digo para ele ter calma que vai dar tudo certo. (A – 10)

Estes sentimentos foram sendo acumulados ao longo de meses de tentativas, fracassos e muita persistência, fazendo com que o uso dos AASI fosse descontinuado ou somente ocorresse quando realmente necessário, mas percebeu-se que a vontade de escutar e voltar a se interar com família e sociedade era grande, o que fez com que estes idosos usuários de AASI persistissem em sua habituação, mesmo demonstrando desânimo em alguns momentos.

Eu uso poucas vezes, poucas. Vou explicar para a senhora. Às vezes eu boto, mas eu desanimo porque eu espero escutar e não escuto. Então eu

coloco o aparelho de novo, mas eu não quero escutar barulho... (I – 10)

Alguns pesquisadores fizeram um levantamento importante a respeito desta condição acima descrita. Afirmaram que, embora os sujeitos tenham recebido durante os atendimentos previstos pelo SASA informações quanto ao uso e manipulação das pilhas, moldes e AASI, bem como a oferta do acompanhamento ao longo do tempo, foram encontrados alguns problemas sem que os mesmos fossem solucionados⁽²¹⁾. As autoras sugerem que “apesar da satisfação e uso também estar relacionada à qualidade dos serviços que o usuário recebe, o nível intelectual e social, assim como aspectos emocionais e motivação, envolvidos no momento da adaptação, foram alguns dos fatores que colaboraram para que estes problemas permanecessem ao longo da reabilitação”⁽²¹⁾.

Como resultado das dificuldades enfrentadas no uso dos AASI, em muitas oportunidades, o idoso opta por não utilizá-los, limitando, desta forma, o auxílio proporcionado por esta tecnologia⁽³⁵⁾.

Ter pacientes que desistem do uso dos AASI infelizmente é mais comum que se imagina. Este fato é confirmado em algumas pesquisas, as quais descrevem que mesmo com todas as orientações fornecidas ao longo do processo de habituação, inclusive sobre a importância da presença aos acompanhamentos, encontrou vinte e dois pacientes que não estavam fazendo uso dos AASI ou usavam menos de que uma hora por dia⁽³¹⁾. No presente estudo, no qual quinze idosos foram entrevistados, quatro haviam deixado de usar os AASI, por motivos diversos que serão descritos no outro artigo produzido através deste estudo: ***Motivos que levam o idoso usuário do AASI a privar-se do acompanhamento durante seu processo de adaptação.***

O apoio familiar

O idoso portador de deficiência auditiva afeta todos os membros de uma família, causando, algumas vezes, situações desconfortáveis e desgastantes para todo o núcleo familiar. Em um grupo de apoio, há necessidade de envolvimento da família, principalmente, nos casos nos quais o idoso é dependente de alguém para manusear seus AASI. A família deve ser orientada quanto ao uso e manuseio dos AASI, pois, muitas vezes, serão estas pessoas que farão isto pelo idoso⁽³⁶⁾.

“A interação familiar é vital para o bem-estar do idoso, já que ele se insere neste sistema. A família deve ajudar o idoso a viver melhor, não como um peso, mas como integrante do sistema familiar. [...]

verifica-se uma grande importância da família para o idoso, pois, como integrante do sistema familiar, ele é influenciado por esta dinâmica e, quando ela não caminha em harmonia, não há promoção de bem-estar para ele”^(37:306).

Ter paciência é fundamental para se tratar e conviver com um idoso, principalmente, porque eles percebem a impaciência das pessoas, causando mal-estar frente a esta situação. Quando o idoso se depara repetidas vezes com isso, tende a isolar-se e prefere não aborrecer a família. Entretanto, é notório o quanto tratar o idoso com carinho e paciência pode ser benéfico para o processo de adaptação dos AASI, pois se sentem seguros por ter em quem confiar além de receber apoio para esta jornada que julgam tão difícil.

Os parentes dos idosos são apontados como pessoas que geralmente não tem paciência para repetir quando os mais velhos reclamavam de que não haviam entendido gerando estresse na rotina diária da família⁽³⁸⁾. O idoso sente receio de incomodar o outro ou receber um julgamento desfavorável por não ter compreendido o que foi dito⁽¹⁸⁾. Passagens como esta foram observadas nos relatos dos idosos entrevistados, confirmando este fato.

Eu saía fora! Ficavam conversando, eu só balançava a cabeça e não entendi nada. Daí eu saía fora. [...] Por ver os outros conversando e não poder também... (I – 14)

Uma das idosas observadas e entrevistadas em outro estudo também reclamou que as pessoas não tem paciência para conversar com ela, deixando-a sozinha a maior parte do tempo⁽³²⁾.

Outra tarefa muitas vezes executada pelos familiares e que gera bastante impaciência é o manuseio com moldes e AASI, uma vez que em alguns casos, os idosos não o fazem, transferindo a responsabilidade para o familiar. Há um relato abaixo que demonstra esta referência com clareza, porém julga-se importante ressaltar que a companheira também passa por dificuldades de saúde, o casal não conta com a ajuda de filhos e o idoso em questão estava acamado e imóvel devido a um acidente, sobrecarregando as atividades diárias desta esposa.

Eu cuidei dele dois meses na cama, que nem bebê, era tudo eu. [...] Vou falar a verdade: eu tinha que tirar, colocar; tirar, colocar. ((o aparelho) Cansei! Tirei e disse pra voltar a usar só quando ele levantasse da cama! (A – 14)

Quase todos os idosos deste estudo necessitavam de um acompanhante para realizar a sua locomoção para as diversas atividades. Estas pessoas tinham a tarefa ou de acompanhar os idosos para que não saíssem sozinhos (qualquer que fosse o meio de locomoção), ou de acompanhar os atendimentos para assessorar o idoso, ou de simplesmente levar até o hospital (carro particular). Neste último caso, tem-se um relato demonstrando a dificuldade que o idoso teve para conseguir alguém para levá-lo ao atendimento no hospital. Constatou-se que falta comprometimento com este idoso, fazendo emergir mais uma vez a importância que a família representa no auxílio ao idoso no processo de adaptação dos AASI. Nos artigos pesquisados, não se encontrou relatos sobre o papel destes acompanhantes junto ao idoso e por este motivo, não se poderá apresentar uma discussão com a literatura.

Tem que pedir para algum neto ir me levar, mas às vezes dá briga porque não querem. É aquele problema... (I – 10)

Não sei pegar ônibus. Eu não sei ler. Preciso de alguém para ir comigo. (I – 11)

Todavia, mesmo com estes aspectos negativos relacionados à família, não se pode deixar de acreditar no papel de destaque desta entidade no processo de adaptação e que foi imprescindível no processo de auxiliar os idosos a superar os obstáculos, pois, em geral, preocupavam-se em favorecer e facilitar o processo de adaptação dos idosos ao uso de AASI⁽¹⁷⁾.

Além disso, devem estar sempre presentes aos atendimentos realizados, para que compreendam um pouco sobre a audição e os passos de uma adaptação adequada. Com o objetivo de caracterizar a percepção do idoso e do familiar sobre as dificuldades e os benefícios vivenciados pelo idoso no processo inicial de adaptação ao uso dos AASI, percebeu-se discordância na percepção das dificuldades e, principalmente, dos benefícios entre os idosos e seus familiares, demonstrando que os membros da família não tinham consciência de quão complexo é o processo de adaptação ao uso dos AASI. As autoras sugerem que o fonoaudiólogo deve dar atenção especial para os familiares, motivando-os e incentivando-os a se esforçarem para o sucesso da reabilitação⁽²⁶⁾.

Sempre tem gente com ele, ou eu ou minha irmã ou minha sobrinha. Ele não vai para nenhum lugar sozinho e nem o deixamos também. (A – 8)

Em relação ao acompanhamento da família junto aos atendimentos, embora os idosos reconheçam as dificuldades existentes, a presença da família os auxiliou na superação destes obstáculos, dentre eles o manuseio dos AASI e o desempenho da comunicação⁽³⁹⁾. Neste estudo, foi possível observar, ainda, o incentivo partido de membros da família para que o idoso não desistisse da habituação e também a aplicação dos “ensinamentos” no dia-a-dia entre idoso e família. Esta afirmação é comprovada neste estudo pelos seguintes relatos:

O Pedro, meu filho, também usa aparelho há muitos anos, né? Ele me ajudou. Me dizia que eu precisava usar todos os dias para me acostumar. (I – 13)

Eles já sabem como conversar comigo, aprenderam lá com vocês, graças a Deus! (I – 15)

Conclusão

Pensando-se que a Fonoaudiologia vem para favorecer a comunicação em função das necessidades pessoais do ser humano e ainda, contribuir para que esta comunicação seja efetiva, é evidente que o uso adequado e a adaptação aos AASI são uma grande preocupação deste profissional. Para tanto, o apoio familiar é importante e deve ser incentivado, uma vez que na maior parte das vezes, a comunicação do idoso está restrita à família.

Ao retomar os objetivos deste estudo, conclui-se que estes foram alcançados, uma vez que foi possível caracterizar o perfil dos idosos que se ausentaram do acompanhamento de um mês quando se identificou o idoso bem adaptado ao uso do AASI e o idoso adaptado, porém com algumas dificuldades no uso diário. Além disso, com a análise das falas destes idosos, também foi possível detectar a aderência ao uso das mesmas.

Ao se refletir sobre como promover uma adaptação e uma comunicação de sucesso às pessoas idosas usuárias do AASI, percebeu-se que a criação de um programa de reabilitação auditiva pode possibilitar que o fonoaudiólogo acompanhe o desenvolvimento do idoso por mais tempo, além de auxiliar no processo de reabilitação em casa.

Agradecimentos

Agradecimento ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem por permitir que profissionais diversos da área da saúde desenvolvam seus projetos em conjugação com suas linhas de pesquisa.

À Prof^a Dra. Ângela Maria Alvarez, minha orientadora, que me acolheu nesta jornada com carinho e dedicação que somente ela poderia oferecer.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 [citado 2010 mar. 16]. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>>.
2. Brasil. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. [citado 2010 mar. 16]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>.
3. Brasil. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria 1.395, de 09 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20-24.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.528, de 19 de outubro de 2006. [citado 2010 abr. 28]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>.
5. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria 2.073/04, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. [citado em 2010 mar. 16]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.
6. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
7. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. 1^a. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 239, de 30 de março de 2006. [citado em 2010 mar. 16]. Disponível

em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-239.htm>>..

9. Freiberger F, Gonçalves LHT. Caracterização dos idosos atendidos no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva da UFSC. In: Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 6; Jornada Catarinense de Geriatria e Gerontologia, 5; 2009. Anais... Florianópolis: SBGG; 2009.
10. Veras RP, Mattos LC. Audiologia do envelhecimento: revisão de literatura e perspectivas atuais. Rev. Bras. Otorrinol 2007; 73(1):128-34.
11. Russo ICP. Uso de Próteses Auditivas em Idosos Portadores de Presbiacusia: Indicação, Adaptação e Efetividade. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1988.
12. Russo ICP. Distúrbios da audição: a presbiacusia. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. p.51-82.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª. ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
14. Assayag FHM, Russo ICP. Avaliação subjetiva do benefício e dos efeitos proporcionados pelo uso de amplificação sonora em indivíduos idosos. Distúrb Comum dez. 2006; 18(3):383-390.
15. Costa KCF, Russo ICP, Friedman S. O sentido da deficiência auditiva e do uso de aparelhos de amplificação sonora para idosos. Distúrb Comum dez. 2007; 19(3):375-387.
16. Campos K, Oliveira JRM, Blasca WQ. Processo de adaptação de aparelho de amplificação sonora individual: elaboração de um DVD para auxiliar a orientação a indivíduos idosos. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(1):19-25.
17. Barros PF, Queiroga BA. As dificuldades encontradas no processo de adaptação de aparelho de amplificação sonora individual em indivíduos idosos. Rev CEFAC, 2006; 8(3):375-85.
18. Ribeiro LM, Raseira EF. Os idosos e o uso de próteses auditivas: identificando os repertórios interpretativos que justificam essa

decisão. *Psicol Soc* 2008; 20(3):425-433.

19. Lopes AS. Adaptação de prótese auditiva em adultos e idosos em um programa de atenção à saúde auditiva. [dissertação] Santa Maria.: Curso de Pós-Graduação em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria; 2010.
20. Costa KCF, Russo ICP, Friedman S. O sentido da deficiência auditiva e do uso de aparelhos de amplificação sonora para idosos. *Distúrb. Comun. Dez.* 2007; 19(3): 375-87.
21. Freitas CD, Costa MJ. Processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em uma instituição pública federal – parte I: resultados e implicações com o uso da amplificação. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007; 73(6):744-51.
22. Freitas CD. Resultados e implicações do processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em uma instituição pública federal. [dissertação]. Dissertação. Santa Maria: Curso de Pós-Graduação em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria; 2006.
23. Russo ICP. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
24. Ruivo NGV, Lima MCMP, Françaço MFC, Monteiro MMB. A importância de um grupo de reabilitação auditiva para idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010; 13(2):329-39.
25. Russo ICP, Almeida K, Freire GMF. Seleção e adaptação da prótese auditiva para o idoso. In: Almeida K, Iorio MCM, organizadores. *Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas.* São Paulo: Lovise; 2003. p. 385-410.
26. Miranda EC, Calais LL, Vieira EP, Carvalho LMA, Borges ACLC, Iorio MCM. Dificuldades e benefícios com o uso de prótese auditiva: percepção do idoso e sua família. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2008; 13(2):166-72, abr./jun. 2008.
27. Santiago LM, Novaes CO. Auto-avaliação da audição em idosos. *Rev CEFAC* 2009; 11(supl1) 98-105.

28. Fialho IM, Bortoli D, Mendonça GG, Pagnossim DF, Scholze AS. Percepção de idosos sobre o uso de AASI concedido pelo sistema único de saúde. *Rev CEFAC*. 2009; 11(2):339-344.
29. Calais LL, Borges ACLC, Baraldi GS, Almeida LC. Queixas e preocupações otológicas e as dificuldades de comunicação de indivíduos idosos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008; 13(1):12-9.
30. Batista ACM, Sampaio FM. Nível de satisfação dos idosos usuários de próteses auditivas doadas pela APAC-NAMI-UNIFOR. *Rev Bras Promoção da Saúde* 2005; 18(1):7-10.
31. Morettin M. Avaliação dos benefícios e satisfação dos usuários de aparelho de amplificação sonora individual nos serviços de audiologia do SUS. [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2008.
32. Fialho IM. Perda auditiva em idosos na percepção dos sujeitos. [dissertação] São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
33. Sumam P, Blasca WQ, Ferrari DV. Avaliação subjetiva da expectativa quanto ao uso do aparelho de amplificação sonora individual: correlação com aspectos auditivos, sociais e econômicos. *Distúrb Comun*, 2008; 20(1):107-14, abr., 2008.
34. Cox RM, Alexander GC. Expectations about hearing AIDS and their relationship to fitting outcome. *J Am Acad Audiol*. 2000;11(7):368-82.
35. Miranda EC, Gil D, Iorio MCM. Treinamento auditivo formal em idosos usuários de próteses auditivas. *Rev Bras Otorrinol*.2008; 74(6):919-25.
36. Fialho IM, Pagnossim DF. Grupo de apoio como estratégia de acompanhamento e aconselhamento a pessoas idosas que apresentam deficiência auditiva. In: Balen SA. et al, organizadores. *Saúde auditiva: da teoria à prática*. São Paulo: Santos; 2010. p. 135-49.
37. Luz MMC, Amatuzzi MM. Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Rev Estudos de Psicologia*. 2008; 25(2):303-07.

38. Almeida MR, Guarinello AC. Reabilitação audiológica em pacientes idosos. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009; 14(2):247-55.
39. Ruschel CV, Carvalho CR, Guarinello AC. A eficiência de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol 2007; 12(2):95-8.

ARTIGO 2: MOTIVOS QUE LEVAM O IDOSO USUÁRIO DO AASI A PRIVAR-SE DO ACOMPANHAMENTO DURANTE SEU PROCESSO DE ADAPTAÇÃO⁶

Reasons that lead the elderly hearing aid users to deprive themselves of follow-up during the fitting process

TITULO RESUMIDO: Motivos que levam o idoso privar-se do acompanhamento

Francine Freiberg⁷
Ângela Maria Alvarez⁸

RESUMO

Objetivo: Conhecer e compreender os motivos que levam a pessoa idosa a privar-se do acompanhamento do primeiro mês de seu processo de adaptação do AASI, concedidas pelo SUS e realizado pelo Serviço de Atenção à Saúde Auditiva do LEVA. Método: Pesquisa de caráter qualitativa tipo exploratória-descritiva desenvolvida com 15 idosos entre 61 e 92 anos de idade, que se ausentaram do acompanhamento fonoaudiológico na etapa de adaptação ao AASI. A coleta dos dados foi realizada através de consulta aos prontuários, grupo de discussão e entrevista individual semiestruturada. Os dados foram analisados segundo a técnica da análise de conteúdo. Resultados: Observou-se que os idosos justificaram as ausências ao acompanhamento de seu processo de adaptação por razões como a falta de vínculo com o atendimento fonoaudiológico, demonstrando que o idoso não recorre ao centro de referência para solução de problemas e que ele se autodispensa dos atendimentos não importando o estado de sua adaptação. A condição de saúde, o abandono do uso do AASI e condição socioeconômica também foram apontados como motivos que levaram esse grupo de idosos a

⁶Trabalho realizado no Laboratório de Estudos da Voz e Audição do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

⁷Especialista em Audiologia Clínica, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Fonoaudióloga do Laboratório de Estudos da Voz e Audição do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Fax (48) 3721-9118, Endereço para correspondência: Rua Profa. Flora Pausewang, s/n – Trindade, Fpolis/SC E-mail:franfono@hu.ufsc.br.

⁸Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento e Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC.

privarem-se do acompanhamento fonoaudiológico. Conclusões: Foi relevante conhecer as razões dos idosos para que o fonoaudiólogo possa contribuir para melhorar a condição de audição das pessoas idosas que buscam pelo Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, além de desenvolver estratégias que minimizem a falta de adesão aos atendimentos com uma abordagem que considere uma busca ativa e multiprofissional, capazes de estimular o idoso para o autocuidado e melhor aproveitamento do AASI.

Descritores: Idoso. Auxiliares de audição. Perda auditiva. Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: To know and understand the reasons why elderly people deprive themselves of the follow-up of the first month of their process of adapting the hearing aid, provided by the Brazilian Unified Health System (SUS) and conducted by the Service of Hearing Health Care. **Method:** An exploratory and descriptive qualitative study conducted with 15 individuals between 61 and 92 years of age who absented themselves from follow-up with speech-language therapist during the hearing aid fitting process. Data collection was performed by medical records consultation, discussion group and semistructured interview. The data were analyzed according to the technique of content analysis. **Results:** We found that the elderly justify their absences from the follow-up of their fitting process for lacking of bonding with the speech-language pathology service, demonstrating that elderly patients do not use the reference center for troubleshooting and that they exempt themselves from care no matter the state of their adaptation. The health condition, the abandonment of hearing aid and the socioeconomic status were also cited as reasons that led this elderly group to deprive themselves of follow-up with speech-language therapist. **Conclusions:** It was relevant to know the reasons of the elderly for that speech-language therapists may help to improve the hearing status of elderly people that look for the Service of Hearing Health Care, besides developing strategies to minimize the lack of adherence to the sessions with a multiprofessional approach that consider an active search able to stimulate the self-care and the better use of hearing aids among elderly people.

Keywords: Elderly. Hearing aids. Hearing loss. Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

Com a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva em 2004¹, a pessoa idosa teve mais um de seus direitos garantidos, uma vez que esta política vê consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde² que prevê a descentralização da atenção e o cuidado à saúde e ao Estatuto do Idoso³ que incumbe o poder público de fornecer aos idosos portadores de deficiência, atendimento especializado e o fornecimento de próteses necessárias à habilitação e reabilitação.

Em 2006, a oportunidade de usufruir destes direitos chegou em Santa Catarina com a habilitação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) como Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA) na Alta Complexidade⁴. Em levantamento de dados realizado neste Serviço, foi identificado o perfil dos idosos atendidos, observando-se que, aproximadamente, 35% dos pacientes atendidos entre dezembro de 2006 e abril de 2009 eram de pessoas idosas⁵.

Em revisão de literatura sobre a audiologia ligada ao envelhecimento, os autores referem que a perda auditiva associada ao envelhecimento é um fenômeno com alta prevalência nos idosos, podendo levar a inúmeras dificuldades na comunicação interpessoal.⁶ Em virtude disto, indica-se a adaptação de AASI tão logo a perda auditiva seja diagnosticada, pois sabe-se que a indicação precoce pode contribuir para a prevenção da piora da discriminação de fala e de outras alterações relacionadas às questões psicossociais do indivíduo com perda auditiva. Contudo, constata-se uma resistência por parte dos idosos para o uso dos AASI.

Até o fim da década de 80, a grande preocupação dos fonoaudiólogos era encontrar um sistema de amplificação que atendessem plenamente às necessidades acústicas visualizadas somente na audiometria, porém a prática clínica mostrou que grande parte destes usuários, após curto espaço de tempo, abandonava o uso dos AASI.⁷

Contudo, mesmo com tantas evoluções tecnológicas na área dos AASI, as dificuldades relatadas pelos idosos continuam as mesmas. O uso exclusivo dos AASI não garante o sucesso de tal intervenção. É necessário dar continuidade, com a reabilitação auditiva destes idosos, trabalho que prioriza o treinamento auditivo, a instrução para a compreensão de seu problema e do processo de comunicação e da orientação à família. Sem esta intervenção, é possível que o idoso desista do uso dos AASI.

Em muitas oportunidades, a pessoa opta por não utilizar os AASI,

limitando desta forma, o auxílio proporcionado por esta tecnologia.⁸

Com a finalidade de devolver a comunicação aos idosos, o fonoaudiólogo não pode se limitar a atuar apenas como um profissional preocupado com as questões físicas e eletroacústicas da deficiência auditiva, mas deve buscar meios e estratégias que possam conservar as habilidades auditivas, ou seja, a autora sugere que ouvir o idoso pode ser o caminho.⁹

O problema em questão é que os idosos têm uma resistência demasiada em relação ao uso do AASI e quando o fazem, muitas vezes é por causa da insistência da família ou quando o problema da surdez somada ao isolamento já está insustentável. Quando atendidos no LEVA, recebem os AASI através do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva e depois não retornam aos atendimentos posteriores. Não ligam para se justificarem e algumas vezes algum parente aparece com o AASI em mãos querendo devolvê-lo, dizendo que a pessoa idosa não se adaptou.

Diante disto, o objetivo deste estudo foi conhecer e compreender os motivos que levam a pessoa idosa a abandonar o acompanhamento do primeiro mês de seu processo de adaptação do AASI realizado pelo LEVA.

MÉTODOS

Este estudo foi realizado como parte do relatório de sustentação de Mestrado do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, conforme Parecer nº 756/11. Este estudo de caráter qualitativo, tipo exploratório-descritivo foi desenvolvido no Laboratório de Estudos da Voz e Audição (LEVA) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Os sujeitos foram 15 idosos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tinham entre 61 e 92 anos de idade, eram de ambos os sexos, sendo nove homens e seis mulheres que foram atendidos no SASA do LEVA/HU/UFSC e faltaram ao acompanhamento do primeiro mês do processo de adaptação do uso do AASI, entre julho e dezembro de 2010. Destes idosos, 12 eram novos usuários de AASI e três já eram usuários experientes. Coletaram-se dados através de consulta aos prontuários dos idosos atendidos no LEVA para melhor caracterizar os participantes do estudo, grupo de discussão – com sete idosos e entrevista semiestruturada – com oito idosos. Optou-se por utilizar como primeiro método para coleta de

dados a técnica do grupo de discussão que foi realizado em uma sala de aula do HU/UFSC. Para despertar o interesse e iniciar progressivamente a discussão do tema, utilizaram-se técnicas mobilizadoras e métodos dinâmicos acessíveis ao grupo. Visto que a condição auditiva não favorecia os idosos participantes deste estudo, percebeu-se que o método de grupo de discussão não foi o mais adequado para alcançar os objetivos, porém forneceu subsídios para se acreditar que um método mais intimista estaria mais apropriado e resultaria em informações de maior relevância e expressão na busca para a finalização desse estudo. Portanto, para dar continuidade e complementar a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Uma pré-análise dos dados obtidos a partir da transcrição da sessão do grupo de discussão foi realizada e permitiu identificar questões desencadeadoras, que contribuíram com a etapa seguinte de coleta de dados. Estas entrevistas, por sua vez, foram realizadas nos domicílios dos idosos, com a participação do mesmo e de um acompanhante. Todos os momentos foram gravados em fita cassete e transcritos para a análise. A análise de dados foi realizada segundo a técnica da análise de conteúdo.¹⁰ Seguindo-se as etapas sugeridas por esta técnica, os dados foram agrupados em subcategorias, categorias e temas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os motivos que levam o idoso usuário de AASI a ausentar-se do acompanhamento do primeiro mês ofertado pelo Serviço de Saúde Auditiva estão aqui descritos, com base nos relatos dos participantes deste estudo ao responderem à questão de pesquisa proposta. Vale ressaltar que tais motivos se inserem em um contexto pessoal e social no qual se ancora a vivência do idoso usuário do AASI e contribui para os motivos que levam à ausência ao acompanhamento.

Após os idosos receberem orientações e iniciarem o uso do AASI, devem retornar ao Serviço de Fonoaudiologia para que seja realizada a etapa do acompanhamento, momento este quando entre outras atividades, identificam-se as dificuldades encontradas pelos idosos no primeiro mês de uso do mesmo. Esta etapa possibilita a realização dos ajustes de moldes e regulagens, desde que necessárias. Cuidadosamente, os idosos foram orientados ao longo dos três atendimentos anteriores de que o benefício dos AASI poderia não ser alcançado logo nos primeiros dias, já que a audição precisa ser reaprendida. É comum que muitos pacientes utilizem os AASI de maneira inadequada, deixem de usá-los ou sintam-se desestimulados ao

uso quando desconhecem estas orientações.

Por mais que as portas dos Serviços estejam abertas para qualquer tipo de necessidade do paciente, a ida ao Serviço envolve outras questões dificultadoras como: iniciativa do usuário ou familiar para buscar agendamento no Serviço, disponibilidade de transporte pela Secretaria Municipal de Saúde, disponibilidade do usuário ou familiar em se locomover para o Serviço, entre outras.¹¹

Nesse estudo, evidenciaram-se os motivos, conforme mostram as categorias descritas a seguir, que compõem esse tema: autodispensa do retorno, condição de saúde do idoso, desuso do AASI e falta de referência do Serviço.

Vínculo com o atendimento fonoaudiológico

O acompanhamento é indispensável a todos os sujeitos usuários de AASI, pois o profissional pode compreender quais as dificuldades do paciente e assim, juntos, buscar soluções.¹² As autoras inferem que a orientação e o acompanhamento são quesitos primordiais para o sucesso do uso efetivo dos AASI, não podendo diminuir em hipótese alguma a sua importância nos atendimentos dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva.

O não comparecimento dos pacientes aos atendimentos é um fato que não é restrito somente ao serviço público e em qualquer lugar causa transtornos a quem oferece o atendimento e ao serviço, uma vez que este horário poderia ter sido preenchido por outra pessoa que realmente necessitava do atendimento.

Além de tudo, como foi descrito anteriormente, este é o momento onde recebem orientações adequadas e ainda, reforços quanto às questões de uso, manuseio e adaptação. Porém, alguns idosos sentiram-se tão bem adaptados, tão satisfeitos com os AASI que acharam que não havia a necessidade de retornar ao serviço no hospital. Dentre estes sujeitos, houve aqueles que já eram usuários experientes de AASI e por isso se dispensaram do atendimento, já que se sentiam bem e acreditavam que não havia nada mais para fazer no acompanhamento e; havia aqueles que apesar de serem novos usuários e terem superado as dificuldades da adaptação, também acreditavam que não havia mais a necessidade de retorno. Um estudo corrobora estes achados, quando descreve as atividades do serviço social de outro Programa de Saúde Auditiva em Santa Catarina, mostrando que os pacientes se ausentam dos atendimentos devido a não adaptação aos AASI ou defeito apresentado neles ou boa adaptação sem sentir a necessidade de

retornar.¹³

Houve um caso que, somado ao fato de ser usuário experiente, o idoso era responsável pela mãe doente, que residia na mesma moradia e era totalmente dependente de cuidados. Diante disto, não podia se ausentar por muitas horas, já que não tinha outra pessoa para substituí-lo.

Uso aparelho há muitos anos, se tivesse dado problema já tinha dado jeito de ir, né? (I – 11)

Eu achava que tava bom né? Por isso que eu não quis ir. (I – 13)

Também estava cuidando da minha mãe doente e não tinha quem ficasse com ela pra eu ir lá no HU. (I – 11)

A ausência ao Serviço de Fonoaudiologia do HU pode ser justificada pela falta de referência. Os idosos têm dificuldades em criar vínculo com o serviço, talvez por falha da equipe de não ter demonstrado isto de forma enfática ou pelos idosos já estarem acostumados com um determinado local (centro auditivo) ou ainda, por ser mais fácil para eles procurar ajuda perto de casa, por exemplo, a Unidade Básica de Saúde.

O fato é que nestes casos, devido à ajuda não ter sido solicitada no local correto, onde haveria atendimento especializado com profissionais que conhecem o histórico de cada paciente, os idosos permaneceram mal informados, perdendo a oportunidade de melhorar as condições de uso dos AASI. Um dos idosos que apresentou o pretexto de que o centro auditivo o dispensou do atendimento no HU, era usuário experiente e talvez por este motivo, já explanado acima, tenha interpretado mal alguma recomendação da loja e entendeu o que lhe era mais conveniente.

Um estudo descreve algo parecido no qual os pacientes estavam desmotivados a procurar ajuda para solucionar os problemas e muitos não sabiam aonde ir para fazê-lo, demonstrando, mais uma vez, que eles não conseguem focalizar que o centro de referência é o lugar onde fizeram todos os atendimentos anteriores da saúde auditiva e não o centro auditivo ou a clínica que faz exames.¹⁴

Não fui porque pensava que eu ia melhorar, mas não... fiquei esperando... acabei indo no postinho ((lesão causada pela pré-moldagem)) (I – 10)

[...] quando eu fui lá na loja pegar mais pilha, eles me falaram que não tinha mais precisão de voltar no HU. (I – 12)

Minha carteirinha do passe tava vencendo aí eu fui lá naquela clínica do centro pra fazer os exames novos do ouvido. (I – 12)

Ainda neste estudo, confirmam que boa parte dos indivíduos selecionados para a casuística não retornavam ao acompanhamento naquele serviço há mais de um ano.¹⁴ Os dados a seguir refletem os motivos que fizeram os idosos ausentarem-se do acompanhamento de seu processo de adaptação, confirmando, em parte, a afirmação da autora de que algumas vezes percebe-se o desinteresse de alguns pacientes em relação a este atendimento, principalmente, por já terem recebido o benefício.

Condição de saúde

Em pesquisas na área da Fonoaudiologia, não se encontrou evidências de que os idosos deixam de ir aos atendimentos por motivos de saúde. Entretanto, é próprio do processo de envelhecimento as alterações funcionais com consequentes diminuição das funções orgânicas e das reservas fisiológicas, acarretando no indivíduo a predisposição às doenças crônicas ou a eventos incapacitantes.¹⁵ As doenças crônicas não-transmissíveis podem afetar a funcionalidade dos idosos. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5%, na faixa etária de 60 anos, para cerca de 50% entre aqueles com 90anos ou mais.¹⁶

Tais problemas dificilmente resultam de uma única causa e mesmo se expressando de forma aguda ou crônica é sempre um processo complexo que exige cuidado especializado.¹⁷

Como os idosos do estudo tinham idade entre 61 e 92 anos, estiveram sujeitos a apresentarem complicações de problemas crônicos de saúde já instalados ou sofrerem outros agravos entre o período que receberam o aparelho e a realização da pesquisa. E por este motivo, alguns idosos deste estudo ausentaram-se do acompanhamento.

Nestas condições, é fácil compreender que a saúde geral está em primeiro lugar, visto que representa uma condição muito importante para o bem-estar do idoso. Para explicar melhor a representatividade que a saúde tem na vida do idoso, buscou-se nas representações sociais explicação para as afirmações acima. A saúde representa o centro de energia para as atividades, sendo priorizada acima de tudo, também foi imaginada como essencial para o ser humano continuar produzindo.¹⁸ Já em outra pesquisa, quase todos os sujeitos entrevistados citaram a autonomia e a execução de atividades de forma independente como representações para a saúde.¹⁹

De acordo com esta última representação, pode-se inferir que diante de um evento incapacitante como uma doença ou um acidente,

idoso e família fragilizam-se, e esta última tende a proteger o idoso em demasia, mesmo após sua recuperação, decidindo o que deveria ser prioridade na vida do idoso naquele determinado momento. Ou seja, cuidar da saúde geral do idoso vira prioridade máxima e a saúde auditiva é deixada para trás, esquecendo que o benefício trazido pelos AASI melhora a qualidade de vida do idoso, mesmo que ele esteja debilitado, como revelam os depoimentos a seguir.

Eu faltei porque enfartei. (I – 3)

Eu não pude vim porque me deu esse derrame. (I – 6)

Ele está em tratamento de câncer de próstata. Ficou muito debilitado no início, não queríamos tirar ele de casa. (A – 8)

Eu estava no hospital. Fui atropelado e fiquei um mês internado.

Quebrei os dois braços e fiquei mais 2 meses de cama. (I – 14)

O abandono do uso do AASI

O fato dos idosos terem desistido do uso dos AASI também faz com que faltem ao acompanhamento, é como se o atendimento não tivesse mais finalidade. Além disso, a decisão parece ter sido tomada somente pelo idoso e por não haver alguém com orientações suficientes para encorajá-lo a continuar usar e fazer o retorno, acabam por esquecer o assunto. Em um estudo foram encontrados vinte e dois pacientes que desistiram do uso dos AASI, porém não faz menção sobre o comparecimento ao acompanhamento uma vez que seu estudo foi realizado com pacientes adaptados há quatro meses.²⁰

Já nesta pesquisa, um dos indivíduos referiu não utilizar mais os AASI há mais de 14 meses e também foi aplicada em pacientes que tinham sido adaptados há três meses.²¹

Eu faltei pelo seguinte: porque eu não tava usando né. Digo: - Eu não vou lá! Usei no máximo duas semanas. (I – 9)

Não voltei porque não usei os aparelhos. A senhora pode até levar, assim vai ajudar outra pessoa. (I – 15)

Desvantagens relatadas pelo usuário desistente

As queixas relacionadas à compreensão da fala em ambientes com várias pessoas falando são bem comuns e também foram observadas entre os idosos deste estudo.

Quando estou em um aglomerado de pessoas que estão conversando

assim, eu não entendo nada [...] escutar eu escuto, mas não entendo nada. (I – 9)

A desvantagem mais recorrente entre os idosos que deixaram de usar os AASI foi de que sons amplificados lhes eram muito desconfortáveis. Até mesmo os pequenos sons lhes pareciam exagerados. Diante da experiência com adaptação de AASI com pacientes atendidos no SASA, percebe-se que os usuários de AASI, principalmente, os principiantes, querem somente escutar e compreender a fala. Pequenos sons de fundo e de forte intensidade são geralmente ignorados pelos pacientes, sobretudo os idosos.

Para justificar e confirmar esta causa de abandono do uso dos AASI também levantada nesta pesquisa, uma referência pesquisada alega que é comum os usuários relatarem desconforto acústico logo após a adaptação dos AASI e abandonar o uso. Esclarece que isso ocorre porque o sistema auditivo precisa de tempo para se acostumar a ouvir novamente e ressalta a necessidade dos AASI estarem regulados com o ganho necessário para novos usuários, diminuindo as chances de causar desconforto.²⁰ É interessante recordar que estes idosos são novos usuários, portanto a afirmação da autora vem de encontro com a situação destes sujeitos.

Ele me incomodava até no andar, nas passadas que eu dava. (I – 9)
Não gosto de sair na rua porque tem muito barulho, não agüento, é muito alto! (I – 8)
Aquela zoada dentro da minha cabeça não dava de agüentar. [...] Parecia que o mundo ia se acabar! (I – 15)

Escutar e não entender também é uma reclamação encontrada na fala de um idoso que desistiu do uso dos AASI.

Escuto a voz das pessoas, mas não divulgo ((entendo)). (I – 15)

Manusear os AASI para os idosos geralmente é uma tarefa difícil, por isso alguns necessitavam do auxílio de outra pessoa. Em alguns casos, não conheciam o funcionamento dos AASI, não sabiam substituir pilhas ou ajustar o melhor volume.

Não consigo mexer no aparelho, dependo de uma filha ou uma neta. (I – 15)
Não sei lidar com ele. É essa filha que faz tudo pra mim. (I – 8)
Tentava mexer no volume, mas parecia que não resolvia. (I – 9)

Diante dos relatos acima, percebeu-se que estes achados são comuns a pesquisas de outros estudiosos, os quais relatam que um dos indivíduos referiu não utilizar mais os AASI há mais de 14 meses, pois não apresentava benefício com os mesmos e sentia desconforto com os moldes, optando por devolvê-los.²¹

Uma pesquisadora elencou os motivos que fizeram com que estes pacientes deixassem de usar os AASI: desconforto com a amplificação (consideram o som forte), dificuldade de manipulação, AASI quebrado e questões estéticas.²⁰ Com exceção do AASI quebrado, os outros fatores também foram levantados nesta pesquisa.

Sentimentos do usuário desistente

Uma das reações mais comuns da pessoa com perda auditiva é a negação, que depende da forma de aquisição da perda auditiva. Quando a perda acontece gradualmente, o idoso não percebe suas dificuldades, uma vez que se habitua a elas.²² Estas autoras asseguram que embora o encaminhamento médico para o uso dos AASI já pressuponha a impossibilidade de tratamento clínico, é comum encontrar idosos que relutam em aceitar a perda e continuam buscando outros especialistas e tratamentos alternativos. O relato abaixo ilustra tal afirmação.

[...] A médica disse que a minha surdez e o chiação eram normais para a minha idade, mas eu nunca concordei com isso. O meu problema é por causa daquele acidente que eu sofri. [...] Porque meu problema era na cabeça. Eu queria fazer uma ressonância pra ter certeza, porque dependendo do resultado, quem sabe a médica tira o aparelho. (I – 9)

Observa-se, muitas vezes, no comportamento dos idosos, que há certa intolerância e impaciência frente ao processo de adaptação. Eles desejam e acreditam que os resultados do uso dos AASI serão imediatos e eficientes. Entretanto, como já foi mencionado, o sistema auditivo precisa de um tempo para se acostumar com os sons e esta “recuperação” está ligada ao tempo de privação auditiva de cada sujeito. Portanto, reagem mal quando sua expectativa é frustrada e tendem a ser taxativos quanto ao abandono dos AASI. O trecho a seguir ilustra com clareza esta passagem:

Quando ela colocava ((filha)), parecia que eu ia lá em cima nas nuvens e voltava, daquele barulhão. Em vez de melhorar, piorou! Mandei a filha devolver isso! [...] Eu agradeço a preocupação por ter vindo até

aqui na minha casa, mas eu não vou usar estes aparelhos não. (I – 15)

O sentimento de tristeza aparece entre os idosos que desistiram do uso dos AASI por não poder participar ativamente de uma conversa com outras pessoas.

Fico triste de não entender o que eles dizem, mas é só chegar bem pertinho de mim que eu escuto. (I – 15)

Ah fico triste, fico. Por não escutar os outros. (I – 8)

Condição socioeconômica

Sendo a maior parte dos usuários do Sistema Único de Saúde pessoas de baixa renda e nível de escolaridade, incluindo os idosos deste estudo, é esperado que durante o transcorrer de todo o processo de seleção, indicação e adaptação ao uso dos AASI, problemas de ordem socioeconômica possam surgir.

Os problemas levantados dizem respeito a falta de transporte próprio para se locomover até o serviço, dificuldade de tomar a locomoção disponível devido ao analfabetismo (neste caso do casal idoso), problemas de saúde (cegueira unilateral, diabetes), dependência de um acompanhante. O transporte e a locomoção são problemas externos e de infraestrutura que acabam por interferir no grau de competência do idoso para atender seus problemas de saúde. Por isso a importância da descentralização dos serviços para facilitar o acesso das pessoas em suas próprias comunidades.

Um estudo demonstrou que nenhum dos sujeitos entrou em contato com o serviço para tentar solucionar seus problemas e quando a pesquisadora entrou em contato com os mesmos a fim de convidá-los para participar do estudo, justificaram a ausência por ter dificuldades financeiras, de acessibilidade ou de disponibilidade.²³

A Síntese de Indicadores Sociais IBGE,²³ identificou que entre pessoas com 60 anos ou mais, 14,6 milhões (76,6%) eram beneficiárias da Previdência. Entre as pessoas sem instrução ou com menos de um ano de estudo, a proporção era de 33,5% e, no de 65 anos ou mais, 36,6%. Nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina possuidores de grande número de pessoas idosas, apresentavam percentuais mais baixos de pessoas de 60 anos ou mais com baixa escolaridade, de apenas 15,1%, 17,7% e 16,1%, respectivamente, valores muito abaixo da média nacional. Estes resultados reforçam a importância da instrução para a melhoria da qualidade de vida que gera

um maior bem-estar e, além disso, maior longevidade. Essa mesma publicação informa que em 2006, 12,4% dos idosos viviam com rendimento médio domiciliar *per capita*, de até ½ salário mínimo, o que poderia ser considerada uma situação de pobreza.

Não tenho condição de pegar ônibus por causa da minha visão, eu não enxergo de um olho. Além disso, eu e minha esposa não sabemos ler. Dependo dos netos, mas às vezes nenhum quer ajudar. (I – 10)

Eu não tenho como ir sozinha, não sei pegar ônibus até Florianópolis, só até o centro de Biguaçu. Meu marido também não. Tenho diabetes e fico muito nervosa quando saio de casa. Dependo da minha irmã, mas agora ela tá trabalhando e não pode sair. (I – 11)

Sabe-se que o maior desafio na atenção ao idoso é conseguir estimular suas potencialidades para que, apesar das progressivas limitações que possam apresentar, eles possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.¹

CONCLUSÃO

Conhecer os idosos que se ausentaram do acompanhamento de seu processo de adaptação e suas demandas sociais é fundamental para o trabalho da equipe envolvida na protetização do idoso com deficiência auditiva, pois com o conhecimento e compreensão dos motivos que os levaram a abandonar este atendimento pode-se desenvolver estratégias que minimizem a falta de adesão ao SASA.

Apesar do trabalho de acolhimento realizado pelo serviço social na equipe do LEVA, conclui-se que seja necessário uma abordagem posterior à adaptação, pois é preciso ouvir individualmente cada paciente que não retorna ao acompanhamento e assim, estimular sua capacidade para o autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria 2.073/04, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. [citado em 2010 mar. 16]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.

2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
3. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 239, de 30 de março de 2006. [citado em 2010 mar. 16]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-239.htm>>.
5. Freiburger F, Gonçalves LHT. Caracterização dos idosos atendidos no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva da UFSC. In: Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 6; Jornada Catarinense de Geriatria e Gerontologia, 5; 2009. Anais... Florianópolis: SBGG; 2009.
6. Veras RP, Mattos LC. Audiologia do envelhecimento: revisão de literatura e perspectivas atuais. Rev. Bras. Otorrinol 2007; 73(1):128-34.
7. Russo ICP. Uso de Próteses Auditivas em Idosos Portadores de Presbiacusia: Indicação, Adaptação e Efetividade. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1988.
8. Miranda EC, Gil D, Iorio MCM. Treinamento auditivo formal em idosos usuários de próteses auditivas. Rev Bras Otorrinol, v. 74, n. 6, p. 919-925, 2008b.
9. Russo ICP. Distúrbios da Audição: A Presbiacusia. In: _____. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p.51-82.
10. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª. ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
11. Dayrell MCP, Januário GC. O papel do gestor nos serviços de saúde auditiva e o desafio do acompanhamento em saúde auditiva. IN: Bevilacqua MC, Martinez MAN, Balen SA, Pupo AC, Reis ACMB, Frota S, organizadores. Saúde auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2010. p. 157-77.

12. Freitas CD, Costa MJ. Processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em uma instituição pública federal – parte I: resultados e implicações com o uso da amplificação. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007; 73(6):744-51.
13. Silva AG. A atuação do serviço social no serviço de atenção à saúde auditiva: um relato de experiência. In: Balen SA, Pagnossim DF, Fialho IM, Zimmermann KJ, Roggia SM, organizadores Saúde auditiva: da teoria à prática. São Paulo: Santos; 2010. p.33-41.
14. Lopes AS. Adaptação de prótese auditiva em adultos e idosos em um programa de atenção à saúde auditiva [dissertação]. Santa Maria: Curso de Pós-Graduação em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria; 2010.
15. Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2006.
16. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Sousa RM, Santana RF, Espírito Santo FH, Almeida JG, Alves LAF Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátrica. *Esc. Anna Nery* 2010; 14(4):732-41.
18. Pinheiro CF, Teixeira MCTV. Um estudo sobre as representações sociais de assuntos relevantes para as pessoas idosas. *Boletim de Iniciação Científica e Psicologia.* 2003, 4(1):25-40.
19. Teixeira MCTV, Schulze CMN, Camargo BV. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. *Estudos de Psicologia.* 2002, 7(2):351-59.
20. Morettin M. Avaliação dos benefícios e satisfação dos usuários de aparelho de amplificação sonora individual nos serviços de audiologia do SUS. [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2008.

21. Freitas CD. Resultados e implicações do processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em uma instituição pública federal. [dissertação] Santa Maria: Curso de Pós-Graduação em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria; 2006.
22. Iervolino SMS, Castiglioni M, Almeida K. A orientação e o aconselhamento no processo de reabilitação auditiva. In: Almeida K, Iorio MCM, organizadores. Próteses auditivas. Fundamentos teóricos & Aplicações clínicas. São Paulo: Lovise; 2003. p. 411-35.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento pelo qual passa nossa sociedade caracteriza-se cada vez mais como um desafio para os serviços públicos de saúde que necessitam reestruturarem-se para oferecer, com qualidade, atendimento especializado e em diferentes níveis de complexidade. As políticas de proteção à pessoa idosa consideram, entre outros, a comunicação como fundamental, pois se trata de um processo dinâmico que permite às pessoas tornarem-se acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações.

Neste sentido, fica evidente que é papel do fonoaudiólogo como membro da equipe de saúde, contribuir na melhoria das condições de saúde das pessoas idosas e em especial, aquelas com deficiência auditiva, diminuindo o impacto psicossocial que esta deficiência provoca em sua vida e de sua família.

No que se refere aos idosos que se candidatam ao uso dos AASI, a Fonoaudiologia juntamente com outras áreas profissionais, tem favorecido sua comunicação ao considerar as necessidades pessoais do ser humano e ainda, contribuído para que esta comunicação seja efetiva. É evidente que o uso adequado e a adaptação aos AASI são uma grande preocupação destes profissionais, assim como o seu acompanhamento, de maneira a manter o controle dos problemas de saúde, contribuindo com a manutenção de um envelhecer ativo, que permita aos idosos desfrutarem dos direitos que lhe são garantidos.

Diante do crescente interesse em se estudar a adaptação dos AASI como parte da reabilitação auditiva, notou-se que muitos dos estudos recentes sobre este assunto têm uma conclusão em comum, a necessidade da criação de programas de reabilitação para indivíduos idosos portadores de deficiência auditiva. A implementação de tal atividade pode possibilitar que o fonoaudiólogo acompanhe o desenvolvimento do idoso por mais tempo, transmitindo de forma gradual e adequada às dificuldades dos idosos, as informações pertinentes ao processo de adaptação bem como o treino de manipulação dos AASI e moldes.

Alguns dos fatores descritos no primeiro artigo, referentes à vivência do idoso usuário de AASI contribuem para as justificativas de ausência ao acompanhamento do primeiro mês durante o processo de adaptação, uma vez que sem as referências adequadas ou familiares presentes, os idosos não conseguem memorizar as orientações

fornecidas e assim, não compreendem como e onde procurar auxílio, tampouco tomar as atitudes corretas para um bom desempenho no seu processo de adaptação. Já alguns idosos, que receberam o AASI e não compareceram ao acompanhamento, porque estavam bem adaptados, demonstrando a superação das dificuldades e as vantagens com a utilização do AASI, o que lhes proporcionou maior interação social e facilidade na comunicação. Isto mostra a importância do acesso da pessoa idosa ao AASI e o quanto a política de saúde auditiva veio favorecer para a qualidade de vida dessas pessoas, como mostraram as categorias *Alcance do som no uso do AASI* e *A difícil adaptação ao uso do AASI*.

Contudo, há a necessidade de um acompanhamento direcionado à pessoa idosa já que estes indivíduos necessitam de atenção especial e de um tempo dedicado exclusivamente a eles, respeitando acima de tudo suas limitações. Para tal, mais de um atendimento durante o processo de adaptação do AASI seria o desejável. Além disso, o profissional que realiza o atendimento, também precisa estar preparado para atender de forma sensível esta população, pois é necessário um olhar diferenciado para transmitir com calma e paciência as orientações ao idoso e sua família.

Todavia, uma parte dos idosos deste mesmo grupo não compareceu ao acompanhamento e tampouco buscou pelo serviço para resolução de problemas apresentados e os resultados revelaram que eles justificaram as ausências ao acompanhamento de seu processo de adaptação, por razões como a falta de vínculo com o atendimento fonoaudiológico, demonstrando que o idoso não recorre ao centro de referência para solução de problemas e que ele se autodispensa dos atendimentos, não importando o estado de sua adaptação. Outros motivos que levaram os idosos a se ausentarem do acompanhamento fonoaudiológico foram sua condição de saúde e a condição socioeconômica, além do desinteresse e o abandono do uso do AASI fazendo os idosos privarem-se do acompanhamento do primeiro mês.

O abandono do uso dos AASI traz desconforto, pois ao se analisar as falas dos idosos, pode-se verificar que a maioria das razões para que isto aconteça, tem relação com o controle da audição amplificada. Ou seja, são queixas dos idosos relacionadas ao ouvir com os AASI e que se tivessem sido monitoradas pelo fonoaudiólogo no acompanhamento do primeiro mês, seriam de fácil resolução.

Os resultados desse estudo mostram que o apoio familiar é importante e deve ser reconhecido e incentivado pelo fonoaudiólogo, uma vez que, na maior parte das vezes, a comunicação do idoso com

deficiência auditiva está restrita à família.

Controlar as expectativas frente à protetização, conscientizando o indivíduo quanto às limitações deste processo, também é um fator importante que auxilia no sucesso da adaptação ao uso dos AASI. Assim como conhecer os reais obstáculos durante a reabilitação auditiva fará com que o idoso esteja preparado para este caminho de conquistas.

Ter conhecido os motivos que levaram este grupo de idosos a se ausentarem do acompanhamento de seu processo de adaptação e suas demandas sociais e de saúde foi fundamental para o trabalho da equipe envolvida na protetização da pessoa idosa com deficiência auditiva, pois com esse conhecimento pode-se desenvolver estratégias de resgate e reintegração dos idosos à reabilitação, além de minimizar a falta de adesão ao Serviço de Atenção à Saúde Auditiva.

Apesar do trabalho de acolhimento realizado pelo serviço social na equipe multiprofissional do LEVA, conclui-se que seja necessária uma abordagem posterior à adaptação, pois é preciso ouvir individualmente cada paciente que não retorna ao acompanhamento e assim, estabelecer uma abordagem que favoreça uma comunicação efetiva capaz de estimular sua capacidade para o autocuidado e apoiar o idoso e sua família na adaptação ao AASI.

A saída para o campo foi fundamental para se conhecer a realidade de cada sujeito e assim, compreender e respeitar as razões fornecidas pelos idosos. O estudo contribui para que a equipe multiprofissional do LEVA, diante dos dados levantados, avalie o acolhimento e a abordagem realizada nos atendimentos ao idoso deficiente auditivo, uma vez que fornece subsídios, por exemplo, para se repensar questões quanto às regulagens dos AASI.

Concluindo esse estudo, que se limita ao contexto da vivência dos idosos participantes, pode-se dizer que traz contribuições para a área da saúde do idoso, na produção do conhecimento e na formação de recursos humanos na área da Fonoaudiologia, no que tange ao estudo da adaptação aos AASI de pessoas idosas, além de contribuir concretamente com subsídios relevantes para a assistência às pessoas idosas no LEVA/HU/UFSC.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K; IORIO, MCM. **Próteses auditivas**: fundamentos teóricos & aplicações clínicas. 2. ed. São Paulo: Ed. Lovise, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BATISTA, A.C.M.; SAMPAIO, F.M. Nível de satisfação dos idosos usuários de próteses auditivas doadas pela APAC-NAMI-UNIFOR. **RBPS**, v.18, n.1, p. 7-10, 2005.

BESS, F.H.; HUMES, L.E. **Fundamentos de Audiologia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

BILTON, T.L.; COUTO, E.A.B. Fonoaudiologia em Gerontologia. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L., (ORGs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1170-79.

BRASIL, Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Resolução 305**, de 06 de março de 2004d. Código de Ética Profissional. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/paginas_internas/pdf/codeport.pdf>. Acesso em 16 mar 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 589**, de 08 de outubro de 2004c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>. Acesso em 16 mar 2010.

BRASIL. **Decreto nº 1.948**, de 3 de julho de 1996a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em 16 mar 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>>. Acesso em 16 mar 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2.073/04**, de 28 de setembro de 2004a. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>. Acesso em 16 mar 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.528**, de 19 de outubro de 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idoso.pdf>>. Acesso em 28 de abril de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 239**, de 30 de março de 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-239.htm>>. Acesso em 16 mar 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 587**, de 07 de outubro de 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>. Acesso em 16 mar 2010.

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Portaria 1.395**, de 09 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20-24

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a nº 53/2006. Brasília: Senado Federal/Subsecretaria de Edições Técnicas; 2007.

CAMPOS, K.; OLIVEIRA, J.R.M.; BLASCA, W.Q. Processo de adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual: elaboração de um DVD para auxiliar a orientação a indivíduos idosos. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v.15, n.1, p.19-25, 2010.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 285-293, 1996.

CARLOS, R.C. **O idoso no sistema público de saúde e o processo de reabilitação auditiva**: um estudo exploratório. 1994. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

CARVALHO, J.S.A. Satisfação de idosos com aparelhos auditivos concedidos no estado do Tocantins. **Arq Int Otorrinolaringol.**, v.11, n.4, p.416-426, 2007.

COSTA, K.C.F.; RUSSO, I.C.P.; FRIEDMAN, S. O sentido da deficiência auditiva e do uso de aparelhos de amplificação sonora para idosos. **Distúrb. Comun.**, São Paulo, v.19, n.3, p.375-387, dez. 2007.

DAHER, C.V.; PISANESCHI, E. A política nacional de atenção à saúde auditiva: a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva no SUS. IN: Bevilacqua, M.C.; Martinez, M.A.N.; Balen, S.A.; Pupo, A.C.; Reis, A.C.M.B.; Frota, S., (Orgs.). **Saúde auditiva no Brasil**: políticas, serviços e sistemas. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010. p. 15-29.

DALL´AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DATASUS – Ministério da Saúde. **Indicadores Demográficos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?edb2008/a14.def>>. Acesso em 16 mar 2010.

DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.8, p. 1887-1196, 2008.

FLORIANÓPOLIS. **Instrução Normativa 06/PEN/2009**, de 02 de dezembro de 2009. Disponível em: http://www.pen.ufsc.br/docs/Instru%C3%A7ao%20Normativa%2006.2009%20-%20trabalhos%20terminais_2.pdf. Acesso em 11 maio 2011.

FIALHO, I.M.; BORTOLI, D.; MENDONÇA, G.G.; PAGNOSSIM, D.F.; SCHOLZE, A.S. Percepção de idosos sobre o uso de AASI concedido pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. CEFAC**, v.11, n.2, p.338-344, abr./jun. 2009.

FREIBERGER, F.; GONÇALVES, L.H.T. Caracterização dos idosos atendidos no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva da UFSC. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 6; JORNADA CATARINENSE DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 5, 2009. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: SBGG, 2009. p.8.

FREITAS, C.D.; COSTA, M.J. Processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em uma instituição pública federal – parte II: resultados dos questionários de auto-avaliação. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, v.73, n.5, p.660-70, 2007a.

FREITAS, C.D.; COSTA, M.J. Processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em uma instituição pública federal – parte I: resultados e implicações com o uso da amplificação. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, v.73, n.6, p.744-751, 2007b.

HULL, R.H. Assistência ao Paciente Idoso. In:_____. (Orgs.) **Tratado de audiologia clínica**. 3 ed. São Paulo: Manole, 1989. p. 1063-1074.

IERVOLINO, S.M.S.; CASTIGLIONI, M.; ALMEIDA, K. A orientação e o aconselhamento no processo de reabilitação auditiva. In: ALMEIDA, K.; IORIO, M.C.M. (Orgs.). **Próteses Auditivas: fundamentos teóricos & Aplicações clínicas**. São Paulo: Lovise, 2003. p. 411-435.

JORDÃO, F.P. O uso de pesquisas qualitativas em eleições. In: FIGUEIREDO, R.; MALIM, M. (Orgs.) **A conquista do voto**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p.47-64.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v. 10, n. 5, p. 124-136, 2004.

KOCHKIN, S. MarkeTrack VII: hearing loss population tops 31 million people. **The Hear Rev.**, v.12, n.7, p.16-29, 2005.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MATAS, C.G.; IORIO, M.C.M. Verificação e Validação do Processo de Seleção e Adaptação de Próteses Auditivas. In: ALMEIDA, K.; IORIO, M.C.M. **Próteses Auditivas: Fundamentos Teóricos & Aplicações Clínicas**. 2ª ed. revisada e ampliada. São Paulo: Ed. Lovise, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, E.C. ; CALAIS, L.L. ; VIEIRA, E.P. ; CARVALHO, L.M.A. ; BORGES, A.C.L.C. ; IORIO, M.C.M. Dificuldades e benefícios com o uso de prótese auditiva: percepção do idoso e sua família. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, v.13, n.2, p.166-72, 2008a.

MIRANDA, E.C.; GIL, D.; IORIO, M.C.M. Treinamento auditivo formal em idosos usuários de próteses auditivas. **Rev Bras Otorrinol**, v. 74, n. 6, p. 919-925, 2008b.

MIYATA, D.F.; VAGETTI, G.C.; FANHANI, H.R.; PEREIRA, J.G.; ANDRADE, O.G. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v.9, n.2, p.135-140, mai./ago. 2005.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.3, p. 44-57, 2004.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L., (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Páginas do capítulo

POLIT, D.F.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Tradução de Regina Machado Garcez, 3. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L., (Orgs.). **Tratado de**

geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 72-78.

RIBEIRO, L.M.; RASERA, E.F. Os idosos e o uso de próteses auditivas: identificando os repertórios interpretativos que justificam essa decisão. **Psicologia & Sociedade**, v.20, n.3, p.425-433, 2008.

RODRIGUES, R.A.P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRICIO, S.C.C.; CRUZ, I.R.; LANGE, C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.3, p.536-45, jul./set. 2007.

ROSA, M.R.D.; DANTE, G.; RIBAS, A. Programa de orientação a usuários de prótese auditiva e questionários de auto-avaliação: importantes instrumentos para uma adaptação auditiva efetiva. **Arq. Int. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.10, n.3, p.220-227, 2006.

RUSCHEL, C.V.; CARVALHO, C.R. e GUARINELLO, A.C. A eficiência de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, v.12, n.2, p.95-8, 2007.

RUSSO, I.C.P. Distúrbios da Audição: A Presbiacusia. In: _____. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade.** Rio de Janeiro: Revinter, 2004a. p.51-82.

RUSSO, I.C.P. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade.** Rio de Janeiro: Revinter, 2004b.

RUSSO, I.C.P. **Uso de próteses auditivas em idosos portadores de presbiacusia:** indicação, adaptação e efetividade. 1988. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação) Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1988

SANTA CATARINA, Secretaria Estadual de Saúde. **Deliberação 425/CIB/10:** Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência. Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=991%3Anova-ppi-da-assistencia&catid=136%3Adocumentos-ppi&Itemid=28>. Acesso em 05 fev 2011.

SANTA CATARINA, Secretaria Estadual de Saúde. **Deliberação 102/CIB**: Manual operativo de atenção à pessoa portadora de deficiência auditiva no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?searchword=manual+operativo+de&ordering=&searchphrase=all&limit=20&Itemid=293&option=com_search>. Acesso em 28 jan 2011.

SANTA CATARINA, Secretaria Estadual de Saúde. **Plano para a organização da rede de assistência à pessoa portadora de deficiência física em Santa Catarina**. Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/plano_deficiente_auditivo/PLANO%20AUDITIVA%20-%20vers%E3o%20final%20P%D3S%20CIB.doc>. Acesso em 28 jan 2011

SUMAN, P.; BLASCA, W.Q.; FERRARI, D.V. Avaliação subjetiva da expectativa quanto ao uso do aparelho de amplificação sonora individual: correlação com aspectos auditivos, sociais e econômicos. **Distúrb. Comun.**, São Paulo, v.20, n.1, p.107-114, abr. 2008.

TANNURE, M.C.; ALVES, M.; SENA, R.R.; CHIANCA, T.C.M. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n.5, p. 817-822, 2010.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis Revistas de Saúde Coletiva**, v. 19, n3, p. 777-796, 2009.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Ed. Atlas S.A., 1992.

VERAS, R.P; MATTOS, L.C. Audiologia do envelhecimento: revisão de literatura e perspectivas atuais. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, v.73, n.1, p.128-34, 2007.

VIEIRA, E.P.; MIRANDA, E.C.; CALAIS, L.L.; CARVALHO, L.M.A.; IORIO, M.C.M.; BORGES, A.C.L.C. Proposta de acompanhamento em grupo para idosos protetizados. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, v.73, n.6, p.752-758, 2007.

WEINBERGER, M. Social and Psychological Consequences of legitimating a Hearing Impairment. **Soc. Sci.Med.**, v.14a, n.3, p.213-222, 1980.

WEINSTEIN, B.E. Presbiacusia. In: KATZ, J. (Org.). **Tratado de audiologia clínica**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1999.

WELLER, W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educação e Pesquisa**, v. 32, n.2, p. 241-260, 2006.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

APÊNDICES**APÊNDICE A – DADOS COLHIDOS EM PRONTUÁRIOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA -
 BRASIL
 Tel. (48) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (48) 3721.9787
 E-mail: pen@nfr.ufsc.br
 Homepage: www.nfr.ufsc.br/pen

DADOS COLHIDOS EM PRONTUÁRIOSDados Sócio-Demográficos

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M
 Cidade de _____ origem:

Moradia: () Sozinho () Família ou Acompanhante

Acompanhante no atendimento: () Sim () Não

Situação Ocupacional: () Aposentado () Trabalha

Dados históricos do uso de AASI

Usuário anterior de AASI? () Sim () Não

Se sim, há quanto tempo? _____

Se sim, uso uni ou bilateral: () Unilateral () Bilateral

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA -
BRASIL

Tel. (48) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (48) 3721.9787

E-mail: pen@nfr.ufsc.br

Homepage: www.nfr.ufsc.br/pen

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar este documento estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida pela fonoaudióloga Francine Freiburger (pesquisadora principal) e orientada pela Dra. Ângela Maria Alvarez (pesquisadora responsável).

Compreendo que participarei de uma pesquisa que pretende compreender os motivos que levam a pessoa idosa a privar-se do acompanhamento de seu processo de adaptação do AASI realizado pelo LEVA/HU/UFSC.

Este estudo aspira também, caracterizar o perfil do idoso atendido pelo Serviço de Atenção à Saúde Auditiva e identificar a aderência ao uso dos AASI dos idosos que se privaram do acompanhamento.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados através da técnica do grupo focal, momento este que será gravado, tendo acesso ao prontuário e que a mesma utilizará as informações obtidas exclusivamente para os propósitos da pesquisa.

Compreendo que minha participação será acordada com a pesquisadora, sem qualquer prejuízo a minha pessoa.

Sei que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, mas que o meu nome não aparecerá em qualquer registro, pois serão utilizados nomes fictícios.

Minha participação é voluntária e posso me negar a participar da mesma, sem que isto acarrete em qualquer efeito negativo a mim ou ao atendimento que eu possa necessitar no LEVA/HU/UFSC. Também

estou ciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso os solicite e que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através do telefone da pesquisadora principal (9946-6858).

Data: ____/____/____.

Assinatura do participante

APÊNDICE C - GUIA PARA CONDUÇÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA NO GRUPO DE DISCUSSÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA -
BRASIL

Tel. (48) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (48) 3721.9787

E-mail: pen@nfr.ufsc.br

Homepage: www.nfr.ufsc.br/pen

Guia para condução da entrevista semiestruturada no grupo de discussão

- Por que faltou o acompanhamento do primeiro mês de uso dos AASI?
- Já usou AASI? Se sim, quanto anos é usuário?
- Gosta de usar os AASI? Por quê?
- Escuta bem de AASI? Está satisfeito?
- Tem alguma vantagem usar os AASI? Cite.
- Consegue compreender a fala das pessoas em todos os momentos? Quando?
- Conhece os recursos disponíveis em seu AASI?
- Quem manuseia os AASI?
- Já fez alguma manutenção nos AASI? Como e onde?
- Com quem mora? Como é o relacionamento com esta(s) pessoa(s), elas gostaram do resultado?
- Como se locomove quando precisa ir a consultas e outras atividades?
- Precisa de acompanhante para isto?
- Qual era a sua expectativa em relação ao uso dos AASI?
- Como se sentia frente a sua surdez antes de colocar os AASI? Ainda sente-se assim?

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO ONDE O ESTUDO FOI DESENVOLVIDO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

DECLARAÇÃO (responsável pela instituição)

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *A ADAPTAÇÃO AO APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL DE IDOSOS ATENDIDOS NO LABORATÓRIO DE ESTUDOS DA VOZ E AUDIÇÃO DO HU/UFSC*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 07/05/10.....

07/05/10
Vice-Diretor HU/UFSC
Felipe Felício

APÊNDICE E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

Certificado

Página 1 de 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 756

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0554 GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o pedido no Regulamento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

APROVADO

PROCESSO: 756 FR: 337370

TÍTULO: A adaptação ao aparelho de amplificação sonora individual de idosos atendidos no Laboratório de Estudos da Voz e Audição do BRU/UFSC

AUTOR: Angela Maria Alves, Francisco Freiberger

FLORIANÓPOLIS, 31 de Maio de 2010.

Coordenador do CEPSH UFSC

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DO MANUSCRITO À REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA - (Ver. Soc. Bras. Fonoaudiol.), ISSN 1516-8034, publicação técnico-científica da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, São Paulo, é publicada trimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Fonoaudiologia, Distúrbios da Comunicação Humana e áreas afins. São aceitos trabalhos originais, em português, inglês ou espanhol. Todos os trabalhos, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e revisores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Os artigos que não estiverem de acordo com as normas da revista não serão avaliados.

A revista tem as seguintes seções: Artigos originais, Artigos de revisão, Relato de casos, Refletindo sobre o novo, Resenhas, Resumos, Cartas ao editor.

Artigos originais: são trabalhos destinados à divulgação de resultados da pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter os seguintes itens: Resumo, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, *Abstract* e Referências. Das referências citadas (máximo 30), pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira.

A Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos

validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Recomenda-se que os dados recebam análise estatística inferencial para que sejam mais conclusivos.

Nos manuscritos referentes às pesquisas realizadas com seres humanos ou animais (assim como levantamento de prontuários ou documentos de uma instituição), é obrigatória, no item Métodos, a citação do número do protocolo de aprovação da Comissão de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada, assim como a afirmação de que todos os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação desta pesquisa e seus resultados conforme Resolução 196/96 (BRASIL. Resolução MS/CNS/CNEP nº 196/96 de 10 de outubro de 1996). No caso de utilização de imagens de pacientes, anexar cópia do Consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

Artigos de revisão: são constituídos de avaliação crítica e sistemática da literatura, de material publicado sobre um assunto específico e atualizações sobre o tema, escritos a convite do editor. Devem conter Introdução do tema, Revisão da literatura, Discussão, Comentários finais, *Abstract* e Referências (máximo 40, pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira).

Relato de casos: relata casos de até dez sujeitos, não rotineiros, de uma determinada doença, descrevendo seus aspectos, história, condutas, etc... incluindo Introdução (com breve revisão da literatura), Apresentação do caso clínico, Discussão, Comentários finais, *Abstract* e Referências (máximo 15).

A Apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação desta pesquisa e seus resultados conforme Resolução 196/96 (BRASIL. Resolução MS/CNS/CNEP nº 196/96 de 10 de outubro de 1996). No caso de utilização de imagens de pacientes, anexar cópia do Consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

Refletindo sobre o novo: um artigo recente e inovador é apresentado e comentado por um especialista, a convite do editor. Deve

conter a referência completa do trabalho comentado, nome, instituição e e-mail do comentador.

Resenhas: resumos comentados da literatura científica. Deve conter a referência completa do trabalho comentado, nome, instituição e e-mail do comentador.

Resumos: resumos relevantes de artigos, teses, trabalhos apresentados em Eventos Científicos, etc... Deve conter a referência completa do trabalho.

Cartas ao editor: tem por objetivo discutir ou comentar trabalhos publicados na revista, ou ainda, relatar pesquisas originais em andamento.

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo: *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, versão de outubro de 2007, disponível em: <http://www.icmje.org/>.

SUBMISSÃO DO MANUSCRITO:

Os artigos deverão ser submetidos pelo sistema eletrônico, disponível em <http://submission.scielo.br/index.php/rsbf/index>.

Os autores dos artigos selecionados para publicação serão notificados da aceitação, não mais podendo submeter seus trabalhos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que os mesmos sejam efetivamente publicados pela Revista da SBFa. Somente o editor poderá autorizar a reprodução, dos artigos publicados na Revista da SBFa, em outro periódico.

Os autores dos artigos rejeitados serão notificados com os motivos da recusa.

REQUISITOS TÉCNICOS:

Devem ser incluídos, obrigatoriamente, além do arquivo do artigo, os seguintes documentos suplementares (digitalizados):

a) carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e declaração de direitos autorais;

b) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos;

PREPARO DO MANUSCRITO:

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitadas em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser

iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: página de identificação, resumo e descritores, texto (de acordo com os itens necessários para o tipo de artigo enviado), agradecimentos, *abstract* e *keywords*, referências, tabelas, quadros e figuras (gráficos, fotografias e ilustrações), com suas respectivas legendas. O número total de páginas do manuscrito (incluindo tabelas, quadros, figuras e referências) não deve ultrapassar 30 páginas.

Página de identificação:

Deve conter:

- a) Título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês. O título deve ser conciso, porém informativo;
- b) Título do artigo resumido com até 40 caracteres;
- c) Nome completo de cada autor, com o seu grau acadêmico e afiliação institucional;
- d) Departamento e/ou instituição onde o trabalho foi realizado;
- e) Nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
- f) Fontes de auxílio à pesquisa, se houver.

Resumo e descritores:

A segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado (em português: Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusões; em inglês: *Purpose, Methods, Results, Conclusions*), contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Para Artigos de revisão e Relatos de caso o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/*keywords* que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Texto:

Deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e sem nenhuma referência ao nome dos autores, como no exemplo:

“... *Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensório-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora*⁽¹¹⁻¹³⁾ ...”

Palavras ou expressões em inglês, que não possuam tradução oficial para o português devem ser escritas em itálico. Os numerais até dez devem ser escritos por extenso.

No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, quadros, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações), tabelas e quadros devem ser em preto e branco, dispostas ao final do artigo, após as referências.

Agradecimentos:

Inclui reconhecimento a pessoas ou instituições que colaboraram efetivamente com a execução da pesquisa. Devem ser incluídos agradecimentos às instituições de fomento que tiverem fornecido auxílio e/ou financiamentos para a execução da pesquisa.

Referências:

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Recomenda-se utilizar referências publicadas nos últimos dez anos.

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2002;7(1):32-9.

LIVROS

Northern J, Downs M. *Hearing in children.* 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

CAPÍTULO DE LIVROS

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Iwin J. *Pragmatics: the role in language development.* La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

CAPÍTULO DE LIVROS (mesmo autor)

Russo IC. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. Distúrbios da audição: a presbiacusia; p. 51-82.

TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS

Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research; 1984 Sep 6-10; Toronto. Proceedings. Toronto: AMA; 1984; 25:2293-4.

DISSERTAÇÕES E TESES

Rodrigues A. Aspectos semânticos e pragmáticos nas alterações do desenvolvimento da linguagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas; 2002.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ASHA: American Speech and Hearing Association [Internet]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2008. Otitis media, hearing and language development [Internet]. [cited 2003 Aug 29]; [about 3 screens] Available from: http://www.asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm

Tabelas:

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e letra Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, autoexplicativo, inseridos acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

Quadros:

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações):

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos

arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras deverão ser em preto e branco, com qualidade gráfica adequada (usar somente fundo branco), e apresentar título em legenda, digitados em letra Arial 8. As figuras poderão ser anexadas como documentos suplementares em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão da Revista, o processo de digitalização de imagens (“scan”) deverá obedecer os seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar *800 dpi/bitmap* para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco) usar *300 dpi/RGB* ou *grayscale*. Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão *.tif* e/ou *.jpg*. Também serão aceitos arquivos com extensão *.xls* (Excel), *.cdr* (CorelDraw), *.eps*, *.wmf* para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Serão aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas:

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações), tabelas e quadros.

Abreviaturas e siglas:

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas, quadros e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

ANEXO B – INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DO MANUSCRITO À REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Informações Gerais

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores.

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver Estrutura do Texto). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão.

O uso de siglas deve ser evitado.

Recomendamos que o autor consulte o checklist correspondente à categoria do manuscrito submetido.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

Preparo dos Manuscritos

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos.

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo

do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o

Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor:uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Henington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *Cad Saude Coletiva* [Internet].2005;21(1):256-65. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec;1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do

nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral. Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem

apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Verificação dos itens exigidos

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.

2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.

3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.

4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).

5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.

6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.

7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.

8. Nome da agência financiadora e número(s) do processo(s).

9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/Programa, grau e o ano de defesa.

10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

11. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.

12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.

13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.