

Artigos originais

Perfil epidemiológico de uma população com deficiência auditiva

Epidemiological profile of a hearing-impaired population

Débora Soares Jardim⁽¹⁾
Fernanda Jorge Maciel⁽²⁾
Stela Maris Aguiar Lemos⁽³⁾

⁽¹⁾ Junta de Saúde Auditiva Microrregional de Betim, Betim, Minas Gerais, Brasil.

⁽²⁾ Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁽³⁾ Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil epidemiológico da população com deficiência auditiva, atendida em um serviço público, quanto a aspectos sociodemográficos, clínicos, assistenciais, comunicativos e comportamentais.

Métodos: trata-se de estudo observacional descritivo transversal realizado com dados secundários. Foi utilizado o protocolo de avaliação para autorização da concessão de Aparelho de Amplificação Sonora Individual. A amostra foi constituída de 307 usuários atendidos no serviço de saúde no período maio 2009 a maio 2011.

Resultados: houve predominância do gênero feminino, idosos acima de 60 anos, ensino fundamental incompleto e aposentados. Maior prevalência de usuários que apresentaram exames auditivos básicos no momento da avaliação, perda auditiva neurossensorial, de grau moderado, com etiologia provável presbiacusia. Nos aspectos comportamentais os usuários declararam apresentar reações auditivas sem o aparelho de amplificação sonora individual e oralidade.

Conclusão: os resultados deste estudo possibilitam subsidiar inicialmente o planejamento de estratégias e ações operacionais que possam melhor atender ao usuário, sobretudo com maior atenção aos idosos acima de 60 anos e intensificação de orientações às mães e gestantes quanto à necessidade de realização da Triagem Auditiva Neonatal para detecção precoce da perda auditiva e início do processo de reabilitação.

Descritores: Epidemiologia; Perda Auditiva; Sistema Único de Saúde; Fonoaudiologia

ABSTRACT

Purpose: to characterize the epidemiological profile of the hearing impaired population assisted in a public service regarding sociodemographic, clinical, assistance, communicative and comportamentals aspects.

Methods: observational descriptive cross-sectional study conducted with secondary data. The sample consisted of 307 users, from May 2009 to May 2011. Was used protocol for the authorization to deliver Personal Hearing Amplifiers.

Results: there was predominance of the users are female, seniors over 60 years, incomplete primary education and retirees. Higher prevalence of users who had exams basic hearing at the time of the evaluation, moderate sensorineural hearing loss, presbycusis etiology. Regarding behavioral aspects, the users reported to present auditory reactions without the Personal Hearing Amplifiers and orality.

Conclusion: the results of this study allow initially the planning of operational strategies and actions that can better serve the user, especially with more attention to the elderly over 60 years and intensifying guidance to mothers and pregnant women on the need to carry out the Newborn Hearing Screening to detect early hearing loss and beginning of the rehabilitation process.

Keywords: Epidemiology; Hearing Loss; Unified Health System; Speech, Language and Hearing Sciences

Recebido em: 17/03/2015
Aceito em: 15/04/2016

Endereço para correspondência:

Débora Soares Jardim
Rua Alessandra Salum Cadar, 651/202,
Buritys
Belo Horizonte – MG – Brasil
CEP: 30575-190
E-mail: defonobh@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A prevalência da perda auditiva no Brasil é um dado epidemiológico em construção porque existem apenas três estudos nacionais de base populacional¹, até o momento, que descrevem a prevalência da perda auditiva e que obedecem ao protocolo da Organização Mundial da Saúde² sobre levantamento da deficiência auditiva em base populacional. Dois estudos realizados na região Sul, 1,3do país e um realizado na região Norte³.

Na região Sul, em Canoas (RS)³ o estudo evidenciou que 26,1% da população apresenta algum grau de deficiência auditiva, onde 19,3% possui perda auditiva leve e 6,8% perda auditiva incapacitante. Em Itajaí (SC)¹ há prevalência de 7% de perda auditiva incapacitante no município.

Na região Norte, em Monte Negro (RO)⁴ o estudo detectou 15,5% da população com algum grau de deficiência auditiva, sendo 11,7% perda auditiva leve e 3,8% perda auditiva incapacitante.

Em 2004, no território brasileiro, onde cada região do país apresenta características populacionais distintas, houve a ampliação no âmbito do Sistema Único de Saúde, da assistência à pessoa com deficiência auditiva, por meio dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, propostos pelo Ministério da Saúde^{5,6}.

Os serviços de atenção à saúde auditiva contemplam atendimentos com fonoaudiólogos, médicos especialistas, psicólogos e assistentes sociais. Tais serviços oferecem ações de diagnóstico, exames auditivos, indicação do uso do aparelho de amplificação sonora individual e/ou cirurgias de implante coclear e reabilitação auditiva^{5,6}.

Desde então, conhecer dados epidemiológicos desses serviços, torna-se fundamental para o processo de planejamento e tomadas de decisões adequadas quanto à atenção à saúde da população, reais necessidades da comunidade e fatores determinantes de agravos e doenças.

Um levantamento realizado sobre diferentes estudos epidemiológicos em Audiologia realizados no Brasil⁷ revelou que existe uma maior proporção e preocupação com as alterações auditivas decorrentes da atividade laboral e que ainda há déficit de estudos científicos sobre a população idosa e neonatal.

Estudo que investigou a rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência, descreve que apesar dos avanços dos últimos anos, o Brasil possui um sistema de regulação minimamente adequado, o que impede a identificação

de boas práticas e estabelecimento adequado de parâmetros epidemiológicos e técnico-científicos que orientem, articulem e gerem maior consistência aos cuidados à saúde da população com deficiência⁸.

Considerando esse horizonte de informação o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico da população com deficiência auditiva, atendida em um serviço público de Junta de Saúde Auditiva Microrregional de uma região de saúde no estado de Minas Gerais quanto aos aspectos clínicos, assistenciais, comunicativos e comportamentais.

MÉTODOS

A pesquisa foi autorizada pelo gestor municipal e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP UFMG sob o parecer CAAE – 0671.0.203.000-11 que autorizou dispensa do TCLE.

Trata-se de estudo descritivo, observacional, transversal realizado por meio da análise de dados secundários dos registros de um serviço de saúde auditiva.

O cenário de estudo é a Junta de Saúde Auditiva Microrregional, responsável pelo atendimento de uma região de saúde de 623.582 habitantes, onde 23.482 (3,76%) são portadores de alguma dificuldade auditiva e 5.503 (0,88%) apresentam grande dificuldade para ouvir, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010⁹.

A Junta de Saúde Auditiva Microrregional (JSAM) tem por objetivo a inclusão dos usuários dos municípios que compõem a região de saúde no Programa Estadual de Saúde Auditiva^{10,11}.

Compete a JSAM avaliar os usuários candidatos ao uso do aparelho de amplificação sonora individual, referenciados pelos fonoaudiólogos descentralizados da saúde auditiva da sua região, definir as prioridades clínicas de encaminhamentos de acordo a sua cota mensal¹², monitorar o agendamento do atendimento dos usuários no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva e acompanhar os usuários que receberam Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e se encontram em atendimento fonoaudiológico voltado à reabilitação auditiva na sua região de saúde^{10,11}.

As informações para o presente estudo foram retiradas do protocolo para avaliação e autorização da concessão de AASI, proposto pela Junta Reguladora da Saúde Auditiva e, portanto, adotado por Juntas de Saúde Auditivas Microrregionais.

O formulário padronizado pelo serviço apresenta variáveis distribuídas nos seguintes eixos: dados socio-demográficos (idade, sexo, profissão, local de moradia,

escolaridade, situação funcional); clínicos (provável etiologia da perda auditiva, tipo de perda auditiva, grau da perda auditiva); dados assistenciais (se o usuário já fez uso de AASI anteriormente, tipo de AASI, tipo de adaptação, se há indicação do uso do AASI pelo otorrinolaringologista, tipo de exame apresentado, se faz terapia fonoaudiológica e conduta da Junta de Saúde Auditiva Microrregional); aspectos comunicativos (grau de motivação do paciente para uso do AASI, contexto sociocultural – autonomia para uso do AASI, se é oralizado, aceitação, socialização em relação à perda auditiva, família).

Foram incluídos no estudo prontuários de usuários que fizeram a avaliação para concessão de AASI no período de maio de 2009 a maio de 2011. Os usuários cujos dados da Avaliação para Autorização da Concessão de AASI estavam com informações incompletas (superior a 20%) ou o prontuário não foi localizado no arquivo local foram excluídos. No total de 374 prontuários, 29 foram excluídos por apresentarem mais de 20% de informações incompletas e 38 não foram localizados no arquivo da unidade. Deste modo a população foi constituída por 307 usuários, com idades variando entre dois e 95 anos de idade.

Em relação à faixa etária, os usuários foram classificados de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹³, a saber: crianças e adolescentes 0 a 14 anos; jovens e adultos em idade de trabalhar 15 a 60 anos e idosos acima de 60 anos.

A classificação do grau de perda auditiva utilizada foi a que constava nos prontuários, segundo o critério de Loyd e Kaplan¹⁴, que considera no cálculo a média dos limiares tonais das frequências 500, 1000 e 2000 Hz, sendo considerada audição normal limiares até 25dBNa; perda auditiva leve, 26 a 40 dBNa; perda moderada, 41 a 55 dBNa; moderadamente severa, 56 a 70 dBNa; severa, 71 a 90 dBNa e perda auditiva profunda limiares acima de 90 dBNa. Foi realizada análise do grau da perda auditiva da orelha direita e esquerda separadamente devido à forma de registro presente no formulário de atendimento.

As informações coletadas foram digitadas em um banco de dados desenvolvido no programa Excel®.

Adotou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 15 para realização da análise descritiva das variáveis utilizadas no estudo.

Para as variáveis categóricas foram feitas tabelas de distribuição de frequências. Para as variáveis contínuas foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade (média, moda, desvio padrão, mínimo e máximo).

Foram verificadas também comparações existentes entre as variáveis: idade e uso do AASI anteriormente com aplicação do Teste *T Student*. Para análise de comparação entre o melhor grau da perda auditiva na melhor orelha e a idade foram utilizados o Teste ANOVA e Correção de Bonferroni. Foi estabelecido o nível de significância de 0,05 (5%) e os intervalos constituídos foram de 95% de confiança estatística.

RESULTADOS

Dentre os 307 sujeitos incluídos na amostra, 55,7% é do gênero feminino (55,7%).

A faixa etária apresentou variação entre 02 e 95 anos, média de 57,37 e desvio padrão 21,03 anos. Crianças e adolescentes correspondem a 6%; jovens e adultos, 39% e idosos a 55% dos usuários atendidos.

As Tabelas 1, 2, 3 e 5 apresentam a análise descritiva das variáveis pesquisadas segundo a distribuição temática do protocolo utilizado.

A análise dos dados sociodemográficos revelou que a maioria dos usuários da amostra possui o ensino fundamental incompleto e são aposentados. (Tabela 1).

Em relação aos dados clínicos, foi observado que 87,17% dos usuários apresentaram exames auditivos (audiometria, imitanciométrica e logoaudiometria) no momento da avaliação e a etiologia de maior prevalência foi a presbiacusia (62,32%). Quanto ao tipo de perda auditiva, a neurosensorial foi a mais observada em ambas as orelhas.

A análise dos limiares auditivos revelou que, o grau moderado foi o mais observado em ambas as orelhas, seguido do grau moderadamente severo respectivamente. (Tabela 2).

Tabela 1. Dados sociodemográficos da população atendida na Junta de Saúde Auditiva Microrregional no período de maio de 2009 a maio de 2011

Variável		N	%
Escolaridade	Não alfabetizado	57	19,66
	Em processo de alfabetização	4	1,38
	Fundamental incompleto	178	61,38
	Fundamental completo	24	8,28
	Médio incompleto	5	1,72
	Médio completo	21	7,24
	Superior completo	1	0,34
	Total	290*	100
Situação funcional	Aposentado	152	51,35
	Trabalha	73	24,66
	Não trabalha	60	20,27
	Desempregado	9	3,04
	Afastado	2	0,68
	Total	296*	100

* o n varia devido a ocorrência de dados faltantes

Na Figura 1 observa-se que a mediana da idade dos usuários em relação os graus de perda auditiva (normal, leve, moderado, moderadamente severo, severo e profundo) da melhor orelha são diferentes entre si. Por meio da análise realizada com Teste Anova nota-se que a média da idade do usuário em anos tem relação com o grau da perda auditiva da melhor orelha ($p < 0,001$).

O teste ANOVA foi ajustado pela Correção de Bonferroni a fim de verificar onde existe diferença, com significância estatística, quando se compara os grupos do grau de audição da melhor orelha (normal, leve, moderado, moderadamente severo, severo e profundo) e a média de idade dos usuários.

Foi possível observar que o grau de audição normal na melhor orelha apresentou significância estatística, com diferença entre as médias de idade, nos grupos leve, moderado, moderadamente severo e severo. O grau de audição leve na melhor orelha apresentou significância estatística, com diferença entre as médias de idade, no grupo profundo. O grau de audição moderado na melhor orelha apresentou significância estatística, com diferença entre as médias de idade, no grupo profundo. O grau de audição moderadamente severo na melhor orelha apresentou significância estatística, com diferença entre as médias de idade,

no grupo severo e profundo. O grau de audição severo na melhor orelha apresentou significância estatística, com diferença entre as médias de idade, no grupo profundo.

Os dados assistenciais revelam que o tempo de espera 1, que corresponde ao tempo entre o primeiro contato na Junta de Saúde Auditiva Microrregional e realização da avaliação para autorização de concessão de AASI foi predominantemente entre 0-3 meses e o tempo de espera 2, que corresponde ao tempo entre avaliação para autorização de concessão de AASI e agendamento no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), de 03-06 meses. 82,3% dos usuários relataram não ter usado aparelho de amplificação sonora individual anteriormente, 93,81% não apresentou histórico de realização da terapia fonoaudiológica antes da adaptação, 78,6% apresentaram indicação otorrinolaringológica para uso do aparelho auditivo e 93,95% foram classificados como média complexidade. (Tabela 4).

Ao aplicar o Teste *TStudent* para comparação entre as variáveis: idade do paciente e uso de AASI anteriormente, observa-se que a média de idade dos pacientes que já fizeram uso de AASI anteriormente é menor que a média de idade dos pacientes que não fizeram uso de AASI anteriormente ($p < 0,001$). (Figura 2).

Tabela 2. Dados clínicos da população atendida na Junta de Saúde Auditiva Microrregional de no período de maio de 2009 a maio de 2011

Variável	N	%	
Tipo de exame apresentado no momento da avaliação	AT+I+logo	265	87,17
	AT+logo	27	8,88
	I+PEAT+EAO	3	0,99
	PEAT	2	0,66
	AT+I+PEAT	2	0,66
	AT+I+PEAT+logo	2	0,66
	AT	1	0,33
	AT+logo+outros	1	0,33
	AT+PEAT+logo	1	0,33
	Total	304*	100,00
Provável etiologia	Presbiacusia	172	62,32
	PAIR	20	7,25
	Otosclerose	19	6,88
	Causas perinatais	14	5,07
	Infecção adquirida	11	3,99
	Otitis	11	3,99
	Má formação congênita	9	3,26
	Hereditariedade	9	3,26
	Genética	8	2,90
	TCE	2	0,72
	Infecção Congênita	1	0,36
	Total	276*	100,00
Tipo de perda auditiva na orelha direita	Condutiva	5	1,60
	Neurosensorial	253	83,50
	Mista	45	14,90
	Total	303*	100,00
Tipo de perda auditiva na orelha esquerda	Condutiva	2	0,70
	Neurosensorial	252	82,90
	Mista	50	16,40
	Total	304*	100,00
Grau da perda auditiva na orelha direita	Normal	3	0,99
	Leve	64	21,12
	Moderado	89	29,37
	Moderadamente severo	71	23,43
	Severo	49	16,17
	Profundo	27	8,91
	Total	303*	100,00
Grau da perda auditiva na orelha esquerda	Normal	3	0,99
	Leve	60	19,74
	Moderado	85	27,96
	Moderadamente severo	77	25,33
	Severo	53	17,43
	Profundo	26	8,55
	Total	304*	100,00

Legenda: AT = Audiometria Tonal, I = Imitanciométrica, Logo = Logaudiometria, EAO = Emissões otoacústicas, PEATE = Potencial evocado auditivo de tronco encefálico, PAIR= Perda auditiva induzida por ruído, TCE=Traumatismo crânio encefálico. * o n varia devido à ocorrência de dados faltantes.

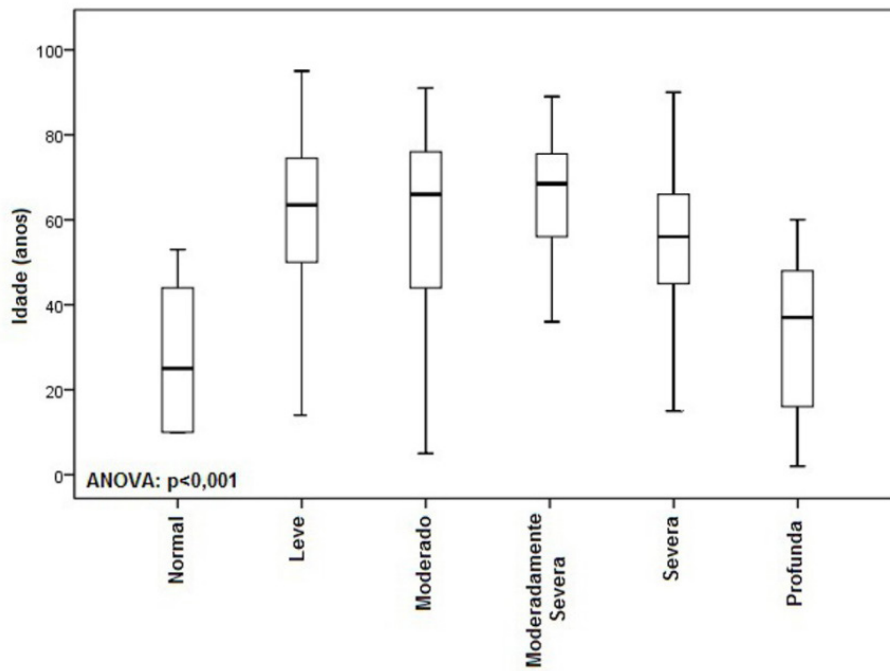


Figura 1. Análise comparativa entre os graus de perda auditiva na melhor orelha em relação à idade

Tabela 3. Comparação dos grupos do grau de audição da melhor orelha e a média de idade dos usuários

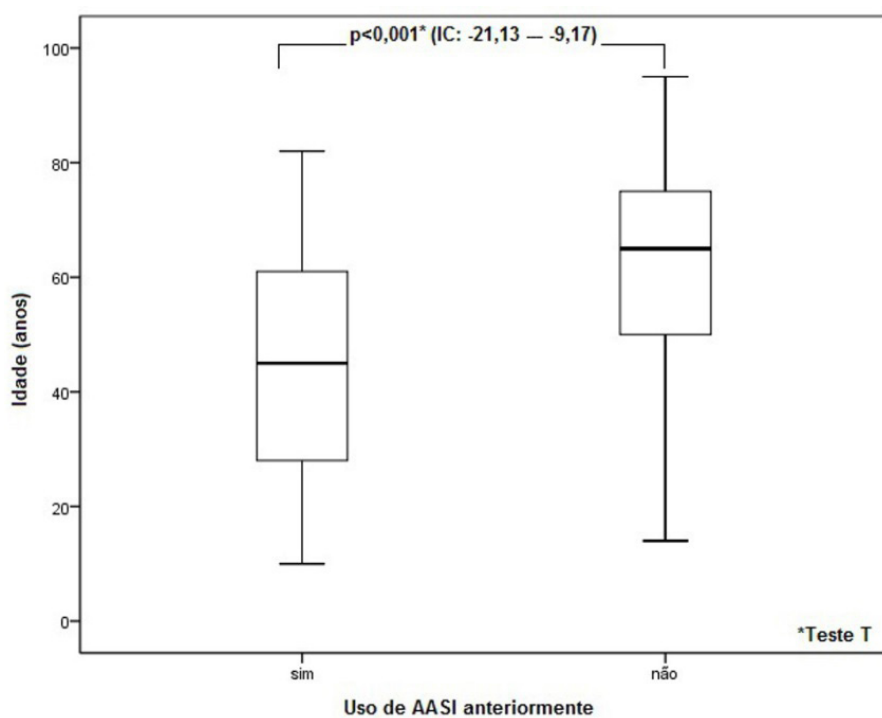
Grau da audição na melhor orelha	Grau da audição	Diferença média	P valor	IC (95%)	
				Inferior	Superior
Normal	Leve	-32,23	p<0,001*	-56,68	-7,78
	Moderado	-31,21	p<0,001*	-55,53	-6,88
	Moderadamente severo	-37,09	p<0,001*	-61,91	-12,28
	Severo	-26,31	p<0,001*	-51,30	-1,32
	Profundo	-5,11	p=0,999	-32,54	22,32
Leve	Moderado	1,02	p=0,999	-7,77	9,81
	Moderadamente severo	-4,87	p=0,999	-14,93	5,20
	Severo	5,92	p=0,999	-4,56	16,40
	Profundo	27,12	p<0,001*	11,69	42,55
Moderado	Moderadamente severo	-5,89	p=0,999	-15,64	3,87
	Severo	4,90	p=0,999	-5,28	15,08
	Profundo	26,10	p<0,001*	10,88	41,33
Moderadamente Severo	Severo	10,79	p<0,001*	-0,52	22,09
	Profundo	31,99	p<0,001*	15,99	47,98
Severo	Profundo	21,20	p<0,001*	4,94	37,46

Legenda: p=probabilidade de significância. *Valor de p significantes – Correção de Bonferroni.

Tabela 4. Dados assistenciais da população atendida na Junta de Saúde Auditiva da Microrregião no período de maio de 2009 a maio de 2011

Variável		N	%
Espera 1**	0-3 meses	160	52,63
	3-6 meses	75	24,67
	6-11 meses	67	22,04
	1 ano	1	0,33
	2 anos	1	0,33
	Total	304*	100,00
Espera 2***	0-3 meses	87	29,00
	3-6 meses	139	46,33
	6-11 meses	72	24,00
	1 ano	2	0,67
	Total	300*	100,00
Já usou aparelho de amplificação sonora individual anteriormente	Não	251	82,03
	Sim	55	17,97
	Total	306*	100,00
Realizou terapia fonoaudiológica antes da adaptação	Não	288	93,81
	Sim	19	6,19
	Total	307	100,00
Indicação do otorrinolaringologista	Sim	235	78,60
	Não	51	17,06
	Total	286*	95,65
Complexidade do encaminhamento	Média complexidade	264	93,95
	Alta complexidade	17	6,05
	Total	281*	100,00

Legenda: * o n varia devido à ocorrência de dados faltantes. ** Tempo de espera entre contato na Junta de Saúde Auditiva Microrregional de e realização da avaliação para autorização de concessão de Aparelho de Amplificação Sonora Individual. ***Tempo entre avaliação para autorização de concessão de AASI e agendamento no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva.

**Figura 2.** Análise comparativa entre idade e uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual anteriormente

Os aspectos comunicativos revelam que houve predominância de pessoas que compareceram no atendimento de avaliação para autorização de concessão do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) sem acompanhante; relataram que apresentam reações auditivas sem o AASI; estavam

motivadas para uso do AASI; possuem independência para uso do AASI ; são oralizadas; descrevem boa aceitação quanto à deficiência auditiva; definem o seu comportamento como tranquilo e apresentam socialização adequada. (Tabela 5).

Tabela 5. Aspectos comunicativos da população atendida na Junta de Saúde Auditiva Microrregional no período de maio de 2009 a maio de 2011

Variável		N	%
Acompanhante	Não	159	51,79
	Sim	148	48,21
	Total	307	100,00
Reações auditivas sem Aparelho de Amplificação Sonoro Individual	Sim	277	90,82
	Não	28	9,18
	Total	305*	100,00
Grau de motivação	Bom	304	99,02
	Excelente	3	0,98
	Total	307	100,00
Autonomia para uso do Aparelho de Amplificação Sonoro Individual	Independente	293	95,44
	Dependente	14	4,56
	Total	307	100,00
Oralização	Oralizado	293	95,75
	Não oralizado	10	3,27
	Em desenvolvimento	3	0,98
	Total	306*	100,00
Aceitação da deficiência auditiva	Boa aceitação	296	99,33
	Frustrado	2	0,67
	Total	298*	100,00
Comportamento	Tranquilo	128	42,38
	Ansioso	65	21,52
	Nervoso	54	17,88
	Agitado	35	11,59
	Mais de uma	20	6,62
	Total	302*	100,00
Socialização	Normal	298	99,00
	Isolamento	3	1,00
	Total	301*	100,00

*o n varia devido à ocorrência de dados faltantes

DISCUSSÃO

A análise dos dados dos usuários atendidos na Junta de Saúde Auditiva Microrregional revelou maior número de usuários residentes no município pólo da região de saúde. Esse fato se deve à definição de cotas mensais para primeira consulta de adaptação do aparelho de amplificação sonora individual. O Estado estabeleceu critérios para definição de cotas mensais

para cada região de saúde, assegurando a proporcionalidade em relação à população. O município pólo da região de saúde possui maior população, portanto maior quantitativo de usuários atendidos na Saúde Auditiva¹². É importante destacar que os encaminhamentos realizados por outros municípios da região de Saúde para a Junta de Saúde Auditiva Microrregional foi abaixo do esperado e que ações devem ser

desenvolvidas para maior abrangência da assistência à saúde auditiva na região.

A maior prevalência de idosos com idade acima de 60 anos, corrobora outros estudos realizados em programas de saúde auditiva em diferentes regiões do país: Santa Maria (RS)¹⁵, Belo Horizonte (MG)¹⁶, Montes Claros (MG)¹⁷ e Canoas (RS)³.

O baixo número de crianças avaliadas pode indicar diagnóstico ou intervenção tardios, o que também ocorre em municípios de outros estados como São Paulo (SP)¹⁸ e Ribeirão Preto (SP)¹⁹. Contudo, vale destacar a importância da detecção precoce e a necessidade de investimento na busca ativa de crianças nos municípios avaliados por meio do Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal.

A análise das variáveis escolaridade e ocupação é coerente com o esperado para a população idosa no Brasil, cuja média de estudo são 4,2 anos e a maioria são aposentados¹³. Além disso, um estudo da satisfação do usuário da rede de saúde auditiva do norte de Minas Gerais também revelou esse perfil¹⁷.

A análise dos dados revelou a presbiacusia como etiologia de maior incidência, resultado previsível por ser a população idosa a maior beneficiária desse serviço e por essa doença ser diretamente relacionada a essa faixa etária. Um estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ)²⁰ revelou que 71,8% da população estudada apresenta presbiacusia, pertence a uma classe de escolaridade baixa e renda mensal de um a dois salários mínimos. Esse estudo sugere ainda que essa população está mais sujeita a agravos à saúde, devido dificuldade de acesso à informação e à atenção à saúde.

Em São Paulo (SP)²¹ uma pesquisa realizada com 53 idosos, idade média de 71,7 anos, constatou que 83% da amostra apresentava perda auditiva, caracterizada como presbiacusia e que a ocorrência de utilização do Aparelho de Amplificação Sonora Individual foi 3,8%.

A perda auditiva de maior prevalência foi a do tipo neurosensorial, o que também foi observado em programas nacionais de saúde auditiva de Santa Maria (RS)¹⁵, Montes Claros¹⁷, Florianópolis (SC)²², Ribeirão Preto (SP)¹⁹, São Paulo (SP)¹⁸ e a predominância do grau moderado corrobora estudos realizados em Monte Negro (RO)⁴, Santa Maria (SC)¹⁵, Montes Claros¹⁷, Florianópolis (SC)²² e Belo Horizonte (MG)¹⁶.

Segundo os resultados da análise estatística foi possível observar que 55% dos idosos acima de 60 anos não teve acesso ao uso de AASI anteriormente. Em Itajaí (SC)²³ um estudo também revelou que essa

faixa etária não realizou a adaptação do AASI anteriormente, o motivo foi não ter condições financeiras e o que possibilitou o acesso foi a implantação do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva.

A análise das variáveis do eixo temático aspectos comunicativos revelou percepções positivas do usuário quanto ao processo de reabilitação auditiva, porém é necessário o acompanhamento durante a adaptação do aparelho de amplificação sonora individual para garantir a efetividade do uso.

Um estudo²⁴ sobre o grau de satisfação de usuários de aparelho de amplificação sonora individual descreve que a variável é influenciada por características dos serviços recebidos e compreende aspectos relativos ao recebimento, uso dos dispositivos, acolhimento aos usuários e acompanhamento da adaptação.

Em programas de promoção de saúde do diabetes²⁵ o conhecimento dos profissionais envolvidos nos atendimentos sobre os padrões individuais de resposta do paciente em relação aos sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades são importantes para estabelecer o vínculo afetivo com o usuário e desenvolver estratégias para alcançar os resultados esperados.

Ao analisar o tempo de espera para avaliação de concessão do aparelho de amplificação sonora individual o resultado também é similar ao estudo realizado no norte de Minas Gerais¹⁷.

O tempo de espera entre a avaliação de concessão do aparelho de amplificação sonora individual e o agendamento para primeira consulta no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva está relacionado com o número de cotas estabelecidas¹² para a região de saúde e demonstrou que o usuário aguarda de três a seis meses para iniciar o processo de adaptação do aparelho de amplificação sonora individual.

Em países desenvolvidos como a Finlândia²⁶, as pessoas com deficiência auditiva podem ter acesso ao aparelho de amplificação sonora individual no sistema público de saúde e esperam até dois anos para efetivação do recebimento. Crianças e jovens são prioridades em relação aos idosos, assim como estabelecido na Política Nacional da Saúde Auditiva do Brasil. Embora no presente estudo, o tempo de espera avaliado seja somente para primeira consulta no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, estima-se que o tempo final para aquisição do AASI na região de saúde seja próximo do finlandês, ou seja, dois anos.

Um dos problemas mais importantes dos sistemas nacionais de saúde é o tempo excessivo de espera,

essa espera pode ser traumática. Existem estratégias que podem auxiliar a gestão a melhorar a situação, seja do ponto de vista da eficiência ou da equidade: incrementar a oferta com aumento de prestadores, melhorar a gestão com controle da demanda, trabalhar os indicadores de saúde e priorização de pacientes²⁷.

Houve grandes avanços na atenção ao deficiente auditivo no país^{28,29}. Estudo²⁹ que avaliou a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, no período de 2004 a 2011, e identificou o aumento de 113% na cobertura de serviços e 61% no quantitativo de procedimentos de diagnóstico em saúde auditiva de média e alta complexidade, porém, persistem problemas importantes de desigualdades regionais.

Há necessidade também de avanços na produção científica, com publicações de dados de reabilitação e promoção à saúde³⁰ para que seja possível um maior conhecimento sobre a população com deficiência auditiva, assistida por programa de governo, sua abrangência e eficácia.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a população atendida na Junta de Saúde Auditiva Microrregional, apresenta nos aspectos clínicos e comportamentais, maior prevalência do gênero feminino, idosos acima de 60 anos, ensino fundamental incompleto, presbiacusia, perda auditiva neurossensorial, grau moderado e estavam motivadas para iniciar o processo de reabilitação auditiva. Quanto aos aspectos assistenciais e comportamentais, houve maior prevalência de usuários que não fizeram uso de AASI anteriormente, apresentaram indicação otorrinolaringológica, não realizaram terapia fonoaudiológica antes da adaptação, eram oralizados e referiu boa aceitação à deficiência auditiva.

Os resultados deste estudo possibilitam subsidiar inicialmente o planejamento de estratégias e ações operacionais que possam melhor atender ao usuário, sobretudo com maior atenção aos idosos acima de 60 anos e intensificação de orientações às mães e gestantes quanto à necessidade de realização da Triagem Auditiva Neonatal para detecção precoce da perda auditiva e início do processo de reabilitação.

Dessa forma o presente trabalho apresentou uma reflexão da prática assistencial sobre a importância de se conhecer a população com deficiência auditiva atendida em um serviço público ofertado nas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Contudo, há necessidade de novos estudos de prevalência em serviços inseridos na rede de saúde auditiva,

principalmente para o conhecimento da influência dos determinantes sociais e agravos auditivos.

REFERÊNCIAS

1. Gondim L, Balen S, Zimmermann K, Pagnossi D, Fialho I, Roggia S. Estudo da prevalência e fatores determinantes da deficiência auditiva no município de Itajaí, SC. *Braz J Otorhinolaryngol* [periódico na Internet]. 2012 Mar [acesso em 2013 Jan 13]; 78(2):[aprox. 08p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942012000200006>
2. World Health Organization (WHO). WHO Ear and Hearing Disorders Survey. Protocol for a Population-Based Survey of prevalence and Causes of deafness and hearing Impairment and other Ear Diseases. Prevention of Blindness and Deafness (PBD). Geneva: WHO; 1999.
3. Béria JU, Raymann BCW, Gigante LP, Figueiredo ACL, Jotz G, Roithman R, et al. Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2007 Jun [cited 2013 Aug 10]; 21(6):[about 7p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000500006>
4. Bevilacqua MC, Banhara MR, Oliveira, AD, Moret ALM, Alvarenga KF, Caldana ML, et al. Population based survey ear and hearing disorders Monte Negro, RO, Brasil. *Rev de Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 10]; 47(2):[about 7p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004059>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 587/GM, de 7 de outubro de 2004. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*. 2004 [acesso em 2012 Jun 23]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-587.htm>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 589/GM, de 8 de outubro de 2004. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*. 2004 [acesso em 2012 Jun 23]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-589.htm>
7. Arakawa AM, Sitta EI, Caldana ML, Sales-Peres SHC. Análise de diferentes estudos epidemiológicos em Audiologia realizados no Brasil. *Rev CEFAC* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2013 Jan 13]; 13(1):[aprox. 7p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010005000089>
8. Campos, MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde

- das pessoas com deficiência. *Rev Interface*. 2015;19(52):207-10.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
 10. Minas Gerais (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG 485, de 19 de novembro de 2008. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2008 [acesso em 2013 Jan 13]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2008/Del485_fono_descentralizada.pdf>
 11. Minas Gerais (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES 1669, de 19 de novembro de 2008. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2008 [acesso em 2013 Jan 13]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2008/RESOLUCaO_SES_No1669_DE_19_DE_NOVEMBRO_DE_2008.pdf
 12. Minas Gerais (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 464, de 17 de julho de 2008. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2008 [acesso em 2013 Fev 10]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%20464%20Estabelece%20criterios%20para%20meta%20fisicat.pdf>
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
 14. Loyd LL, Kaplan H. Audiometric interpretation: a manual of basic audiometry. Baltimore: University Park Press; 1978.
 15. Gresele ADP, Lessa AH, Alves LC, Torres EMO, Vaucher AVM, Moraes AB, et al. Levantamento e análise de dados de pacientes atendidos em um programa de concessão de aparelhos de amplificação sonora individual. *CoDAS* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2014 dez 10]; 25(3):[aprox. 7p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000300002>
 16. Domingos BP. Caracterização do perfil audiológico e epidemiológico da população atendida em um programa de saúde auditiva. [monografia] Belo Horizonte, Minas Gerais: Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
 17. Barbosa MR, Medeiros DS, Ribeiro GM, Rossi-Barbosa LAR, Caldeira AP. Satisfação com Aparelhos de Amplificação Sonora Individual entre usuários de serviços de saúde auditiva. *Audiol Commun Rev* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2014 Jan 10]; 18(4): [aprox. 8p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000400006
 18. Pinto MM, Raimundo JC, Samelli AG, Carvalho ACM, Matas CG, Ferrari GMS, et al. Idade no diagnóstico e no início da intervenção de crianças deficientes auditivas em um serviço público de saúde auditiva brasileiro. *Arq Int Otorrinolaringolog* [periódico na Internet]. 2012 Fev/Mar [acesso em 2013 Jan 13]; 16(1):[aprox. 6p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7162/S1809-48722012000100006>
 19. Santos FR, Manfredi AKS, Isaac ML. Caracterização da perda auditiva de crianças atendidas em um programa de saúde auditiva. *Rev Medicina* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2013 Jan 13]; 42(3):[aprox. 6p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v42i3p366-371>
 20. Mattos LC, Veras RP. Prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional. *Rev Bras Otorrinolaringol* [periódico na Internet]. 2007 Set/Out [acesso em 2013 Jan 13]; 73(5): [aprox. 6p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992007000500011>
 21. Costi BB, Olchilk MR, Gonçalves AK, Benin, L, Fraga RB, Soares RS et al. Perda auditiva em idosos: relação entre autorrelato, diagnóstico audiológico e verificação da ocorrência de utilização de aparelhos de amplificação sonora individual. *Rev Kairós Gerontologia*. 2014;7(2):179-92.
 22. Dimatos OC, Ikino CMY, Philippy PA, Dimatos SC, Birk MS, Freitas PF. Perfil dos pacientes do Programa de Saúde Auditiva do Estado de Santa Catarina atendidos no HC-UFSC. *Arquivos Int Otorrinolaringol* [periódico na Internet]. 2011 Jan/Mar [acesso em 2013 Jan 13]; 15(1): [aprox. 7p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-48722011000100009>
 23. Fialho IM, Bortoli D, Mendonça GG, Pagnosim DF, Scholze AS. Percepção de idosos sobre o uso de AASI concedido pelo Sistema Único de Saúde. *Rev CEFAC* [periódico na Internet]. 2009Abr/Jun [acesso em 2013 Jan 13]; 11(2): [aprox. 7p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009000200020>
 24. Farias RB, Russo ICP. Saúde auditiva: estudo do grau de satisfação de usuários de

- aparelho de amplificação sonora individual. *RevSocBrasFonoaudiol* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2013 Jan 13]; 15(1): [aprox. 6p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n1/07.pdf>
25. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção de saúde e diabetes: discutindo a adesão e motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2013 Jan 13];16(3): [aprox. 9p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300034>
26. Dados estatísticos da Deficiência Auditiva Hear-it, 2013. [internet]. [citado em 2013 Dez 13]. Disponível em: <http://www.political.hear-it.org/Finland>
27. Rodrigues E, Alvarez B, Abad P. Racionamento via listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008 Jan/Mar [acesso em 2014 Fev 15];24(3): [aprox. 6p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300025>
28. Bevilacqua MC, Morettin M, Melo TM, Amantini RCB, Martinez MANS. Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(3):252-9.
29. Silva LSG, Gonçalves CGO, Soares VMN. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. *CoDAs* [periódico na Internet]. 2014 Mai/Jun [acesso em 2015Jun 10]; 26(3): [aprox. 8p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/201420140440>
30. Correia RBF, Catanio APG, Albuquerque IMAN, Linhares MSC. Análise da produção científica sobre saúde auditiva no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Sanare*. 2014;13(1):99-109.