

Perfil dos Pacientes Atendidos em um Sistema de Alta Complexidade

Profile of the Patients Serviced in a High Complexity System

*Maria Fernanda Capoani Garcia Mondelli**, *Letícia de Sousa Lobo Silva***.

* Doutora em Distúrbios da Comunicação pelo HRAC/USP. Professora Doutora do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo.

** Graduanda do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo.

Instituição: Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo.
Bauru / SP - Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Fernanda Capoani Garcia Mondelli - Alameda Octavio Pinheiro Brizola, 9-75 - Vila Universitária - Bauru / SP - Brasil - CEP: 17012-901 - Telefone: (+55 14) 3235-8232 - E-mail: mfernandamondelli@hotmail.com

Bolsa de Iniciação Científica com fomento CNPq.

Artigo recebido em 28 de Agosto de 2010. Artigo aprovado em 20 de Novembro de 2010.

RESUMO

Introdução:

A deficiência auditiva (DA) pode acarretar sérias consequências para o desenvolvimento de fala e aprendizagem. Um recurso para a reabilitação do deficiente auditivo é o AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual). Medidas de informação a população e aos profissionais da saúde, e aprovação de legislação que garanta o acesso do deficiente auditivo ao acompanhamento para diagnóstico e intervenção precoces apresentam-se como medidas necessárias. Estes aspectos foram contemplados pelo Ministério da Saúde (MS) na publicação das Portarias GM nº 2.073, de 28 de setembro de 2004 e 587, de 07 de outubro de 2004. A Clínica de Fonoaudiologia do Curso de Fonoaudiologia da FOB/USP está credenciada à Portaria GM/MS nº 2073 de setembro de 2004.

Objetivo:

traçar o perfil do paciente atendido num sistema de alta complexidade com o objetivo de utilizar os resultados encontrados como ponto de partida para aquisição de AASI, planejamento de reabilitação auditiva e estruturação de grupos de acompanhamento para pacientes adaptados.

Método:

estudo retrospectivo. Análise dos prontuários de 185 pacientes regularmente matriculados no período de agosto de 2003 a agosto de 2009. Os dados levantados foram: gênero, idade, classificação social, procedência, tipo e grau da DA, etiologia da DA, e tipo de AASI indicado.

Resultados:

houve prevalência de pacientes idosos de classe baixa, do gênero masculino, com perda auditiva sensorioneural, bilateral e de grau moderado.

Conclusão:

Predomínio da perda auditiva neurosensorial bilateral de grau moderado com maior índice de pacientes idosos com uso de tecnologia digital em maior proporção.

Palavras-chave:

perda auditiva, sistemas de saúde, classificação.

SUMMARY

Introduction:

Hearing loss (HL) may cause severe consequences for the development of speech and learning. A resource of rehabilitation of the hearing impaired is the hearing aid (AASI). Information actions to the population and health professionals and approval of a law that assures the hearing impaired access to early diagnosis and intervention follow-up are seen as necessary measures. Such aspects have been contemplated by the Health Ministry (MS) in the publication of Administrative Rules GM no. 2.073, of September 28, 2004, and 587, of October 07, 2004. The Phonoaudiological Clinic of the Phonoaudiology Course of FOB/USP is certified by Administrative Rule GM/MS no. 2073, of September, 2004.

Objective:

To draw the profile of the patient serviced in a high complexity system with the goal of using the results found as a starting-point for acquisition of hearing aid, planning of auditory rehabilitation and structuring of follow-up groups for fitted patients.

Method:

Retrospective study. Reports review of 185 patients regularly registered in the period from August 2003 through August 2009. The data researched included: sex, age, social class, precedence, HL type and degree, HL etiology and type of hearing aid indicated.

Results:

There was a prevalence of male older low class patents with neurosensorial, bilateral and moderate level hearing loss.

Conclusion:

Prevalence of moderate level bilateral neurosensorial hearing loss with a higher index of older patients with the use of digital technology at a higher proportion.

Keywords:

hearing loss, health systems, ranking.

INTRODUÇÃO

A presença de uma deficiência auditiva (DA) pode acarretar sérias consequências para o desenvolvimento de fala e aprendizagem. O impacto da DA na qualidade de vida do indivíduo é determinado pela idade da aquisição da perda, natureza, grau da perda, estilo de vida, ocupação profissional e percepção das consequentes desvantagens sociais e emocionais (1).

No mundo, a DA continua sendo um dos mais frequentes déficits sensoriais presentes na população. Segundo dados do estudo *Global Burden of Disease* (2), foi estimado que 278 milhões de indivíduos no planeta tivessem algum tipo de deficiência auditiva de moderada a profunda em ambas as orelhas. Desta população, 80% moram em países em desenvolvimento, e cerca de 50% das perdas auditivas observadas poderiam ser evitadas com a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

Um recurso de extrema importância para a reabilitação do deficiente auditivo é o AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual). O AASI tem como função captar os sons amplificá-los e conduzi-los ao à orelha do portador de DA (3). O uso do AASI representa uma grande chance de se modificar os rumos da relação do DA com o meio em que vive (4).

Medidas de informação a população e aos profissionais da área da saúde, bem como, a aprovação de legislação que garanta o acesso do deficiente auditivo ao acompanhamento para diagnóstico e intervenção precoces apresentam-se como medidas necessárias. Estes aspectos foram contemplados pelo Ministério da Saúde (MS) na publicação das Portarias GM nº 2.073, de 28 de setembro de 2004 e 587, de 07 de outubro de 2004 (5,6).

Com a adoção de políticas públicas voltadas à saúde auditiva, a Portaria 587 responsabilizou a atenção básica nas ações de promoção à saúde auditiva, de prevenção, identificação precoce e ações informativas e educativas, orientação familiar e encaminhamentos quando necessário para o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média e na Alta Complexidade que assegura a assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com DA.

A Clínica de Fonoaudiologia do Curso de Fonoaudiologia da USP/ Campus Bauru está credenciada à Portaria GM/MS nº 2073 de setembro de 2004, que institui a política nacional de atenção à saúde auditiva a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, e consequentemente oferece conhecimento relacionado ao deficiente auditivo e a forma de reabilitação do mesmo.

Os atendimentos à população se iniciaram no mês de agosto de 2003, a clínica atende até a presente data aproximadamente 1640 pacientes da cidade de Bauru e região, sendo que semanalmente novos pacientes são encaminhados pela Divisão Regional de Saúde (DRS). São prestados serviços como encaminhamento ao Otorrinolaringologista, diagnóstico, seleção e adaptação do AASI assim como a reabilitação auditiva.

Os serviços de atenção à Saúde Auditiva oferecidos pela Clínica de Fonoaudiologia de Bauru, sendo esta de Alta Complexidade, encontram-se submetidos à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Nosso objetivo é caracterizar os pacientes atendidos em um serviço de alta complexidade em saúde auditiva com relação ao gênero, tipo e grau de perda auditiva, classe sócio econômica e aparelho de amplificação sonora individual.

MÉTODO

Este projeto de pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB/USP, sob o parecer no. 051/2009.

A população da pesquisa foi constituída por indivíduos deficientes auditivos regularmente matriculados na Clínica de Fonoaudiologia da FOB/USP no período de agosto de 2003 a agosto de 2009, que totaliza 1640 pacientes. O tamanho da amostra foi calculado partindo de uma significância estimada de 10% com precisão de 1,4%, intervalo de confiança e efeito de delineamento de 2,0. O cálculo amostral foi realizado no programa EPI-INFO 6 e para determinar quantos sujeitos deveriam ser avaliados, sendo sorteados 10% destes como amostragem aleatória sistemática.

Com base nesta metodologia, os pesquisadores avaliaram 185 prontuários

Os dados pontuados foram: gênero, idade, classificação social, procedência, tipo e grau da DA, etiologia da DA, e tipo de AASI indicado.

Para consecução do estudo proposto o prontuário deveria conter avaliação otorrinolaringológica, audiometria tonal limiar completa, classificação sócio - econômica segundo critérios de GRACIANO (7) e diagnóstico etiológico definido quando este estiver presente no prontuário, referido por um dos médicos da equipe.

Para classificação da perda auditiva foram utiliza-

dos os limiares audiométricos das frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, caracterizando como perda auditiva leve (média de 26 a 40 dBNA), moderada (média de 41 a 60 dBNA), severa (média de 61 a 80 dBNA) e profunda (média acima de 81 dBNA), segundo a WHO (8), com análise da melhor orelha para inclusão dos dados no estudo.

A classificação sócio-econômica dos pacientes foi baseada em critérios: na escolaridade dos membros da família, é destacado o maior nível declarado, do responsável ou do próprio paciente: Superior (S), Superior Incompleto (SI), Ginásio Completo (GC), Ginásio Incompleto (GI), Primário Completo (PC), Ginásio Incompleto (GI), Sem escolaridade/ analfabeto (S). Esta classificação foi utilizada para definir a escolaridade dos sujeitos do estudo ou dos responsáveis no caso de crianças, quando entraram no serviço. A classificação social foi assim caracterizada: Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI), Média (M), Média Superior (MS) e Alta (A). Toda a classificação caracteriza-se por um sistema de pontuação.

Para a análise dos resultados foram aplicados os testes do Qui-quadrado e exato de Fisher.

RESULTADOS

Foram analisados 185 prontuários sendo constatados: 54% do gênero masculino e 46% do feminino, com faixa etária de 7 a 96 anos, sendo em sua maioria idosos (48%), dentre eles 44% do gênero masculino (média de 77 anos) e 53% do gênero feminino (média de 78 anos). Os indivíduos foram diagnosticados com perda auditiva: 18% unilateral e 82% bilateral.

Os Gráficos 1 e 2 representam os valores encontrados para o tipo e o grau da perda auditiva, por gênero.

Todos os pacientes fazem uso de AASI, sendo em sua grande maioria digital. O Gráfico 3 apresenta os dados encontrados quanto à tecnologia utilizada. Sendo 71% retroauricular, 16% intra-canal, 10% micro-canal e 3% intra-auricular.

Os prontuários analisados evidenciaram que 36% dos pacientes eram da cidade de Bauru, 97% de outras cidades do estado de São Paulo e 3% de outros estados. Dentre os 185 prontuários analisados apenas quatro pacientes apresentam laudo diagnóstico sendo: 2 presbiacusia, 1 otosclerose e 1 traumatismo cranioencefálico, não sendo possível considerar os dados coletados como estatísticos.

O Gráfico 4 apresenta os dados relacionados à classificação social.

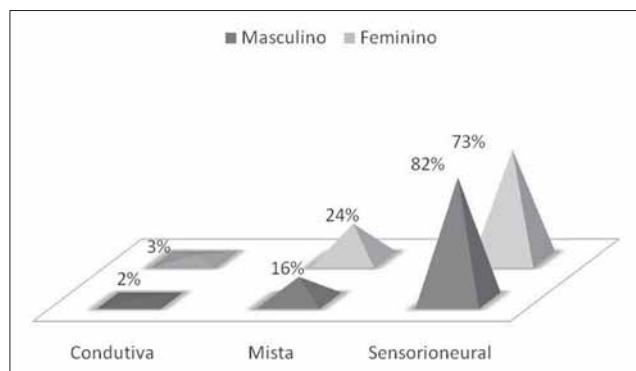


Gráfico 1. Tipos de deficiência auditiva.

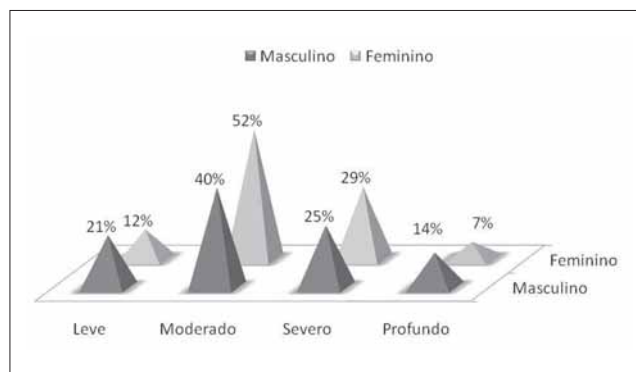


Gráfico 2. Grau de deficiência auditiva.

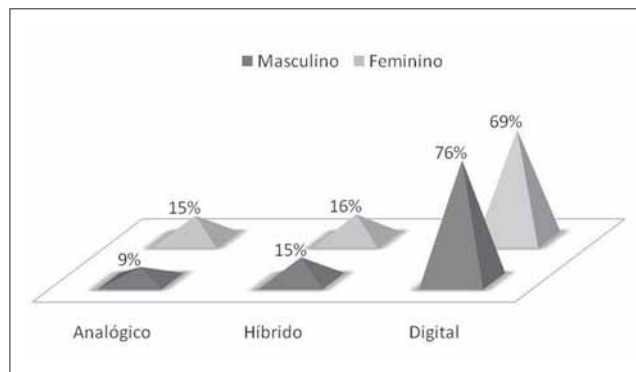


Gráfico 3. Tecnologias utilizadas nos aparelhos adaptados.

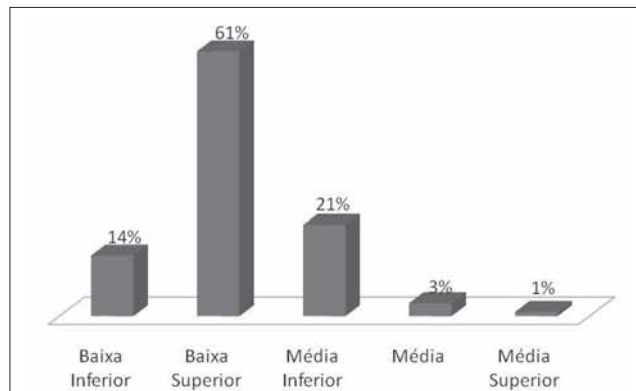


Gráfico 4. Estudo da classificação social.

DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, pode-se concluir a predominância da perda neurossensorial moderada bilateral em ambos os gêneros. A prevalência da surdez neurossensorial bilateral foi encontrada em outros estudos realizados com populações diversas (9-10).

Segundo pesquisas (11, 12), de uma forma geral, há um consenso não só sobre o declínio da função auditiva relacionado ao processo natural de envelhecimento humano, como também em relação ao maior prejuízo auditivo nos homens do que nas mulheres. Tais dados corroboram com os resultados da amostra utilizada nesta pesquisa, que constatou 54% de pacientes do gênero masculino e 46% do gênero feminino.

O Brasil é um país com significativo crescimento da população idosa. Atualmente, 16,8 milhões de pessoas no Brasil têm 60 anos de idade ou mais, numa população total de 183 milhões de pessoas (13). Espera-se alcançar um total de 32 milhões de idosos até o ano de 2024. Consequentemente, o Brasil está incluído no panorama mundial do aumento da longevidade humana (14). Devido ao referido aumento, observa-se um maior empenho dos profissionais da área de saúde no atendimento aos problemas inerentes ao envelhecimento, no sentido de ajudar a preservar suas funções ou adaptarem-se as modificações que ocorrem durante o processo (15). Foi observado que 48% da população são de indivíduos com mais de 65 anos de idade.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (16) faz referência à literatura internacional, provavelmente pela falta de estudos de base populacional em âmbito nacional, definindo como presbiacusia a perda auditiva devido à idade, que vem sendo apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma prevalência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. A presbiacusia acarreta uma redução na compreensão da fala, o que compromete o processo de comunicação e interfere no convívio social, na vida psicológica e profissional trazendo também sentimentos de insegurança, medo, depressão e isolamento (17-18).

O sistema público de saúde no Brasil oferece conforme a Portaria 587 o processo de reabilitação, indo desde o diagnóstico da deficiência auditiva até o aconselhamento ao indivíduo usuário de AASI (6). Há a realidade de que nos países em desenvolvimento, com alta prevalência de deficiência auditiva, os AASI digitais podem representar uma barreira ao tratamento, em função do custo. Acredita-se que, no futuro, não muito distante, a maioria, se não todos os AASI serão de tecnologia digital,

com maior flexibilidade de tecnologia resultando em melhores estratégias de adaptação, aumentando o benefício dos usuários e diminuindo os custos tanto para os serviços de saúde (19). Tal afirmativa pode ser constatada nos resultados encontrados, onde 73% dos AASI adaptados são de tecnologia digital.

A tecnologia digital permite que tenhamos muito mais informação com relação ao sinal amplificado, seja este de fala ou ruído ambiental, a fim de que possamos suprir as necessidades auditivas individuais. A habilidade em manipular vários parâmetros de desempenho, juntamente com a habilidade para modificá-los separadamente, torna-se um argumento forte para que a tecnologia digital continue a ser empregada para suprir as necessidades acústicas das pessoas com deficiência auditiva (20).

A maior flexibilidade da nova tecnologia deve resultar em melhores estratégias de adaptação, aumentando o benefício dos usuários e diminuindo os custos tanto para os serviços de saúde como para os próprios consumidores, que ainda em sua maioria pagam pelos seus AASI (19).

Os aparelhos de amplificação sonora de tecnologia digital utilizam dezenas a milhares de transistores que possibilitam um processamento do sinal acústico muito superior ao da tecnologia analógica. O aparelho consiste de circuitos eletrônicos e transdutores, que chamamos de *hardware* e de um *software*, que permitem controlar tais circuitos digitalmente e com refinada precisão (20). Na literatura, é possível encontrar referências a muitas vantagens dos aparelhos digitais sobre os analógicos, como, por exemplo, a capacidade de programação, maior precisão no ajuste dos parâmetros eletroacústicos, controle da realimentação acústica, redução de ruído, melhor reprodutibilidade, além de controle automático do sinal e menor ruído interno.

Os aparelhos mais indicados foram os retroauriculares (71%). Tal dado pode ser justificado por diversos fatores vivenciados em um programa de atenção à saúde auditiva, como por exemplo, as cotas de compras dos aparelhos onde muitas vezes nas licitações não há compras de aparelhos auditivos intracanaís, a habilidade motora dos pacientes, em grande parte idosos (48%) e finalmente podemos sugerir o custo das pilhas que apresentam menor durabilidade nos intracanaís, porém com custo semelhante ao aparelhos retroauriculares. Este dado vai de encontro à pesquisa realizada em Tocantins (21), onde a totalidade dos sujeitos avaliados eram usuários de AASI retroauricular concedidos pelo Ministério da Saúde.

Estudo (22) refere que a prevalência da etiologia desconhecida para a perda auditiva aponta para a necessidade do aprofundamento no diagnóstico etiopatológico

(estudos genéticos, de imagens e laboratoriais) como rotina para se obter as causas da mesma. Observou-se que neste estudo, dos 185 prontuários analisados apenas quatro apresentaram diagnóstico etiológico.

De acordo com as estratégias desta nova política, o processo de reabilitação audiológica passa a envolver um trabalho muito mais amplo que prevê a adaptação de 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, e quando necessário de terapia fonoaudiológica, além de assistência social e psicológica (23).

Enquanto profissionais que atuam na área dos distúrbios da comunicação humana, é importante sinalizar a importância da audição para a manutenção das relações interpessoais na sociedade, a qual deve ser o objetivo principal de um eficiente programa de reabilitação auditiva (24) e aquisição de AASI pertinente ao perfil da população atendida.

CONCLUSÕES

- Predomínio da perda auditiva neurosensorial bilateral de grau moderado com maior índice de pacientes idosos.
- Avanço tecnológico com adaptação de AASI digitais em número significativo de pacientes.
- Dificuldade do serviço em esclarecer a etiologia da DA
- Predomínio de pacientes de classe baixa superior.
- Alto número de atendimentos de pacientes de outras cidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bucuvic EC, Iório MCM. Benefícios e dificuldades auditivas: um estudo em novos usuários de prótese auditiva após dois e seis meses de uso. *Fono Atual*. 2004, 29(7):19-29.
2. OMS: Organização Mundial da Saúde. Saúde das pessoas. [acesso em 11 nov 2009]. Disponível em: <http://www.sho.int/en/>.
3. Miller-Hansen DR, Nelson PB, Widen JE, Simon SD. Evaluating the benefit of speech recoding hearing aids in children. *American Journal of Audiology*. 2003, 2(2):106-32.
4. Boéchat E. Amplificação em crianças. Braga S. *Prótese Auditiva*, São José dos Campos: Pulso, 2003.
5. BRASIL. Portaria nº 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004. Institui a política nacional de atenção à saúde auditiva.
6. BRASIL. Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004. Determina a adoção de providências necessárias à organização e implantação das redes estaduais de atenção à saúde auditiva pelas Secretarias de Estado da Saúde.
7. Graciano MIG, Leheld NAS, Neves Filho A. Critérios de avaliação sócio-econômica: elementos de atualização - parte II. *Serv. Soc. Realid*. 1996, 5(2):171-201.
8. WHO - World Health Organization. Grades of Hearing impairment, 2007 [acesso em 26 de fevereiro de 2009]. Disponível em : http://www.who.int/pbd/desfness/hearing_impairment_grades/en/index.html.
9. Silva LPA, Fernanda Queiros F, Lima I. Fatores Etiológicos da Deficiência Auditiva em Crianças e Adolescentes de um Centro de Referência APADA em Salvador-BA. *Rev Bras de Otorrinol*. 2006, 72(1):33-6.
10. Silva BSR, Sousa GB, Russo ICP, Silva JAPR. Caracterização das Queixas, Tipo de Perda Auditiva e Tratamento de Indivíduos Idosos Atendidos em uma Clínica Particular de Belém - PA. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2007, 11(4):387-95.
11. 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.
12. Helfer KS, Freyman RL. Aging and Speech-on-Speech Masking. *Ear & Hearing*: 2008, 29(1):87-98.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.
14. Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003, 19(3):705-15.
15. Freire KGM, Russo ICP. Proposta de protocolo de seleção e avaliação em idosos candidatos a reabilitação audiológica. *Fono Atual*. 1999, 3(10):9-15.
16. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Portaria n. 1.060, de 5 de junho de 2002. *Diário Oficial, Brasília* (2002 jun 10).

17. Russo ICP. Distúrbios da audição: a presbiacusia. In: Russo CP. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade*. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p. 57-82.
18. Pinzan-Faria VM, Iório MCM. Sensibilidade auditiva e autopercepção do handicap: um estudo em idosos. *Rev Dist Comun*. 2004, 16(3):289-99.
19. Parving A. The Hearing Aid Revolution: Fact or Fiction? *Acta Otolaryngol*. 2003, 123:245-8.
20. Menegotto IH, Almeida K, Iório MCM. Características físicas e eletroacústicas das próteses auditivas. In: Almeida K, Iório MCM. *Próteses Auditivas: Fundamentos Teóricos & Aplicações Clínicas*. 2ª ed. São Paulo: Editora Lovise; 2003. p. 55-94.
21. Carvalho JSA. Satisfação de idosos com aparelhos auditivos concedidos no estado do Tocantins. *Arq Intern Otorrinolaring*. 2007, 11(4):462-70.
22. Pupo AC, Balieiro CR, Figueiredo RSL. Retrospective study of hearing impaired children and teenager: characterizing the etiologies and audiological aspects. *Rev CEFAC*. 2008,10(1):84-91.
23. 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.
24. Magni C, Freiberger F, Tonn K. Avaliação do grau de satisfação entre os usuários de amplificação de tecnologia analógica e digital. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005, 71(5):650-7.