

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

RAQUEL COAN

**PERFIL DE IDOSOS COM PERDA AUDITIVA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO
PÚBLICO DE REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL**

VITÓRIA
2020

RAQUEL COAN

**PERFIL DE IDOSOS COM PERDA AUDITIVA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO
PÚBLICO DE REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Janine Pereira da Silva

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

C652p Coan, Raquel
Perfil de idosos com perda auditiva atendidos em um
serviço público de referência do Espírito Santo, Brasil / Raquel
Coan - 2021.
59 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Janine Pereira da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Idoso - saúde. 2. Perda auditiva. 3. Política de saúde. 4.
Serviços de saúde para idosos – Espírito Santo (Estado). I. Silva,
Janine Pereira da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 613.70565

RAQUEL COAN

**PERFIL DE IDOSOS COM PERDA AUDITIVA
ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE
REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL**

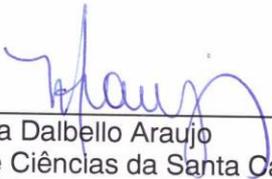
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 09 de dezembro de 2020.

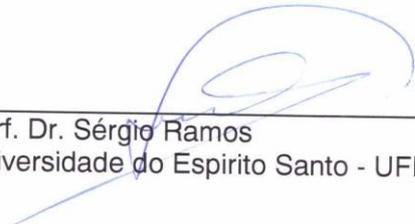
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Janine Pereira da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof. Dr. Sérgio Ramos
Universidade do Espírito Santo - UFES

Dedico este trabalho aos meus pais, Wenceslau e Marli, aos meus irmãos, Ramiro e Ricardo, e aos meus sobrinhos, Davi e Giovanna, pelo apoio incondicional durante minha trajetória no Mestrado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por minha saúde e por me dar forças e ânimo em momentos que pensei em desistir. Só Ele e eu sabemos como foi e juntos conseguimos superar.

À minha família, por compreender a minha ausência e, em especial, aos meus sobrinhos, Davi e Giovanna, e aos amigos, dos quais abri mão por alguns momentos.

Aos meus pais, Wenceslau e Marli, por sempre acreditarem em mim e me mostrarem que sou capaz.

Aos meus irmãos, Ramiro e Ricardo, pelo apoio incondicional durante esta jornada.

Às minhas cunhadas, Luana e Muriell, por me apoiarem sempre.

À minha madrinha, Luise, pelo apoio e dedicação de todas as horas.

Ao meu primo, George, pela disponibilidade e atenção.

Às amigas que o Mestrado me deu de presente: Karol, Rachel, Thuany e Raysa, pessoas que já moram em meu coração.

À secretária do Mestrado, Gabriela Xible, sempre disposta a nos ajudar.

À Prof.^a Dr.^a Janine Pereira da Silva, orientadora e muito querida por mim, um ser humano ímpar, pequena só no tamanho, porém com um coração gigante e uma inteligência descomunal. Parabéns, Janine! Você é um ser de luz.

À Prof.^a M.^a Lucia Helena Pimassoni pelo suporte com a análise dos dados.

À Prof.^a Dr.^a Maristela Dalbello Araujo pelas belíssimas contribuições no exame de qualificação e na defesa da dissertação.

Ao meu chefe, Prof. Dr. Sérgio Ramos, por trabalhar ao meu lado há 14 anos, sempre me ensinando coisas novas, fazendo parte da minha família e desta conquista.

À Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), por autorizar a realização desta pesquisa, que tratá contribuições à sociedade capixaba.

À Equipe e aos pacientes e seus familiares do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES), minha eterna gratidão a todos(as) vocês.

À secretária do CREFES, Maria Aparecida Pereira da Silva, pelo carinho e disponibilidade de sempre.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão deste trabalho.

Muito obrigada!

O homem vive preocupado em viver muito e não em viver bem, quando na realidade não depende dele viver muito, mas, sim, viver bem.

(Lúcio Aneu Sêneca)

RESUMO

Introdução: A deficiência auditiva é um dos problemas sensoriais mais prevalente na população. Em 2010, existiam 9,8 milhões de deficientes auditivos no Brasil, representando 5,1% da população. Desse total, 25,6% eram maiores de 65 anos de idade. A presbiacusia é definida como a diminuição auditiva relacionada ao envelhecimento e sua prevalência na população idosa brasileira varia de 36,1% a 64,3%, impactando a qualidade de vida do paciente e de sua família. Considerando a magnitude da deficiência auditiva e suas repercussões biopsicossociais, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva para o aprimoramento das ações de saúde auditiva no Sistema Único de Saúde, sendo considerada importante passo na busca da equidade no atendimento à deficiência auditiva no país, em especial, da população idosa. **Objetivo:** Analisar o perfil de idosos com perda auditiva atendidos em um serviço público de referência do Espírito Santo, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de estudo observacional, do tipo descritivo e analítico, em amostra probabilística de pacientes com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, atendimentos no Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES), com diagnóstico de perda auditiva. Os dados sociodemográficos, econômicos, clínicos e de acesso ao serviço foram obtidos a partir do Relatório de Atendimento Especializado em Reabilitação, do prontuário e do Programa NOAH do CREFES. Associações e comparações foram consideradas significativas no caso de valor-p < 0,05. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM. **Resultados:** Avaliados 217 pacientes, com média de idade de 74±9 anos e distribuição homogênea entre homens e mulheres. Houve predomínio da cor/raça branca, estado civil casado, ensino fundamental incompleto e de residentes na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. O tempo médio de deslocamento até o serviço foi de 167,5±144, 2 minutos. Dos que participaram, 64,1% não utilizaram o veículo para o transporte de pacientes da Saúde do seu município nesse deslocamento e 74,2% dos idosos foram ao CREFES acompanhados. A renda média mensal dos pacientes foi de R\$ 1392±711 reais e 43,8% eram aposentados. O tipo de perda auditiva mais frequente foi a neurosensorial, com grau de perda moderada e configuração simétrica. Entre os avaliados, 78,8% foram protetizados e, desses, 86,0% relataram satisfação com o uso do aparelho, variável significativamente associada ao sexo e ao estado civil solteiro. Ainda, 84,8% dos

pacientes retornaram ao serviço após um ano da protetização para reavaliação.

Conclusão: Esses resultados colaboram na definição do perfil dos idosos com perda auditiva atendidos em um serviço público de referência, podendo apoiar a organização de políticas públicas e estratégias de enfrentamento desse problema de saúde no estado do Espírito Santo.

Palavras-chave: Idoso. Perda Auditiva. Serviços de Saúde para Idosos. Política de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Hearing loss is one of the most prevalent sensory problems in the population. In 2010, there were 9.8 million hearing impaired people in Brazil, representing 5.1% of the population, of which 25.6% were over 65 years of age. Presbycusis is defined as the hearing loss related to aging and its prevalence in the elderly Brazilian population varies from 36.1% to 64.3%, impacting the quality of life of the patient and his family. Considering the magnitude of the hearing loss and its biopsychosocial repercussions, the National Policy for Hearing Health Care was instituted to improve the hearing health actions in the Unified Health System, being considered an important step in the pursuit for equity in hearing loss in the country, mostly the elderly population. **Objective:** To analyze the profile of elderly people with hearing loss treated at a public reference service in Espírito Santo, Brazil. **Methodology:** This is an observational, descriptive and analytical study, in a probabilistic sample of patients aged 60 years or over, of both genders, treated at the Physical Rehabilitation Center of the State of Espírito Santo (CREFES), with diagnosis hearing loss. Sociodemographic data, as well as economic and clinical data and access to service were obtained from the Report on Specialized Care in Rehabilitation, medical records and the NOAH Program from CREFES. Associations and comparisons were considered significant in the case of p-value <0.05. Study approved by the Research Ethics Committee of EMESCAM. **Results:** 217 patients were evaluated, with an average age of 74 ± 9 years and homogeneous distribution between men and women. There was a predominance of white color/race, married marital status, incomplete elementary education and of residents in the Metropolitan Region of Vitória, ES. The average commute time to the service was 167.5 ± 144.2 minutes, 64.1% did not use the a vehicle to transport Health patients in their municipality in this displacement and 74.2% of the elderly went to CREFES accompanied. The average monthly income of the patients was R\$1392 \pm 711 reais and 43.8% were retired. The most frequent type of hearing loss was neurosensory, with a moderate degree of loss and symmetrical configuration. Among those evaluated, 78.8% were fitted with prosthetics and of these, 86.0% reported satisfaction with the use of the device, a variable significantly associated with sex and single marital status. In addition, 84.8% of patients returned to the service one year after fitting for reevaluation. **Conclusion:** These results collaborate with the

profile definition of the elderly with hearing loss treated at a public reference service, which can support the outline of public policies and strategies to face this health problem in the state of Espírito Santo.

Keywords: Aged. Hearing Loss. Health Services for the Aged. Health Policy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e econômicas de idosos com perda auditiva atendidos no CREFES, ES, Brasil, entre 2017 a 2018 (n=217).	35
Tabela 2 - Características da perda auditiva de idosos atendidos no CREFES, ES, Brasil, entre 2017 a 2018 (n=217)	37
Tabela 3 - Associação entre características sociodemográficas e econômicas e a satisfação de idosos com perda auditiva com a protetização, CREFES, ES, Brasil, entre 2017 a 2018 (n=171)	38

LISTA DE SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
CREFES	Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo
CRES	Centro Regional de Especialidades
DA	Deficiência Auditiva
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
MS	Ministério da Saúde
NIDCD	<i>National Institute on Deafness and Other Communication Disorders</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
SESA	Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
RAE	Relatório de Atendimento Especializado em Reabilitação
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UVV	Universidade Vila Velha

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA.....	16
1.2 ESTRUTURA GERAL DO DOCUMENTO.....	17
2 OBJETIVO.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3 METODOLOGIA.....	19
3.1 TIPO DE ESTUDO E CASUÍSTICA.....	19
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	20
3.2.1 Polo de Audiologia.....	20
3.2.2 Fluxo de Atendimento do Programa de Atenção à Saúde Auditiva.....	20
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	21
3.4 COLETA DE DADOS.....	21
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	22
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	22
4 CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO, PERDA AUDITIVA E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	23
4.1 ENVELHECIMENTO E PERDA AUDITIVA.....	23
4.2 REPERCUSSÕES BIOPSISSOCIAIS DA PERDA AUDITIVA NO IDOSO....	29
4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA PERDA AUDITIVA NO BRASIL.....	31
5 CAPÍTULO II – PERFIL DE IDOSOS COM PERDA AUDITIVA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL.....	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	47
ANEXO A - Termo de Anuência Prévia Para a Realização de Pesquisa no Âmbito da SESA, ES.....	56
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	57

1 INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva é um dos problemas sensoriais mais prevalente na população.

Mais de 5% da população mundial – ou 466 milhões de pessoas – têm deficiências auditivas incapacitantes (432 milhões de adultos e 34 milhões de crianças) e isso impacta em sua qualidade de vida. A maioria vive em países de baixa e média renda. Estima-se que até 2050 mais de 900 milhões de pessoas, ou 1 em cada 10, terão perda auditiva incapacitante. Quando não tratado, esse problema representa um custo mundial de US\$ 750 bilhões a cada ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION, 2019).

No Brasil, existem 9,8 milhões de deficientes auditivos, representando 5,1% da população, desse total, 1,3% está na faixa etária de zero a 14 anos, 4,2% de 15 a 65 anos e 25,6% são maiores de 65 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Em 2019, havia 10,7 milhões de pessoas com deficiência auditiva no país incluindo, em especial, homens e maiores de 60 anos de idade (GANDRA, 2019). De forma global, [...] a prevalência dessa doença em idosos varia de 30,0 a 90,0%, aumentando sua incidência e o grau de comprometimento com o avançar da idade” (COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017, p. 3680).

Inúmeros fatores parecem justificar estas elevadas taxas, a exemplo, mutação ácido desoxirribonucléico (DNA) mitocondrial, desordens genéticas, hipertensão arteriaisistêmica, diabetes *mellitus*, doenças metabólicas, dentre outras doenças sistêmicas, excesso de ruído e dieta de má qualidade ao longo dos anos e uso de alguns medicamentos, todos associados e potencializados pelo processo de envelhecimento (COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017).

“O diagnóstico da perda auditiva é feito por meio da audiometria tonal liminar [...] que permite estabelecer o tipo e o grau da perda auditiva.” (COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017, p. 3580). Esse exame pode ser:

[...] complementado pela audiometria de fala, em que é possível avaliar a discriminação e a detecção da fala e classificar o prejuízo para comunicação decorrente da perda auditiva. No entanto, a avaliação audiológica considerada padrão ouro para o diagnóstico da perda auditiva exige equipamentos de alto custo, profissionais especializados e ambiente adequado, o que dificulta sua implementação na atenção básica (COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017, p. 3580).

Por esse motivo, milhares de idosos assistidos na atenção básica são subdiagnosticados em relação à presbiacusia e passam a sofrer as consequências da perda auditiva, como isolamento social, incompreensão, depressão, declínios cognitivos, muitas vezes evitáveis se tivessem a oportunidade de diagnóstico e reabilitação (COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017, p. 3580).

Em relação à presbiacusia, definida como a diminuição auditiva relacionada ao envelhecimento, acontece a perda auditiva do tipo sensorial neural, bilateral e simétrica,

[...] comprometendo inicialmente as frequências altas (detecção de sons agudos) e a discriminação da fala. Por seu caráter lento, gradual e progressivo, o início da doença é silencioso e pouco perceptível, evoluindo para perdas auditivas mais acentuadas, envolvendo, também, frequências baixas e médias (COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017, p. 3580).

Nesse estágio, o idoso já apresenta comprometimentos de origem biopsicossocial, uma vez que apresenta dificuldades de comunicação, com consequente isolamento social, baixa autoestima, sintomas depressivos e risco aumentado de declínio cognitivo. Apesar de não ameaçar a sobrevivência do idoso, a presbiacusia causa grande impacto na qualidade de vida do paciente e sua família (COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017, p. 3580).

Por esse motivo, o diagnóstico precoce da doença é imprescindível.

A prevalência da presbiacusia varia de acordo com o perfil da população, sendo a terceira doença mais prevalente entre idosos, atrás apenas da artrite e da hipertensão arterial (COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017). No Brasil, varia de 36,1% a 64,3% entre idosos maiores de 60 anos, com maior frequência entre homens e naqueles com maior idade (SCHARLACH; TEIXEIRA; PINHEIRO, 2015; CRISPIM; FERREIRA, 2015; JARDIM; MACIEL; LEMOS, 2016; HUANG *et al.*, 2020).

Devido à magnitude social da deficiência auditiva na população e suas repercussões biopsicossociais, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), por meio da Portaria GM/MS n.º 2.073/2004, para o aprimoramento das ações de saúde auditiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e propôs, dentre outras providências, a organização de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e integrada entre a Atenção Básica, a Média e a de Alta Complexidade, objetivando garantir não só o diagnóstico de reabilitação auditiva, mas, também, a promoção, proteção e a terapia fonoaudiológica de adultos e de crianças (BRASIL, 2004a).

Em apoio, a Portaria SAS/MS n.º 587/2004 determina que as Secretarias de Estado da Saúde e os municípios, adotem as providências necessárias à organização das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, compostas pelas Ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica e Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média e na Alta Complexidade, que deverão submeter-se à regulação, à fiscalização, ao controle e à avaliação do gestor estadual e municipal (BRASIL, 2004b).

E, de forma complementar, a Portaria SAS/MS n.º 589/2004 estabelece critérios mínimos para o credenciamento, habilitação e funcionamento de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e suas respectivas classificações, além da reorganização e classificação dos procedimentos de atenção à saúde auditiva no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS (BRASIL, 2004c).

Dessa forma, a implantação da PNASa e das leis complementares supracitadas configuram-se como importante passo na busca da equidade no atendimento à deficiência auditiva no país, com possibilidade de intervenção na história natural da doença, por meio de ações de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, por intermédio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas (BRASIL, 2004a).

1.1 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho é apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, vinculado à área de concentração *Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local* e à linha de pesquisa *Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais*, que aglutina estudos sobre as políticas que direcionam o sistema público de saúde vigente e a saúde suplementar. Também analisa os aspectos da saúde na perspectiva ampliada e o processo saúde-doença em sua determinação social, econômica e cultural (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM, 2016).

Trata-se de estudo oportuno, considerando a vivência profissional da mestranda como fonoaudióloga, especialista em Audiologia Clínica e Ocupacional, e por sua

atuação no diagnóstico auditivo e adaptação de aparelho de amplificação sonora individual em idosos atendidos no Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES). Dessa prática, surgiu a inquietação em identificar as características dessa população para oferta de um atendimento rápido e eficiente.

Justifica-se, ainda, pela magnitude da presbiacusia na população brasileira e, também, por seu impacto humano e alto custo social e financeiro ao paciente, à sua família e ao sistema de saúde, em especial, pois o envelhecimento populacional é uma realidade nos países centrais, porém, um novo desafio para os países periféricos, como o Brasil (COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017).

Portanto, conhecer como as populações com diferentes perfis, sociodemográfico e clínico, são afetadas pela presbiacusia faz-se essencial à efetivação das políticas públicas endereçadas a essa temática, repercutindo na melhora da qualidade de vida do paciente e da sua família, bem como na reorientação de serviços de saúde.

1.2 ESTRUTURA GERAL DO DOCUMENTO

Dissertação estruturada de acordo com o documento aprovado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM, contendo: elementos pré-textuais, introdução, objetivo, metodologia, capítulos teórico e original, considerações finais e elementos pós-textuais.

2 OBJETIVO

Esta seção, irá trabalhar o objetivo geral e específico do trabalho realizado.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil de idosos com perda auditiva atendidos em um serviço público de referência do Espírito Santo, ES, Brasil, com o intuito de contribuir com subsídios teórico-práticos, visando à organização de políticas públicas e estratégias de enfrentamento desse problema de saúde no estado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil sociodemográfico e econômico de idosos com perda auditiva atendidos em um serviço público de referência do estado do ES.

Identificar o grau, o tipo e a configuração da perda auditiva, bem como a protetização de idosos atendidos no referido serviço.

Analisar a associação entre as características sociodemográficas e econômicas e a satisfação desses usuários com a protetização auditiva.

3 METODOLOGIA

A metodologia abordará o tipo de estudo e causuística, bem como o local de estudo, participantes da pesquisa, coleta de dados, análise de dados e aspectos éticos.

3.1 TIPO DE ESTUDO E CASUÍSTICA

Estudo observacional, do tipo descritivo e analítico, em amostra probabilística de pacientes com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, atendimentos no CREFES, no período de junho de 2017 a junho de 2018, com diagnóstico de perda auditiva e indicação do Aparelho de Amplificação Sonoro Individual (AASI).

O cálculo amostral foi realizado para estimar a proporção de idosos com perda auditiva, considerando a amostragem aleatória simples. Foi proposto nível de confiança de 95,0%, margem de erro de 5,0% e proporção estimada de 0,5, já que não se tem estimativa anterior. Para uma população de 487 pacientes com idade igual ou maior a 60 anos atendidos no CREFES, no período de de junho de 2017 a junho de 2018, obteve-se tamanho de amostra de 216, conforme equação abaixo:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot (1 - \hat{p}) \cdot z^2}{\hat{p} \cdot (1 - \hat{p}) \cdot z^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Margem de erro = $E = 0,05$

Escore Z para 95,0% de confiança (tabela normal padrão) $Z = 1,96$ (95,0%)

Tamanho da população = $N = 487$

Proporção estimada desconhecida = $\hat{p} = 0,5$

$$n = \frac{487 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5) \cdot 1,96^2}{0,5 \cdot (1 - 0,5) \cdot 1,96^2 + (487 - 1) \cdot 0,05^2} \cong 216$$

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O CREFES está localizado no município de Vila Velha, na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), ES, Brasil. É referência estadual na concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, próteses auditivas e mamárias, na realização de exame de eletroneuromiografia, em distonias e espasticidades e medicina física e reabilitação. Atualmente, atende uma média de 400 usuários por dia em regime ambulatorial e conta com 20 leitos de medicina física e reabilitação para internação, além de 12 consultórios em diferentes especialidades, tendo como público-alvo pessoas com deficiência motora, sensória motora e auditiva (ESPÍRITO SANTO, 2018).

3.2.1 Polo de Audiologia

O Programa de Atenção à Saúde Auditiva, que atende os 78 municípios capixabas, é mantido pelo Governo do Estado do Espírito Santo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) e funciona no CREFES e na Policlínica da Universidade de Vila Velha (UVV), ES, para Alta Complexidade. As equipes são compostas por fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas, psicólogos e assistentes sociais, pediatras, neuropediatras e neurologistas. Cabe salientar que pacientes com mais de três anos de idade, com qualquer problema auditivo, são encaminhados para o CREFES (HOFFMANN, 2015).

O Polo oferece serviços de: triagem e monitoramento, diagnóstico, consultas e terapias especializadas, oferece destes a concessão de aparelhos auditivos. Os usuários do serviço com indicação ao uso de prótese auditiva pelo otorrinolaringologista, passam por avaliação inicial com psicólogo e assistente social e, posteriormente, com fonoaudiólogo, para teste e concessão do aparelho. A SESA “[...] investe R\$ 3,2 milhões por ano no Programa, pelo qual são realizadas, em média, 370 consultas com otorrino e 1.220 procedimentos, incluindo exames audiológicos, por mês” (HOFFMANN, 2015).

3.2.2 Fluxo de Atendimento do Programa de Atenção à Saúde Auditiva

Para ter acesso ao Programa de Atenção à Saúde Auditiva do Polo de Audiologia do CREFES, o usuário deve fazer primeiro a consulta com o médico generalista da Unidade Básica de Saúde (UBS). Constatado a necessidade, ele será encaminhado

ao otorrinolaringologista que prescreverá exames específicos, que são agendados pelos Centros Regionais de Especialidades (CRE) ou pela Agência Municipal de Agendamento (AMAS). Nos casos de tratamento médico ou medicamentoso, após os exames, o paciente retorna para o otorrinolaringologista. Caso seja necessária a uso do aparelho auditivo, ele continua sendo atendido no Polo de Audiologia (HOFFMANN, 2015).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Incluídos Idosos com idade maior ou igual a 60 anos, ambos os sexos, encaminhados para atendimento no CREFES, conforme fluxo descrito acima, entre junho de 2017 e junho de 2018, com diagnóstico clínico de perda auditiva e indicação do AASI.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados do Relatório de Atendimento Especializado em Reabilitação (RAE) do CREFES, que contém as seguintes informações: data de abertura do relatório, número do prontuário, nome completo do paciente, data de nascimento, naturalidade, e-mail, nome da mãe, endereço (bairro, estado, município e CEP), telefone, cartão do SUS, Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), sexo (masculino e feminino), estado civil (livre identificação), grau de instrução (sem instrução, educação infantil, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, técnico superior incompleto e técnico superior completo) e profissão (livre identificação). Foi avaliada a evolução clínica dos pacientes a partir do prontuário médico e do Programa NOAH, que apresenta informações relativas ao diagnóstico da perda auditiva e dados referentes à protetização auditiva.

As variáveis foram disponibilizadas pelo Diretor do CREFES à pesquisadora responsável, que é fonoaudióloga e trabalhava no serviço no período da coleta de dados (junho de 2018 a junho de 2019). Compromete-se com a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, além de

manter a guarda confidencial de todos os dados coletados, que serão utilizados exclusivamente para fins científicos (BRASIL, 2013a).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Variáveis de natureza categórica foram analisadas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) e as numéricas por meio de medidas de resumo de dados, como média e desvio padrão. A associação entre sexo, cor/raça, grau de instrução, estado civil e profissão com a satisfação com a protetização auditiva foi verificada pelo teste qui-quadrado. Já a comparação da idade e renda com a satisfação foi realizada pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, uma vez que essas variáveis não apresentaram normalidade verificada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Associações e comparações foram consideradas significativas no caso de valor-p < 0,05. Os dados foram tabulados em planilha EXCEL e analisados no *software IBM SPSS Statistics* (Chicago, EUA, versão 25, série 10101141221).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi autorizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (ANEXO A) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM, sob parecer n.º 3.075.074, datado em 12 de dezembro de 2018 (ANEXO B), e segue impreterivelmente o disposto na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares (BRASIL, 2013a).

4 CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO, PERDA AUDITIVA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Nesta capítulo iremos abordar um pouco sobre o envelhecimento, perda auditiva a políticas públicas referenta a perda auditiva de idosos.

4.1 ENVELHECIMENTO E PERDA AUDITIVA

Há estimativa de que entre os anos de 2015 a 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos de idade quase dobrará, passando de 12,0% para 22,0%. Em 2020, o número de idosos será superior ao de crianças menores de cinco anos de idade. Ainda, em 2050, haverá dois bilhões de pessoas com idade superior a 60 anos, representando um quinto da população mundial, sendo que 80,0% desses indivíduos viverão em países de baixa e média renda (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

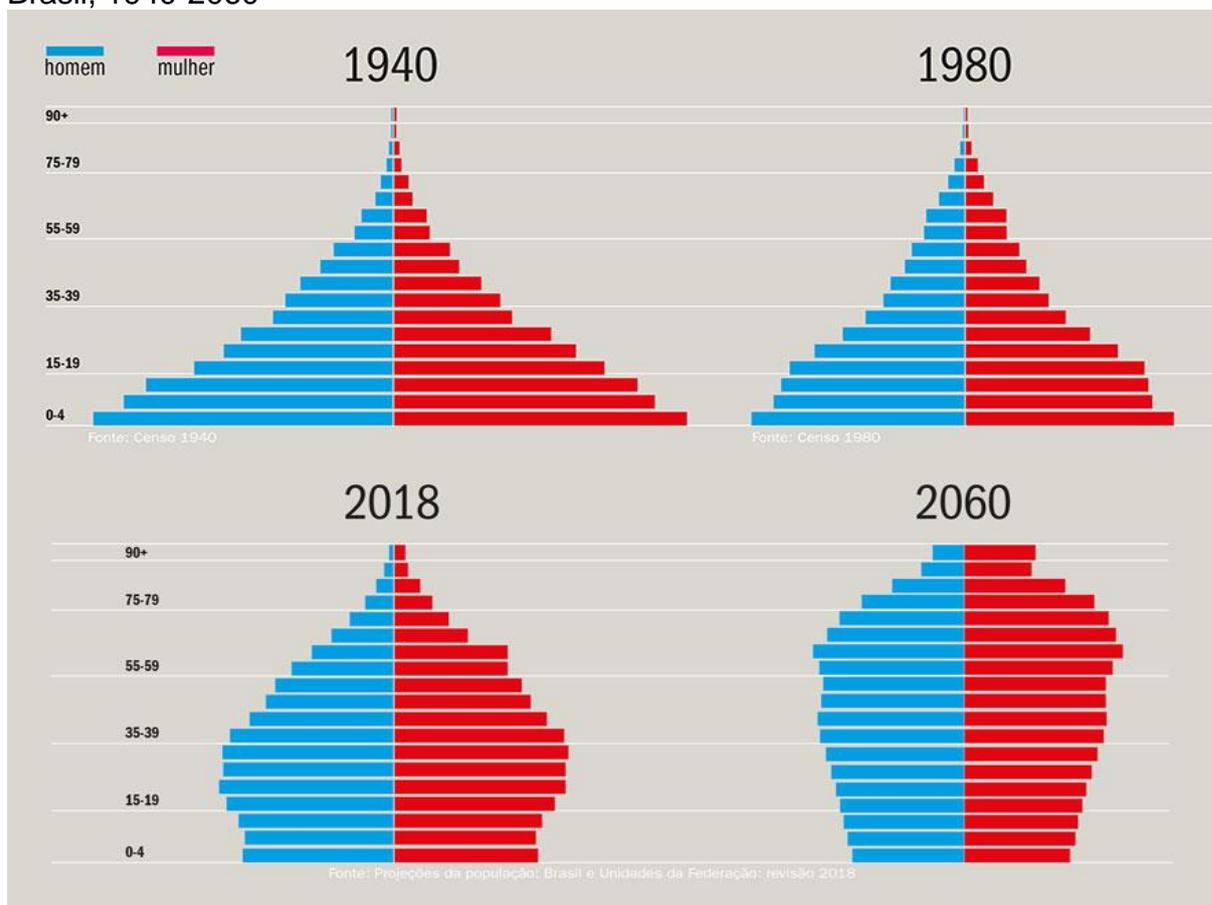
O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno universal, característico tanto dos países centrais, como, de modo crescente, dos países periféricos. No Brasil, o número de idosos cresceu 18,0% em cinco anos, ultrapassando a marca de 30 milhões em 2017. De acordo com o MS, em 2016, o país apresentava a quinta maior população idosa do mundo e, em 2030, o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre zero e 14 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, atualizados em 2018, apontam que o país tem mais de 28 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que represe 13,0% da população e esse percentual deve dobrar nas próximas décadas. Em 2043, um quarto dessa população será idosa, enquanto a proporção de jovens até 14 anos de idade será de 16,3%. Estima-se que, em 2047, a população deverá parar de crescer, o que contribui sobremaneira para o seu envelhecimento (PERISSÉ; MARLI, 2019).

O processo de transição demográfica no Brasil pode ser ilustrado a partir da Figura 1, na qual as pirâmides etárias sinalizam a distribuição populacional por sexo e

faixas etárias, no período de 1940 a 2060, indicando o envelhecimento populacional e a queda da fecundidade, processo característico de países centrais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Figura 1 - Pirâmides etárias e distribuição populacional por sexo e faixas etárias no Brasil, 1940-2060



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019).

Em um contexto local, a população do Espírito Santo, ES, passou de 3.514.952, em 2010, para 3.929.911, em 2015. Já a população idosa que em 2010 era de 364.861 indivíduos, apresenta projeção de 455.180 em 2015 e de 862.004 em 2030, correspondendo a 19,2% da população total. Em relação à expectativa de vida, o estado ocupa o 3º posição no Brasil, empatando com São Paulo e ficando abaixo de Santa Catarina e do Distrito Federal (TIEPPO, 2016).

Essas alterações têm ocorrido abruptamente, exigindo resposta rápida e adequada que não se efetivará sem a intervenção do Estado, por meio da implementação de políticas públicas que atendam de forma eficaz essa parcela expressiva da

população. Outrossim, todos os países enfrentam importantes desafios para garantir que seus sistemas sociais e de saúde estejam preparados para essa mudança demográfica, em especial, os países periféricos (BATISTA *et al.*, 2008; SCHARLACH; TEIXEIRA; PINHEIRO, 2015; ZEN *et al.*, 2018; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Destarte, uma resposta de saúde pública para essa mudança demográfica deve considerar não apenas as abordagens que melhoram as perdas associadas ao envelhecimento, mas devem reforçar, também, a recuperação, a adaptação e o crescimento psicossocial desses indivíduos, com vistas ao desenvolvimento de ações para a promoção da longevidade com qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

E para promover a qualidade de vida da pessoa idosa é imprescindível assegurar direitos como saúde, trabalho, assistência social, educação, cultura, esporte, habitação e meios de transportes. Direitos que são regulamentados pela Política Nacional do Idoso e pelo Estatuto do Idoso no Brasil e que devem balizar as políticas públicas e estratégias para a promoção do envelhecimento saudável (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

A diminuição da mortalidade é uma variável que influencia diretamente o aumento da longevidade no Brasil. Em 1980, a cada mil brasileiros que atingiam os 60 anos, 656 não completariam 80 anos. Em 2013, a cada mil brasileiros com 60 anos, 427 não completariam os 80 anos, representando 229 óbitos a menos. A expectativa de vida de um brasileiro de 60 anos que, em 1980, era de 16,4 anos, passou para 21,8 anos em 2013, um aumento de 33,0%. Então, em 2013, um brasileiro com 60 anos de idade viveria, em média, 81,8 anos, sendo 79,9 anos a média para os homens e 83,5 anos para mulheres. Devido a esse processo de transição demográfica, a participação da população idosa passou de 8,0% da população mundial, em 1950, para 11,0%, em 2010, e tem projeção de ser 17,0% em 2030 e 22,0% em 2050 (UNITED NATIONS, 2011).

O envelhecimento desafia os sistemas de saúde e de previdência social. Envelhecer não significa adoecer e a menos que exista doença associada, o envelhecimento

pode representar bom nível de saúde. Os avanços na saúde e tecnologia permitiram o acesso à serviços mais adequados, impactando na qualidade de vida da população. Assim, é necessário investir em ações de prevenção considerando seu potencial para “[...] resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã” (KALACHE, 2008. p. 1107). Por isso, os países têm buscado compreender o processo do envelhecimento, buscando alternativas para “[...] manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes” (KALACHE, 2008. p. 1108).

A análise do envelhecimento deve ser realizada de forma integrada, sendo considerada um processo holístico, sutil, individual e progressivo, pois, com o envelhecimento, são notadas degenerações físicas, cognitivas e sensoriais, que devem ser pontuadas em todo o seu envolvimento, consequências e limitações. E pode envolver, também, declínio funcional, emergência de doenças crônicas, maior dependência, isolamento social e perda de autonomia. Entretanto, a manutenção das atividades e do engajamento social e familiar pode favorecer o envelhecimento saudável sustentável (ELIOPOULOS, 2011; CIOSAK *et al.*, 2011).

Dentre as alterações sensoriais, enfatiza-se a perda auditiva que pode trazer grandes implicações no âmbito psicossocial do indivíduo idoso (SCHARLACH; TEIXEIRA; PINHEIRO, 2015).

Segundo *National Institute on Deafness and Other Communication Disorders* (NIDCD), 30,0 a 35,0% dos idosos com idade entre 65 e 70 anos apresentam algum grau de perda auditiva. Essa porcentagem sobe para 40,0 a 50,0% nos indivíduos com mais de 75 anos (GARCIA *et al.*, 2020, p. 2).

A perda auditiva afeta milhares de pessoas de todas as faixas etárias, embora seja mais frequente no idoso. Cerca de 466 milhões de indivíduos, o equivalente a:

Mais de 5,0% da população mundial [...] têm deficiências auditivas incapacitantes [...] A maioria vive em países de baixa e média renda. Estima-se que, até 2050, mais de 900 milhões de pessoas, ou seja, 1 em cada 10 habitantes, terão perda auditiva incapacitante (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019).

Esse problema não tratado, representa um custo global anual de US\$ 750 bilhões, incluindo custos diretos de saúde e perda de produtividade.

No Brasil, existem 9,8 milhões de deficientes auditivos, representando 5,1% da população, sendo que 1,3% está na faixa etária de zero a 14 anos, 4,2% de 15 a 65 anos e 25,6% são maiores de 65 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Estudo realizado pelo Instituto Locomotiva e a Semana de Acessibilidade Surda demonstrou que há 10,7 milhões de pessoas com deficiência auditiva no país, com predomínio do sexo masculino (54,4%), idade superior a 60 anos (57,0%), que adquiriram essa condição ao longo da vida (91,0%) e que não usam o AASI (87,0%) (GANDRA, 2019).

A prevalência dessa doença no país é ainda um dado epidemiológico em construção, pois existem poucos estudos de base populacional que apresentam esse resultado e que consideram o protocolo de perda auditiva da OMS (1999). Como exemplos, estão dois estudos realizados na região Sul e um na região Norte do país (BÉRIA *et al.*, 2007; GONDIM *et al.*, 2012; BEVILACQUA *et al.*, 2013).

De forma global, o comprometimento da perda auditiva no idoso varia de 30,0 a 90,0%, aumentando sua incidência e o grau de comprometimento com o avançar da idade (CRUICKSHANKS *et al.*, 2003; MAEDA *et al.*, 2019; RODRÍGUEZ-VALIENTE *et al.*, 2020). No Chile, a Pesquisa Nacional de Saúde 2009-2010 evidenciou que 32,7% dos entrevistados declararam ter algum tipo de problema auditivo, sendo que mais de 50,0% dos indivíduos maiores de 65 anos estavam nesse grupo (CARDEMIL; MUÑOZ; FUENTES, 2016). Nos Estados Unidos, estima-se que 80,0% das pessoas com perda auditiva tenham mais de 65 anos. E não tratar a população com perda auditiva custa ao Estado 56 bilhões de dólares, devido à diminuição da produtividade e ao investimento em educação especial e em assistência médica, o que significa um *per capita* por ano de 216 dólares (MORAES-CRISPIM, 2013).

Diferentes fatores parecem justificar estas elevadas taxas, como mutação ácido desoxirribonucléico (DNA) mitocondrial, desordens genéticas, hipertensão arterial, diabetes, doenças metabólicas e outras doenças sistêmicas, excesso de ruído, dieta de má qualidade e uso de alguns medicamentos, todos associados e

potencializados pelo processo do envelhecimento populacional (LIU; YAN, 2007). Sendo assim, o processo natural do envelhecimento do sistema imunológico desempenha papel importante na perda auditiva (FISCHER *et al.*, 2020).

O diagnóstico da perda auditiva é realizado pela audiometria tonal limiar que define o tipo e o grau da perda, podendo ser complementado pela audiometria de fala para avaliar a discriminação e a detecção da fala e classificar o prejuízo para comunicação decorrente da perda. Contudo, essa avaliação considerada padrão-ouro demanda equipamentos de altocusto, recursos humanos especializados e infraestrutura adequada, o que dificulta sua implementação na Atenção Básica, principalmente, em serviços de saúde distantes dos centros urbanos (COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017).

Diante desse cenário, milhares de idosos assistidos na Atenção Básica são subdiagnosticados em relação à presbiacusia e passam a sofrer as consequências da perda auditiva que incluem dificuldade de comunicação, isolamento social, incompreensão, depressão, declínios cognitivos, muitas vezes evitáveis se tivessem a oportunidade de diagnóstico e reabilitação. Outros sim, raramente os idosos são avaliados quanto ao impacto da perda auditiva na sua qualidade de vida (JORGENSEN *et al.*, 2016; GUIA *et al.*, 2016; COSTA-GUARISCO *et al.*, 2017; MORITA *et al.*, 2019; WALLACE *et al.*, 2020).

Em relação à presbiacusia, definida como a diminuição auditiva relacionada ao envelhecimento, ocorre a perda auditiva do tipo sensorio neural, bilateral e simétrica, comprometendo inicialmente as frequências altas (detecção de sons agudos) e a discriminação da fala. Por seu caráter lento, gradual e progressivo, o início da doença é silencioso e pouco perceptível, evoluindo para perdas auditivas mais graves, envolvendo, também, frequências baixas e médias (ANJOS *et al.*, 2014).

O idoso já começa a apresentar comprometimentos de origem biopsicossocial, uma vez que apresenta dificuldades de comunicação, com consequente isolamento social, baixa autoestima, sintomas depressivos e risco aumentado de declínio cognitivo. Apesar de não ameaçar a sobrevivência do idoso, a presbiacusia causa impacto na qualidade de vida do paciente e de sua família, por este motivo, o

diagnóstico precoce da doença é imprescindível (HUSAIN; CARPENTER-THOMPSON; SCHMIDT, 2014; JORGENSEN *et al.*, 2016; LUPO; BIEVER; KELSALL, 2020).

No Brasil, varia de 36,1 a 64,3% entre idosos maiores de 60 anos, acometendo com maior frequência o sexo masculino e aqueles com maior idade. Estima-se que 80,0% dos indivíduos com mais de 85 anos apresentam presbiacusia (SCHARLACH; TEIXEIRA; PINEIRO, 2015; CRISPIM; FERREIRA, 2015; JARDIM; MACIEL; LEMOS, 2016; HUANG *et al.*, 2020).

Dada a natureza e ocorrência desse agravo à saúde da população brasileira, principalmente da população idosa, houve, em 2004, a ampliação no âmbito do SUS da assistência à pessoa com deficiência auditiva, por meio dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva. Esses serviços contemplam atendimentos com fonoaudiólogos, médicos especialistas, psicólogos e assistentes sociais, incluindo ações de diagnóstico, exames auditivos, indicação do uso do AASI individual e/ou cirurgias de implante coclear e reabilitação auditiva (BRASIL, 2013a).

Estudo que investigou a rede de cuidados do SUS à saúde das pessoas com deficiência descreve que, apesar dos avanços nos últimos anos, o Brasil possui um sistema de regulação minimamente adequado, impedindo “[...] a identificação de boas práticas e o estabelecimento adequado de parâmetros epidemiológicos e técnico-científicos que orientem, articulem e gerem maior consistência aos cuidados à saúde dessa população” (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015, p. 207). Esse dado deve ser valorizado, considerando o cenário de envelhecimento da população brasileira que demanda conhecimento da situação de saúde e da oferta de serviços.

4.2 REPERCUSSÕES BIOPSICOSSOCIAIS DA PERDA AUDITIVA NO IDOSO

A Organização Mundial da Saúde (1998 apud ZANEI; OLIVEIRA; WHITAKER, p. 4) definiu qualidade de vida como "A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Esse tema é tem sido objeto de estudo e passou a ser alvo das práticas assistenciais e das políticas públicas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade e da integralidade da assistência na perspectiva da saúde como direito de cidadania (SEIDL; ZANNON, 2004). Nesse cenário, estão incluídos os estudos sobre qualidade de vida da pessoa com perda auditiva (HIRSCHFELDER; GRÄBEL; OLZE, 2008; RUMEAU *et al.*, 2015; ANGELO *et al.*, 2016).

A perda auditiva traz implicações não apenas na qualidade de vida mas, também, na vida familiar, social e no trabalho, podendo resultar em: afastamento do trabalho, demissão a pedido e demissão pelo empregador, dificuldade de aceitação e cobranças por parte do indivíduo doente (FRANCELIN; MOTTI; MORITA, 2010).

Considerando o processo de transição demográfica, faz-se necessário compreender os fatores relacionados ao envelhecimento, especialmente os incapacitantes (PEREIRA; FIRMO; GIACOMIN, 2014), que podem decorrer da interação entre a disfunção orgânica e/ou estrutural do indivíduo, da restrição na participação social e dos fatores ambientais que poderão interferir no desempenho das atividades individuais (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Por isso, é importante avaliar a capacidade funcional dos idosos e relacioná-la aos aspectos práticos do cuidado (ASSIS *et al.*, 2014) que possam influenciar a qualidade de vida (TAREQUE *et al.*, 2019).

Trazendo para a discussão da perda auditiva no idoso, observa-se dificuldade na compreensão da fala, o que ocasiona prejuízos na integridade física e mental do indivíduo, afastando-o do convívio familiar e social. Dessarte, essa deficiência afeta não somente a sensibilidade auditiva, mas traz implicações psicossociais severas (RUSSO, 2009), resultando no declínio das funções cognitivas e estimulando no idoso a inabilidade de compressão e expressão social (GRESELE; COSTA, 2014; MORITA *et al.*, 2019; MICHALOWSKY; HOFFMANN; KOSTEV, 2019).

A perda auditiva pode ocasionar dificuldades na comunicação, isolamento social, depressão e sentimentos negativos que impactam a qualidade de vida e a percepção do sujeito sobre sua saúde (VIACELLI; COSTA-FERREIRA, 2013; GUIA *et al.*, 2016). Esses sentimentos fragilizam as interações sociais e esse fato contribui

para aumentar a morbimortalidade e os gastos com saúde (SHUKLA *et al.*, 2020). Assim, as intervenções para melhorar as redes sociais desses idosos podem prevenir o declínio cognitivo e favorecer essas relações (MAHARANI; PENDLETON; LEROI, 2019).

Na perspectiva de atenuar tais efeitos, as próteses auditivas são recursos tecnológicos que trazem benefícios quando não existe possibilidade de tratamento clínico ou cirúrgico. Portanto, a adaptação dessas próteses é fundamental no processo de reabilitação do indivíduo, pois resultam no melhor aproveitamento da função auditiva e da percepção de fala e reduzem as dificuldades de comunicação que impedem a interação social (PACALA; YUEH, 2012; ALMEIDA, 2013).

Entretanto, o uso efetivo de AASI pela população idosa é um problema de difícil solução para os profissionais. Um estudo finlandês constatou que apenas 15,0 a 30,0% de idosos com deficiência auditiva possuíam AASI. Desses, somente 55,0% faziam uso do dispositivo em tempo integral. E dentre as principais razões para não utilizar o aparelho estão a não percepção de melhora, quebra ou dificuldade de manuseio do equipamento (LUPSAKKO; KAUTIAINEN; SULKAVA, 2005).

Outros usuários do AASI reportaram desconforto com sons intensos do ambiente, dificuldades em conversar em ambiente ruidoso e descontentamentos em relação à autoimagem e ao estigma da deficiência auditiva. Porém, há estudos com adultos que relatam benefícios com o uso do aparelho (FIALHO *et al.*, 2009; LOPES, 2011). Esses achados merecem atenção, tendo em vista os benefícios associados ao uso do AASI, como melhoria na comunicação e contribuição para a preservação da capacidade funcional e das habilidades cognitivas (GATEHOUSE; NAYLOR; ELBERLING, 2006) que podem resultar em maior interação social.

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA PERDA AUDITIVA NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde Brasil dessa forma assegurando as políticas públicas em saúde auditiva no Brasil. Com a promulgação da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, o atendimento à pessoa com

deficiência auditiva foi então incorporado no âmbito do SUS, inicialmente, por meio da Portaria SAS/MS n.º 126, de 17 de setembro de 1993, Cria na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único De Saúde a cirurgia de Implante Coclear (SIH/SUS), [...] sem garantir, no entanto, a integralidade dos procedimentos necessários à atenção e aos cuidados plenos à saúde auditiva no país (SILVA; CARNEIRO; JACOB, 2020, p, 2).

Em adição à Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria n.º 1.060, de 05 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), e considerando a repercussões biopsicossociais, foi implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), por meio da Portaria GM/MS n.º 2.073, de 28 de setembro de 2004. Essa Política visa a aprimorar as ações de saúde auditiva do SUS a partir da organização de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e integrada entre a Atenção Básica, a Média e a de Alta Complexidade, para garantir o diagnóstico e a reabilitação auditiva, além da promoção, da proteção e da terapia fonoaudiológica de adultos e crianças, minimizando eventuais danos na população (BRASIL, 2004a).

A PNASa deve ser implantada de forma articulada entre o MS as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo o desenvolvimento de estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos. Além disso, preocupa-se com a organização de uma linha de cuidados integrais, com a identificação dos determinantes e condicionantes das principais doenças e situações de risco que levam à deficiência auditiva; busca a promoção de ampla cobertura no atendimento aos deficientes auditivos no Brasil, além de qualificar a assistência e incentivar a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação dessa Política (BRASIL, 2004a).

Portanto, a PNASa é considerada importante passo na busca da equidade no atendimento à deficiência auditiva, com possibilidade de intervenção na história natural da doença, por meio de ações de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo equipe multiprofissional e interdisciplinar, além de métodos e técnicas terapêuticas específicas (BRASIL, 2004a).

Em apoio a essa Política e atentando para a necessidade de regulamentar a atenção à saúde auditiva no país, a Portaria SAS/MS n.º 587, de 07 de outubro de 2004, determina que as Secretarias de Estado da Saúde, com os municípios, adotem as providências necessárias à organização e à implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, compostas pelas Ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica e Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média e na Alta Complexidade. Esses serviços deverão submeter-se à regulação, à fiscalização, ao controle e à avaliação do gestor estadual e municipal. Esses serviços na Média e na Alta Complexidade devem realizar, ainda, a protetização auditiva, de acordo com as Diretrizes para o Fornecimento de AASI (BRASIL, 2004b).

De forma complementar e considerando que o atendimento à pessoa com deficiência auditiva está associado à qualificação para diagnóstico, tratamento, acompanhamento e terapia fonoaudiológica, a Portaria SAS/MS n.º 589, de 08 de outubro de 2004, estabelece critérios mínimos para o credenciamento, habilitação e funcionamento de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e suas respectivas classificações, em observância ao disposto na Portaria SAS/MS n.º 587/2004, além da reorganização e classificação dos procedimentos de atenção à saúde auditiva no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS (BRASIL, 2004b, 2004c).

O artigo 25 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) – Decreto Federal n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009, estabelece que as pessoas com deficiência têm direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação. Contudo, há um descompasso entre os inúmeros problemas sociais e a capacidade dos Estados, inclusive o brasileiro, de enfrentá-los por meio da elaboração de políticas públicas efetivas (BRASIL, 2013a), incluindo aquelas endereçadas à população com deficiência auditiva no país.

Dada a relevância do tema, a surdez é considerada pela OMS a deficiência de maior impacto no índice de qualidade de vida da população, superando a deficiência visual, de locomoção e outras 345 enfermidades, por isso, configura-se como uma das cinco prioridades da agência para este século. Nesse cenário, o Brasil integra a *Lancet Commission for Global Hearing Loss*, a maior iniciativa conjunta com a OMS

para o desenvolvimento de estratégias e políticas públicas de prevenção, tratamento e reabilitação da surdez já realizada no mundo, contemplando o nível primário, secundário e terciário de atendimento (FERREIRA, 2019).

Em conclusão, é importante oferecer condições de inclusão para as pessoas com perda auditiva, principalmente para o idoso (GANDRA, 2019). Nas últimas décadas, as políticas públicas para os idosos no Brasil têm avançado e entre as principais conquistas estão a Constituição Federal, a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. No entanto, a garantia dos direitos por parte dessa população ainda não tem se concretizado. Por isso, a operacionalização de políticas públicas representa importante desafio para garantia efetiva de direitos aos idosos (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

5 CAPÍTULO II – PERFIL DE IDOSOS COM PERDA AUDITIVA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Avaliados 217 idosos atendidos no CREFES, ES, entre junho de 2017 a junho de 2018, com diagnóstico de perda auditiva e indicação do AASI. A média de idade da amostra foi de 74 ± 9 anos, com distribuição homogênea entre homens (49,8%) e mulheres (50,2%). Houve predomínio da cor/raça branca (41,5%), estado civil casado (64,5%), ensino fundamental incompleto (47,0%) e de residentes na Região Metropolitana da Grande Vitória – RMGV (64,5%), dos quais 41,4% residiam no município de Cariacica. O tempo médio de deslocamento dos usuários até o serviço foi de $167,5 \pm 144,2$ minutos, 64,1% não utilizaram o veículo para o transporte de pacientes da Saúde do seu município para esse deslocamento e 74,2% foram ao CREFES acompanhados, em especial, por um familiar. A renda média mensal dos pacientes foi de R\$ 1392 ± 711 reais e 43,8% eram aposentados. As características sociodemográficas e econômicas dos idosos estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e econômicas de idosos com perda auditiva atendidos no CREFES, ES, Brasil, entre 2017 a 2018 (n=217)

(Continua)

Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Sexo		
Masculino	108	49,8
Feminino	109	50,2
Cor/raça		
Branca	90	41,5
Preta	8	3,7
Parda	60	27,6
Amarelo	14	6,4
Indígena	1	0,5
Não informado	44	20,3
Estado civil		
Casado	140	64,5
Não casado	77	35,5
Grau de instrução		
Sem instrução	29	13,4
Ensino fundamental incompleto	102	47,0
Ensino fundamental completo	60	27,6
Ensino médio incompleto	3	1,4
Ensino médio completo	16	7,4
Ensino superior completo	1	0,5
Não informado	6	2,8

Tabela 1 - Características sociodemográficas e econômicas de idosos com perda auditiva atendidos no CREFES, ES, Brasil, entre 2017 a 2018 (n=217)

(Conclusão)

Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Município de residência		
Afonso Cláudio	4	1,8
Anchieta	7	3,2
Aracruz	2	0,9
Barra de São Francisco	4	1,8
Cariacica	58	26,7
Colatina	5	2,3
Domingos Martins	2	0,9
Fundão	4	1,8
Guarapari	7	3,2
Itarana	4	1,8
João Neiva	4	1,8
Linhares	5	2,3
Maratáizes	3	1,4
Nova Venécia	4	1,8
Presidente Kennedy	3	1,4
Santa Tereza	2	0,9
Serra	9	4,1
Viana	2	0,9
Vila Valério	2	0,9
Vila Velha	43	19,8
Vitória	17	7,8
Outros	26	12,0
Profissão		
Aposentado	95	43,8
Pensionista	15	6,9
Do lar	37	17,0
Ativo formal	26	12,0
Ativo informal	43	19,8
Sem informação	1	0,5

Fonte: Elaborada pela autora.

O tipo de perda auditiva mais frequente foi a neurosensorial (92,6%), com grau de perda moderada (30,9%) e configuração simétrica (62,7%). Apesar de todos os idosos terem indicação para uso do AASI, 171 (78,8%) foram protetizados, e desses, 147 (86,0%) reportaram satisfação com o uso do aparelho. Ainda, 84,8% dos pacientes retornaram ao serviço após um ano da protetização para reavaliação. As variáveis associadas à perda auditiva dos idosos estão explicitadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Características da perda auditiva de idosos atendidos no CREFES, ES, Brasil, entre 2017 a 2018 (n=217)

Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Tipo de perda auditiva		
Neurosensorial	201	92,6
Mista	11	5,1
Condutiva	1	0,5
Não informado	4	1,8
Grau da perda auditiva		
Não informado/moderadamente severa	1	0,5
Não informado/profunda	1	0,5
Leve	29	13,4
Leve/moderada	4	1,8
Leve/moderadamente severa	4	1,8
Leve/severa	1	0,5
Moderada	67	30,9
Moderada/leve	1	0,5
Moderada/moderadamente severa	8	3,7
Moderadamente severa	60	27,6
Moderadamente severa/leve	1	0,5
Moderadamente severa/severa	4	1,8
Severa	19	8,8
Severa/leve	1	0,5
Severa/profunda	1	0,5
Profunda	4	1,8
Não informado	11	5,1
Configuração da perda auditiva		
Simétrica	136	62,7
Ascendente	21	9,7
Descendente	33	15,2
Assimétrica	15	6,9
Não informado	12	5,5
Protetização		
Sim	171	78,8
Não	36	16,6
Não informado	10	4,6
Satisfação com a protetização*		
Satisfeito	147	86,0
Insatisfeito	22	12,9
Não informado	2	1,2
Retorno após 1 ano da protetização*		
Sim	145	84,8
Não	24	14,0
Não informado	2	1,2

Fonte: Elaborada pela autora.

*n=171

A satisfação com a protetização foi significativamente associada ao sexo feminino ($p=0,048$) e ao estavo civil casado ($0,005$) conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Associação entre características sociodemográficas e econômicas e a satisfação de idosos com perda auditiva com a protetização, CREFES, ES, Brasil, entre 2017 a 2018 (n=171)

Variável	Satisfação com a protetização				p	
	Satisfeito		Insatisfeito			
	n	%	n	%		
Sexo	Masculino	67	45,6	15	68,2	0,048*
	Feminino	80	54,4	7	31,8	
Cor/raça	Branca	58	48,3	9	50,0	0,895
	Não branca	62	51,7	9	50,0	
Grau de instrução	Sem instrução	20	13,9	5	22,7	0,474
	Ensino fundamental	111	77,1	16	72,7	
	Ensino médio	13	9,0	1	4,5	
Estado civil	Casado	99	67,3	8	36,4	0,005*
	Não casado	48	32,7	14	63,6	
Profissão	aposentado	76	51,7	10	45,5	0,474
	pensionista	10	6,8	2	9,1	
	do lar	23	15,6	1	4,5	
	ativo formal	12	8,2	3	13,6	
	ativo informal	26	17,7	6	27,3	
		Média ± DP**		Média ± DP**		
Idade (anos)		7,16 ± 8,4		76,5 ± 8,3		0,696
Renda (reais)		1426,4 ± 759,5		1394,8 ± 715,7		0,982

Fonte: Elaborada pela autora.

*p < 0,05. DP = desvio padrão

As principais características do grupo de idosos incluem maiores de 65 anos de idade, com distribuição homogênea entre homens e mulheres, brancos, estado civil casado, aposentados, com renda mensal com variação de 70,0% a dois salários-mínimos, quase metade com ensino fundamental incompleto e mais de 60,0% residentes na RMGV, ES. Houve predomínio da perda auditiva neurossensorial, simétrica e moderada, sendo a maioria dos pacientes protetizados, satisfeitos com o uso do AASI e retornando ao CREFES em um ano para reavaliação, quase sempre com acompanhantes, em geral, um familiar.

De acordo com o Censo Demográfico 2020 e o mapeamento das pessoas com deficiência no Brasil, a prevalência de deficiência auditiva é de 1,1%, decorrente de doenças congênitas, adquiridas e acidentes. As formas mais graves e limitantes da

doença correspondem a 20,6% dos acometidos e 8,4% desses indivíduos frequentam algum serviço de reabilitação (BRASIL, 2020).

A prevalência de perda auditiva aumenta proporcionalmente com a idade, afetando quase todas as pessoas maiores de 80 anos. Há escassez de estudos de base populacional e multicêntrico para subsidiar as políticas públicas de saúde para o grupo de idosos com perda auditiva (CRISPIM *et al.*, 2012), mas há evidência de que a perda auditiva afeta mais de 1,3 bilhão de pessoas em todo o mundo, com maior incidência entre idosos (SHAN *et al.*, 2020).

A rápida transição demográfica, com maior longevidade da população, contribuiu para o aumento de deficiências e exigências, ainda desconhecidas pela equipe de saúde e pelo poder público, sendo a deficiência auditiva, principalmente entre idosos, um grave problema de saúde pública (PAIVA *et al.*, 2011). Assim, é preciso que os serviços fortaleçam sua infraestrutura, recursos humanos e estabeleçam protocolos de atendimento para esse público, cada vez mais numeroso e com mais necessidades, para que esses possam desfrutar de uma vida digna, mantendo relações sociais efetivas e boa qualidade de vida (MATTOS; VERAS, 2007).

Os dados demográficos de pacientes com perda auditiva neurosensorial entre idosos ainda são limitados. Além disso, a perda auditiva é uma condição médica extremamente comum, progredindo em incidência e gravidade com a idade, e que afeta quase 100,0% das pessoas maiores de 80 anos, mesmo que de forma mais leve (MAEDA *et al.*, 2019; RODRÍGUEZ-VALIENTE *et al.*, 2020).

A perda auditiva relacionada à idade é de origem neurosensorial simétrica e pode ser explicada por uma degeneração progressiva, bilateral das estruturas da orelha interna, sendo considerado um distúrbio complexo multifatorial, devido à perda crescente de células ciliadas externas e internas e de neurônios periféricos e centrais, além de uma atrofia da estria vascular e da perda das sinapses do nervo coclear. Portanto, o processo natural do envelhecimento do sistema imunológico desempenha papel importante na perda auditiva (FISCHER *et al.*, 2020).

Infelizmente, a deficiência auditiva é uma condição às vezes invisível para o paciente, familiares e sociedade. Pode afetar igualmente homens e mulheres, como observado no presente estudo, havendo uma tendência para acometer indivíduos do sexo masculino, mas são necessários mais estudos para confirmar essa associação por sexo (SOUSA; RUSSO, 2009; HUANG *et al.*, 2020).

O discreto predomínio do sexo feminino identificado nessa amostra pode justificar-se pelo fato de que as mulheres acessam com mais frequência os serviços de saúde, realizando exames periódicos que auxiliam a detecção precoce da doença (FONSECA; COSTA-FERREIRA, 2015).

Por outro lado, pesquisas sinalizam que a perda auditiva é maior no sexo masculino devido à exposição ocupacional ao ruído em atividades laborais habitualmente exercidas por homens, como mineração, construção civil e indústria, que ocasionam, a longo prazo, a perda auditiva induzida por ruído. Portanto, as questões laborais configuram-se como importante causa associada à deficiência auditiva, em especial, devido à falta de prevenção, por meio de medidas de educação em saúde para o trabalhador, e também pela ausência de equipamentos para a proteção auditiva (NYARUBELI *et al.*, 2020).

No que tange à autorreferência de cor/raça, a branca predominou nesse estudo. Esse achado está de acordo com o trabalho de Cruz *et al.* (2009). Para Lin *et al.* (2011), idade, sexo e a raça/cor são fatores significativamente associados à perda auditiva no idoso, sendo que os pretos têm 0,32 vezes menos chances de terem perda auditiva quando comparados aos brancos.

Em relação ao estado civil, 64,5% dos idosos avaliados eram casados, fato que pode ser justificado pela presença constante do seu cônjuge no dia a dia, observando a dificuldade auditiva para manter uma boa convivência, ajudando seu parceiro a procurar um serviço de saúde auditiva (BAUER *et al.*, 2017).

Houve predomínio de idosos com ensino fundamental incompleto, corroborando o fato de que a literatura sugere que os indivíduos que procuram os serviços públicos de saúde no Brasil apresentam, em grande parte, menor escolaridade (ARAUJO;

MENDES; NOVAES, 2011). Ressalta-se que esses idosos viveram sua infância em uma época na qual a educação não era prioridade, principalmente para a mulher, o que pode refletir esse baixo índice de instrução (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

Em nossa pesquisa, 43,8% dos avaliados eram aposentados, fato que pode ser justificado pela faixa etária da população, exclusivamente de idosos. Ainda, os idosos declararam renda mensal com variação de 70,0% a dois salários mínimos. Isso pode indicar maior dificuldade adaptativa da situação do idoso em relação ao corpo e ao ambiente físico e social, o que aumenta a vulnerabilidade da pessoa idosa, contribuindo para a exclusão social. E essa situação é piorada pela oferta inadequada dos serviços de saúde (MARTINS *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a condição social é um fator importante para as boas condições de saúde e, portanto, a situação de idoso não significa obrigatoriamente a condição de incapacidade (TANNURE *et al.*, 2010). A deficiência auditiva pode impactar na expectativa de vida e da saúde, logo, o manejo inadequado da deficiência auditiva, isolada ou associada a outras deficiências pode limitar as funções físicas e os afazeres do cotidiano, podendo reduzir a expectativa e a qualidade de vida desses indivíduos (TAREQUE *et al.*, 2019).

Existe evidência de que a deficiência auditiva pode afetar a cognição e aumentar o desenvolvimento de demência, diretamente proporcional à severidade da deficiência auditiva. Contudo, mais pesquisas são necessárias para confirmar essa associação (MORITA *et al.*, 2019; MICHALOWSKY; HOFFMANN; KOSTEV, 2019).

Perda auditiva associada ou não a alterações cognitivas contribui para prejuízo na comunicação, e a solidão fragiliza as interações sociais, fato que contribui para aumentar a morbimortalidade e os gastos com saúde (SHUKLA *et al.*, 2020).

Pessoas com dificuldades físicas e sensoriais funcionais, vivendo em países de baixa e média renda, têm maior probabilidade de desenvolver depressão e ansiedade, exigindo que os serviços de saúde mental estejam disponíveis e acessíveis para esses indivíduos (WALLACE *et al.*, 2020).

Pacientes com deficiência auditiva, às vezes, são associados a alguma doença mental, o que fortalece a justificativa para que sofram preconceitos e sejam estigmatizados e considerados de menor valor humano e social. Isso ocorre devido à falta de linguagem oral e, apesar da linguagem dos sinais, esses indivíduos ainda fazem parte de grupos minoritários (SILVA; VIEIRA, 2020). Em função dos efeitos deletérios da perda auditiva para o bem-estar geral, é necessário o encaminhamento precoce para o tratamento (LUPO; BIEVER; KELSALL, 2020).

Nesta pesquisa, observou-se que a perda auditiva em mais de 90,0% dos casos foi neurosensorial, com grau de perda moderada (30,9%) e configuração simétrica (62,7%). Dessa forma, o tipo, o grau e a configuração da perda mais frequentes são compatíveis com a presbiacusia, situação já prevista, tendo em vista a faixa etária da população avaliada, corroborando os achados de Ruschel, Carvalho e Guarinello (2007), Menegotto *et al.* (2011), Jardim *et al.* (2010) e Mazzarotto *et al.* (2019).

Apesar de todos os idosos terem indicação para uso do AASI, quase 80,0% receberam o aparelho e 86,0% se declararam satisfeitos com a protetização ao retorno em um ano, em especial, as mulheres e os casados. A literatura aponta que a adaptação de próteses auditivas é fundamental para a redução da sintomatologia depressiva, pois reinsere o idoso no mundo da comunicação e o reintegra socialmente, melhorando sua qualidade de vida (TEIXEIRA *et al.*, 2007).

Outro estudo indicou melhora na qualidade de vida após três meses de uso do AASI, contudo, não foi observado efeito na cognição desses indivíduos (ROCHA; MARTINELLI, 2020). Para Teixeira *et al.* (2008), o uso do AASI representa melhora na qualidade de vida dos usuários, independente do gênero. Mister se faz salientar que a prótese representa compreensão de fala e da interação social, mas a regulagem é uma queixa comum (MAZZAROTTO *et al.*, 2019).

A satisfação com a protetização pode estar associada, também, à diminuição do isolamento social e ao aumento da autonomia nas atividades diárias, pois os pacientes se sentem mais seguros em situação de comunicação, além de melhora na habilidade de ouvir em diferentes situações. No trabalho de Biz e Stroher (2007), a satisfação com o uso do AASI foi reportada por quase 70,0% dos pacientes.

O retorno ao CREFES após um ano da protetização foi verificado em quase 70,0% dos casos e pode refletir não somente a satisfação com o AASI, mas, também, e com o serviço e o cuidado prestados pela equipe multiprofissional. Manter a periodicidade dessa prática é importante para que o paciente consiga realizar o ajuste do aparelho, do novo molde e a repetição dos exames para uma melhor adaptação ao uso do dispositivo, ou seja, é imprescindível o compromisso da equipe e do paciente com a melhora da qualidade de vida.

Foi verificada a média de 167,5 minutos entre o tempo que levaram de suas residências até o CREFES, o que, muitas vezes, dificulta a vinda às consultas, principalmente quando são necessários retornos sequenciais para início do uso do AASI. Vale ressaltar que a forma de deslocamento deve ser levada em consideração, pois a maioria dos pacientes depende do transporte público. Ainda, que a média verificada de tempo de deslocamento até o serviço englobou moradores de todo o estado do Espírito Santo.

Menos de 40,0% dos idosos utilizaram o veículo para o transporte de pacientes da Saúde do seu município para se deslocarem até o CREFES. Isso pode ser atribuído ao fato de que mais de 60,0% dos usuários residem na RMGV, ou seja, são municípios próximos do local de atendimento. Cariacica foi o município que demandou o maior número de atendimentos e isso pode ser justificado, em parte, pelo serviço de marcação de consultas com especialista Otorrinolaringologista, o que dá maior celeridade aos agendamentos no CREFES, via central de regulação.

Cabe salientar que o serviço do veículo da Saúde de cada município do interior proporciona ao paciente da rede pública o deslocamento até os grandes centros para realização de consultas, conforme previsto na Portaria n.º 55, de 24 de fevereiro de 1999, com garantia pelo SUS, por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Essa Portaria garante ajuda de custo ao paciente e, em alguns casos, para o acompanhante, encaminhados por médicos das UBS de outro município ou estado, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência (ESPÍRITO SANTO, 2010).

A presença de um acompanhante fez-se necessário para 74,2% dos idosos, fato que pode ser justificado pela idade dos avaliados, pelas dificuldades de deslocamento e de comunicação. A pessoa maior de 60 anos, pela Lei .n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso, internada ou em observação, tem “assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”. Nesse caso, art. 16 Parágrafo Único “Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito” (BRASIL, 2013b).

Por fim, o acompanhamento e o aconselhamento constantes são essenciais para a superação das dificuldades enfrentadas por essa população, resultado este que justifica o benefício do uso do AASI para indivíduos com perda auditiva, trazendo aos paciente o retorno da vida social e o convívio com os familiares de forma mais harmoniosa. Isso se dá porque a percepção do som é capaz de proporcionar e modificar emoções e essas têm papel fundamental nos relacionamentos, na saúde e na qualidade de vida. Assim, é importante a implantação de programas de reabilitação para o deficiente auditivo, principalmente na população geriátrica, sendo necessário incorporá-los à rotina dos serviços ambulatoriais (VIEIRA *et al.*, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais características do grupo avaliado incluem indivíduos maiores de 65 anos de idade, distribuídos de forma homogênea por sexo, brancos, casados, aposentados, com baixa escolaridade e renda, sinalizando perfil de maior vulnerabilidade social, e que residem predominantemente na RMGV, ES. Em relação aos dados de audiologia, observou-se com maior frequência a perda auditiva do tipo neurossensorial, simétrica e moderada. Entre os participantes da pesquisa, quase 80,0% foram protetizados e 86,0% reportaram satisfação com o uso do AASI. E a variável satisfação foi significativamente associada ao sexo feminino e ao estado civil casado. Ainda, 84,8% dos idosos retornaram ao CREFES um ano após a protetização, quase sempre acompanhados, principalmente por um familiar.

A conclusão dessa dissertação propiciou várias reflexões que contribuíram para um melhor entendimento das vivências, percepções e expectativas dos idosos em relação à perda de audição. E pode sinalizar, em especial, a qualidade do serviço prestado, considerando que quase 90,0% dos idosos protetizados reportaram satisfação com o uso do aparelho, apesar das dificuldades na sua adaptação.

Esse dado contrasta com a literatura científica e com a vivência prática diária da pesquisadora responsável e de outros colegas da área, que atuam tanto no serviço público como no privado, e observam menores percentuais de satisfação com o uso do AASI. Cabe destacar que no CREFES o Assistente Social é o profissional responsável por verificar o grau de satisfação do paciente com a protetização, sendo esse um dos motivos pelos quais o paciente pode ficar inibido e não reportar, de fato, o que realmente sente em relação ao uso do aparelho auditivo.

Mister se faz salientar a importância de investimentos em ações voltadas à promoção e à prevenção da saúde auditiva, em especial, no âmbito da Atenção Primária no Espírito Santo. E, considerando o cenário de envelhecimento acelerado da população, também verificado em nosso estado, esses achados poderão trazer benefícios, diretos ou indiretos, aos usuários e a seus familiares, à equipe de saúde, ao serviço, aos gestores e à sociedade capixaba. Por fim, podem colaborar na definição do perfil dos idosos com perda auditiva atendidos em um serviço público de

referência, em um recorte de tempo específico, podendo apoiar a organização de políticas públicas e estratégias de enfrentamento desse problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 492-9, 2009.
- ALMEIDA, K. Seleção, verificação e avaliação de resultados na adaptação de próteses auditivas em adultos. *In*: LOPES, O. et al. **Novo tratado de fonoaudiologia**. 3. ed. Barueri: Manole, 2013. p. 389-402.
- ANGELO, T. C. S. *et al.* Qualidade de vida em adultos usuários de implante coclear. **CoDAS**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 106-12, mar./abr. 2016.
- ANJOS, W. T. *et al.* Correlação entre as classificações de perdas auditivas e o reconhecimento de fala. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 1109-16, jul./ago.2014.
- ARAUJO, T. M.; MENDES, B. C. A.; NOVAES, B. C. A. A. Pronto atendimento a usuários de dispositivos de amplificação sonora. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 466-73, 2011.
- ASSIS, V. G. *et al.* Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 153-63, 2014.
- BATISTA, A. S. *et al.* **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília, DF: MPS, SPPS, 2008.
- BAUER, M. A. *et al.* Perfil e prevalência de queixa auditiva em idosos. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 83, n. 5, p. 523-9, set./out. 2017.
- BÉRIA, J. U. *et al.* Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, D.C, v. 21, n. 6, p. 381-387, 2007.
- BEVILACQUA, M. C. *et al.* Inquérito de perdas auditivas em população urbana, Rondônia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 309-15, abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Censo Demográfico de 2020 e o mapeamento das pessoas com deficiência no Brasil**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/arquivos/cinthia-ministerio-da-saude>. Acesso em: 03 mar. 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 3. ed., 2. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Portaria. n.º 587, de 7 de outubro de 2004. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das redes estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out. 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0589_08_10_2004_rep.html. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Portaria n.º 589, de 08 de outubro de 2004c. Determinou a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0589_08_10_2004_rep.html. Acesso em: 01 nov. 2019.

BRASIL. Portaria n.º 1060, de 05 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Portaria n.º 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF; 29 set. 2004a; Seção 1, p. 34.

BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 13 jun. 2013a. Seção 1, p. 59.

CAMPOS, M. F.; SOUZA L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 207-10, jan./mar. 2015.

CARDEMIL, F.; MUÑOZ, D.; FUENTES, E. Hipoacusia asociada al envejecimiento en Chile: ¿En qué aspectos se podría avanzar? **Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello**, Chile, v. 76, n. 1, p. 127-135, abr. 2016.

CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. spe. 2, p. 1763-8, 2011.

COSTA-GUARISCO, L. P. *et al.* Percepção da perda auditiva: utilização da escala subjetiva de faces para triagem auditiva em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3579-88, nov. 2017.

CRISPIM, K. G. M. *et al.* Prevalência de déficit auditivo em idosos referidos a serviço de audiologia em Manaus, Amazonas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 469-75, out./dez. 2012.

CRISPIM, K. G. M.; FERREIRA, A. P. Prevalência de deficiência auditiva referida e fatores associados em uma população de idosos da cidade de Manaus: um estudo de base populacional. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 17, n. 6, p. 1946-56, nov./dez. 2015.

CRUICKSHANKS, K. J. *et al.* The 5-year incidence and progression of hearing loss: the epidemiology of hearing loss study. **Archives Otolaryngology - Head & Neck Surgery**, Chicago, v. 129, n. 10, p. 1041-6, Oct. 2003.

CRUZ, M. S. *et al.* Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1123-31, maio, 2009.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Evolução das políticas públicas à pessoa idosa no Brasil. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 413-20, 2018.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRIA - EMESCAM. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. 2016. **Proposta de curso**: linhas de pesquisa. Disponível em: <http://www.emescam.br/mestrado/>. Acesso em: 3 mar. 2020.

FARIAS, N.; BUCHALLA C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-93, 2005.

FERREIRA, J. C. **Surdez é uma das cinco prioridades da OMS para este século**. 2019. Disponível em: https://jornal.usp.br/atualidades/surdez-e-uma-das-cinco-prioridades-da-oms-para-este-seculo/#:~:text=Ela%20é%20considerada%20a%20primeira,cinco%20prioridades%20para%20este%20século. /. Acesso em: 03 mar. 2020.

FIALHO, J. M. *et al.* Percepção de idosos sobre o uso de aasi concedido pelo Sistema Único de Saúde. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 338-44, abr./jun. 2009.

FISCHER, N. *et al.* Age-Dependent Changes in the Cochlea. **Gerontology**, Switzerland, v. 66, n. 1, p. 33-9, 2020.

FONSECA, G. C.R.; COSTA-FERREIRA, M. I. D. O desempenho de idosos com perda auditiva neurossensorial nos testes de processamento auditivo: um estudo longitudinal. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 809-18, maio/jun. 2015.

FRANCELIN, M. A. S.; MOTTI, T. F. G.; MORITA, I. As implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 180-92, 2010.

GARCIA, A. C. O. *et al.* Associação entre auto-referência de tontura e perda auditiva assimétrica no idoso. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 22, n. 1, 2020.

GATEHOUSE, S.; NAYLOR, G.; ELBERLING, C. Linear and non-linear hearing aid fittings--2. Patterns of candidature. **International Journal of Audiology**, London, v. 45, n. 3, p. 153-71, Mar. 2006.

GONDIM, L. M. A. *et al.* Estudo da prevalência e fatores determinantes da deficiência auditiva no município de Itajaí, SC. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 78, n. 2, p. 27-34, mar./abr. 2012.

GRESELE, A. D. P.; COSTA, M. J. Compressão de frequências e reconhecimento de fala em idosos. **Audiology Communication Research**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 310-32, jul./set. 2014.

GUIA, A. C. O. M. *et al.* Rede de Atenção à Saúde Auditiva: perspectiva do usuário. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 473-84, set. 2016.

HIRSCHFELDER, A.; GRÄBEL, S.; OLZE, H. The impact of cochlear implantation on quality of life: the role of audiologic performance and variables. **Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, London, v. 138, n. 3, p. 357-62, Mar. 2008.

HOFFMANN, K. Polo de Audiologia da SESA tem programação especial para lembrar o Dia Nacional do Surdo. SESA, 2015. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/polo-de-audiologia-da-sesa-tem-programacao-es> Acesso em: 01 nov. 2019.

HUANG, B. *et al.* Gender Differences in the Association Between Hearing Loss and Cognitive Function. **American journal of Alzheimer's disease and other dementias**, California, v. 35: 1533317519871167, Jan./Dez. 2020.

HUSAIN, F. T.; CARPENTER-THOMPSON, J. R.; SCHMIDT, S. A. The effect of mild-to-moderate hearing loss on auditory and emotion processing networks. **Frontiers in systems neuroscience**, Lausanne, v. 8, n. 10, p. 1-13, Feb. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Longevidade: viver bem e cada vez mais. Retratos: **Revista do IBGE**. Rio de Janeiro, n. 16, p. 20-4, fev. 2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf. Acesso em: 1 mar. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

JARDIM, D. S.; MACIEL, F. J.; LEMOS, S. M. A. Perfil epidemiológico de uma população com deficiência auditiva. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 746-57, maio/jun. 2016.

JARDIM, I. S. *et al.* Estudo do perfil audiológico de indivíduos atendidos em um serviço de diagnóstico brasileiro. São Paulo: **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 32-7, jan./fev./mar. 2010.

JORGENSEN, L. E. *et al.* The Effect of Decreased Audibility on MMSE Performance: A Measure Commonly Used for Diagnosing Dementia. **Journal of the American Academy of Audiology**, Burlington, v. 27, n. 4, p. 311-23, Apr. 2016.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-11, jul./ago. 2008.

LIN, F. R. *et al.* Hearing loss prevalence and risk factors among older adults in the United States. **Journal of Gerontol Serie A, Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, DC, v. 66A, n. 5, p. 582-90, May. 2011.

LIU, X. Z.; YAN, D. Ageing and hearing loss. **The Journal of Pathology**, London, v. 211, n. 2, p. 188-97, Jan. 2007.

GANDRA, A. País tem 10,7 milhões de pessoas com deficiência auditiva, diz estudo. 2019. Rio de Janeiro, Agência Brasil, 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-10/brasil-tem-107-milhoes-de-deficientes-auditivos-diz-estudo>. Acesso em: 03 mar. 2020.

LOPES, L. C. **Análise do processamento auditivo central em idosos portadores de comprometimento cognitivo leve**. 2011. 125 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011..

LUPO, J. E.; BIEVER, A.; KELSALL, D. C. Comprehensive hearing aid assessment in adults with bilateral severe-profound sensorineural hearing loss who present for Cochlear implant evaluation. **American Journal of Otolaryngology**, New Jersey, v. 41, n. 2, p 102300, Mar./Abr. 2020.

LUPSAKKO, T. A.; KAUTIAINEN, H. J.; SULKAVA, R. The non use of hearing aids in people aged 75 years and over in the city of Kuopio in Finland. **European Archives of Otorhinolaryngol**, Germany, v. 262, n. 3, p. 165-9, Mar. 2005.

MAEDA, Y. *et al.* Progression of hearing loss and choice of hearing aids by patients in their 60s, 70s, and 80s and older: experience in the Japanese super-aged era. **Acta Otolaryngol**, Stockholm, v. 139, n. 12, p. 1077-82, Dec. 2019.

MAHARANI, A.; PENDLETON, N.; LEROI, I. Hearing Impairment, Loneliness, Social Isolation, and Cognitive Function: Longitudinal Analysis Using English Longitudinal Study on Ageing. The **American Journal Geriatric Psychiatry**, Washington, DC, v. 27, n. 12, p. 1348-56, Dez. 2019.

MARTINS, J. A. *et al.* Idosos com deficiência física: vulnerabilidades em relação ao corpo, ambiente físico e social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 3, Pp. 1-8, jul. 2020.

MATTOS, L. C.; VERAS, R. P. Prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 73, n. 5, p. 654-9, out. 2007.

MAZZAROTTO, I. H. E. K. *et al.* Integralidade do cuidado na atenção à saúde auditiva do adulto no SUS: acesso à reabilitação. **Audiology-Communication Research**, São Paulo, v. 24, p. e2009, jan. 2019.

MENEGOTTO, I. H. *et al.* Correlação entre perda auditiva e resultados dos questionários hearing handicap inventory for the adults: screening version HHIA-S e hearing handicap inventory for the elderly for the elderly – screening version HHIE-S. **Arquivos Internacionais em Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.15, n. 3, p. 319-26, 2011.

MICHALOWSKY, B.; HOFFMANN, W.; KOSTEV, K. Association Between Hearing and Vision Impairment and Risk of Dementia: Results of a Case-Control Study Based on Secondary Data. **Frontiers in Aging Neuroscience**, Lausanne, v. 11, n. 363, p.1-9, dez. 2019

MORAES-CRISPIM, K. G. *et al.* Análise da deficiência auditiva relacionada às condições gerais de saúde em idosos. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 12, n. 25, p. 84-95, jul./dez. 2013.

MORITA, Y. *et al.* Age-related Hearing Loss Is Strongly Associated With Cognitive Decline Regardless of the APOE4 Polymorphism. **Otology & Neurotology**, Hagerstown, v. 40, n. 10, p. 1263-7, Dec. 2019.

NYARUBELI, I. P. *et al.* Occupational noise exposure and hearing loss: A study of knowledge, attitude and practice among Tanzanian iron and steel workers. **Archives of Environmental & Occupational Health**, Washington, D.C, v. 75, n. 4, p. 216-25, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa: envelhecimento e saúde**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=566:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820#:~:text=Entre%202015%20e%202050%2C%20a,de%20baixa%20e%20m%C3%A9dia%20renda. Acesso em: 10 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS e União Internacional de Telecomunicações recomendam novo padrão global para prevenir perda auditiva entre 1,1 bilhão de pessoas**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5869:oms-e-uniao-internacional-de-telecomunicacoes-recomendam-novo-padrao-global-para-prevenir-perda-auditiva-entre-1-1-bilhao-de-pessoas&Itemid=839#:~:text=OPAS%2FOMS%20Brasil%20%2D%20OMS%20e,1%2C1%20bilh%C3%A3o%20de%20pessoas. Acesso em: 10 abr. 2020.

PACALA, J. T.; YUEH, B. Hearing deficits in the older patient: “I didn’t notice anything”. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 307, n. 11, p. 1185-94, Mar. 2012.

PAIVA, K. M. *et al.* Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1292-300, jul. 2011.

PEREIRA, J. K.; FIRMO, J. O. A.; GIACOMIN, K. C. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3375-84, ago. 2014.

PERISSÉ, C; MARLI, M. **Idosos indicam caminhos para uma melhor idade**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>. Acesso em: 6 jul. 2020.

ROCHA, L. V.; MARTINELLI, M. C. Cognição e benefício obtido com o uso de próteses auditivas: um estudo em idosos. **CoDAS**, São Paulo, v. 32, n. 2 p. e20180259, fev. 2020.

RODRÍGUEZ-VALIENTE, A. *et al.* Prevalence of presbycusis in an ontological normal population. **Acta Otorrinolaringologica Española**, Barcelona, v. 71, n. 3, p. 175-80, May/Jun. 2020.

RUMEAU, C. *et al.* Quality of life and audiologic performance through the ability to phone of cochlear implant users. **European Archives of Otorhinolaryngology**, Heidelberg, v. 272, n. 12, p. 3685-92, Dec. 2015.

RUSCHEL, C. V.; CARVALHO, C. R.; GUARINELLO, A. C. A eficiência de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 95-8, abr./jun. 2007.

RUSSO, I. C. P. A relevância da pesquisa científica na audiológica brasileira. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 11, supl. 1, 2009.

SCHARLACH, R. C.; TEIXEIRA, A. R.; PINHEIRO, M. M. C. Amplificação em idosos. *In*: BOÉCHAT, E. M. *et al.* **Tratado de audiológica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2015. p. 280-285.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Tratamento fora do município. Espírito Santo: SESA, 2010. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/tfd-tratamento-fora-do-domicilio>. Acesso em: 06 abr. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo- CREFES**. Vila Velha, ES: SESA, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/centro-de-reabilitacao-fisica-do-espírito-santo-crefes>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, mar./abr. 2004.

SHAN, A. *et al.* Hearing loss and employment: a systematic review of the association between hearing loss and employment among adults. **The Journal of Laryngology and Otology**, London, v. 134, n. 5, p. 387-97, May, 2020.

SHUKLA, A. *et al.* Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. **Otolaryngology Head Neck Surgery**, London, v. 162, n. 5, p. 622-33, May, 2020.

SILVA, E. J.; CARNEIRO, L. A.; JACOB, R. T. S. O poder judiciário e o acesso ao sistema de frequência modulada: uma análise sobre a efetivação das políticas públicas em saúde auditiva. **Audiology Communication Research**, São Paulo, v. 25, e2252, 2020

SILVA, A. A.; VIEIRA, N. M. Reabilitação auditiva de pessoas com surdez: por uma política pública que supere a patologia pela cultura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 4, p. 20610-21, 2020.

SOUSA, M. G. C.; RUSSO, I. C. P. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 241-246, 2009.

TANNURE, M. C. *et al.* Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 5, p. 817-22, set./out. 2010.

TAREQUE, M. I. *et al.* The Impact of Self-Reported Vision and Hearing Impairment on Health Expectancy. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v. 67, n. 12, p. 2528-36, Dec. 2019.

TEIXEIRA, A. R. *et al.* Qualidade de vida de adultos e idosos pós-adaptação de próteses auditivas. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 357-61, 2008.

TEIXEIRA, A. R. *et al.* Sintomatologia depressiva em deficientes auditivos adultos e idosos: importância do uso de próteses auditivas. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 453-8, 2007.

TIEPPO, A. **Saúde do idoso: integralidade na atenção e utilização de instrumento preditivo de risco de internação**. 2016. 88 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Vitória, ES, 2016.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2010 Revision**. New York, DESA, 2011.

VIACELLI, S. N. A.; COSTA-FERREIRA, M. I. D. Perfil dos usuários de AASI com vistas à amplificação, cognição e processamento auditivo. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 1125-36, set./out. 2013.

VIEIRA, E. P. *et al.* Proposta de acompanhamento em grupo para idosos protetizados. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 73, n. 6, p. 752-8, 2007.

WALLACE, S. *et al.* Association of anxiety and depression with physical and sensory functional difficulties in adults in five population-based surveys in low and middle-income countries. *PLoS One*, San Francisco, v. 15, n. 6, p. e0231563, Jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION. **Safe listening devices and systems**: a WHO-ITU standard. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva: WHO-ITU, 2019.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **World Population Prospects**: the 2010 revision. New York: ONU, 2010.

ZANEI, S. S. V.; OLIVEIRA, R. A.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos profissionais de saúde dos programas de residencias multidisciplinares. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 9, p. 1-20, 2019.

ZEN, D. *et al.* Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. e62502, 2018.

ANEXO A - Termo de Anuência Prévia Para a Realização de Pesquisa no Âmbito da SESA, ES

PROCESSO Nº 8403 9844



EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Encaminhamos em anexo o Protocolo de Pesquisa intitulado "PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE IDOSOS COM PERDA AUDITIVA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO", que tem por objetivo avaliar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes idosos com perda auditiva atendidos em um serviço público de referência no Espírito Santo, ES, Brasil. Para a realização da Pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências do "Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES)" e obtenção dos dados necessários para responder aos objetivos propostos na pesquisa. Encaminhamos ainda, em anexo, o Requerimento de Pesquisa, os Termos de Confidencialidade e de Responsabilidade relativos às informações a serem obtidas, além de nos comprometermos em fornecer uma cópia do trabalho concluído, em mídia eletrônica. Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Assinatura *Raquel Coan Mansur* **Raquel Coan Mansur** **FONOAUDIOLOGA** **CRP 6-5842-ES** Data 26-11-18

Nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa

Assinatura *Dr. Jose Carlos Novaes* **Dr. Jose Carlos Novaes** **Médico** **CRM-ES-942** **CPF: 244 818 901-20** Data 26-11-18

Nome e carimbo da chefia imediata, gestora da instituição de origem do pesquisador

ESPAÇO RESERVADO À COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SESA - NÚCLEO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS (NUEDRH), APÓS RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO.

A Unidade Campo de Pesquisa para análise e manifestação.

Assinatura *Ingrid Frederico Barreto* **Ingrid Frederico Barreto** **SESA - NUEDRH - NUETS** **Matrícula nº 412.494** Data 28/11/2018

Nome e carimbo do técnico do NUEDRH

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso Parecer:

AUTORIZADO **NÃO AUTORIZADO**

Considerações: *Verificada a documentação da Carta de Anuência da SESA - CREFES/SESA*

Assinatura *Raquel Coan Mansur* **Raquel Coan Mansur** **Matrícula: 3754316** Data _____

Nome e carimbo do gestor da Unidade campo da pesquisa na SESA

Santa Luíza - Vitória
ES - Brasil - CEP 29045-402

Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória

Tel.: +55 27 3334 3500
info@emescam.br
www.emescam.br

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE IDOSOS COM PERDA AUDITIVA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador: JANINE PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03883218.0.0000.5085

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.075.074

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE IDOSOS COM PERDA AUDITIVA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO será realizado para conclusão do mestrado. Trata-se de estudo descritivo, observacional, retrospectivo, transversal, incluindo idosos com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, encaminhados para atendimento no Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES), no período de junho de 2017 a junho de 2018, com diagnóstico de perda auditiva.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivo primário avaliar o perfil sociodemográfico e clínico de idosos com perda auditiva atendidos em um serviço público de referência do estado do Espírito Santo, ES, Brasil. E como objetivo secundário descrever o fluxo de atendimento em saúde auditiva de um serviço público de referência do Espírito Santo, ES, Brasil. Identificar a prevalência de perda auditiva em idosos encaminhados para atendimento no referido serviço e avaliar o perfil sociodemográfico e clínico destes idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como risco a pesquisa implica em risco mínimo que será atenuado pela manutenção do sigilo e da

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.075.074

privacidade dos participantes da pesquisa, além da guarda adequada dos dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, atendendo, impreterivelmente, ao disposto na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Não são previstos benefícios individuais relacionados à pesquisa. Em termos de benefícios coletivos, conhecer o perfil sociodemográfico e clínico

de pacientes idosos com perda auditiva poderá possibilitar aos serviços e aos gestores o planejamento de ações estratégicas de educação e cuidado em saúde auditiva, minimizando, assim, as consequências sociais e de saúde da perda auditiva no estado do ES.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem elaborado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto detalhado apresentado e coerente com as informações básicas do projeto

Folha de rosto devidamente assinada

Carta de anuência - devidamente preenchida e assinada pelo diretor geral do CREFES

Cronograma - adequado

TCLE - solicita dispensa devido ao desenho do estudo e tamanho da amostra e, especialmente, pela dificuldade de localização dos participantes da pesquisa que, em muitos casos, residem no interior do estado e, também, por não permanecerem em segmento no CREFES. Desta forma, ratificamos que os dados serão disponibilizados à mestrandia que é fonoaudióloga e trabalha no CREFES, a qual se compromete com o sigilo da identificação dos participantes da pesquisa, além de manter sob guarda adequada as informações coletadas que serão utilizadas exclusivamente para fins científicos, atendendo, impreterivelmente, ao disposto na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto pode ser aprovado sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comile.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Continuação do Parecer: 3.075.074

- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1264988.pdf	03/12/2018 13:57:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf	03/12/2018 13:56:53	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	cartaanuenciaraquel.pdf	03/12/2018 13:50:06	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoraquel.pdf	03/12/2018 13:49:47	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 12 de Dezembro de 2018

**Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))**

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br