

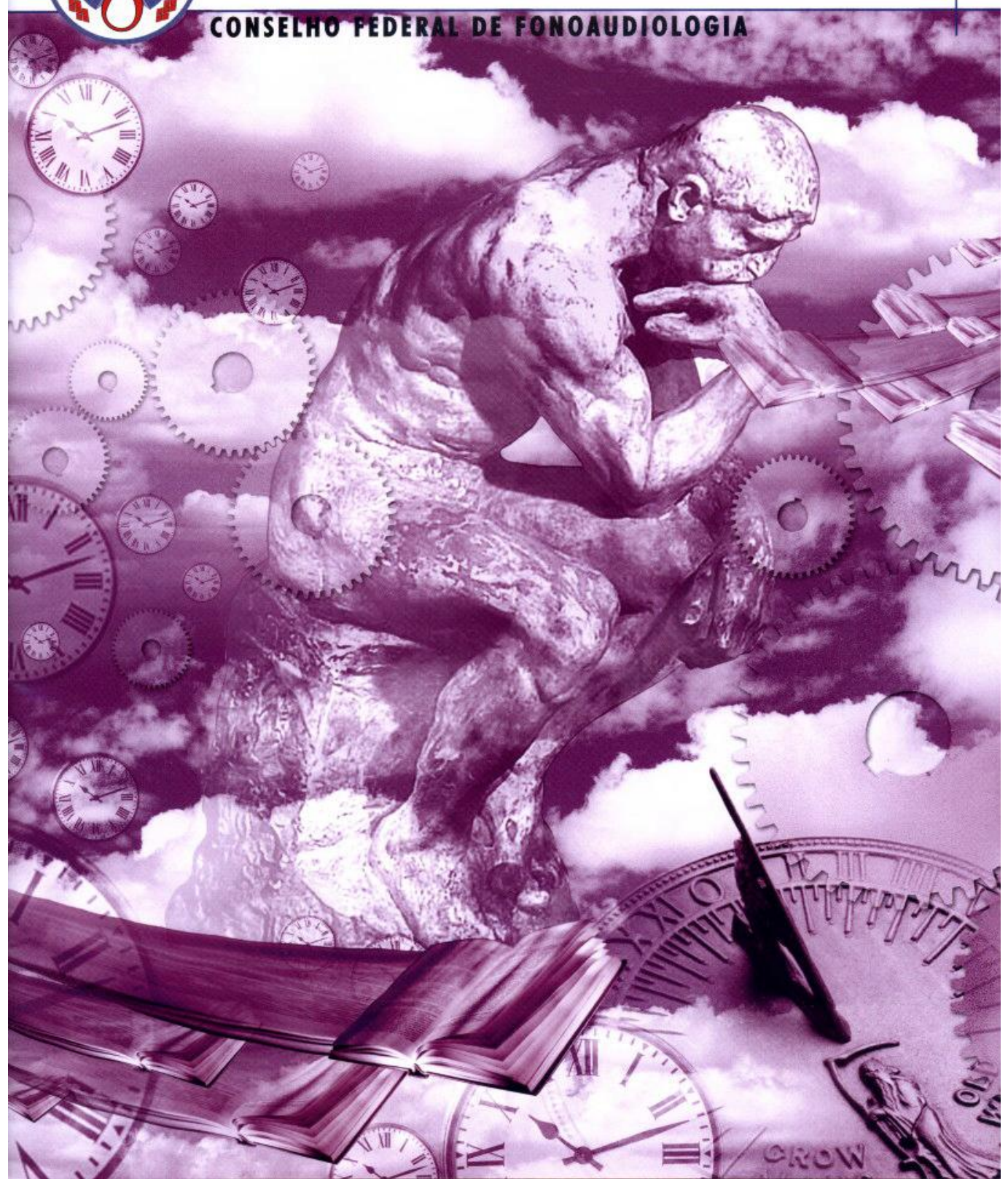


REVISTA

Dezembro de 2003 • Vol. 2 • Nº4 - ISSN 1516-8131

# FONOAUDILOGIA • BRASIL

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA



# Cursos de Especialização 2004



# FONOAUDIOLOGIA

## Especialização em Linguagem Especialização em Audição Especialização em Voz

Os cursos objetivam aprofundar e atualizar os conhecimentos teóricos e práticos relativos ao desenvolvimento e aos problemas do desenvolvimento de linguagem, de audição e de voz – de acordo com a natureza de cada um – promovendo a qualificação científica e técnica dos profissionais que atuam em áreas ligadas aos distúrbios da comunicação.

Os cursos conferem ao aluno o título de Especialista, reconhecido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia.

### Coordenadores dos cursos:

Profa. Dra. Sílvia Friedman – Linguagem  
Profa. Dra. Altair Caddrobbl Pupo (Lila) – Audição  
Profa. Dra. Léslie Piccolotto Ferreira – Voz.

Carga horária:  
520 horas-aula – duração: 2 anos.

Inscrições até fevereiro de 2004.

Os cursos oferecem possibilidade de estágio aos alunos interessados, por meio de convênios com instituições especializadas.

**COGEAE** Especialização, aperfeiçoamento, extensão e respeito.

Informações:

(11) **3873-3155**

[info@cogae.pucsp.br](mailto:info@cogae.pucsp.br)

<http://cogae.pucsp.br>

PONTIFÍCIA  
UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
DE SÃO PAULO



*Você com todo o respeito.*

## A CAMINHO DE MAIS EXPERIÊNCIAS

A Fonoaudiologia, sem dúvida, afirma-se como profissão onde as experiências, pesquisas e estudos são intensos. A Revista Fonoaudiologia Brasil é uma das provas dessa afirmação. Durante esse ano, recebemos artigos científicos de todas as partes do Brasil. E vocês puderam conferir alguns deles nesse meio de comunicação do Conselho Federal.

Nessa edição, a revista traz mais uma série de artigos para você ficar informado sobre o que acontece na Fonoaudiologia. Gostaríamos de convidar os profissionais da área de Voz a escreverem mais artigos para a revista, pois sentimos falta dos mesmos em nossas edições. Aproveitamos ainda a oportunidade para comunicar que no próximo ano, a Fonoaudiologia Brasil virá com mudanças. A revista será virtual e não terá mais assinaturas.

Quanto à divulgação de nossa profissão, informamos que as Comissões de Divulgação dos Conselhos já estão com a mais nova campanha. Solicitamos a você que colabore na campanha fixando os cartazes em seus locais de trabalho. Uma réplica do cartaz pode ser vista na contracapa dessa edição.

Para terminar, parabenizamos a todos os profissionais que fazem da Fonoaudiologia uma profissão séria e digna. Em dezembro, comemoramos o Dia do Fonoaudiólogo, mais um motivo para agradecer a cada um que faz parte dessa grande família. E é assim, com união, trocas de experiências e divulgação de trabalhos científicos-como os que foram apresentados no Congresso de Fonoaudiologia em Fortaleza-que a Fonoaudiologia está atingindo patamares mais sólidos e reconhecidamente mais científicos. Que no ano que vem, mais trabalhos sejam destaque na revista, no Brasil e no mundo.

Feliz Natal! Um ano de muita paz e sucesso a todos!

A Diretoria



## CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA

### 7º COLEGIADO DO CFFA

#### DIRETORIA

##### Presidente

Maria Thereza Mendonça C. de Rezende

##### Vice-presidente

Patrícia Balata

##### Diretora Secretária

Ângela Ribas

##### Diretora Tesoureira

Christiane Camargo Tanigute

#### CONSELHEIROS EFETIVOS:

Edson Nahim Daher - RJ

Giselle de Paula Teixeira - RJ

Celina Pieroni de Azevedo Rezende - SP

Maria Thereza M. Carneiro de Rezende - SP

Ângela Ribas - PR

Hyriana Frota Cavalcante de Vasconcelos - CE

Patrícia Balata - PE

Christiane Camargo Tanigute - GO

Maria do Carmo Coimbra de Almeida - MG

Nádia Maria Lopes de Lima e Silva - RS

#### CONSELHEIROS SUPLENTES:

Ana Luiza dos Santos Vieira - RJ

Maria Cecília Greco - SP

Hilton Justino da Silva - PE

Bruno Tavares de Lima Guimarães - CE

Maria de Lourdes Campos de Santana - GO

Marisa de Sousa Viana Jesus - MG

Zulmira Osório Martinez - RS

#### Fonoaudiologia Brasil

ISSN 1516-8131

#### Coordenação Comissão de Divulgação do CFFa

##### Presidente

Patrícia Balata

K&A WEB Comunicação e Marketing

SCS, quadra 4, Edifício Nordeste. 6º andar, sala 601.

##### Editores

Elizângela Dezincourt - 1222/PA

Érica Dourado - 1198/PA

##### Diagramação, editoração e arte

Technoarte Bureau e Fotolito Digital

##### Impressão

Cargraphic S.A.

##### Ilustração da capa

Ponto 4 Propaganda Ltda.

##### Ilustrações

Mariana Vianna

##### Revisão

Laurise R. Burmann

#### Conselho Federal de Fonoaudiologia

SRTVS - quadra 701, bloco E, salas 624/630

Edifício Palácio do Rádio II - Brasília - DF-CEP 70340-902

Tel.: (0xx61) 322-3332 - Fax: (0xx61) 321-3946

[www.fonoaudiologia.org.br](http://www.fonoaudiologia.org.br)

[feno@fonoaudiologia.org.br](mailto:feno@fonoaudiologia.org.br)

Edição nacional, 24.000 exemplares

Os artigos assinados são de responsabilidade de seus autores.

<b>COMISSÃO CIENTÍFICA DO CFFA</b> .....	<b>6</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS PARA QUEM QUER INGRESSAR NA PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU - Mestrado e Doutorado</b> .....	<b>8</b>
CLÁUDIA REGINA FURQUIM DE ANDRADE	
<b>FATORES FACILITADORES DA SUÇÃO DIGITAL</b> .....	<b>12</b>
CARLA VALÉRIA PEREIRA DA SILVA VICENTE JOSÉ ASSENCIO FERREIRA	
<b>FONOAUDIOLOGIA E ALEITAMENTO MATERNO: OPINIÕES E PRÁTICAS DE DOCENTES E DISCENTES</b> .....	<b>16</b>
CRISTIANE FACCIÓ GOMES SANDRA REGINA GIMENIZ-PASCHOAL	
<b>A FONOAUDIOLOGIA E SUAS INSERÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANÁLISE PROSPECTIVA</b> .....	<b>29</b>
BÁRBARA NIEGIA GARCIA DE GOULART	
<b>DISPOSITIVOS AUXILIARES NÃO-AUDITIVOS UTILIZADOS POR SURDOS</b> .....	<b>35</b>
DIONÉLIA RIVAS WANESSA MEDEIROS DÉBORA BARROS FERNANDA CRUZ NATÁLIA NEVES SAMARA MOREIRA SILVANA GRIZ	
<b>AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS RESULTADOS NOS PROCESSOS DE REABILITAÇÃO AUDITIVA E VESTIBULAR</b> .....	<b>43</b>
CARLOS KAZUO TAGUCHI KATIA DE ALMEIDA	
<b>COMO USUÁRIOS DE ÔNIBUS DE CURITIBA PERCEBEM O RUÍDO PRESENTE NESTE MEIO DE TRANSPORTE</b> .....	<b>52</b>
ANGELA RIBAS ADRIANA BENDER MOREIRA DE LACERDA JAIR MENDES PAULO CÉSAR PERES DE ANDRADE	
<b>CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DO PAQUÍMETRO EM MOTRICIDADE ORAL</b> .....	<b>59</b>
HILTON JUSTINO DA SILVA DANIELE ANDRADE DA CUNHA	
<b>NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS</b> .....	<b>65</b>

**Fga. Adriana Vélez Feijó**

CRFa. Nº 5194/RS

- Especialista em Voz pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia sob o nº 344/97
- Mestre em Clínica Médica - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Doutoranda em Clínica Médica - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Fga. Dra. Ana Paula Machado Goyano Mac-Kay**

CRFa nº 2560/SP

- Especialista em Linguagem pelo CFFa sob o nº 009/96
- Mestre em Linguística Aplicada ao Ensino da Língua, pela PUC/SP Doutora em Linguística Semiótica pela USP/SP

**Fga. Ângela Ribas**

CRFa. Nº 4698/PR

- Especialista em Audiologia pelo CFFa nº 1497/01
- Mestre em Distúrbios da Comunicação

**Fga. Dra. Bianca Simone Zeigelboim**

CRFa. nº 4113/PR

- Especialista em Audiocomunicação pela Universidade Federal do Paraná
- Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana- UNIFESP-EPM
- Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana-UNIFESP-EPM

**Dr. Carlos de Paula Souza**

- Odontólogo graduado pela Faculdade de Odontologia João Prudente Anápolis/GO
- Especialista, Mestre e Doutor em Prótese Dental pela Universidade de São Paulo

**Fga. Christiane Camargo Tanigute**

CRFa. 0323/GO

- Especialista em Matricidade Oral pelo CFFa sob o nº 087/97
- Mestre em Biologia/Morfologia pela Universidade Federal de Goiás

**Fgo. Domingos Sávio Ferreira de Oliveira**

CRFa 4626/RJ

- Especialista em Voz pelo CFFa sob o nº 206/97
- Mestre em Teatro/Estética Vocal pela Universidade do Rio de Janeiro
- Doutorando em Linguística pela Universidade Federal Fluminense

**Fga. Dra. Elizabete Carrara de Angelis - CFFa nº 4852/SP**

- Especialista em Matricidade Oral pelo CFFa sob o nº 1565/01
- Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Escola Paulista de Medicina/USP
- Doutora em Neurociências pela Escola Paulista de Medicina/USP

**Dr. Everardo Andrade da Costa**

- Otorrinolaringologista com título de especialista pela Associação Médica Brasileira
- Mestre em Distúrbios da Comunicação pela PUC/SP

- Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp

**Fga. Dra. Irene Queiroz Marchezan**

CRFa, nº 0152/SP

- Especialista em Matricidade Oral pelo CFFa nº 001/96
- Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela PUC/SP
- Doutora em Educação pela Unicamp

**Fga. Dra. Jacy Perissinoto**

CRFa, nº 2341/SP

- Mestre em Linguística Aplicada pela PUC/SP
- Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP-EPM

**Fga. Dra. Kátia de Almeida**

CRFa, nº 3191/SP

- Especialista em Audiologia pelo CFFa sob o nº 017/96
- Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP-EPM

**Fga. Dra. Mara Behlau**

CRFa nº 2613/SP

- Especialista em Voz pelo CFFa sob o nº 013/97
- Mestre e doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP - EPM
- Pós-doutoramento em Audiology and Speech Sciences pela University of California San Francisco.

**Fga. Dra. Márcia Goldfeld Goldbach**

CRFa nº 4812/SP

- Especialista em Linguística Aplicada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/RJ
- Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP

**Fga. Dra. Mônica Cristina Andrade Basseto**

CRFa nº 4812/SP

- Especialização em Distúrbios da Comunicação Humana pela Escola Paulista de Medicina
- Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Escola Paulista de Medicina
- Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Escola Paulista de Medicina

**Dra. Simone Maria Teixeira de Sabóia Morais**

- Mestre e Doutora em Ciências (Biológica Celular e tecidual) pela Universidade de São Paulo (USP)

**Dr. Vicente José Assencio-Ferreira**

- Médico graduado pela Faculdade de Medicina de São Paulo
- Especialista em Neurologia Infantil e Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo



## CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS PARA QUEM QUER INGRESSAR NA PÓS-GRADUAÇÃO

### STRICTO SENSU - MESTRADO E DOUTORADO FUNDAMENTAL CONSIDERATIONS FOR PEOPLE WHO INTEND TO BEGIN A POST-GRADUATION PROGRAM - MASTER AND DOCTORATE

CLAUDIA REGINA FURQUIM DE ANDRADE\*

\*Professora titular do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

#### RESUMO

A pós-graduação stricto sensu é voltada para a geração do conhecimento e destinada à formação de pesquisadores. Essa modalidade compreende um conjunto de atividades programadas, avançadas e individualizadas, acompanhadas por um orientador, que incluem e privilegiam o ensino e a pesquisa, buscando a integração do conhecimento. Deve ser entendido como um sistema de formação intelectual e de produção do conhecimento. Compreende pelo menos dois níveis: o mestrado e o doutorado, diferenciados pela amplitude e profundidade dos estudos. O objetivo do estudo é contribuir para que os fonoaudiólogos que pretendam ingressar em um programa stricto sensu possuam um referencial para avaliar suas condições e disponibilidade pessoais, assim como tenham também conhecimento sobre como avaliar o programa pretendido. Se o interesse é fazer ciência o caminho é buscar a formação acadêmica stricto sensu, com reconhecimento garantido pelas instituições nacionais responsáveis pela área (ver [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)). A Fonoaudiologia brasileira tem um número claramente insuficiente de doutores para o futuro da profissão. O doutorado não é para todos, mas excelentes perfis estão sendo perdidos ou subestimados por desconhecerem que já houve uma grande mudança no cenário nacional e novas possibilidades existem. Ser cientista é uma decisão que tem consequências a curto e longo prazos no estilo de vida individual.

#### ABSTRACT

A doctorate program is destined to generate knowledge and to form researchers. It comprehends a group of programmed activities, advanced and individualized, which are followed by a tutor, including and privileging teaching and research, and aiming to integrate knowledge. It should be understood as an intellectual formation and production system. It involves at least two levels: master and doctorate, which are differentiated by the amplitude and depth of the studies. The aim of the present study is to contribute with the speech-language and hearing pathologists that aim to begin a post-graduation program so that they have a reference to evaluate their personal conditions and availability, as well as to provide the knowledge of how to evaluate the intended program. If the interest is to make science, the aim is to look for an academic post-graduation formation which is recognized by the responsible national institu-

tions (see [www.capes.gov.br/](http://www.capes.gov.br/)). The Brazilian speech-language and hearing science has clearly an insufficient number of doctors for the future of the profession. A doctorate program is not for everyone, but excellent profiles are being lost or underestimated due to a lack of knowledge about the great change in the national scenario and about the existing possibilities. To be a scientist is a decision that has short and long term consequences in an individual's life.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Fonoaudiologia, ciência, educação superior, tendências, organização e administração

## **KEYWORDS**

Speech, language and hearing sciences, science, higher education, trends, organization & administration

Recebida em 09/07/2003

Aprovada em 11/09/2003

## **INTRODUÇÃO**

O fonoaudiólogo é um profissional da saúde extremamente necessário à sociedade. Após a graduação, inicia-se o período de vida profissional que deve ser pautado na ética e na responsabilidade pessoal pela maximização da qualificação profissional. Sustentar um alto nível de competência requer que o indivíduo atualize permanentemente seu conhecimento com base na fundamentação científica. O principal objetivo de uma atitude de constante busca de conhecimento é potencializar nossa intervenção social, proporcionando a melhoria da qualidade de vida do homem.

A qualificação profissional, após a graduação, pode ser considerada em duas modalidades básicas: lato sensu e stricto sensu. A pós-graduação lato sensu visa a atualização ou aperfeiçoamento técnico-profissional. A pós-graduação stricto sensu é de natureza acadêmica.

A pós-graduação lato sensu pode ser dividida em duas subáreas:

1) cursos de extensão e/ou atualização - sistema de educação continuada que visa informar/complementar o conhecimento em um determinado assunto;

2) cursos de especialização e/ou aprimoramento - sistema organizado de cursos, cujo objetivo é eminentemente técnico/profissional e visa formar profissionais altamente qualificados para atender a uma demanda específica das necessidades sociais. É o aperfeiçoamento técnico/profissional em uma área restrita do saber.

A pós-graduação stricto sensu é voltada para a geração do conhecimento e destinada à formação de pesquisadores com amplo domínio de seu campo do saber. Essa modalidade compreende um conjunto de atividades programadas, avançadas e individuais,

acompanhadas por um orientador, que incluem e privilegiam o ensino e a pesquisa, buscando a integração do conhecimento. Deve ser entendida como um sistema de formação intelectual e de produção do conhecimento. Compreende pelo menos dois níveis: o mestrado e o doutorado, diferenciados pela amplitude e profundidade dos estudos.

Uma outra modalidade de mestrado é o profissionalizante que se destina à formação em estudos específicos de sua profissão e acompanhamento da evolução de uma área de atuação. Tem características de um curso de mestrado stricto sensu, com caráter terminal e desenvolvido sob a supervisão de um orientador. Compreende um conjunto de atividades sequenciais, que tem como foco o tratamento inovador de questões relacionadas às necessidades e demandas da sociedade.

O objetivo desse artigo é contribuir para que os fonoaudiólogos que pretendam ingressar em um programa de pós-graduação stricto sensu possuam um referencial para avaliar suas condições e disponibilidade pessoais, assim como tenham também conhecimento sobre como avaliar o programa pretendido.

A primeira etapa desse processo é analisar os valores que influenciam uma decisão positiva (fazer a pós) ou negativa (não fazer a pós):

1) valores que influenciam na decisão positiva: desejo de conduzir pesquisas; tornar-se uma referência sobre um determinado assunto; chegar a um alto grau profissional; desejo de ensinar; obtenção de respeito e credibilidade;

2) valores que influenciam na decisão negativa: o custo operacional (disponibilidade de tempo, transporte, estadia, material acadêmico e, no caso de um programa em universidade particular, o custo do curso em si); desinteresse pela pesquisa; desconhecimento do

potencial de autonomia de um doutor; cansaço e desencanto profissional; falta de confiança; medo da defesa e inabilidade para ensinar.

A segunda etapa é considerar alguns mitos, idéias populares e que podem não ser aplicáveis a todos, sobre o assunto:

1) é melhor fazer especialização e ter prática clínica antes de fazer o doutorado, como já citado anteriormente, não existe uma hierarquia obrigatória, ao contrário, atualmente é priorizada a formação de jovens doutores, com prerrogativas na concessão de fomento para pesquisas e bolsas;

2) eu não sou suficientemente boa para conseguir entrar no programa, cada programa possui suas características e perfil de aluno. Não é possível saber a priori quais as características pessoais e/ou curriculares que serão melhor pontuadas;

3) eu provavelmente me darei bem porque sou muito boa, a justificativa é a mesma do item acima;

4) eu ouvi dizer que sem o doutorado no futuro eu não serei ninguém, o doutoramento é um processo árduo e só se justifica para os indivíduos que realmente desejam se dedicar à pesquisa e ao ensino. O doutoramento não qualifica para a atividade clínica e profissional porque o objetivo é acadêmico;

5) o doutorado vai me tirar da vida clínica, sim ou não, dependendo do grau de envolvimento que as atividades de pesquisa e ensino venham a requerer do indivíduo;

6) você viu as apresentações de um profissional no congresso e pensa que ele é o máximo e que você gostaria de seguir seus passos e ser igual a ele, é improvável que o percurso de vida de duas pessoas possa ser o mesmo. Se por um lado parece deslumbrante ser um pesquisador referenciado pelos profissionais da área, por outro lado o percurso para chegar a esse patamar exige muito sacrifício, disciplina e dedicação.

Uma terceira etapa seria reflexiva, você por você, mesma:

a) **características pessoais** - ser ambiciosa e saber direcionar com autonomia as suas atividades; ter habilidade em situações de liderança; ter perfil para ser produtora de conhecimento; ter o desejo de fazer diferença para as gerações futuras; viver querendo achar respostas para questões;

b) **disponibilidade para** - ter um grande período de tempo para ler e estudar (na maior parte do tempo em outra língua e através de bancos de dados); recursos financeiros para dispor durante o período de formação;

olhar o futuro avaliando a possibilidade de mudanças regionais, uma vez que novos centros estão surgindo no país e haverá a necessidade de docentes;

c) **preditores de sucesso** - ter capacidade para lidar com a frustração; para conviver com a incerteza; para desenvolver trabalhos individualmente e para gerenciar mudanças repentinas;

d) **possibilidades** - fazer pesquisa básica e/ou aplicada à clínica; vincular-se a outros centros de referência nacionais ou internacionais (ter proficiência em outra língua) para fazer um pós-doutorado; elaborar e participar de projetos multidisciplinares de pesquisa, entre outras.

Tendo conhecimento dessas etapas preliminares e estando convencida de que esse é um desejo legítimo e possível, segundo seu perfil pessoal, a segunda fase é se familiarizar com os programas oficiais e reconhecidos de pós-graduação, aqueles que podem emitir diplomas com validade nacional. O primeiro passo é acessar o site da CAPES (Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) - [www.capes.gov.br/](http://www.capes.gov.br/). Esse cuidado é definitivo, esse site deve ser a sua referência básica.

Uma vez no site, consulte a lista de programas de pós-graduação (mestrados e doutorados) reconhecidos e recomendados. A diferença entre eles é que os reconhecidos respondem ao conjunto total de programas avaliados pela CAPES e que obtiveram notas iguais ou superiores a três. A recomendação da CAPES fundamenta-se na avaliação realizada por especialistas, de áreas do conhecimento (ou de áreas afins), cujo resultado é expresso na proposição de uma nota. Esse resultado é homologado pelo Ministério da Educação, assegurando, portanto, a validade nacional aos títulos outorgados pelos programas reconhecidos (art.46 da LDB).

Os programas recomendados também recebem nota, mas ainda não foram completamente avaliados nem foram autorizados pelo MEC para a emissão de diplomas com validade nacional. São programas que estão em fase de "observação". Os programas que não estão no site não são de pós-estrito senso, portanto não devem ser cursados por quem deseja ser mestre ou doutor. Para ser mestre ou doutor o que importa é o que consta na CAPES, não o nome ou prestígio de uma instituição, que pode ser muito boa, mas não estar ainda habilitada para formar mestres e doutores.

Os critérios da CAPES para avaliação dos programas (novos e já existentes) são fundamentados na estrutura relativa a: proposta do programa (objetivos, justificativas, pertinência etc.); corpo docente (constituído

exclusivamente por doutores com produção intelectual pertinente e linha de pesquisa definida); atividade de pesquisa (corpo de projetos de pesquisa vinculados à proposta do programa); atividade de formação (estrutura curricular adequada para o desenvolvimento das linhas e projetos de pesquisa); produção intelectual (o corpo docente deverá ter produção de publicações em periódicos classificadas em QUALIS, sendo requisitos essenciais a quantidade e a qualidade das publicações do corpo docente); condições de infra-estrutura (recursos físicos, humanos, laboratoriais, de informática, de bibliotecas etc.) disponíveis para os alunos.

Um programa de pós-graduação é um conjunto de uma ou mais áreas de concentração, sob uma mesma coordenação, recebendo uma avaliação única da CAPES. A área de concentração é o campo específico do conhecimento e caracterizada por seu elenco de disciplinas e quadro próprio de orientadores. O curso de pós-graduação é formado pelo mestrado e doutorado oferecidos por uma das áreas de concentração de um determinado programa de pós-graduação.

Uma vez localizado o programa, com base na CAPES, que pode ser específico da Fonoaudiologia (preferencialmente) ou de áreas afins, o próximo passo é um contato direto. É fundamental ir até o local e avaliar todas as variáveis não acadêmicas (distância, custos etc.) e acadêmicas (orientadores, disciplinas, infra-estrutura etc.) para conhecer as normas e o regimento interno pertinentes à seleção e ingresso de alunos.

Tanto quanto o programa, o orientador é muito importante. O aluno (tanto de mestrado quanto de doutorado) deve, necessariamente, ter um orientador. Esse orientador deve ter titulação mínima de doutor, produção científica relevante e linha de pesquisa definida (sugiro que acesse o site do CNPq - [www.cnpq.br](http://www.cnpq.br)<sup>2</sup> e consulte o currículo/plataforma Lattes do possível orientador). É fundamental que aluno e orientador se conheçam e estabeleçam um plano de estudos e pesquisa viável, pertinente e de interesse comum.

Para efetivamente conhecer o possível orientador é interessante que o pretendente leia os trabalhos publicados pelo orientador (visão da linha e metodologia de pesquisa); identifique alguém que fale à sua alma (são muitas horas juntos e muitas possibilidades de conflito) e, se possível, entre em contato com outros orientados

da pessoa. Tudo para reduzir as possibilidades de limitações que incapacitarão a continuidade e o sucesso do processo.

## CONCLUSÃO

Finalizando, a ciência tenta corrigir as deficiências do senso comum (o que parece verdade) buscando uma maneira mais profunda e reflexiva de interpretação da realidade. A ciência desejável busca graus de excelência (capacidade para fazer distinções entre o que é mais ou menos próximo de um padrão de referência). A ciência experimenta, experimenta para determinar relações, experimenta para fundamentar e garantir o conhecimento. A experimentação é o curso da pesquisa: fundamento teórico, hipótese, metodologia, análise e discussão.

Se o seu interesse é fazer ciência o caminho é a busca da formação acadêmica stricto sensu, com reconhecimento garantido pelas instituições nacionais responsáveis pela área. A Fonoaudiologia brasileira ainda tem poucos doutores, sendo esse número claramente insuficiente para o futuro da profissão. O doutorado não é para todos, mas excelentes perfis estão sendo perdidos ou subestimados por desconhecerem que já houve uma grande mudança no cenário nacional e novas possibilidades existem. Ser cientista é uma decisão que tem conseqüências a curto e longo prazos no estilo de vida individual. É uma decisão de vida importante e modificadora. Decida levando em conta:

- . estilo de vida rigoroso, envolvendo estudo e aprendizagem constantes;
- . desafios educacionais;
- . engajamento no processo de pesquisa científica;
- . engajamento no processo de análise crítica;
- . perseverança para completar tarefas difíceis e imprevisíveis;
- . habilidade para gerenciar diferentes tarefas simultaneamente;
- . autoconfiança para lidar com a crítica e os julgamentos;
- . demora na gratificação, resultados da carreira a longo prazo;
- . apoio familiar e financeiro;
- . orientador capaz de dar suporte crítico e encorajador durante a carreira acadêmica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)
2. Conselho Nacional de Pesquisa - [www.cnpq.br](http://www.cnpq.br)

# FATORES FACILITADORES DA SUCÇÃO DIGITAL

## EASIER FACTORS OF THE DIGITAL SUCTION

CARLA VALÉRIA PEREIRA DA SILVA\*  
VICENTE JOSÉ ASSENCIO FERREIRA \*\*

\*Fonoaudiólogo, especialização em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC).

\*\*Médico, Doutor em Neurologia pela Universidade de São Paulo (USP).

### RESUMO

**Objetivo:** identificar os possíveis fatores facilitadores para o hábito de sucção digital. **Métodos:** aplicação de questionários envolvendo diversas questões relacionadas à gravidez, parto, desenvolvimento, entre outras, para dois grupos. O primeiro grupo é composto por 32 crianças com hábito de sucção digital e o segundo grupo é composto por 32 crianças com hábito de sucção de chupeta. **Resultados:** os resultados mais relevantes prevaleceram quanto a sexo, nascimento, gestação, amamentação e variáveis dos hábitos. **Conclusão:** os fatores que facilitam a sucção digital estão relacionados à falta de estimulação oral.

### ABSTRACT

**Purpose:** to identify the possible factors facilitators for the habit of digital suction. **Methods:** application of questionnaires involving several subjects related to the pregnancy, childbirth, and development, among others, for two groups. 32 children with the habit of digital suction compose the first group and 32 children with the habit of pacifier suction compose the second group. **Results:** the most relevant results prevailed as for the sex, birth, gestation, breast-feeding and variables of the habits. **Conclusion:** the factors that facilitate the digital suction are related to the lack of oral stimulation.

### PALAVRAS-CHAVE

Hábitos deletérios; função oral; hábitos orais; comportamento oral; hábitos orais viciosos

### KEYWORDS

Harmful habits; oral function; oral habits; oral behavior; vicious oral habits

Recebido em 28/04/2003  
Aprovado em 25/10/2003

### INTRODUÇÃO

A sucção digital é um hábito bucal deletério que pode causar desequilíbrio muscular, perturbar o desenvolvimento normal da oclusão dentária, comprometendo a morfologia e a função do sistema estomatognático<sup>(1)</sup>.

Hábito é um automatismo adquirido, um comporta-

mento que, por tantas vezes praticado, torna-se inconsciente e se incorpora à personalidade da pessoa<sup>(2)</sup>.

Discute-se que a sucção digital serve de apoio para o bebê superar a fase entre fantasia e realidade, tendo a ilusão de que está chupando o seio da mãe<sup>(3)</sup>. E ainda que os bebês chupam o dedo para exercitar a muscu-

latura quando não são alimentados naturalmente e, sim, por mamadeira com bico convencional<sup>4)</sup>. Relata-se, também, que a sucção digital pode iniciar, muitas vezes, na vida intrauterina e após o nascimento, relaciona-se com problemas de alimentação durante as primeiras semanas de vida, produzindo satisfação e efeito tranquilizador ao recém-nascido<sup>5)</sup>.

Quando a sucção digital começa nos primeiros dias de vida está relacionada com problemas de alimentação. Se iniciada mais tarde, pode ocorrer para liberação de tensões emocionais, podendo estar vinculada com a fome, a insegurança ou um desejo para atrair atenção<sup>6)</sup>.

Outras causas apontadas para a sucção digital são a frustração por inexperience de sucção satisfatória e a falta de atenção materna para aliviar as tensões ao corpo.

As opiniões encontradas não se diferem integralmente umas das outras. Elas se complementam mostrando as relações que ocasionam o hábito de sugar o dedo, instigando um desejo de pesquisar mais diretamente estas relações. Assim, o objetivo deste trabalho é relacionar os diferentes fatores que possam originar e/ou facilitar a sucção digital.

## MÉTODOS

Foi realizado um levantamento do hábito de sucção digital e sucção de chupeta em 64 crianças de ambos os sexos, independente de suas faixas etárias. Elas foram selecionadas em creches e escolas de educação infantil das cidades de Mogi Guaçu-SP, Mogi Mirim-SP e Borda da Mata-MG, situadas na região sudeste do Brasil. A constatação do hábito foi informada pelos cuidadores, professores e pais das crianças pela observação constante e convívio diário com as mesmas.

Foram formados dois grupos, sendo o grupo 1 composto por 32 crianças com o hábito de sucção digital e o grupo 2 composto por 32 crianças que utilizam a chupeta convencional ou ortodôntica.

Para a coleta de dados, foram elaborados dois questionários escritos com perguntas abertas e fechadas (Anexo 1 e 2), envolvendo questões de gravidez, parto, desenvolvimento, alimentação, entre outras. O questionário 1 foi aplicado no grupo 1 e o questionário 2 aplicado no grupo 2 diretamente pela pesquisadora ao pai ou à mãe da criança em sua instituição de origem (creche ou escola), após cumprida a determinação da resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

A pesquisa teve início em março de 2002 e a duração de um ano (março de 2003).

**Ética:** essa pesquisa foi avaliada e aprovada com o nº 125/02 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC) e considerada como sem risco e com necessidade do consentimento livre e esclarecido.

**Estatística:** amostragem estatística não probabilística em função da amostra.

## RESULTADOS

Após a aplicação dos questionários, foram levantados todos os dados, selecionando alguns resultados como os mais relevantes para a pesquisa.

O sexo feminino prevaleceu entre as crianças com o hábito de sucção digital totalizando 87,5% (28 em 32) contra 43,75% (14 em 32) das crianças com o hábito de sucção de chupeta. Com relação à ordem de nascimento, as crianças caçulas com sucção digital e com sucção de chupeta demarcaram 43,75% (14 em 32). O fator gestação, com algum tipo de intercorrência, obteve 25% (8 em 32) no grupo 1 e 40,6% (13 em 32) no grupo 2. Nos dois grupos apenas 15,6% das crianças (5 em 32) tiveram nascimento prematuro. Das crianças com sucção digital 18,75% (6 em 32) tiveram dificuldades no parto e das crianças com sucção de chupeta o índice foi de 28,1% (9 em 32). A amamentação natural inferior a seis meses demarcou 59,3% (19 em 32) no grupo 1 e 78,1% (25 em 32) no grupo 2. O uso de mamadeira com furo aumentado obteve 71,8% (25 em 32) na sucção digital e 93,7% (30 em 32) na sucção de chupeta. A prevalência do hábito desde o nascimento ocorreu em 59,3% (19 em 32) no grupo 1 e em 93,7% (30 em 32) no grupo 2. O fato das crianças terem outros costumes associados ao hábito resultou em 62,5% (20 em 32) na sucção digital e 75% (24 em 32) na sucção de chupeta. A ocorrência do hábito com mais intensidade quando as crianças estão com fome foi de 31,2% (10 em 32) no grupo 1 e de 34,3% (11 em 32) no grupo 2. O uso intenso do hábito quando as crianças estão com sono demarcou 100% (32 em 32) nos dois grupos questionados (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, algumas considerações podem ser levantadas.

Primeiramente, deve-se destacar que este estudo é inicial abrindo espaços para outros a fim de ampliar os conhecimentos sobre o tema proposto.

O sexo feminino prevaleceu entre as crianças com o hábito de sucção digital, o que não ocorreu com o

grupo de sucção de chupeta. Considerando este fator como facilitador para a sucção digital, pode-se tentar preveni-lo oferecendo chupetas ortodônticas quando as meninas demonstrarem intenção de chupar o dedo<sup>(4)</sup>.

Os filhos caçulas demarcaram 43,75% (14 em 32) nos hábitos de sucção digital e de chupeta. Estes hábitos nestas crianças podem ser para reafirmação de um comportamento mais infantil<sup>(1)</sup>.

A gestação com intercorrência, o nascimento prematuro e as dificuldades no parto ocorreram em menos de 25% entre as crianças que chupam o dedo, demonstrando nesta população não serem fatores predisponentes para o hábito oral.

O tempo de aleitamento materno inferior a seis meses foi superior em mais de 50% nos dois grupos pesquisados, sendo este claramente um fator facilitador e/ou mantenedor dos hábitos orais, entre eles a sucção digital<sup>(24)</sup>.

O uso de mamadeira com furo aumentado foi de 71,8% (23 em 32) no grupo de sucção digital e de 93,7% (30 em 32) no grupo de sucção de chupeta, afirmando ser contribuinte para os hábitos orais, já que a musculatura é pouco estimulada<sup>(2,6,9)</sup>.

A ocorrência do hábito desde o nascimento foi maior nas crianças com sucção de chupeta do que nas crianças com sucção digital, sugerindo que a sucção digital iniciou-se pela ausência de estímulos orais suficientes para satisfazer o bebê<sup>(1,2,4,9)</sup>.

O uso de fraldas, cobertores ou cheirar cabelos junto ao hábito oral ocorreu em mais de 60% em ambos os grupos pesquisados, sendo mais um estímulo para a realização e permanência do hábito<sup>(4)</sup>.

O hábito realizado com mais intensidade quando a criança está com fome atingiu menos de 3,5% nos gru-

pos pesquisados, diferindo, então, o pressuposto de que os hábitos orais comumente ocorrem com mais intensidade na presença da fome<sup>(9,10)</sup>.

A ocorrência do hábito principalmente para dormir foi de 100% nos dois grupos questionados, relacionando o momento do sono com a necessidade do hábito vicioso por tranquilizar e acalmar a criança<sup>(17,11)</sup>.

Conhecendo os fatores causais de uma alteração é possível tentar preveni-la evitando futuras complicações e proporcionando melhor qualidade de vida. Neste estudo iniciou-se o levantamento de alguns fatores que possam facilitar a ocorrência da sucção digital como a baixa estimulação oral através da amamentação natural, uso de mamadeira com furo aumentado e uso de outros objetos junto ao hábito. Por outro lado, alguns fatores como gestação com intercorrência, nascimento prematuro, dificuldades no parto e hábito com mais intensidade na fome não demarcaram resultados significativos para o grupo de crianças com o hábito de sucção digital deste estudo.

A importância da orientação precoce do fonoaudiólogo aos pais e cuidadores sobre o desenvolvimento do sistema estomatognático e hábitos orais, faz-se cada vez mais importante para a prevenção de alterações futuras e melhor desenvolvimento das crianças.

## CONCLUSÃO

Os principais fatores relacionados à sucção digital relacionam-se com a pouca estimulação oral, como pouco tempo de amamentação natural e uso de mamadeira com furo aumentado. Outros fatores relevantes encontrados foram o uso de outro hábito junto à sucção digital e o estado de sono das crianças.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Oliveira GG. Hábitos bucais deletérios em crianças [Monografia]. Três Corações: Universidade Vale do Rio Verde; 1997.
- Toledo OA, Bezerra ACB. Hábitos bucais indesejáveis. In: Toledo OA. Odontopediatria. 2ª ed. São Paulo: Premier; 1996. p.319-26.
- Casanova D. A família e os hábitos orais viciosos na infância. J Bras Fonoaudiol 2000;1(5):44-53.
- Junqueira P. Amamentação, hábitos orais e mastigação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- Moyers RE. Ortodontia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1979.
- Araújo MG. Ortodontia para clínicos. 4ª ed. São Paulo: Santos; 1988.
- Locks A, Sória ML, Derech CD, Ribeiro GU. Aspectos psicológicos do hábito de sucção não-nutritiva. J Bras Ortodon Ortop Facial 2001/2002;6(36):464-471.
- Leite ICG, Pinheiro AM, Brum IRG, Souza AS, Marinho SBA. Relação da amamentação com o desenvolvimento do sistema estomatognático. J Bras Fonoaudiol 2002;3(12):237-242.
- Spock B. Meu filho meu tesouro. 17ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1993.
- Mayer CA, Brown BE. Trad. Marchesan I, Zorzi J. Meu dedão e eu. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- Grunspan H. Distúrbios neuróticos da criança. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1990.

**ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO PARA O GRUPO COM HÁBITO DE SUCÇÃO DIGITAL**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome (opcional): \_\_\_\_\_

Sexo:  F  MDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pele:  Branca  Parda  Negra

Idade do pai: \_\_\_\_\_ Idade da mãe: \_\_\_\_\_

Número de irmãos, sexo e idade: \_\_\_\_\_

Gestação:  Com intercorrência  Sem intercorrênciaCom pré-natal:  Sim  NãoParto:  Normal  Fórceps  Cesáreo  Prematuro  à termoDificuldades no parto:  Sim  NãoAmamentação Natural:  Sim, quanto tempo \_\_\_\_\_  NãoMamadeira:  Sim  Furo aumentado  NãoChupa o dedo:  desde o nascimento  desde que não mama mais no peito desde que não mama mais na mamadeira  outros: \_\_\_\_\_Com que frequência chupa o dedo:  o tempo todo  só para dormir

Tem outro hábito associado à sucção digital (cheirar ou segurar fralda, cabelo, etc.)

 sim  não

Chupa mais o dedo quando:

está com fome  sim  nãoestá agitado ou ansioso?  sim  nãoestá bravo ou contrariado?  sim  nãoestá com sono?  sim  nãoSeu filho fica doente constantemente?  sim  nãoComo é a alimentação da criança:  sólida  pastosa  líquida**ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO PARA O GRUPO COM O HÁBITO DE SUCÇÃO DE CHUPETA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome (opcional): \_\_\_\_\_

Sexo:  F  MDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pele:  Branca  Parda  Negra

Idade do pai: \_\_\_\_\_ Idade da mãe: \_\_\_\_\_

Número de irmãos, sexo e idade: \_\_\_\_\_

Gestação:  Com intercorrência  Sem intercorrênciaCom pré-natal:  Sim  NãoParto:  Normal  Fórceps  Cesáreo  Prematuro  à termoDificuldades no parto:  Sim  NãoAmamentação Natural:  Sim, quanto tempo \_\_\_\_\_  NãoMamadeira:  Sim  Furo aumentado  NãoChupa o dedo:  desde o nascimento  desde que não mama mais no peito desde que não mama mais na mamadeira  outros: \_\_\_\_\_Com que frequência chupa o dedo:  o tempo todo  só para dormir

Tem outro hábito associado à sucção digital (cheirar ou segurar fralda, cabelo, etc.)

 sim  não

Chupa mais o dedo quando:

está com fome  sim  nãoestá agitado ou ansioso?  sim  nãoestá bravo ou contrariado?  sim  nãoestá com sono?  sim  nãoSeu filho fica doente constantemente?  sim  nãoComo é a alimentação da criança:  sólida  pastosa  líquida

**FONOAUDIOLOGIA  
E ALEITAMENTO  
MATERNO: OPINIÕES  
E PRÁTICAS DE  
DOCENTES E  
DISCENTES\*\*\***  
**SPEECH THERAPY  
AND BREASTFEEDING:  
PROFESSOR'S AND  
STUDENT'S OPINIONS  
AND PRACTICES**



CRISTIANE FACCIÓ GOMES\*  
SANDRA REGINA GIMENIZ-PASCHOAL\*\*

\*Fonoaudióloga, conselheira em Aleitamento Materno pela MS/OMS/UNICEF, Mestre em Educação pela UNESP - Marília e Doutoranda em Pediatria pela UNESP - Botucatu

\*\*\*parte da dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Educação pela UNESP - Marília  
Apoio: CNPq - Processo nº 132825/00-7

**RESUMO**

Este trabalho teve como objetivo identificar e comparar opiniões e práticas de docentes e discentes relativas ao conteúdo aleitamento materno no currículo dos cursos de Fonoaudiologia. Houve participação de dezoito docentes e cinquenta e quatro discentes de duas das universidades colaboradoras. Realizaram-se pré-teste e aplicação de um questionário a docentes e discentes. Os docentes (77,8%) e discentes (85,2%) destacaram a importância da abordagem do aleitamento materno nos cursos de graduação em Fonoaudiologia e constataram indícios da ocorrência do conteúdo em algumas atividades pela presença de disciplinas direcionadas ao estudo do recém-nascido, a relação com outras áreas do conhecimento e prevenção, ainda que com reduzidas atividades relativas à promoção à saúde e ao desenvolvimento de competências para o manejo do aleitamento materno. Muitos respondentes (72,2% de docentes e 83,3% de discentes) relataram atividades voltadas ao aleitamento materno, ainda que superficialmente. Concluiu-se que houve uma abertura curricular para o desenvolvimento de competências na área de promoção à saúde e relação com outras áreas do conhecimento, mas as opiniões e práticas dos participantes evidenciaram uma distância entre os documentos e a prática pedagógica, fato que sinaliza a necessidade de sensibilização dos dirigentes de cursos de Fonoaudiologia para planejar, em conjunto com docentes e discentes, a real inserção do aleitamento materno nos cursos de formação.

**ABSTRACT**

The goals of this article were to identify and compare opinions and practices of professors and university students related to breast feeding in the curriculum of Speech Therapy courses. Eighteen professors and fifty-four university students of two Universities participated of the survey. Was realized pre-test and the application of the questionnaire to professors and students. The professors (77.8%) and the students (85.2%) have mentioned how important is the breast feeding matter in the graduation courses on Speech Therapy and there were signs of occurrence of some activities by the presence of disciplines directioned to the study of the new-born child, to relation with other areas of knowledge and prevention, although with reduced activities related to health promotion and to development of skills on the handle of breast feeding. Many interviewed people (72.2% of the professors and 83.3% of the students) related breast feeding activities, although superficially. It was concluded that there were an opening of curriculum for the development of skills on the area of health promotion and relation with other areas of knowledge, but the opinions and practices of the professionals and students showed a distance between the documentation and the pedagogic practice, fact that shows the need of sensibilization of the principals of Speech Therapy courses to planning, with professors and students, the real insertion of breast feeding in the graduation courses.

**PALAVRAS-CHAVE**

Aleitamento materno, Fonoaudiologia

**KEYWORDS**

Breastfeeding, Speech Therapy

Recebido em 16/07/2002

Aprovado em 16/10/2002

**INTRODUÇÃO**

Mais recentemente tem sido enfatizada a grande colaboração que o fonoaudiólogo pode vir a dar na promoção à saúde, especialmente no incentivo, promoção e apoio ao aleitamento materno, como se comprova pelo significativo número de profissionais atuando na área<sup>(1)</sup>.

É importante ressaltar que em um projeto de promoção do aleitamento natural deve haver um programa amplo e coordenado com equipe multiprofissional para que ocorra uma efetiva prática do aleitamento, já que seu sucesso evidencia-se no uso de estratégias com base na compreensão da lactação e da amamentação infantil<sup>(2)</sup>.

O fonoaudiólogo deve aprender sobre o processo de lactação, as vantagens do aleitamento materno, a anatomia da cavidade oral do recém-nascido, as desvantagens da alimentação artificial e do uso de bicos artificiais, a importância do apoio à mulher, as dificuldades que ela pode vir a apresentar neste processo e como solucioná-las, adquirindo competências para atuar especificamente na área fonoaudiológica, avaliando, identificando patologias, e solucionando dificuldades de alimentação<sup>(3)</sup>. Além disso, deve fornecer orientações adequadas e pertinentes à mãe e seus familiares.

Segundo Martins Filho<sup>(4)</sup>, o Programa Nacional de Aleitamento Materno, com início na década de 1980, propôs o treinamento de profissionais de saúde, formação de professores em todos os níveis e a inclusão de conhecimentos específicos nas grades curriculares das Universidades que formavam profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem), apontando para a necessidade de a Fonoaudiologia também se adaptar a esta tendência, visto que estes profissionais têm participado cada vez com maior frequência de equipes multiprofissionais de saúde materno-infantil em hospitais, unidades de saúde, clínicas interdisciplinares etc.

Em vista disso, torna-se cada vez mais necessário o desenvolvimento de competências na própria universidade, através da reflexão crítica da realidade vivida<sup>(5)</sup> para atuar em equipe multiprofissional, em programas de promoção à saúde materno-infantil e, especificamente, para a participação do profissional de Fonoaudiologia nas iniciativas de incentivo ao aleitamento materno.

O objetivo deste trabalho foi identificar e comparar as opiniões e práticas de docentes e discentes relativas ao conteúdo aleitamento materno no currículo dos cursos de Fonoaudiologia, a fim de reconhecer se os sujeitos ativos no processo de ensino-aprendizagem se

preocupam com o conteúdo e se buscam adquirir competências nesta área do conhecimento.

## MÉTODO

Um total de 32 docentes e 72 discentes de duas universidades do estado de São Paulo com cursos de graduação em Fonoaudiologia, e que colaboraram com o envio das matrizes curriculares e ementas, foram convidadas a preencher um questionário elaborado e testado previamente, dos quais 18 docentes e 54 discentes participaram deste estudo.

O instrumento da pesquisa (questionário) conteve questões abertas e fechadas, subdivididas em temas, objetivando a coleta das opiniões e práticas de docentes e discentes. O questionário foi elaborado a partir do levantamento de temas sobre o aleitamento materno e currículo na literatura especializada no Brasil e no exterior. A partir do levantamento bibliográfico, iniciou-se a elaboração de um questionário auto-aplicável.

Após a elaboração do questionário, da carta de apresentação do termo de consentimento informado, estes foram analisados por 11 juízes especialistas de diferentes áreas. Após as reformulações iniciais, propostas pelos juízes, foi realizado o pré-teste com docentes e discentes de um curso de graduação em Fonoaudiologia não pertencente à amostra final da pesquisa.

Após a reformulação final dos instrumentos, estes foram encaminhados aos docentes da amostra final da pesquisa através de contato pessoal, juntamente com a carta de apresentação e o termo de consentimento informado.

As informações contidas nos questionários foram analisadas estatisticamente, com uso de frequências absolutas, percentagens e alguns cálculos de desvio padrão, além do uso do teste Qui-quadrado<sup>(25)</sup>, que consiste em "um método que permite testar a significância da associação entre duas variáveis qualitativas"<sup>(27 p.222)</sup> e da Prova Exata de Fisher<sup>(26)</sup>, utilizada nos casos em que a frequência esperada é menor que cinco<sup>(28)</sup>.

As questões abertas foram analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo de acordo com Bardin<sup>(29)</sup>. Tal análise foi realizada, inicialmente, delimitando-se as unidades de contexto com significado e, posteriormente, criando-se categorias para classificar os elementos de significação e determinar as frequências de sua ocorrência nas respostas dos sujeitos, para finalmente se interpretar os dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão apresentados os resultados obtidos a partir das opiniões e práticas dos docentes e 5 discentes participantes da pesquisa.

No que se refere às questões envolvendo o conteúdo aleitamento materno, os resultados obtidos serão organizados por temas.

### Conhecimentos sobre aleitamento materno

Todos os participantes da pesquisa (100% ou N=18 docentes e N=54 discentes ou 72 participantes) já ouviram falar sobre aleitamento materno. As situações em que isso ocorreu podem ser vistas na Tabela 1. Apenas em "contatos interpessoais" as diferenças entre docentes e discentes no teste Qui-quadrado foram consideradas estatisticamente significantes ( $\chi^2=62,40$  com  $p<0,05$ ).

Estes dados sugerem, em grande parte, que os docentes não foram informados cientificamente sobre o aleitamento materno ou não tiveram uma formação profissional voltada a esta realidade de saúde brasileira e mundial, pois a maioria das informações obtidas foi decorrente de "contatos interpessoais" (100%), que nem sempre são concordantes com a literatura especializada na área. Já os discentes relataram a aprendizagem do aleitamento materno em "atividades institucionais" (70,4%), fato que pode sugerir uma abertura recente das universidades e de alguns docentes para o ensino deste conteúdo por causa das exigências atuais de formação profissional na área da saúde, que determinam que estes sejam especialistas generalizantes, que possuam competências e habilidades tanto em sua área de especialização quanto em outras áreas do saber, de acordo com suas necessidades<sup>(30)</sup>.

### Relação entre aleitamento materno e Fonoaudiologia

Todos os participantes da pesquisa (100% ou N=18 docentes e N=54 discentes ou 72 participantes) acreditaram haver relação entre aleitamento materno e Fonoaudiologia e, de acordo com a Tabela 2, quando solicitados a descrevê-la, todos os docentes e discentes (100% ou N=72) relataram a relação entre aleitamento materno e "crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático" ("funções neurovegetativas", "funções do sistema motor oral", "fala", "crescimento e desenvolvimento dos órgãos fonoarticulatórios").

O teste Qui-quadrado revelou que as diferenças entre docentes e discentes não foram estatisticamente significantes ( $p > 0,05$ ) para "linguagem" e "prevenção", mas foram significantes ( $p < 0,05$ ) para "desenvolvimento psíquico/emocional" ( $\chi^2 = 14,69$ ) e "desenvolvimento da criança" ( $\chi^2 = 6,86$ ).

A percepção dos participantes acerca das relações com o sistema estomatognático são decorrentes da própria formação profissional e até mesmo da estrutura curricular disciplinar, que compartimentaliza os conhecimentos em áreas específicas. Na realidade, de acordo com a literatura<sup>(12,31,32,33,34,35,36,37,38)</sup>, o aleitamento materno também favorece o desenvolvimento cognitivo, auditivo, neuropsico-motor e psíquico da criança e estes conceitos devem fazer parte da formação profissional do fonoaudiólogo para que este promova o aleitamento materno com vistas à promoção da saúde e prevenção dos distúrbios da comunicação humana.

#### Experiências com aleitamento materno

Os participantes foram questionados sobre atuação prévia/atual (no caso dos docentes) e ocorrência de atividades práticas (no caso dos discentes) com mães e bebês em situação de amamentação. Verificou-se que, do total de 72 respondentes, 44 (61,1%) responderam que "sim" e 28 (38,9%) responderam que "não", de acordo com a Tabela 3.

Separadamente houve uma maior porcentagem de atuação prática relatada por discentes ( $n = 37$  ou 68,5%) do que por docentes ( $n = 7$  ou 38,9%). Esta diferença foi considerada significativa, de acordo com o teste Qui-quadrado ( $\chi^2 = 4,99$  com  $p < 0,05$ ), e poderia ter como justificativa a presença de 27,8% ( $n = 5$ ) de docentes não fonoaudiólogos.

Aos participantes que responderam afirmativamente à questão anterior ( $n = 44$  ou 61,1%) foi solicitado que descrevessem em que situações e como ocorria sua prática profissional (no caso dos docentes) ou atividades práticas (no caso dos discentes).

De acordo com a Tabela 4, observou-se que 25 respondentes (56,8%) indicaram o "estágio curricular" como a principal situação em que ocorria a atividade prática, destacando que este relato partiu somente de discentes, seguido de "outros" ( $n = 14$  ou 31,8%), categoria esta criada para os relatos que não especificaram o tipo de estágio, curricular ou extracurricular, como "orientação a mães e gestantes em campanha de vacinação", sendo que neste caso também houve

relatos apenas de discentes.

Não houve respostas acerca de atuação com bebês sem intercorrências ou com mães em dificuldade de amamentação, sugerindo que o estudante não tem chances de ser capacitado para atuar na situação de aleitamento materno com a finalidade de promover a saúde e prevenir alterações fonoaudiológicas, ainda que tenham conhecimento da importância da Fonoaudiologia na promoção à saúde infantil (como os relatos da questão anterior esclareceram). Ao contrário, os estudantes têm apenas contato com bebês patológicos, na área curativa.

A análise estatística (Qui-quadrado) revelou que, na comparação entre docentes e discentes, houve diferenças significantes para "estágio curricular" ( $\chi^2 = 10,95$  com  $p < 0,05$ ).

#### Atividades relacionadas com aleitamento materno

Os participantes foram questionados acerca da existência de alguma atividade de ensino-aprendizagem que abordasse o conteúdo aleitamento materno. Na Tabela 5 observa-se que 13 docentes (72,2%) referiram haver atividades relacionadas ao conteúdo aleitamento materno no curso de Fonoaudiologia, 2 (11,1%) informaram que não e 3 (16,7%) não souberam informar. Quanto aos discentes, 45 (83,3%) relataram a presença de tais atividades, 6 (11,1%) informaram que não e 3 (5,6%) não souberam responder. Em nenhum dos casos houve diferenças estatisticamente significantes entre docentes e discentes na realização da Prova Exata de Fisher ( $p = 0,3179$  ou  $p > 0,05$ ).

Aos participantes que responderam afirmativamente à questão anterior ( $n = 58$  ou 80,6%) foi solicitado que explicitassem em que atividades, disciplinas ou processos de ensino-aprendizagem, o conteúdo estaria inserido.

Observou-se que, de acordo com os dados da Tabela 6, a concepção moderna de educação, caracterizada pela ênfase na teoria e separação entre teoria e prática, ainda predomina nas instituições formadoras, pois, de acordo com os participantes, houve maior frequência na ocorrência de "disciplinas curriculares" ( $n = 53$  ou 91,4%) e "estágio curricular" ( $n = 35$  ou 60,3%), apesar de não estar explícito nas matrizes curriculares e ementas dos cursos tal ocorrência, sugerindo que o documento escrito nem sempre é o reflexo da prática educativa.

Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as respostas dos docentes e discentes, de acordo com o teste Qui-quadrado ( $p > 0,05$ ).

### Formas de abordagem do conteúdo aleitamento materno

Posteriormente, os mesmos respondentes ( $n=58$  ou 80,6% do total de participantes) foram questionados acerca das formas de abordagem do conteúdo no currículo. Segundo os dados que constam na Tabela 7, verificou-se que, quanto às respostas dos docentes, 10 (55,6%) informaram a ocorrência de "aulas expositivas" e 7 (38,9%) "estágios curriculares", sinalizando novamente a presença de concepção moderna de educação pela ênfase na teoria em disciplinas e separação entre teoria e prática, bem como pelo reduzido número de participantes que relataram a existência de atividades de extensão e pesquisa, o que deveria ser incentivado com a finalidade de capacitar o estudante para "aprender a aprender" de forma autônoma, adquirindo competências para a atuação prática na comunidade.

Dos discentes participantes, 28 (51,8%) informaram a ocorrência de "supervisão de estágio", seguida de "aulas expositivas" e "palestras" ( $n=26$  ou 48,1% cada categoria) e 25 (46,3%) "estágios curriculares". Esta última opção e a menor ocorrência da busca por "pesquisas" e "seminários" ( $n=16$  ou 29,6% cada categoria) sugeriram que alguns discentes buscaram por atividades fora da universidade, de acordo com seus interesses por conteúdos não abordados no currículo, entre eles, o aleitamento materno. Esta busca pelo conhecimento pode favorecer que os discentes se desenvolvam e façam desabrochar todas as suas potencialidades e aspirações<sup>32</sup>.

Não houve diferenças estatisticamente significantes na comparação entre as respostas dos participantes [Teste Qui-Quadrado com  $p > 0,05$ ].

Aos participantes que responderam afirmativamente quando questionados acerca da presença de atividades sobre o conteúdo aleitamento materno ( $n=58$  ou 80,6%) foi solicitado que assinalassem quais os conteúdos abordados no currículo.

Os resultados podem ser observados na Tabela 8. Verificou-se que os conteúdos mais freqüentemente abordados foram, no total, "vantagens da amamentação" ( $n=54$  ou 75,0%), "importância da amamentação para a Fonoaudiologia" e "orientação verbal à mãe" ( $n=52$  ou 72,2% cada categoria), "posturas para amamentar" ( $n=45$  ou 62,5%), "reflexos orais de alimentação e pro-

teção e suas relações com amamentação" e "orientação verbal para o aleitamento materno" ( $n=38$  ou 52,8% cada categoria) e "uso de bicos artificiais" ( $n=37$  ou 51,4%).

O teste Qui-quadrado mostrou que houve diferenças estatisticamente significantes entre as respostas de docentes e discentes para "orientação verbal à mãe" ( $\chi^2 = 5,91$  com  $p < 0,05$ ). Não houve diferenças significativas para "vantagens da amamentação" e "posturas para amamentar" na realização da Prova Exata de Fisher ( $p > 0,05$ ).

Verificou-se que ainda são usados bicos artificiais na atuação fonoaudiológica ( $n=37$  ou 51,4%), bem como há orientações para o seu uso ( $n=19$  ou 26,4%) e orientação para uso dos ortodônticos ( $n=28$  ou 38,9%). Tais dados mostraram que, mesmo com o conhecimento sobre as desvantagens do uso de bicos artificiais, reconhecidas em diversas pesquisas científicas<sup>42,41,42,43,44,45,46,47,48,49</sup>, estes ainda estão sendo indicados tanto por docentes quanto por discentes.

Houve pouca abordagem no que se refere à anatomia e fisiologia, problemas comuns na amamentação, técnicas de extração de leite, atuação com recém-nascidos e, em menor grau, ensino da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), avaliação e técnicas de atuação com o recém-nascido e avaliação da mama. Os dados sugerem uma pobre formação profissional na área e a falta de conteúdos necessários ao desenvolvimento de competências para atuar com mãe e bebê em situação de aleitamento materno e suas dificuldades, com atividades que integrem teoria e prática, ensino e trabalho, conforme sugeriu Davini<sup>50</sup>. Além disso, a formação profissional relacionada à Fonoaudiologia ocorre sem o domínio de outras áreas do saber e sem a finalidade de favorecer ao desenvolvimento de competências em aleitamento materno, na atenção materno-infantil<sup>51,52</sup>.

Foi solicitado aos participantes que descrevessem sua atuação, se esta ocorresse, em situações específicas de aleitamento materno. Pela Tabela 9, observou-se que apenas 18 participantes (25,0%) informaram sua atuação, relatando a ocorrência de "orientação verbal à mãe" ( $n=10$  ou 55,6%) e "intervenção prática com o recém-nascido" ( $n=8$  ou 44,4%), sendo que os docentes realizaram com maior freqüência orientações ( $n=6$  ou 60,0%) e os discentes realizaram ambas ( $n=4$  ou 50,0% cada categoria).

Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as respostas de docentes e discentes para o teste

riam contemplar todos os conteúdos teóricos e práticos relacionados com o aleitamento materno.

Observouse que a área preventiva e a curativa constituem o grande enfoque de atuação fonoaudiológica (área hospitalar e preventiva), ignorando-se a importância da atenção à saúde, levando-se em consideração as necessidades da população.

Quando questionados sobre em quais atividades teórico-práticas os participantes achariam que o conteúdo deveria ser abordado (Tabela 15), todos optaram por "atividade curricular" ("disciplinas", "estágios", com  $N=72$  ou 100%), seguida da descrição de "áreas de conhecimento" ("Matricidade Oral", "linguagem", com  $n=37$  ou 51,4%). Comparando-se as respostas de docentes e discentes observouse que ambos optaram preferencialmente por "atividade curricular" ( $N=18$  e 54 ou 100% respectivamente), sendo que os discentes também optaram por "áreas de conhecimento" ( $n=37$  ou 68,5%) e os docentes, por "estágio curricular" ("estágio em Audiologia", "estágio em Fonoaudiologia nas Escolas", com  $n=15$  ou 83,3%) e "atividade institucional" ("em postos de saúde", "berçários", "creches", "clínicas", com  $n=15$  ou 83,3%).

Em "áreas de conhecimento" houve diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos participantes no teste Qui-quadrado ( $\chi^2=25,37$  com  $p<0,05$ ).

Os dados sugerem que os participantes desejariam que o conteúdo fosse abordado na universidade e refletem uma concepção tradicional sobre o conteúdo, havendo poucos indícios da importância dada à pesquisa e outras formas de busca de conhecimento mais autônomas. Além disso, os dados apontaram que os participantes consideraram importante a abordagem do conteúdo em atividades curriculares, ainda que tal fato ocorresse em sua maior parte com atividades teóricas, o que poderia dificultar a aquisição de competências e habilidades importantes para a formação acadêmica dos estudantes.

Em seguida, solicitou-se aos participantes que sugerissem como o conteúdo deveria ser abordado, liberando-os para indicar formas que julgassem mais apropriadas. Na Tabela 16 observa-se que, no total, 46 participantes (63,9%) descreveram "formas de abordagem" ("aspectos teóricos", "de forma multidisciplinar") e 42 (58,3%) optaram por "conteúdos" ("anatomia e funcionalidade", "aspectos fonoaudiológicos"). Não houve nesta questão categorias com diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos participantes

(Qui-quadrado com  $p>0,05$ ).

Verificou-se a presença do paradigma moderno nas concepções dos participantes pela preocupação excessiva com a forma e os conteúdos em detrimento de uma formação abrangente (53, 54).

#### Comentários dos Participantes

Ao final do questionário foi aberto um espaço para comentários que os participantes julgassem necessários, sendo tal questão optativa. Do total, 13 participantes (18,0%) responderam à questão, sendo 3 docentes (16,7%) e 10 discentes (18,5%).

Os comentários revelaram indícios de divergência existente entre docentes quanto à percepção da importância do estudo do conteúdo aleitamento materno. Dos 3 docentes que responderam à questão, 2 (11,1%) não são fonoaudiólogos e 1 (5,6%) é fonoaudiólogo, sendo que o comentário favorável à inserção do conteúdo foi elaborado pelo docente fonoaudiólogo. No que se refere aos discursos dos discentes, estes sugeriram uma concordância acerca da importância do conteúdo, acreditando que este seria relevante para sua formação profissional e até mesmo para a escolha da área de atuação relacionada à mãe e ao bebê.

#### CONCLUSÃO

Conclui-se que as opiniões e práticas dos participantes dos dois cursos de Fonoaudiologia estudados evidenciaram a necessidade de sensibilização dos dirigentes de cursos de Fonoaudiologia para analisar tais aspectos e planejar, em conjunto com docentes e discentes, a inclusão do conteúdo aleitamento materno nas referidas áreas. Além disso, permitiram o conhecimento de que docentes e discentes acreditam na importância do conteúdo e desejam que este se torne parte integrante dos cursos de graduação.

A inclusão do conteúdo aleitamento materno nos cursos de formação em Fonoaudiologia parece ser necessária por, talvez, se constituir em uma via importante para incentivar o envolvimento dos docentes de todas as áreas e aumentar as possibilidades dos discentes entrarem em contato com o conteúdo no curso de graduação, se possível adotando as concepções de um currículo pós-moderno, mais integrado. Além disso, tal inclusão poderia encorajar a busca de atualização dos docentes, o que deveria ocorrer "ao longo de toda a vida"<sup>53</sup> e em diversas áreas de conhecimento, principalmente nas que desenvolvem atividades de promoção

riam contemplar todos os conteúdos teóricos e práticos relacionados com o aleitamento materno.

Observou-se que a área preventiva e a curativa constituem o grande enfoque de atuação fonoaudiológica (área hospitalar e preventiva), ignorando-se a importância da atenção à saúde, levando-se em consideração as necessidades da população.

Quando questionados sobre em quais atividades teórico-práticas os participantes achariam que o conteúdo deveria ser abordado (Tabela 15), todos optaram por "atividade curricular" ("disciplinas", "estágios", com  $N=72$  ou 100%), seguida da descrição de "áreas de conhecimento" ("Matricidade Oral", "linguagem", com  $n=37$  ou 51,4%). Comparando-se as respostas de docentes e discentes observou-se que ambos optaram preferencialmente por "atividade curricular" ( $N=18$  e 54 ou 100% respectivamente), sendo que os discentes também optaram por "áreas de conhecimento" ( $n=37$  ou 68,5%) e os docentes, por "estágio curricular" ("estágio em Audiologia", "estágio em Fonoaudiologia nas Escolas", com  $n=15$  ou 83,3%) e "atividade institucional" ("em postos de saúde", "berçários", "creches", "clínicas", com  $n=15$  ou 83,3%).

Em "áreas de conhecimento" houve diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos participantes no teste Qui-quadrado ( $\chi^2=25,37$  com  $p<0,05$ ).

Os dados sugerem que os participantes desejariam que o conteúdo fosse abordado na universidade e refletem uma concepção tradicional sobre o conteúdo, havendo poucos indícios da importância dada à pesquisa e outras formas de busca de conhecimento mais autônomas. Além disso, os dados apontaram que os participantes consideraram importante a abordagem do conteúdo em atividades curriculares, ainda que tal fato ocorresse em sua maior parte com atividades teóricas, o que poderia dificultar a aquisição de competências e habilidades importantes para a formação acadêmica dos estudantes.

Em seguida, solicitou-se aos participantes que sugerissem como o conteúdo deveria ser abordado, liberando-os para indicar formas que julgassem mais apropriadas. Na Tabela 16 observa-se que, no total, 46 participantes (63,9%) descreveram "formas de abordagem" ("aspectos teóricos", "de forma multidisciplinar") e 42 (58,3%) optaram por "conteúdos" ("anatomia e funcionalidade", "aspectos fonoaudiológicos"). Não houve nesta questão categorias com diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos participantes

(Qui-quadrado com  $p>0,05$ ).

Verificou-se a presença do paradigma moderno nas concepções dos participantes pela preocupação excessiva com a forma e os conteúdos em detrimento de uma formação abrangente (53, 54).

#### Comentários dos Participantes

Ao final do questionário foi aberto um espaço para comentários que os participantes julgassem necessários, sendo tal questão optativa. Do total, 13 participantes (18,0%) responderam à questão, sendo 3 docentes (16,7%) e 10 discentes (18,5%).

Os comentários revelaram indícios de divergência existente entre docentes quanto à percepção da importância do estudo do conteúdo aleitamento materno. Dos 3 docentes que responderam à questão, 2 (11,1%) não são fonoaudiólogos e 1 (5,6%) é fonoaudiólogo, sendo que o comentário favorável à inserção do conteúdo foi elaborado pelo docente fonoaudiólogo. No que se refere aos discursos dos discentes, estes sugeriram uma concordância acerca da importância do conteúdo, acreditando que este seria relevante para sua formação profissional e até mesmo para a escolha da área de atuação relacionada à mãe e ao bebê.

#### CONCLUSÃO

Conclui-se que as opiniões e práticas dos participantes dos dois cursos de Fonoaudiologia estudados evidenciaram a necessidade de sensibilização dos dirigentes de cursos de Fonoaudiologia para analisar tais aspectos e planejar, em conjunto com docentes e discentes, a inclusão do conteúdo aleitamento materno nas referidas áreas. Além disso, permitiram o conhecimento de que docentes e discentes acreditam na importância do conteúdo e desejam que este se torne parte integrante dos cursos de graduação.

A inclusão do conteúdo aleitamento materno nos cursos de formação em Fonoaudiologia parece ser necessária por, talvez, se constituir em uma via importante para incentivar o envolvimento dos docentes de todas as áreas e aumentar as possibilidades dos discentes entrarem em contato com o conteúdo no curso de graduação, se possível adotando as concepções de um currículo pós-moderno, mais integrado. Além disso, tal inclusão poderia encorajar a busca de atualização dos docentes, o que deveria ocorrer "ao longo de toda a vida"<sup>53</sup> e em diversas áreas de conhecimento, principalmente nas que desenvolvem atividades de promoção

à saúde e prevenção de doenças, bem como fortalecer a integração dos docentes com os profissionais de outras áreas para que adquirissem conhecimento mais abrangente acerca da Fonoaudiologia como ciência em ascensão e suas inter-relações com diversas outras áreas do saber. Com isso, supõe-se que possam auxiliar mais efetivamente os discentes em sua busca por competências, oferecendo-lhes alternativas de contato com diversas realidades de atuação e, conseqüentemente, permitindo que o estudante escolha a área na qual desejará atuar.

Os discentes de Fonoaudiologia, com a inclusão

do conteúdo aleitamento materno em seus cursos de formação, poderiam estar sendo encorajados a desvendar novas áreas e novas formas de atuação, possivelmente tornando-se mais autônomos e seguros acerca de sua formação profissional e favorecendo sua inserção no mercado de trabalho, visto que o campo de atuação na área de aleitamento materno é bastante amplo e promissor. Basta que o profissional seja capacitado para tal, tenha adquirido competências e habilidades ainda no curso de graduação, desenvolvendo-as em cursos de pós-graduação e na própria prática profissional.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade, C. R. F. Fonoaudiologia preventiva: teoria e vocabulário técnico-científico. São Paulo: Lovise, 1996. (Série Especial em Fonoaudiologia, p. 92-96).
2. Breunig, S.; Brady, C. The Florida breastfeeding promotion project. *Journal of Human Lactation*, v. 8, n. 4, p. 213-215, 1992.
3. Fernandes, F. B. U. Pensando no bebê: benefícios, técnicas e dificuldades do aleitamento materno. Rio de Janeiro, 2000. Não paginado. Monografia [Especialização em Matricidade Oral] - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Rio de Janeiro, 2000.
4. Martins Filho, J. Evolução do aleitamento materno no Brasil. In: REGO, J. D. Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 21-34.
5. Oliveira, M. H. M. A.; Gargantini, M. B. M. Universidade e fonoaudiologia. In: Lagrota, M. G. M.; César, C. P. H. A. R. A fonoaudiologia nas instituições. São Paulo: Lovise, 1997. p. 105-109.
6. Barbosa, T. C.; Schnonberger, M. B. Importância do aleitamento materno no desenvolvimento da matricidade oral. In: Marchesan, I. Q.; Zorzi, J. L.; Gomes, I. C. D. (Org.) Tópicos em fonoaudiologia 1996. São Paulo: Lovise, 1996. v. 3, cap. 28, p. 435-445.
7. Pereira, L. F.; Silva, A. M. T.; Cechella, C. Ocorrência de hábitos orais viciosos e distúrbios fonarticulatórios em indivíduos portadores de deglutição atípica. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, v. 10, n. 1, p. 56-60, 1997.
8. Praetzel, J. R.; Pistóia, S. P.; Saldanha, M. J. Q.; Rocha, N. L. A importância da amamentação no seio materno para a prevenção dos distúrbios miofuncionais da face. *Pró-Fono*, v. 9, n. 2, p. 69-73, 1997.
9. Sampaio, K. M. M. P. Aleitamento e linguagem: possibilidades e realidades na prática fonoaudiológica em centros de saúde. In: Beñ, D. (Org.) Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. São Paulo: Lovise, 1997. (Série Atualidades em Fonoaudiologia, v. 3, cap. 4 p. 57-68).
10. Andrade, C. R. F.; Garcia, S. F. A influência do aleitamento materno no padrão de sucção dos bebês. *Pró-Fono*, v. 10, n. 1, p. 40-44, 1998.
11. Cattoni, D. M.; Neiva, F. C. B.; Zackiewicz, D. V.; Andrade, C. R. F. Fonoaudiologia e aleitamento materno: algumas contribuições. *Pró-Fono*, v. 10, n. 1, p. 45-50, 1998.
12. Nóbile, A. L. F. A fonoaudiologia e o amamentação. In: Marchesan, I. Q.; Zorzi, J. L.; Gomes, I. C. D., organizadores. Tópicos em fonoaudiologia 1997/1998. São Paulo: Lovise, 1998, v. 4, cap. 11, p. 191-194.
13. Khalil, S. G. M. A fonoaudiologia orientando o aleitamento materno. São Paulo, 1998. Não paginado. Monografia [Especialização em Matricidade Oral] - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. São Paulo, 1998.
14. Siqueira, A. T. Aleitamento Materno - influências no desenvolvimento miofuncional oral. São Paulo, 1998. Não paginado. Monografia [Especialização em Matricidade Oral] - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. São Paulo, 1998.
15. Paes, A. M. E. G. A fonoaudiologia e o aleitamento materno. Curitiba, 1999. Não paginado. Monografia [Especialização em Matricidade Oral] - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Curitiba, 1999.
16. Aronis, E. A.; Fiorini, M. D. C. M. Aleitamento materno e alimentação na primeira infância sob o enfoque fonoaudiológico [online]. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/adanto4.htm>>. Acesso em jul. de 1999.
17. Gomes, C. F. Estudo comparativo da relação entre a estimulação aromatosensória e alta hospitalar precoce em recém-nascidos de risco. *Temas Sobre Desenvolvimento*, v. 8, n. 46, p. 15-19, set./out., 1999.
18. Lutaif, A. P. Chupeta: uso indiscriminado? *Revista CEFAC*, v. 1, n. 1, p. 8-15, 1999.
19. Matido, M. Y. Amamentação: uma visão fonoaudiológica. Londrina, 2000. Não paginado. Monografia [Especialização em Matricidade Oral] - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Londrina, 2000.

20. Gomes, C. F.; Domingues, S. M. O. Os agentes comunitários e o aleitamento materno: importância da educação continuada em serviço. In: VII ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO. 2001, Salvador. Anais... Salvador, 2001. Não paginado.
21. Gomes, C. F.; Gimenez-Paschoal. O ensino do aleitamento materno envolvendo estudantes de fonoaudiologia: relato de experiência. In: 2ª JORNADA DE EDUCAÇÃO DO INTERIOR PAULISTA. 2001, Marília. Anais... Marília, 2001b, p. 178.
22. Gomes, C. F.; Sebastião, L. T.; Domingues, S. M. O. Levantamento de dados sobre a situação do aleitamento materno no município de Marília - SP. In: IV SEMINÁRIO DE ALEITAMENTO MATERNO DE MARÍLIA, 2001, Marília. Anais... Marília, 2001a. Não paginado.
23. Gomes, C. F.; Sebastião, L. T.; Domingues, S. M. O. Análise do cumprimento das leis trabalhistas para mães que amamentam: a situação no município de Marília - SP. In: VII ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO. 2001, Salvador. Anais... Salvador, 2001 b. Não paginado.
24. Gomes, C. F.; Sebastião, L. T.; Domingues, S. M. O. O uso de bicos artificiais e outros alimentos nas maternidades do município de Marília - SP. In: VII ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO. 2001, Salvador. Anais... Salvador, 2001c. Não paginado.
25. Estat. Sistema de cálculos estatísticos, versão 1.0: Qui-quadrado. Pólo Computacional da UNESP - câmpus de Marília, sem data.
26. Borbetto, P. A. Estatística aplicada às ciências sociais. 3. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p. 222-234.
27. InStat. software version 3.0, 32 bits for Win 95/NT: Graphpad Software, Inc, dec. 1997.
28. Levin, J. Estatística aplicada às ciências sociais. 2. ed. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1985. p.210-219.
29. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.
30. Macedo, R. A flexibilização dos currículos e das universidades. [online] [acesso em 23 de julho de 1998]. Disponível em: <<http://www.estado.com.br/edição/98/07/22/SEMNOME032.HTM>>.
31. Lucas, A.; Mokley, R.; Cole, T. L.; Lister, G.; Leeson-Payne, C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born premature. *Lancet*, 1992, 339:261-264.
32. OMS; UNICEF. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno - o papel essencial dos serviços materno-infantis. OMS: Genebra, 1989. 32 p.
33. Giugliani, E. R. J.; Victora, C. G. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: embasamento científico. OMS/OPAS, 1997. 77p.
34. Klaus, M. Mother and infant: early emotional ties. *Pediatrics*, 102(sup 1):1244 [cited 1998 nov.]. Available from URL: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/SE1/1244>>.
35. Andalaft, R. B.; Gibbons, A. P.; Padeiro, R. M.; Ribeiro, R. P.; Bueno, L. G. S.; Teruya, K. M. et al. J. A influência do aleitamento materno no desenvolvimento neuropsicomotor. *Revista Paulista de Pediatria*, mar. 1999, 17(1):20-4.
36. Lana, A. P. B. O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica-comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001. 423 p.
37. Rego, J. D. Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu, 2001. 518 p.
38. Valdés, G. O. Vantagens da amamentação para o aparelho estomagnático. Online. Disponível em: <<http://www.aleitamento.med.br/oral.htm>>. Acesso em 02 de jul. de 2001.
39. Gastaldo, D. M.; Meyer, D. E.; Bordas, M. C. Ensino integrado: uma revisão histórico-crítica da modelo implantado no ensino superior da área da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Pedagogia Brasília*, jan/abr. 1991, 72(170): 45-60.
40. Righard, L.; Alade, M. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 1992, 19(4):185-189.
41. Victora, C. G.; Tomasi, E.; Olinto, M. T. A.; Barros, F. C. Use pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*, feb. 1993, 341: 404-406.
42. Barros, F. C.; Victora, C. G.; Smer, T. C.; Tonioli Filho, S.; Tomasi, E.; Widerpass, E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*, apr. 1995, 95(4):497-499.
43. Neifert, M.; Lawrence, R.; Seocat, J. Nipple confusion: toward a formal definition. *Journal of Pediatrics*, jun. 1995, 126(6):125-129.
44. Barbosa, T. C.; Schonberger, M. B. Importância do aleitamento materno no desenvolvimento da motricidade oral. In: Marchesan, I. Q.; Zorzi, J. L.; Gomes, I. C. D., organizadores. Tópicos em fonoaudiologia 1996. São Paulo: Lavise, 1996. v. 3, cap. 28, p. 435-445.
45. Victora, C. G.; Behague, D. P.; Barros, F. C.; Olinto, M. T. A.; Widerpass, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, v. 99, n. 3, p. 445-453, Mar., 1997.
46. Aarts, A. H.; Hörnell, A.; Kyllberg, E.; Hofvander, Y.; Gebre-Medhin, M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics*, 104,(4):e50 [cited 1999, oct.]. Available from URL: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/104/4/e50>>.
47. Carvalho, M. R. de. Mamadeiras e chupetas são desnecessárias. [online] Artigo do Mês [acesso em abril de 1999]. Disponível em: <<http://www.alternex.com.br/~lbfantio>>.

48. Carvalho, M. R. de; Amabile, I. F. Chupetas: não usá-las é uma questão de qualidade de vida [online] [acesso em abril de 1999]. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/odonto2.htm>.
49. Howard, C. R.; Howard, F. M.; Lanphear, B.; Deblieck, E. A.; Eberly, S.; Lawrence, R. A. The effects of early pacifier use on breast-feeding duration. *Pediatrics*, 103(3):e33 [citad 1999, jun]. Available from URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/3/e33>.
50. Davini, M. C. Currículo integrado. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 39-48.
51. Cappelletti, I. F. A Fonoaudiologia no Brasil: reflexões sobre os seus fundamentos. São Paulo: Cortez, 1985. 89 p.
52. Gomes, C. F.; Gimenez-Paschoal, S. R. Reflexão acerca da estrutura curricular dos cursos de graduação em fonoaudiologia e o ensino do aleitamento materno. In: IV SIMPÓSIO EM FILOSOFIA E CIÊNCIA DA UNESP. 2001, Marília. Anais... Marília, 2001. p. 240.
53. Doll Júnior, W. Currículo: uma perspectiva pós-moderna. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 224 p.
54. Demo, P. Educar pela pesquisa. 4. ed. Campinas: Autores Associados, 2000. [Coleção Educação Contemporânea]. 129p.
55. Delors, J. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. 4 ed. Brasília: MEC: UNESCO. São Paulo: Cortez, 2000. p. 89-117.

### TABELAS

Tabela 1: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às situações em que docentes e discentes afirmaram ter contato com o conteúdo aleitamento materno (N=18 docentes e N=54 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Atividades institucionais	11	61,1%	38	70,4%	49	68,1%
Atividades de extensão	9	50%	16	29,6%	25	34,7%
Atividades de pesquisa	-	-	3	5,6%	3	4,2%
Meios de comunicação	5	27,8%	6	11,1%	11	15,3%
Experiência pessoal	-	-	1	1,8%	1	1,4%
Contatos interpessoais*	18	100%	2	3,7%	20	27,8%
Meios informais	4	22,2%	-	-	4	5,6%
Outros	5	27,8%	-	-	5	6,9%

\* p<0,05

Tabela 2: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às relações que docentes e discentes acreditam haver entre aleitamento materno e Fonoaudiologia (N=18 docentes e N=54 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Des. psíquico/emocional*	10	55,6%	6	11,1%	16	22,2%
Prevenção	4	22,2%	12	22,2%	16	22,2%
Sistema estomatognático	18	100%	54	100%	72	100%
Nutrição	3	16,7%	4	7,4%	7	9,7%
Linguagem	5	27,8%	12	22,2%	17	23,6%
Audição	1	5,6%	5	9,3%	6	8,3%
Desenvolvimento da criança*	-	-	16	29,6%	16	22,2%
Orientações	-	-	3	5,6%	3	4,2%
Outros	2	11,1%	3	5,6%	4	5,6%

\* p<0,05

Tabela 3: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes à atuação de docentes e discentes com mães e bebês em situação de amamentação (N=18 docentes e N=54 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Sim*	7	38,9%	37	68,5%	44	61,1%
Não	11	61,1%	17	31,5%	28	38,9%
TOTAL	18	100%	54	100%	72	100%*

p<0,05

Tabela 4: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às situações em que ocorre a prática de docentes e discentes (N=7 docentes e N=37 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Atuação áreas específicas	5	71,4%	-	-	5	11,4%
Orientação	4	57,1%	-	-	4	9,1%
Programa de prevenção	-	-	3	5,6%	3	4,2%
Disciplina curricular	-	-	1	2,7%	1	2,3%
Atividades de extensão	-	-	1	1,8%	1	1,4%
Estágio curricular*	-	-	25	67,6%	25	56,8%
Outros	-	-	14	37,8%	14	31,8%

\* p<0,05

Tabela 9: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às respostas de docentes e discentes sobre o tipo de atuação com mães e bebês em situações específicas (N=10 docentes e N=8 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Intervenção prática RN	4	40,0%	4	50,0%	8	44,4%
Orientação à mãe	6	60,0%	4	0,0%	10	55,6%
TOTAL	10	100%	8	100%	18	100%

Tabela 10: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às respostas de docentes e discentes sobre o acesso às Diretrizes Curriculares propostas pelo MEC para os cursos de graduação em Fonoaudiologia (N=18 docentes).

Categorias	Docentes	
	f	%
Sim	14	77,8%
Não	4	22,2%
TOTAL	18	100%

Tabela 11: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às opiniões de docentes e discentes sobre a inserção do conteúdo aleitamento materno no currículo de graduação dos cursos de Fonoaudiologia (N=18 docentes e N=54 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
É muito importante	14	77,8%	46	85,2%	60	83,3%
É relativamente importante	3	16,7%	7	13,0%	10	13,9%
Não é importante	1	5,5%	--	--	1	1,4%
Não sei	--	--	1	1,8%	1	1,4%
TOTAL	18	100%	54	100%	72	100%

Tabela 12: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às justificativas de docentes e discentes para a importância da inserção do conteúdo aleitamento materno no currículo de graduação dos cursos de Fonoaudiologia (N=14 docentes e N=46 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Prevenção	6	42,8%	19	41,3%	25	41,7%
Orientação	4	28,6%	9	19,6%	13	21,7%
Atuação	2	14,3%	1	2,2%	3	5,0%
Relação com fono	3	21,4%	10	21,7%	13	21,7%
Formação profissional	6	42,8%	13	28,3%	19	31,7%
Desenvolvimento psíquico	1	7,1%	--	--	1	1,7%
Desenvolvimento e saúde	8	57,1%	17	37,0%	25	41,7%
Experiência pessoal	--	--	1	2,2%	1	1,7%
Outros	--	--	2	4,3%	2	3,3%

Tabela 13: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às justificativas de docentes e discentes para a relevância ou pouca importância da inserção do conteúdo aleitamento materno no currículo de graduação dos cursos de Fonoaudiologia (N=4 docentes e N=7 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Tópico de disciplina	1	25,0%	--	--	1	9,1%
Tópico em disciplina	1	25,0%	--	--	1	9,1%
Atividade de extensão	2	50,0%	--	--	2	18,2%
Atividade pós-graduação	1	25,0%	1	14,3%	2	18,2%
Importante inserir o tema	2	50,0%	--	--	2	18,2%
Orientação	--	--	1	14,3%	1	9,1%
Relação com fono	--	--	5	71,4%	5	45,5%
Há matérias mais importantes	--	--	1	14,3%	1	9,1%

Tabela 14: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às opiniões de docentes e discentes sobre as áreas de conhecimento em que o conteúdo aleitamento materno deveria ser incluído (N=18 docentes e N=54 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Anatomia	2	11,1%	18	33,3%	20	27,8%
Fisiologia	3	16,7%	18	33,3%	21	29,2%
Linguagem	6	33,3%	21	38,9%	27	37,5%
Audição	6	33,3%	16	29,6%	22	30,6%
Motricidade oral	15	83,3%	38	70,4%	53	73,6%
Fonoaudiologia preventiva*	11	61,1%	49	90,7%	60	83,3%
Saúde pública	11	61,1%	40	74,1%	51	70,8%
Fonoaudiologia em hospitais	11	61,1%	44	81,5%	55	76,4%
Fonoaudiologia nas escolas	5	27,8%	27	50,0%	32	44,4%
Pediatria	4	22,2%	19	35,2%	23	31,9%
Outro	--	--	2	3,7%	2	2,8%

\* p&lt;0,05

Tabela 15: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às atividades que docentes e discentes julgaram serem mais adequadas para o desenvolvimento do conteúdo aleitamento materno (N=18 docentes e N=54 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Atividade curricular	18	100%	54	100%	72	100%
Atividade de pesquisa	1	5,6%	1	1,8%	2	2,8%
Áreas de conhecimento*	--	--	37	68,5%	37	51,4%
Estágio curricular	15	83,3%	--	--	15	20,8%
Atividade de extensão	3	16,7%	--	--	3	4,2%
Atividade institucional	15	83,3%	--	--	15	20,8%
Atividade preventiva	1	5,6%	--	--	1	1,4%
Outros	--	--	4	7,4%	4	5,6%

\* p&lt;0,05

Tabela 16: distribuição das frequências absolutas e percentagens referentes às formas como docentes e discentes julgaram serem mais adequadas para o desenvolvimento do conteúdo aleitamento materno (N=18 docentes e N=54 discentes).

Categorias	Docentes		Discentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Disciplina curricular	5	27,8%	15	27,8%	20	27,8%
Estágio curricular	2	11,1%	19	35,2%	21	29,2%
Atividade de extensão	7	38,9%	14	25,9%	21	29,2%
Estratégias	4	22,2%	14	25,9%	18	25,0%
Conteúdos	13	72,2%	29	53,7%	42	58,3%
Formas de abordagem	12	16,7%	34	63,0%	46	63,9%
Outros	1	5,6%	--	--	1	1,4%

# A FONOAUDIOLÓGIA E SUAS INSERÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANÁLISE PROSPECTIVA

## SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY AND ITS INSERTIONS ON PUBLIC HEALTH SYSTEM IN BRAZIL: PROSPECTIVE ANALISYS

---

BÁRBARA NIEGIA GARCIA DE GOULART\*

\*Fonoaudióloga, especialista em Saúde Pública e Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunto do Centro Universitário Feevale.

CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE / INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / CURSO DE FONOAUDIOLÓGIA

---

### RESUMO

Nos últimos anos, a Fonoaudiologia ampliou seu campo de inserção na área da saúde, entretanto, ainda há muito espaço a ser conquistado em termos de saúde pública. É essencial que o fonoaudiólogo, e todos os profissionais envolvidos na assistência, administração e planejamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), conheçam seus preceitos, características administrativas e sua repercussão em um contexto mais amplo, além das práticas cotidianas pertencentes a cada especialidade.

Este artigo pretende realizar um breve relato do histórico do SUS, suas prerrogativas, além de realizar uma breve análise das necessidades de inserção do fonoaudiólogo nas equipes de saúde que atuam junto ao SUS.

Vislumbramos um futuro promissor, onde o SUS estará efetivamente implementado e haverá demanda por parte da comunidade e dos profissionais do SUS para as ações fonoaudiológicas.

# **A FONOAUDIOLÓGIA E SUAS INSERÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANÁLISE PROSPECTIVA**

## **SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY AND ITS INSERTIONS ON PUBLIC HEALTH SYSTEM IN BRAZIL: PROSPECTIVE ANALISYS**

---

BÁRBARA NIEGIA GARCIA DE GOULART\*

\*Fonoaudióloga, especialista em Saúde Pública e Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Centro Universitário Feevale.

CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE / INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / CURSO DE FONOAUDIOLÓGIA

---

### **RESUMO**

Nos últimos anos, a Fonoaudiologia ampliou seu campo de inserção na área da saúde, entretanto, ainda há muito espaço a ser conquistado em termos de saúde pública. É essencial que o fonoaudiólogo, e todos os profissionais envolvidos na assistência, administração e planejamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), conheçam seus preceitos, características administrativas e sua repercussão em um contexto mais amplo, além das práticas cotidianas pertencentes a cada especialidade.

Este artigo pretende realizar um breve relato do histórico do SUS, suas prerrogativas, além de realizar uma breve análise das necessidades de inserção do fonoaudiólogo nas equipes de saúde que atuam junto ao SUS.

Vislumbramos um futuro promissor, onde o SUS estará efetivamente implementado e haverá demanda por parte da comunidade e dos profissionais do SUS para as ações fonoaudiológicas.

## SUMMARY

In the last years Phonoaudiology enlarged insertions on the health area, however, there is a lot of things to do in order to improve Phonoaudiologists acting on Brazilian public health system. It is necessary that phonoaudiologists and all the other professionals who are involved in the assistance, administration and planning for Sistema Único de Saúde (SUS) know its concepts, administrative characteristics and its repercussion in a larger context, beyond common practices pertaining to each speciality.

This article intends to make a short review of SUS history and its prerogatives, besides making an analysis of the necessities of insertion of the phonoaudiologist in the health teams that act for SUS.

We glimpse a promising future where SUS would be completely implemented and there is community and other professionals related to SUS "the needing" for phonoaudiological actions.

## PALAVRAS-CHAVE

Sistema Único de Saúde, SUS, Fonoaudiologia, saúde pública, assistência ambulatorial

## KEYWORDS

Sistema Único de Saúde, SUS, Phonoaudiology, public health, ambulatorial assistance

Recebida: 21/05/03

Aprovada: 14/10/03

## INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia vem construindo e conquistando cada vez mais seu espaço dentro da comunidade científica, entretanto, ainda é necessário conquistar mais espaço dentro da sociedade. Há muito que apresentar em termos de evidências científicas sobre sua importância e as transformações decorrentes das intervenções fonoaudiológicas.

Dentro deste contexto, é essencial que o fonoaudiólogo e todos os profissionais envolvidos na assistência, administração e planejamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) conheçam seus preceitos, características administrativas e sua repercussão em um contexto mais amplo, além das práticas cotidianas pertencentes a cada especialidade. Pois, a necessidade constante de ampliar a atuação do profissional fonoaudiólogo implica, também, em nos adaptarmos às instituições e seus preceitos, além de adaptarmos ao funcionamento já estabelecido na sociedade.

Apresentamos neste artigo um breve histórico da saúde pública brasileira, bem como reflexões acerca da Fonoaudiologia e suas perspectivas de inserção no Sistema Único de Saúde contemporâneo, tendo em vista que o mesmo ainda está em implantação.

Para conhecer e entender o sistema de saúde pública, ora vigente no país, é necessário recordar um pouco a história da reforma sanitária brasileira.

Até meados da década de 70 e início da década de 80 prevalecia no país um modelo assistencialista de

atenção à saúde, onde medidas curativas eram preconizadas em detrimento de ações de prevenção primária em saúde<sup>(1)</sup>. O sistema público de saúde estava ao alcance somente dos trabalhadores celetistas contratados (vinculados à CLT - Consolidação das Leis do Trabalho) e que, obrigatoriamente, contribuíam com a previdência social.

Nesta época, a política brasileira era centrada no autoritarismo, repressão e censura, vinculada ao regime militar. A partir da década de 70, iniciou-se a abertura política, possibilitando a reorganização dos movimentos sociais.

As estratégias da primeira metade da década de 80 para enfrentar tais dificuldades basearam-se em políticas de "focalização do gasto", com subsídios diretos aos pobres, como suplementação alimentar, programas de atenção primária à saúde, inspiradas nos postulados das tecnologias simplificadas e outros itens pontuais das recomendações de Alma-Ata. Os gastos públicos deveriam ter como meta atingir a um determinado conjunto de efeitos demonstráveis por melhoria de indicadores sociais dos segmentos pobres das populações (mortalidade infantil, desnutrição, evasão escolar, qualidade da habitação, entre outros<sup>(2)</sup>).

O movimento de Reforma Sanitária, ocorrido no período de abertura política (na década de 80), deu importante contribuição para que os princípios democráticos retornassem à sociedade brasileira e apontou para um novo modelo de atenção à saúde<sup>(3)</sup>.

Um progressivo dismantelamento do Estado centralizado e unitário, erigido sob a égide napoleônica, em que o tripé formado pelo parlamento, governo e burocracia ministerial não constitui mais a base sobre a qual se sustenta o Estado<sup>41</sup>. Porém, como aponta o autor, isso não significa a emergência de um novo modelo facilmente reconhecível para o qual possam convergir os diferentes sistemas político-institucionais.

O projeto da Reforma Sanitária "foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais". Esta organização social possibilitou aos cidadãos a luta por seus direitos fundamentais e pela melhoria da qualidade de vida, englobando saúde em um contexto além da ausência de doenças<sup>42</sup>.

A mudança de perfil do sistema de saúde brasileiro é caracterizada pela reformulação dos papéis e das funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde<sup>43</sup>.

Somente a partir da Constituição de 1988<sup>44</sup> a saúde foi reconhecida como direito de todos e obrigação do Estado. Porém, somente em 1990, as Leis 8.080 e 8.142 regulamentaram este direito.

A Lei 8.080/90<sup>45</sup> dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e organização e funcionamento dos serviços ligados a esta. A Lei 8.142/90<sup>46</sup> dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos na área da saúde.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde passou a ser direito fundamental, levando em consideração o conceito de que a saúde é caracterizada pelo bem-estar físico, psíquico e social. Assim, os serviços de saúde passaram a ser considerados "de grande relevância pública"<sup>47</sup>.

Os mesmos autores caracterizam o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma nova formulação política e organizacional para um novo ordenamento dos serviços e ações de saúde. O SUS está sob a responsabilidade das três esferas (autônomas) de governo: federal, estadual e municipal.

No capítulo da Constituição Federal<sup>48</sup> sobre princípios e diretrizes da Seguridade Social está previsto que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS sejam desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única para cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

São princípios fundamentais do SUS a equidade, universalidade e integralidade.

A equidade é geralmente caracterizada como a igualdade de tratamento para necessidades iguais, ou seja, igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais<sup>49</sup>. No Brasil, a equidade foi tomada como a igualdade no acesso aos serviços de saúde<sup>50</sup>. O mesmo autor ainda refere que os serviços de saúde vinculados ao SUS devem ser distribuídos de acordo com o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades de cada cidadão, devem contribuir para o financiamento da saúde pública aqueles que ganham mais. Esta tendência igualitária é uma premissa presente em diversos sistemas de saúde europeus.

Porém, segundo proposta do Banco Mundial<sup>51</sup>, o

Estado deve ser pequeno e limitado à provisão de um pacote mínimo de cuidados, denominado cesta básica.

Há grande contradição entre a face política (saúde como direito) e a face econômica da saúde pública brasileira, na qual vem predominando o corte dos gastos e despesas estatais. Por isso, as reformas encaminham-se para mudanças organizadoras na gestão, na competitividade e na qualidade<sup>41</sup>.

A política federal nos anos 90 concentrou-se na indução e na criação de condições para reconstituir responsabilidades gerenciais regionais ou locais<sup>42</sup>.

Na realidade, tratava-se de reformar valendo-se de instrumentos mais ou menos já conhecidos e testados, como a focalização na destinação de recursos aos usuários de renda mais baixa, com técnicas mais apuradas para identificar e registrar os grupos e os indivíduos mais vulneráveis<sup>43</sup>. Ao mesmo tempo, caberia integrar fontes de recursos públicos e privados, incluindo a ampliação da participação no gasto em saúde daqueles segmentos que poderiam pagar, além de estabelecer mecanismos de financiamento mais próximos do conceito de seguro social, com riscos e responsabilidades compartilhados entre os agentes seguradores, os beneficiários e os empregadores<sup>44</sup>. Propunha-se, também, aumentar a "eficiência distributiva do gasto e a capacidade de controle de recursos no âmbito local, envolvendo, portanto, descentralização tanto fiscal quanto financeira, além de maiores possibilidades de corrigir distorções distributivas a partir de redefinição de competências entre os níveis central e local de governo"<sup>45</sup>. Outro aspecto foi o reconhecimento da necessidade de mudar o modelo de organização e prestação de cuidados que deveria envolver:

a) a atenção básica de saúde como porta de entrada do sistema e com referência e contra-referência para níveis hierarquizados de assistência;

b) a ênfase na oferta de serviços para um modelo orientado pela demanda como um fator de redução de custos e de integralidade de ações de saúde.

Na prática, há no Brasil uma mistura entre as diferentes teorias normativas de equidade caracterizadas pelo SUS e pelo setor de seguros de saúde<sup>46</sup>.

O autor ainda ressalta que a igualdade de oportunidade na utilização de serviços deve ser abordada em pelo menos duas dimensões: geográfica e social. A autora refere que a dimensão geográfica diz respeito à comparação na utilização de serviços de saúde entre as áreas geográficas (municípios, estados, regiões...). A dimensão social das desigualdades no uso de serviços reflete o caráter seletivo da estrutura do SUS na atuali-

dade quanto à possibilidade dos vários grupos sociais (quer sejam caracterizados pelas condições econômicas, de gênero, crenças, costumes, entre outros) terem oportunidades equalitárias na utilização dos serviços de saúde.

A universalidade é a garantia de atendimento a todo e qualquer cidadão, independente de raça, credo, sexo, classe sócio-econômica.

A integralidade é o princípio que determina que as pessoas têm o direito de ter suas necessidades atendidas (em seu conjunto) e os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecerem todas as ações requeridas por esta atenção integral (prevenção primária, secundária e terciária).

A prevenção é caracterizada por "todas aquelas medidas utilizadas para evitar doenças ou suas consequências", quer estas doenças ocorram de forma esporádica, de modo endêmico ou epidêmico<sup>47</sup>.

Deste modo, didaticamente podemos dividir a prevenção em três níveis:

**PREVENÇÃO PRIMÁRIA** - é caracterizada por ações dirigidas para a manutenção da saúde, destina-se à 'prevenção da ocorrência' da fase patológica;

**PREVENÇÃO SECUNDÁRIA** - visa à prevenção de reincidências, complicações, seqüelas e óbito, é caracterizada pela intervenção no período patológico da doença;

**PREVENÇÃO TERCIÁRIA** - utiliza medidas que visam desenvolver a capacidade residual do indivíduo quando o potencial funcional foi reduzido pela doença ou por seqüelas de um episódio agudo de uma afecção crônica. Utiliza-se de medidas de reabilitação e promoção do ajustamento do paciente em condições irremediáveis.

Dentro do contexto da Fonoaudiologia poderíamos citar a promoção e orientação do aleitamento materno como uma medida de prevenção primária, o diagnóstico e tratamento de desvios fonológicos como uma intervenção em nível secundária e a reabilitação de um sujeito afásico como uma medida em nível terciário.

As reformas devem apontar para alternativas de poder que assegurem a governabilidade dos estados e a reconstrução da capacidade de decisão autônoma, levando em conta as relações entre os países, porém não subordinadas a um núcleo hegemônico, acompanhando e incorporando as transformações tecnológicas

dentro de um contexto diversificado mundial, com respeito às condições sociais e culturais locais<sup>27</sup>.

Assim, a descentralização é despida de seu caráter mágico de panacéia sanitária ou administrativa para reforçar seu sentido democrático e federativo, capaz de conduzir a resultados coerentes com a equidade.

Quanto à macro administração do SUS é necessário ressaltar três características principais: a descentralização, a regionalização e hierarquização e a participação da população (técnicos e usuários)<sup>28</sup>.

A descentralização é um processo que implica em redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo (para garantir a direção única, administrativa, em cada esfera de governo).

A regionalização e a hierarquização referem-se à capacidade dos serviços de oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo o tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de solução de seus problemas de acordo com as demandas e necessidades regionais.

A participação dos cidadãos é requerida no gerenciamento do SUS em todas as esferas de governo. A população tem o direito (e o dever) de participar das decisões, propondo as linhas de ação e os programas que considera mais importantes, além de controlar a qualidade e o modo como estes são desenvolvidos. A fiscalização da aplicação dos recursos públicos também pode e deve ser feita pela população. Em nível municipal, a participação dos técnicos e usuários do SUS dá-se através dos Conselhos Municipais de Saúde.

No cotidiano dos serviços de saúde, vinculados ao Sistema Único de Saúde, percebe-se que há muito desconhecimento das propostas de atenção à saúde e diretrizes administrativas por parte de técnicos e usuários do sistema. Os técnicos, por sua vez, percebem seu trabalho como um 'favor' ao sujeito que os procura e os pacientes percebem a atenção à saúde dispensada como "caridade", algo que não lhes pertence de direito.

É essencial que cada vez mais sejam incluídas nas propostas curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde a discussão destes conceitos e suas formas de aplicação prática, bem como ajustamento das disponibilidades dos técnicos e serviços de saúde frente às demandas da comunidade. É essencial que nós, fonoaudiólogos, criemos espaços de discussão com nossos pares e demais profissionais do setor saúde a fim de nos inserirmos nas atuais perspectivas de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Neste contexto, também destacamos a importância do acesso às noções básicas de epidemiologia e sua aplicação para a avaliação e acompanhamento dos resultados das práticas em saúde coletiva.

Podemos citar, como exemplo, dados epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde em 2002: quando comparamos a mortalidade infantil entre 1990 e 2000, observamos que esta diminuiu de 100 para em torno de 65 para cada 1000 nascidos vivos. Se, juntamente com estes dados, sobrepormos a cobertura de vacinação, observamos uma relação proporcional inversa, onde, com o aumento da cobertura de vacinação, observou-se uma diminuição da mortalidade infantil [MS, 2002, p. 41]<sup>29</sup>.

Os dados epidemiológicos são essenciais em um sistema de saúde que tem a epidemiologia como base para suas ações (conforme determinado pela Constituição Federal, 1988). Neste sentido, a epidemiologia pode fornecer subsídios para determinar a história natural dos distúrbios da comunicação humana, tipos de intervenções fonoaudiológicas e suas relações custo-benefício, custo-efetividade, entre outros<sup>30</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contudo, vislumbramos um horizonte próspero, onde o fonoaudiólogo terá oportunidades de estar inserido nas equipes de saúde coletiva, desde que as premissas básicas de saúde estejam satisfeitas ou encaminhem-se para tal no contexto macro e que a Fonoaudiologia (e os profissionais fonoaudiólogos) atendam às premissas do Sistema Único de Saúde<sup>31</sup>.

Também é importante levar-se em consideração o uso de dados epidemiológicos para a tomada de decisões em saúde, preconizada nas diretrizes do SUS como ressaltam Carvalho et al.<sup>11</sup>. Levando-se em conta esta prerrogativa, a cada dia torna-se mais importante que estudos epidemiológicos acerca dos distúrbios da comunicação humana sejam realizados e publicados. A partir deste será possível conhecer com maior precisão (e confiabilidade) dados epidemiológicos como prevalência, incidência, fatores associados a estas disorders, entre outros, como previamente descrito por Goulart<sup>15</sup>.

A partir destes dados é possível justificar de fato todas as campanhas que vêm sendo feitas para esclarecimentos da população sobre os distúrbios da comunicação humana e suas comorbidades, bem como justificar a inserção do fonoaudiólogo em instituições públicas e privadas; além da inserção da Fonoaudiologia nas políticas de saúde e educação.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Carvalho, BG et al. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. et al. (org.). Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001. pág. 27-59.
2. Cordeiro, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.6, no.2: p.319-328, 2001.
3. Krüger TR. O desconhecimento da Reforma Sanitária e da legislação do SUS na Prática do Conselho de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 22:119-43, 2000.
4. Viana, AL, Heimann, LS, Lima, ID et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol.18 supl: 139-151, 2002.
5. Paim JM. A Reforma Sanitária e a Municipalização. *Saúde e Sociedade* 1992; 1 (2):29-48.
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
7. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
8. Brasil. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
9. Carvalho GI, Santos, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/90 e 8.142/90). 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1995.
10. Goulart BNG. Histórico da Sistema de Único de Saúde. In: Ribas, I (org). *Tópicos em Fonoaudiologia Feevale*. Novo Hamburgo: Feevale, 2003.
11. Travassos C. Equidade e Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13 (2):325-30.
12. Medici, A. A Economia Política das Reformas em Saúde. Porto Alegre: IAHCs, 1997.
13. Pereira M. *Epidemiologia - teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.
14. Ministério da Saúde. A Saúde no Brasil Indicando Resultados - 1994 a 2001. Disponível em <[http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=359](http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=359)>. Acessado em julho de 2002.
15. Goulart, BNG. Contribuição da Epidemiologia para a Pesquisa e Atuação Clínica em Fonoaudiologia. *Rev. Fono Atual*, 21: 60-3, jul/set, 2002.
16. Goulart, BNG. A Fonoaudiologia e suas Inserções no Sistema Único de Saúde. *Anais do Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia Hospitalar*; 2002 out 24-26; Porto Alegre, Brasil: CEPEFPOA; 2002.

# DISPOSITIVOS AUXILIARES NÃO-AUDITIVOS UTILIZADOS POR SURDOS

## NON AUDITORY ASSISTATIVE DEVICE USED BY THE DEAF POPULATION



DIONÉLIA RIVAS\*  
WANESSA MEDEIROS\*  
DÉBORA BARROS\*  
FERNANDA CRUZ\*  
NATÁLIA NEVES\*  
SAMARA MOREIRA\*  
SILVANA GRIZ\*\*

\*Acadêmicas do 8º período do curso de Fonoaudiologia da Universidade Católica de Pernambuco

\*\*Fonoaudióloga, Mestre em Fonoaudiologia pela Universidade da Carolina do Norte, doutoranda em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco, professora e supervisora de estágio em Audiologia Clínica do curso de Fonoaudiologia da Universidade Católica de Pernambuco e Faculdade Integrada de Recife

## RESUMO

Os dispositivos auxiliares não-auditivos são equipamentos que substituem ou acrescentam sinais visuais ou táteis aos sinais auditivos. Esses sistemas têm como função notificar o surdo da presença de sons ambientais e sinais importantes de alerta. Acreditamos que estes equipamentos ocupam um espaço restrito no processo de reabilitação auditiva do surdo, muitas vezes em função da pouca divulgação. Esta pesquisa teve como objetivo investigar a utilização dos dispositivos auxiliares não-auditivos pela população surda da cidade de Recife. Nossa amostra foi composta de 13 representantes das empresas, que trabalham com aparelhos para surdez, e 90 indivíduos surdos vinculados a instituições. Inicialmente, realizamos um levantamento das empresas que trabalham com aparelhos para surdos, concluindo que 53,8% delas disponibilizam estes dispositivos para venda. Em seguida, investigamos quais dispositivos estas empresas ofereciam. O despertador com dispositivo tátil e o despertador com dispositivo visual foram citados como os mais comercializados. A investigação da utilização dos dispositivos auxiliares não-auditivos pelos surdos mostrou que 39,28% dos participantes utilizam algum tipo de dispositivo. Os surdos responderam que os dispositivos auxiliares não-auditivos mais utilizados por eles são o telefone texto e a campainha com dispositivo visual, adquiridos em empresas de aparelhos para surdos e lojas comerciais. Eles ainda informaram que estes equipamentos facilitam a comunicação do surdo com o mundo, além de trazerem maior independência ao cotidiano do seu usuário.

## ABSTRACT

Non auditory assistative device is not very used in the intervention process for the deaf. The main purpose of this study was to investigate the use of those devices for the deaf population in Recife. Thirteen hearing aid dealers who work for hearing aid companies and 90 deaf individuals who attended to some institution for deaf in Recife completed a questionnaire. Our results indicated that only 53,8% of the hearing aid companies worked with non auditory assistative devices, from those, the device who was more commercialized was the visual and tactile alarm clock. From the deaf population, it was seen that only 39,28% utilized some type of non auditory assistative device, from those the more used was the text phone and the visual bell. It was also investigated how those devices were acquired by the deaf population, and as a result it was seen that many were commercialized in magazine and/or specialized store. The results of this study indicate that non auditory assistative devices for the deaf population are not very used, mainly because they are not very known by the professional who deals with deaf intervention, and the difficult to find those devices.

## PALAVRAS-CHAVE

Dispositivos auxiliares não auditivos, audiologia educacional, Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), surdos, qualidade de vida

## KEYWORDS

Non auditory assistative devices, educacional audiology, hearing aid, deaf, life quality

Recebido em 03/02/2003  
Aprovado em 10/10/2003

## INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, o número de estudos que se dedicam à compreensão em programas de reabilitação e auxílio para a pessoa surda tem aumentado bastante no intuito de auxiliar as situações onde há dificuldade de comunicação, como afirma Giolas<sup>(1)</sup>. A necessidade diária de uma pessoa surda não se restringe somente ao uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). De acordo com Vaccari e Marschark<sup>(2)</sup>, a comunicação é a essência da ligação do indivíduo com o mundo. Segundo Almeida<sup>(3)</sup>, a comunicação pode ser vista como um fenômeno multissensorial e complexo que

tem relação direta com o desenvolvimento intelectual e o entrosamento social de um indivíduo. A comunicação do surdo envolve uma série de situações, muitas das quais estão repletas de interferências e distorções que podem comprometer seriamente a integridade da mensagem enviada através do AASI.

Segundo Caggiano<sup>(4)</sup>, os AASI têm como função captar o som que se propaga pelo ar e transformá-lo em energia elétrica, que é amplificada e novamente transformada em ondas sonoras, enviadas ao paciente. A via auditiva é a forma de captação de estímulos acústicos mais utilizada por um indivíduo e é por ela que se

recebe a informação do meio ambiente. Quando se trata de um ambiente sem grandes estímulos sonoros, o AASI parece suficiente e capaz de suprir a necessidade do usuário, mas apesar de ser o mais utilizado, ele não é capaz de oferecer ao indivíduo o nível optimal em todas as situações. Para auxiliar o surdo em grande parte das situações, onde o AASI não oferece clareza de audição do estímulo, foram desenvolvidos vários tipos de dispositivos auxiliares à audição. Estes dispositivos auxiliares são de muita importância para o indivíduo usuário de um aparelho auditivo e para o surdo. Sua função primária é melhorar, por meios eletrônicos, a eficiência do indivíduo em receber a mensagem desejada. Esses equipamentos constituem uma categoria ampla de instrumentos eletrônicos auditivos e não-auditivos que propiciam uma melhor comunicação em situações específicas. Os dispositivos auxiliares auditivos não foram listados porque não serão discutidos neste trabalho.

Os dispositivos auxiliares não-auditivos são importantes para alertar os indivíduos surdos que não utilizam o AASI, ou que utilizam, mas que apresentam algumas restrições quanto ao seu benefício. Exemplos de situações nas quais os dispositivos auxiliares não-auditivos são de grande aplicabilidade incluem: campainhas de porta, telefone, despertador, alarme de incêndio, entre outros. Os dispositivos auxiliares não-auditivos ajudam notavelmente os surdos em várias situações do seu cotidiano, onde o AASI ou os dispositivos auxiliares auditivos não são suficientes, substituindo o sinal auditivo por visual ou tátil, sendo imprescindíveis para melhoria da qualidade de vida dos surdos. Estes dispositivos podem ser utilizados por portadores de graus diferentes de perda auditiva, apesar destes preferirem os sistemas de alerta auditivos como, por exemplo, um sistema onde a campainha do telefone pode ter som mais intenso, por suporem que sistemas de alerta visuais e cinestésicos são desenvolvidos para deficientes auditivos profundos, congênitos e, desta forma, utilizam apenas os sistemas que tornam o som mais intenso e a frequência do sinal mais baixa. Sinais audíveis estão crescentemente sendo usados para indicar que o equipamento está funcionando. Uma pessoa com dificuldade auditiva tende a não ouvir estes sons. Os usuários de AASI geralmente não os usam na cama, então não ouvem um despertador. É também muito difícil para esses usuários ouvirem uma campainha de porta se eles estão um pouco distante da mesma.

Os dispositivos auxiliares não-auditivos subdividem-se em visuais, táteis, telefonetexto, teletexto e trans-

crição de fala para texto. Nos dispositivos visuais o sinal sonoro é convertido em sinal luminoso, que pode estar associado à campainha de porta, sinais de chamada telefônica, despertadores, alarmes e qualquer outro sinal que se deseje acoplar ao sistema. Assim, colocando-se várias fontes luminosas, em diversos locais da casa, o surdo sempre estará atento ao chamado. Segundo Bonaldi e Almeida<sup>21</sup>, as lâmpadas que piscam para propósitos de alarme são preferivelmente as de 150 W, para que a luz reflita nas paredes podendo, então, ser observada de ambientes próximos. Ballantyne, Martin e Martin<sup>22</sup> afirmam que as luzes que piscam para propósitos de alarme são muitas vezes na forma de Xenon Beacons, que produzem flashes pulsáteis, como em um disparador de flashes de câmara fotográfica. Os sinais luminosos podem ser ligados por um sistema de ativação por som, onde o sinal sonoro no ambiente dá a informação para que o sinal luminoso seja acionado. Nos dispositivos táteis o sinal sonoro é convertido em estimulação tátil. Os aparelhos vibratóteis podem estar acoplados aos mesmos sistemas dos dispositivos visuais, só que no caso dos táteis eles vão ter que ser utilizados presos ao corpo do indivíduo, segurado na mão, pulso, coxa ou ao redor da cintura; ou ainda preso a um colchão ou cadeira. Segundo Bess e Humes<sup>23</sup>, mais uma vez, um microfone converte o sinal acústico em sinal elétrico. Este sinal elétrico é utilizado pelo aparelho vibratório para ativar uma série de vibradores. Os vibradores, quando ativados pelo sinal elétrico, entram em contato com a pele, estimulando o tato do paciente.

Em relação ao telefone-texto, Bonaldi e Almeida<sup>21</sup> afirmam que estes equipamentos são baseados na tecnologia da teledatilografia, na qual cada unidade possui uma tecla correspondente e a transmissão é enviada pela linha telefônica padrão. A informação é datilografada, o sinal é transmitido ao longo da linha telefônica e, então, decodificado pelo receptor da outra unidade, na qual a informação pode ser visualizada. É necessário que ambas as partes envolvidas na conversação possuam unidades compatíveis, ou em alguns casos, uma unidade de transmissão e um computador interligado para a recepção da mensagem.

Ballantyne, Martin e Martin<sup>22</sup> colocam que o teletexto é um sistema que informa através de legendas que podem ser abertas, como é o caso dos filmes estrangeiros legendados, ou fechadas, aquelas que estão disponíveis para pessoas com decodificadores especiais, por exemplo, o pager. A transcrição de fala para texto é um sistema onde um operador humano,

que deve ser altamente hábil, digita foneticamente a fala. O teclado está conectado a um computador que produz o texto da palavra falada.

Os dispositivos auxiliares não-auditivos podem ocupar um espaço restrito no processo de reabilitação auditiva do indivíduo surdo, muitas vezes, em função da pouca divulgação sobre os mesmos. O fonoaudiólogo é o profissional que deverá assumir a coordenação do processo de habilitação/reabilitação do surdo<sup>31</sup>, é ele quem deverá indicar e orientar como o indivíduo utilizará o dispositivo auxiliar não-auditivo com o objetivo de melhorar a comunicação do surdo com o mundo de uma forma efetiva, visto que a comunicação não se restringe somente à linguagem oral. Por isso, a importância do aprofundamento científico sobre a temática.

Nossa pesquisa teve como objetivo investigar a utilização dos dispositivos auxiliares não-auditivos pela população surda da cidade de Recife, quais os mais utilizados e como foram adquiridos. Para isso, pesquisamos quais dispositivos são oferecidos pelas empresas que trabalham com aparelhos para surdez.

## MÉTODOS

Baseando-se na obra de Markoni e Lakatos<sup>32</sup>, esta pesquisa utilizou-se do método quantitativo-descritivo, pois este caracteriza-se pela precisão e controles estatísticos. Para isso, foi utilizada a técnica de questionários, empregando os procedimentos de amostragem.

Participaram desta pesquisa 13 representantes de empresas que comercializam aparelhos para a população surda, mais especificamente o AASI. Dentre os representantes das empresas que participaram deste estudo, 53,84% eram gerentes de vendas, 38,46% eram fonoaudiólogos que trabalhavam nas empresas e 7,69%, vendedores das mesmas.

Participaram ainda 90 indivíduos surdos de ambos

os sexos, 55,60% do sexo masculino e 44,40% do sexo feminino, sendo 68,92% jovens e 31,08% adultos vinculados a instituições para surdos. De acordo com Garcia e Garavello<sup>33</sup>, são considerados jovens, indivíduos com idade entre 0 e 19 anos, e adultos, indivíduos com idade entre 20 e 59 anos.

Foram utilizados dois tipos de questionários fechados com perguntas semi-abertas, um dirigido aos representantes das empresas (Anexo I) e outro aos surdos (Anexo II).

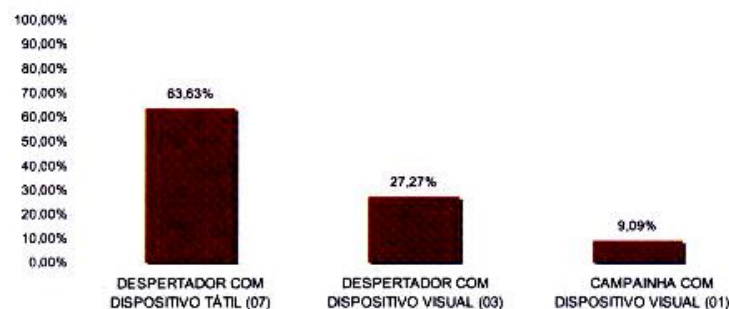
Inicialmente, foram aplicados questionários com os representantes das empresas com o objetivo de verificar quais dispositivos auxiliares não-auditivos estas empresas trabalham, como divulgam estes dispositivos, e qual o índice de vendas dos dispositivos auxiliares não-auditivos. Em seguida, nas visitas às instituições de surdos, foram aplicados questionários com a finalidade de verificar quais são os dispositivos auxiliares não-auditivos mais utilizados pelos surdos e como eles adquiriram estes aparelhos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram analisados os resultados que se referem aos dispositivos auxiliares não-auditivos mais comercializados. Posteriormente, os resultados foram analisados em termos do conhecimento, utilização dos dispositivos auxiliares não-auditivos e como estes foram adquiridos.

Das empresas participantes, 53,80% trabalham com os dispositivos auxiliares não-auditivos, enquanto que 46,20% não possuem estes dispositivos em suas empresas. Dentre as empresas que não trabalham, as justificativas para a não comercialização dos dispositivos auxiliares vão desde a afirmação de que as empresas somente são especializadas na venda AASI, passando pela matriz que não dispõe dos dispositivos auxiliares ou que não há divulgação nem procura significativa por estes dispositivos.

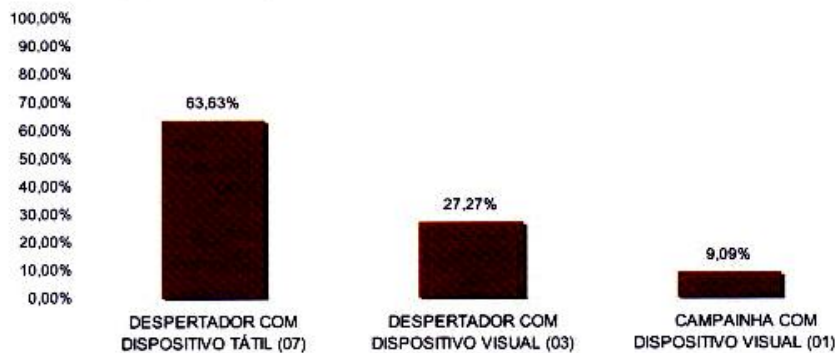
**Gráfico 1. Dispositivos auxiliares não-auditivos comercializados pelas empresas**



Como pode ser visto no Gráfico 1, as empresas que trabalham com os dispositivos auxiliares não-auditivos dispõem dos seguintes dispositivos: despertador com dispositivo tátil (63,63%), campainha com dispositivo visual (27,27%), que é um dos dispositivos mais utilizados pelos participantes desta pesquisa, e o despertador com dispositivo visual (9,09%). Com este dado, podemos perceber que o dispositivo auxiliar não-auditivo mais requisitado é o despertador com dispositivo tátil.

Na análise dos questionários dos surdos, constatamos que, dentre os participantes, 93% afirmaram

que conhecem os dispositivos auxiliares não-auditivos, sendo os mais conhecidos o telefone texto (18,75%) e a campainha com dispositivo visual (13,02%). Podendo este aspecto ser justificado pelo fato de algumas instituições, às quais estes indivíduos estão vinculados, possuírem estes aparelhos. O despertador com dispositivo tátil também é bastante conhecido entre os participantes da pesquisa, como observa-se no Gráfico 2. O item outros (3,42%) refere-se ao celular com vibracall (que pode ser considerado um dispositivo auxiliar não-auditivo tátil) para envio e recebimento de mensagens.

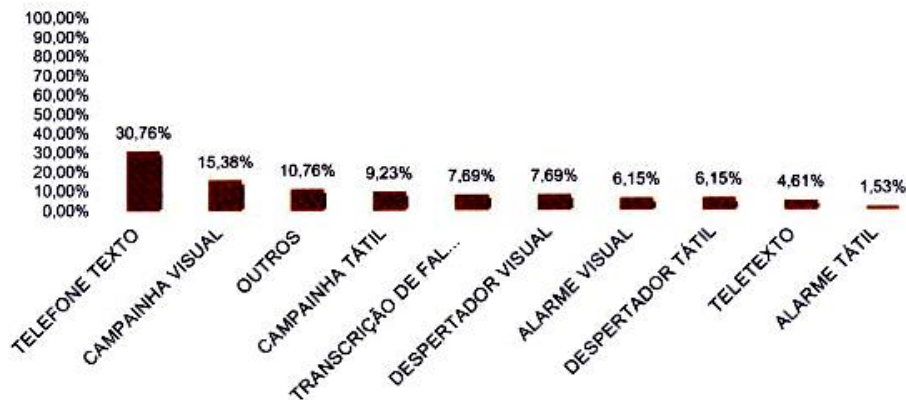


**Gráfico 2. Dispositivos auxiliares mais conhecidos**

Quanto à utilização dos dispositivos auxiliares não-auditivos foi possível constatar que, apesar do alto índice de conhecimento, como pudemos observar no Gráfico 2, poucos surdos utilizam estes aparelhos, caracterizando um percentual de 39,28%.

No Gráfico 3, observa-se que os dispositivos auxiliares não-auditivos citados como mais utilizados foram o telefone texto (30,76%), campainha com dispositivo

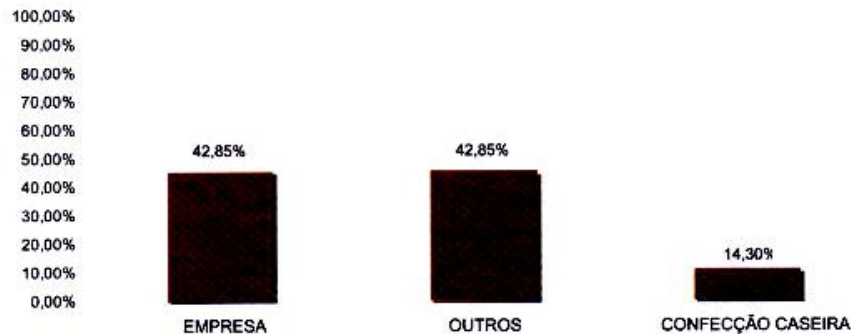
visual (15,38%) e, por fim, o celular com vibracall (10,76%), citado no item outros. Das participantes que utilizam os dispositivos auxiliares não-auditivos, a maioria está satisfeita com os benefícios trazidos por estes dispositivos, referindo que eles melhoram a comunicação surdo x surdo, surdo x sociedade e proporcionam maior independência no cotidiano dos usuários.



**Gráfico 3. Dispositivos auxiliares não-auditivos mais utilizados**

No que se refere à aquisição dos dispositivos auxiliares não-auditivos, aqueles surdos que utilizam esses equipamentos referiram que foram adquiridos em empresas (42,85%) e/ou lojas comerciais (42,85%)

que foram citadas no item 'outros' do questionário aplicado. Ainda tivemos um pequeno percentual (14,30%), que informou ter confeccionado seus dispositivos auxiliares não-auditivos em casa.



**Gráfico 4. Aquisição dos dispositivos auxiliares não-auditivos**

## CONCLUSÃO

De acordo com os nossos resultados, a maioria dos representantes das empresas informou que trabalha com esses dispositivos, porém não há uma procura acentuada pelos mesmos. Alguns representantes das empresas afirmaram que há uma certa resistência por parte dos surdos em utilizar um outro aparelho além do AASI. A maior parte das empresas trabalha com o despertador com dispositivo tátil. Nas visitas às instituições de surdos da cidade de Recife, onde foram aplicados os questionários, predominaram, entre os participantes de nossa pesquisa, indivíduos jovens do sexo masculino. A análise dos dados obtidos nos possibilitou constatar que a maioria dos participantes conhece os dispositivos auxiliares não-auditivos, sendo os mais conhecidos o telefone texto e a campainha visual. No entanto, o número daqueles que os utilizam é bem menor (39,28% do total de participantes). Os dispositivos mais utilizados são os mais conhecidos (telefone texto e a campainha visual). O telefone texto apesar de ser citado como o mais utilizado, não é referido pelas empresas como o mais comercializado. Este aspecto pode ser justificado pelo fato desses aparelhos não fazerem parte do estoque da

empresa. Foi possível constatar que os telefones texto foram adquiridos em empresas de telefonia. A maioria dos usuários adquiriu os dispositivos auxiliares não-auditivos em empresas ou lojas comerciais (citadas no item outros). Dentre os indivíduos que utilizam os dispositivos auxiliares não-auditivos, a maioria está satisfeita com os benefícios trazidos por eles. Isso nos mostra o quanto esses dispositivos têm sido importante na vida desses indivíduos. Assim, podemos crer que é fundamental que esses equipamentos sejam mais divulgados, seja pelo fonoaudiólogo ou pela empresa, para, conseqüentemente, serem mais utilizados. Se é o fonoaudiólogo quem coordena o processo de habilitação/reabilitação do surdo, é ele quem deve intervir nessa questão para que esses dispositivos cheguem a ser mais utilizados por esses indivíduos. Para isso, é importante que se divulguem os benefícios que esses aparelhos trazem para a interação do surdo com o mundo.

Propomos que seja realizada uma revisão da formação do profissional fonoaudiólogo, incluindo em sua prática clínica as informações e trabalho com os dispositivos auxiliares não-auditivos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gialas TG. Aural Rehabilitation of Adults with Hearing Impairment. In: Katz, J. Handbook of Clinical Audiology. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994, p.776.

2. Vaccari C, Marschark M. Communication between parents and deaf children: implications for social-emotional development. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 1997, p: 793-801.
3. Almeida RR. Diagnóstico precoce da deficiência auditiva. Em: VRJM. Fonseca. Surdez e Deficiência Auditiva: a trajetória da infância à idade adulta. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2001.
4. Caggiano F. Acessórias para Deficientes Auditivos. In: Lopes. O. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 1997, p. 567-585.
5. Bonaldi LV, Almeida K. Equipamentos e Sistemas Auxiliares para o Deficiente Auditivo. In: Almeida K. e Iorio M. Próteses Auditivas: Fundamentos Teóricos e Aplicações Clínicas. São Paulo: Lovise, 1996, p. 205 - 217.
6. Ballantyne J, Martin e Martin. Surdez. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995, p. 260 - 269.
7. Bess F, Humes L. Fundamentos de Audiologia: Porto Alegre: ARTMED, 1998, p: 247 - 256.
8. Martin FN, Noble B. Hearing and Hearing Disorders. In: Shames GH, Wiig, E.H., Wayne, A.S. Human Communication Disorders: an introduction. Merrill, New York, 1992.
9. Marconi M, Lakatos E. Técnicas de Pesquisa. São Paulo: ATLAS, 1999, p: 86 - 87.
10. Garcia NC, Garavelho TM. Geografia do Brasil: Dinâmica e Contrastes. 6ª ed. São Paulo: Scipione, 1995, p: 48 - 50.

## ANEXO 1

## QUESTIONÁRIO - REPRESENTANTES DAS EMPRESAS

Profissão: \_\_\_\_\_

- 1) Sua empresa trabalha com algum Dispositivo Auxiliar não-auditivo?  
 Sim  Não  
 Por que? \_\_\_\_\_
- 2) Quais os Dispositivos Auxiliares não-auditivos que você trabalha ?  
 Telefone texto  Campanha com dispositivo visual |  Teletexto  Campanha com dispositivo tátil  
 Transcrição de fala para texto  Alarme com dispositivo visual |  Despertador com dispositivo visual  
 Alarme com dispositivo tátil  Despertador com dispositivo tátil |  Outros \_\_\_\_\_
- 3) Quais são os Dispositivos Auxiliares não-auditivos mais requisitados ?  
 Telefone texto  Campanha com dispositivo visual  
 Teletexto  Campanha com dispositivo tátil  
 Transcrição de fala para texto  Alarme com dispositivo visual  
 Despertador com dispositivo visual  Alarme com dispositivo tátil  
 Despertador com dispositivo tátil  Outros \_\_\_\_\_
- 4) Qual o custo desses Dispositivos?  
 Menos de R\$ 100,00  Entre R\$ 100,00 e R\$ 500,00  
 Entre R\$ 500,00 e R\$ 1.000,00  Entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00  
 Mais de R\$ 2.000,00
- 5) Com relação à fabricação:  
 Fabricação de outro estado por empresa  Fabricação local por empresa  
 Fabricação local por terceiros  Importado  
 Outros \_\_\_\_\_
- 6) Em caso de falhas nos Dispositivos existe assistência técnica local?  
 Sim  Não  
 Para onde é encaminhado? \_\_\_\_\_
- 7) Quem são os responsáveis pela assistência técnica?  
 Representantes das empresas  Terceiros
- 8) Quem adapta os Dispositivos Auxiliares não-auditivos?  
 Técnico  Fonoaudiólogo  
 Otorrinolaringologista |  Outros \_\_\_\_\_
- 9) Quem solicita os Dispositivos?  
 Empresa  Escola  
 Fonoaudiólogo  Otorrinolaringologista  
 Outros \_\_\_\_\_

**ANEXO 2**  
**QUESTIONÁRIO - SURDOS**

Quem respondeu ao questionário?

Surdo

Responsável Quem? \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Profissão: \_\_\_\_\_

1) Você conhece os Dispositivos Auxiliares não-auditivos?

Sim  Não

Quais?

Telefone texto

Campainha com dispositivo visual

Teletexto

Campainha com dispositivo tátil

Transcrição de fala para texto

Alarme com dispositivo visual

Despertador com dispositivo tátil

Alarme com dispositivo tátil

Despertador com dispositivo visual

Outros \_\_\_\_\_

2) Você utiliza algum desses Dispositivos?

Sim  Não

Qual(is)?

Telefone texto

Campainha com dispositivo visual

Teletexto

Campainha com dispositivo tátil

Transcrição de fala para texto

Alarme com dispositivo visual

Despertador com dispositivo tátil

Alarme com dispositivo tátil

Despertador com dispositivo visual

Outros \_\_\_\_\_

3) Como você adquiriu esses Dispositivos?

Empresa Qual? \_\_\_\_\_

Importação  Confecção Caseira  Outros \_\_\_\_\_

4) Há quanto tempo você utiliza esses(s) Dispositivos?

Menos de 1 ano  De 1 a 3 anos  De 3 a 6 anos  De 6 a 9 anos  Mais de 9 anos

5) Qual o custo desses Dispositivos?

Menos de R\$ 100,00

Entre R\$ 100,00 e R\$ 500,00

Entre R\$ 500,00 e R\$ 1.000,00

Entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00

Mais de R\$ 2.000,00

6) Renda total mensal da família:

1 salário mínimo  De 2 a 5 salários mínimos

de 5 a 10 salários mínimos  Mais de 10 salários mínimos

7) Qual a instituição que você está vinculado?

SUVAG (Recife)  SUVAG (Pernambuco)  ASPE  Concórdia

Outras instituições \_\_\_\_\_

8) Você está satisfeito com os resultados do Dispositivo Auxiliar não-auditivo?

Sim  Não

Justifique: \_\_\_\_\_

9) Como você soube da existência dos Dispositivos Auxiliares não-auditivos?

Através da instituição a qual você pertence

Através de propagandas comerciais

Através de amigos

Outros \_\_\_\_\_

# AValiação Qualitativa dos Resultados nos Processos de Reabilitação Auditiva e Vestibular

## QUALITATIVE EVALUATION OF OUTCOMES IN AUDIOLOGICAL AND VESTIBULAR REHABILITATION

CARLOS KAZUO TAGUCHI\*  
KATIA DE ALMEIDA\*\*

\*Professor Doutor do Curso de Mestrado Strictu Sensu em Reabilitação Neuromotora da Universidade Bandeirante de São Paulo e professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

\*\*Professora Doutora adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e coordenadora do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

### RESUMO

**Tema:** avaliação qualitativa na reabilitação audiológica e vestibular. **Objetivo:** apresentação de duas avaliações qualitativas em Audiologia: o Questionário de Handicap Auditivo para Adultos (QHAA) e o Questionário de Handicap para Tontura (QHT). **Material e Métodos:** revisão bibliográfica e a tradução para o português seguindo a proposta da Organização Mundial de Saúde para o uso da avaliação qualitativa como uma estratégia, que considera o impacto individual que cada doença causa sobre um homem. **Conclusão:** O QHAA e o QHT podem ser utilizados como instrumentos para avaliação no processo de indicação, seleção e adaptação de próteses auditivas e reabilitação vestibular, respectivamente.

### ABSTRACT

**Background:** The use of qualitative assessment in audiological and vestibular rehabilitation. **Aim:** we present the Hearing Handicap Inventory for Adults - HHIA and the Dizziness Handicap Inventory - DHI in Portuguese. **Material and Method:** We performed a revision and translation based on the World Health Organization's concept of qualitative assessment because we notice an increase in the interest in a qualitative evaluation, due to the failure of quantitative evaluation in dimensioning the benefit obtained with any intervention in audiological or Vestibular fields. **Conclusion:** The HHIA and DHI can be used as a tool of evaluation in hearing aid fitting and vestibular rehabilitation.

### PALAVRAS-CHAVE

Prótese auditiva, reabilitação vestibular, reabilitação, adultos

### KEYWORDS

Hearing aids; vestibular rehabilitation, rehabilitation, adults

Recebido em 23/01/2003

Aprovado em 17/04/2003

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dos métodos computadorizados em Audiologia tem promovido a acurácia investigatória e minimizado o tempo dispensado tanto na realização como na efetivação de diagnósticos nas alterações auditivas e vestibulares.

Assim, observamos que, a passos largos, o diagnóstico auditivo na infância com o uso das emissões otoacústicas e da audiometria de resposta evocadas do tronco encefálico foi instituído nas principais maternidades de São Paulo; a avaliação e a terapia das alterações do processamento auditivo central têm sido pedidas por um número maior de escolas; bebês diagnosticados como deficientes auditivos são protelizados até o terceiro mês de vida; a nistagmografia computadorizada deixou de ser considerada como um bicho-de-sete-cabeças, o que tem garantido uma melhor propedêutica e acompanhamento nos processos de reabilitação auditiva e vestibular<sup>1, 2, 3</sup>.

Porém, ainda nos deparamos, na nossa prática clínica, com os casos em que, apesar de recursos instrumentalizados, nos faltam uma ferramenta efetiva para a avaliação de pacientes pouco responsivos ou que não são capazes de nos apontar o benefício promovido por qualquer tipo de intervenção terapêutica.

Esse foi o norte para as grandes pesquisas que se voltaram para a valorização dos aspectos subjetivos, substituindo os estudos quantitativos pelos qualitativos, principalmente quando relacionados à qualidade de vida. Apesar dessas modificações, em implementação atualmente no mundo inteiro, temos no Brasil um reduzido número de publicação de trabalhos enfatizando aspectos qualitativos associados tanto à Reabilitação Auditiva quanto à Vestibular<sup>2, 4</sup>.

Dessa forma, o objetivo deste artigo será apresentar dois instrumentos de avaliação qualitativa em Audiologia: o Questionário de Handicap Auditivo para Adultos (QHAA) e o Questionário de Handicap para Tontura (QHT). A utilização de protocolos qualitativos permite uma análise mais crítica dos trabalhos clínicos, voltados para as necessidades dos pacientes com base nas novas proposições da Organização Mundial de Saúde.

### REVISÃO DA LITERATURA

Como sabemos, a deficiência auditiva e as afecções vestibulares constituem uma condição crônica frequentemente associada a alterações psicossociais que comprometem a qualidade de vida dos seus portadores.

Em 1980, a Organização Mundial da Saúde pu-

blicou o International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicap (IDCH), que serviu como um modelo conceitual para a descrição das seguintes dimensões: a desordem, a deficiência, a incapacidade e o handicap. De acordo com o modelo inicial, a desordem seria o resultado de algum tipo de doença ou malformação de determinado sistema; a deficiência, qualquer perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou anatômica em uma estrutura ou função; a incapacidade, qualquer restrição ou falha (resultante da deficiência) na habilidade de desempenhar uma atividade do modo ou dentro da faixa considerada normal para o ser humano; e o handicap, a desvantagem, que resultaria da deficiência ou da incapacidade que limita ou impede o indivíduo de desempenhar seu papel na sociedade<sup>2, 5</sup>.

Para contornar as críticas recebidas por não incluir fatores contextuais individuais e ambientais, em 2001 foi publicada a International Classification for Functioning, Disability and Health, 2000 (ICDH-2 ou ICF), que apresentou novas abordagens para a avaliação qualitativa que incluiu o termo "funcionamento" e a substituição de handicap por participação. Novos conceitos foram introduzidos a partir desta data, sendo que a ênfase atual<sup>6</sup> tem sido maior nos "componentes da saúde", em vez da ênfase original nas "consequências da doença"<sup>3</sup>.

A ICDH-2001 (Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde) descreve os domínios da saúde a partir das perspectivas do corpo, do indivíduo e da sociedade divididos em duas grandes áreas, cada uma delas com duas outras subdivisões, a saber:

#### 1. Funcionamento e incapacidade:

- a. Funções e estruturas do corpo
- b. Atividades e participação

#### 2. Fatores contextuais:

- a. Fatores ambientais
- b. Fatores pessoais

O termo funcionamento é utilizado no sentido de englobar todas as funções corporais, as atividades e a participação do indivíduo. Da mesma forma que o termo incapacidade significa as limitações nas atividades e as restrições na participação. Dessa forma, apresentamos a seguir as novas definições:

- a. Funções corporais: funções fisiológicas dos sistemas do corpo (incluindo as funções psicológicas);
- b. Estruturas corporais: são as partes anatômicas do corpo, tais como os órgãos, membros e outros componentes;

c. Deficiência: são os problemas de funcionamento do corpo ou em sua estrutura, tais como desvios significativos ou perdas;

d. Atividades: é a execução de uma tarefa ou ação pelo indivíduo;

e. Participação: é o envolvimento em uma situação de vida diária;

f. Limitações nas atividades: são as dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de uma atividade;

g. Restrições em participação: são problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento em situações de vida diária;

h. Fatores ambientais: constituem os meios físico, social e de atitude nos quais vivemos e conduzimos nossas vidas.

A partir da conceituação inicial, alguns estudos<sup>18, 9, 10</sup>, propuseram a transposição para uma concepção totalmente audiológica, que apresentamos a seguir:

a. Desordem auditiva: qualquer anormalidade anatômica ou doença, que pode ou não resultar em uma alteração na função dos órgãos da audição.

b. Deficiência auditiva: é o funcionamento anormal do sistema auditivo, podendo existir e não ser percebida pelo indivíduo.

c. Incapacidade auditiva: reflete o efeito da deficiência na habilidade auditiva e no desempenho do indivíduo na comunicação. A severidade da incapacidade depende da natureza e magnitude da perda de audição e, conseqüentemente, das dificuldades auditivas experimentadas pelo ouvinte.

d. Handicap auditivo: é a desvantagem imposta pela deficiência ou pela incapacidade auditiva que limita o funcionamento psicossocial do indivíduo. Representa as manifestações sociais e emocionais resultantes da deficiência e da incapacidade auditiva, podendo afetar o deficiente auditivo, sua família e/ou a sociedade<sup>11</sup>.

O handicap poderia ser definido como a desvantagem para um indivíduo causado por uma doença, representando um aspecto relevante quando resultado de doenças crônicas e incapacitantes<sup>12</sup>.

Partindo da premissa de que o indivíduo deficiente auditivo é portador de um distúrbio crônico, é aceito que o objetivo da reabilitação audiológica seja resolver ou aliviar as situações de handicap mais do que eliminar ou reduzir as incapacidades auditivas. Isto tem acarretado mudanças nas abordagens usadas para avaliar a efetividade da intervenção na reabilitação audiológica, principalmente em relação ao uso da amplificação.

Como sabemos, a extensão das limitações e

restrições em participação (handicap) que o indivíduo experiente não pode ser prevista apenas a partir dos limiares auditivos que este possui. Tanto as incapacidades quanto o handicap podem e devem ser quantificados<sup>4, 5, 13</sup>, uma vez que tais medidas visam traduzir a dimensão do impacto que a deficiência auditiva acarreta sobre a qualidade de vida do indivíduo e que somente ele poderá relatar.

## REABILITAÇÃO AUDITIVA E AVALIAÇÃO QUALITATIVA

Os estudos iniciais para o desenvolvimento e padronização de um questionário para avaliar os efeitos psicossociais da deficiência auditiva em indivíduos idosos foram apresentados em 1982: O Questionário de Handicap Auditivo para o Idoso [Hearing Handicap Inventory for the Elderly - H.H.I.E.]<sup>14</sup> é constituído de 25 questões divididas em duas escalas - Social/Situacional e Emocional. Para responder ao questionário, os indivíduos devem escolher uma das alternativas: "sim" (4 pontos), "algumas vezes" (2 pontos) e "não" (nenhum ponto). O valor da pontuação pode variar de 0% a 100,0%, sendo que, quanto maior o índice obtido, maior a autopercepção do handicap. Pontuações inferiores a 16,0% indicam não haver percepção do handicap; de 18,0% a 42,0%, uma percepção de leve a moderada e acima de 42,0%, uma percepção severa ou significativa.

No estudo realizado para a validação do questionário H.H.I.E., utilizando 100 indivíduos idosos portadores de deficiência auditiva neurosensorial, os pesquisadores<sup>15</sup> concluíram que o questionário em questão seria um instrumento importante para identificação dos problemas emocionais e situacionais específicos, podendo ser utilizado no processo de reabilitação auditiva para: determinar se a intervenção audiológica realizada reduz a autopercepção do handicap; auxiliar na decisão quanto à necessidade de uso da amplificação e como instrumento complementar na triagem audiométrica, o que foi mais tarde reforçado por outro estudo<sup>16</sup>.

Mais tarde foi publicada uma pesquisa com o objetivo de examinar a confiabilidade teste/reteste associada com diferentes formas de aplicação do H.H.I.E. Os autores compararam as respostas de 20 indivíduos, obtidas em entrevista face a face com o profissional, com as obtidas por meio de respostas escritas de 27 indivíduos. Os resultados mostraram uma correlação teste/reteste de 0,96 e um intervalo de confiança de 18,7%, usando a forma de aplicação "face a face". A

correlação teste/reteste diminui ligeiramente (0,84) e o intervalo de confiança aumenta (36,0%) se o paciente preencher de forma escrita o questionário. Assim sendo, os autores concluíram que o modo de administração no qual o paciente responde às questões lidas é preferível clinicamente, uma vez que as respostas são mais confiáveis do que as obtidas quando o indivíduo responde de forma escrita ao questionário, sem a supervisão do profissional. Além disso, o formato face a face é uma abordagem mais pessoal e permite maior flexibilidade durante a entrevista, o que é desejável quando necessitamos de respostas válidas e confiáveis<sup>17</sup>.

Data de 1990 a publicação modificada do H.H.I.E. para que este pudesse ser aplicado em adultos deficientes auditivos com idades inferiores a 65 anos, para documentar os efeitos da reabilitação auditiva, incluindo o benefício fornecido pelo uso das próteses auditivas<sup>18</sup>. O novo questionário recebeu o nome de Hearing Handicap Inventory for Adults - H.H.I.A. e possui 25 itens divididos em dois domínios: Social/Situacional e Emocional, e a mesma forma anterior de pontuação. Apenas três questões do H.H.I.E. foram substituídas, sendo que duas delas focalizam os efeitos ocupacionais das perdas auditivas e uma terceira estaria relacionada com atividades de lazer. Esta nova versão do questionário foi aplicada em 67 adultos deficientes auditivos e os resultados obtidos demonstraram alta confiabilidade e baixo erro padrão de mensuração do questionário, o que atestou sua adequação psicométrica. Os autores ressaltaram que a aplicação do H.H.I.A. poderia: 1) ajudar a ressaltar as queixas auditivas dos pacientes não prontamente aparentes a partir dos resultados dos testes audiométricos; 2) facilitar as decisões em relação ao candidato ao uso da amplificação; 3) auxiliar no aconselhamento do paciente; 4) servir como guia no programa de reabilitação do deficiente auditivo; e 5) fornecer documentação dos efeitos do processo de reabilitação, incluindo o benefício com o uso de próteses auditivas.

Em 1991, foi realizado um estudo com 28 adultos deficientes auditivos com a finalidade de investigar a correlação entre teste/reteste do H.H.I.A. e determinar o intervalo de confiança, o qual poderia ser utilizado para avaliar a significância das diferenças obtidas, para determinado indivíduo, no protocolo de avaliação pré e pós-tratamento. Os resultados deste estudo demonstraram que o intervalo de confiança para o H.H.I.A. foi de 11,9; portanto, é possível considerar como uma verdadeira mudança, uma diferença entre os índices pré e pós-adaptação de 12 pontos. O ques-

tionário mostrou ter uma alta confiabilidade, teste/reteste excelente e baixo erro padrão. Os autores concluíram que o H.H.I.A. pode ser utilizado para determinar o benefício derivado da intervenção e monitorizar os efeitos da reabilitação auditiva<sup>19</sup>.

Os princípios que guiam a elaboração de programas de reabilitação auditiva para os indivíduos portadores de perdas auditivas permanentes deveriam abarcar: 1) aliviar situações de handicap; 2) a reabilitação é um processo; e 3) intervenção em reabilitação auditiva deve ser considerada um processo centrado na solução de problemas<sup>20</sup>.

O sucesso de uma intervenção audiológica estaria relacionado à redução das dificuldades de comunicação do indivíduo, aumentando o seu bem-estar psicossocial, reduzindo as limitações e restrições em participação (handicap); e quando as melhoras funcionais ocorridas permanecem com o passar do tempo<sup>20</sup>.

Uma ampla variedade de questionários de auto-avaliação tem sido usada para demonstrar a redução do handicap resultante da adaptação de próteses auditivas. A escolha do protocolo envolveria a administração do questionário antes da adaptação e após a determinação do intervalo de tempo de uso da amplificação. Se a comparação dos índices obtidos sugerir uma redução na auto-avaliação do handicap, então, o processo de adaptação das próteses auditivas é considerado como um tratamento eficiente. Mencionou, ainda, que o questionário mais utilizado para avaliar o benefício fornecido pelas próteses auditivas, sob o ponto de vista do handicap percebido, seria o H.H.I.E., incluindo a sua modificação o H.H.I.A.<sup>21</sup>.

A tradução e a adaptação do H.H.I.E. para o português revelou que 89,0% dos indivíduos apresentaram algum grau de percepção de handicap, porém não foram encontradas relações estatísticas de significância entre sexo, faixa etária e handicap. A autora concluiu que a percepção do handicap independeria do grau de perda de audição, indicando que indivíduos com graus de perdas diferentes podem apresentar o mesmo grau de handicap<sup>22</sup>.

Já na tradução do Hearing Handicap Inventory for Adults - H.H.I.A. para o português, que foi aplicado em 34 adultos, sendo 15 usuários novatos e 19 usuários experientes de próteses auditivas, como parte do protocolo para a avaliação do benefício obtido com o uso da amplificação, demonstrou que a maioria dos indivíduos apresentou uma redução clínica e estatisticamente significativa do handicap, independentemente da experiência anterior com a utilização

de próteses auditivas, demonstrando um benefício psicossocial importante com o uso da amplificação. Para os indivíduos inexperientes, esta redução da autopercepção do handicap ocorreu após um período que

variou de três a seis semanas de uso de amplificação<sup>21</sup>.

A proposta apresentada encontra-se descrita abaixo:

### QUESTIONÁRIO DE HANDICAP AUDITIVO PARA ADULTOS

Instruções: o questionário a seguir contém 25 perguntas. Você deverá escolher apenas uma resposta para cada pergunta, colocando um "X" naquela que julgar adequada. Algumas perguntas são parecidas, mas na realidade têm pequenas diferenças que permitem uma melhor avaliação das respostas. Não há resposta certa ou errada. Você deverá marcar aquela que você julgar ser a mais adequada ao seu caso ou situação.

Tabela 1: questionário de Handicap Auditivo para Adultos (QHAA)

Questões	Sim	Às vezes	Não
S-1. A dificuldade em ouvir faz você usar o telefone menos vezes do que gostaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-2. A dificuldade em ouvir faz você se sentir constrangido ou sem jeito quando é apresentado a pessoas desconhecidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-3. A dificuldade em ouvir faz você evitar grupos de pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-4. A dificuldade em ouvir faz você ficar irritado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-5. A dificuldade em ouvir faz você se sentir frustrado ou insatisfeito quando conversa com pessoas da sua família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-6. A diminuição da audição causa dificuldades quando você vai a uma festa ou reunião social ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-7. A dificuldade em ouvir faz você se sentir frustrado ao conversar com os colegas de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-8. Você sente dificuldade em ouvir quando vai ao cinema ou teatro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-9. Você se sente prejudicado ou diminuído devido à sua dificuldade em ouvir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-10. A diminuição da audição lhe causa dificuldades quando visita amigos, parentes ou vizinhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-11. A dificuldade em ouvir faz com que você tenha problemas para ouvir/entender os colegas de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-12. A dificuldade em ouvir faz você ficar nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-13. A dificuldade em ouvir faz você visitar amigos, parentes ou vizinhos menos vezes do que gostaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-14. A dificuldade em ouvir faz você ter discussões ou brigas com a sua família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-15. A diminuição da audição lhe causa dificuldades para assistir TV ou ouvir rádio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-16. A dificuldade em ouvir faz com que você saia para fazer compras menos vezes do que gostaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-17. A dificuldade em ouvir deixa você de alguma maneira chateado ou aborrecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-18. A dificuldade em ouvir faz você preferir ficar sozinho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-19. A dificuldade em ouvir faz você querer conversar menos com as pessoas da sua família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-20. Você acha que a dificuldade em ouvir diminui ou limita de alguma forma sua vida pessoal ou social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-21. A diminuição de audição lhe causa dificuldades quando você está em um restaurante com familiares ou amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-22. A dificuldade em ouvir faz você se sentir triste ou deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-23. A dificuldade em ouvir faz você assistir TV ou ouvir rádio menos vezes do que gostaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-24. A dificuldade em ouvir faz você se sentir constrangido ou menos à vontade quando conversa com amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-25. A dificuldade em ouvir faz você se sentir isolado ou "deixado de lado" num grupo de pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S = Subescala social/situacional  
E = Subescala emocional

## REABILITAÇÃO VESTIBULAR E AVALIAÇÃO QUALITATIVA

As técnicas convencionais de vestibulometria não quantificavam o efeito de insegurança causado pela tontura no dia-a-dia do paciente, sendo que estas técnicas são utilizadas para documentar o processo de compensação vestibular central ou para efetivar o diagnóstico vestibular, o que motivou o desenvolvimento de um questionário de handicap para tontura, com o objetivo de avaliar a autopercepção dos efeitos prejudiciais impostos pelas afecções do sistema vestibular. O questionário, denominado Dizziness Handicap Inventory (DHI) foi composto, inicialmente, por 37 itens, porém em uma versão final passou para 25 itens. O QHT avalia três aspectos ou escalas: (9) funcionais, (9) emocionais e (7) físicas com a vantagem de ser um questionário de fácil aplicação, podendo ser empregado com critério de medida para documentar intervenções médicas, cirúrgicas e de reabilitação. Neste questionário, as respostas que cada sujeito pode escolher, assinalando com um "X", são: "sim", equivalendo a 4 pontos, "às vezes" a 2 pontos e "não" a 0 pontos. Assim, os resultados podem variar de zero a 100 pontos, sendo que quanto mais próximo de 100 pontos, maior é o prejuízo causado por uma afecção vestibular. Os autores sugeriram que uma diferença de 18 pontos entre o pré e pós-tratamento seria indicativo de mudança significativa, que poderia ser considerada como benefício<sup>(23)</sup>.

Na avaliação de 101 dados obtidos a partir da posturografia dinâmica e da aplicação do Questionário de Handicap para Tontura (QHT) foi observado que a habilidade funcional de equilíbrio não poderia ser correlacionada com o paciente com desvantagem, embora a literatura aponte que isto poderia ser causado em função dos achados não sincrônicos entre tontura e alterações psicológicas<sup>(24)</sup>.

Na análise comparativa do QHT e o SF-36 (Exame Breve e Rápido de Saúde) aplicados em 96 pacientes de um programa de reabilitação vestibular, os resultados apontaram que ambas os questionários foram instrumentos válidos para o estudo da melhoria da qualidade de vida que apresentou incremento entre a sexta e oitava semana de exercícios<sup>(25)</sup>. A utilização de medidas padronizadas para avaliação da autopercepção foi também defendida por publicações posteriores<sup>(26, 27)</sup>, o que também pode ser estudado em pacientes portadores de doença de Menière e constatarem índices de handicap emocionais bem maiores que os físicos<sup>(28)</sup>.

A necessidade da distinção dos termos deficiência e a desvantagem proposta pela Organização Mundial

da Saúde seriam importantes por cinco razões fundamentais: a) necessidade prática; b) determinação da relação custo-efetividade; c) prática clínica; d) determinação de objetivos; e) formação de uma ação básica universal<sup>(29)</sup>.

O QHT foi introduzido em 1990 na prática Otoncológica e sua versão reduzida aplicada em 281 pacientes foi apresentada. A pesquisa mostrou que este poderia ser um valioso instrumento para fins de triagem da autopercepção da desvantagem promovida pelo distúrbio de equilíbrio corporal<sup>(30)</sup>. Na mesma linha de pesquisa, outro estudo apresentou o QHT simplificado que foi aplicado em 60 pacientes portadores de Vertigem Postural Paroxística Benigna e Doença de Menière e verificou que o mesmo seria um instrumento para a avaliação dos vários graus de severidade da desvantagem, controle da evolução das doenças, e possibilitaria a monitorização de mudanças terapêuticas<sup>(31)</sup>.

Em um estudo comparativo sobre os sintomas, incapacidades e desvantagens em dois grupos de pacientes portadores de doenças vestibulares periféricas unilaterais, um com perda total de função e o outro com alteração parcial, foi observado que a severidade e a frequência associadas à tontura e vertigem visual foram menores no grupo com perda total quando comparada ao grupo com perda parcial<sup>(32)</sup>.

Algumas propostas para a simplificação do QHT foram apresentadas, das quais selecionamos o QHT-Simplificado, na qual as 25 questões originais foram reduzidas para 13 e aplicados em 55 pacientes que apresentavam queixas de tontura ou desequilíbrio corporal. Todos estes pacientes foram submetidos a um programa de Reabilitação Vestibular e os resultados mostraram que o modelo simplificado do questionário apontou consistentemente para a severidade do distúrbio corporal, revelando-se, portanto, um instrumento importante para compreender a doença labiríntica sob a ótica do paciente<sup>(33)</sup>.

A proposta para a transposição do QHT para a população mexicana foi realizada por meio da aplicação em 172 pacientes hispânicos com queixa de tontura e em 40 indivíduos hígidos, e compararam com o modelo simplificado pesquisado na população britânica<sup>(34)</sup>. Os autores concluíram que as duas amostras apresentaram os mesmos fatores psicológicos como ansiedade e depressão e tipos de desvantagens causados pela alteração vestibular.

A partir dos resultados do QHT aplicado em 72 pacientes com os seguintes diagnósticos à ENG - nor-

mal ou com déficit uni ou bilateral de tipo periférico -, constatou-se a ocorrência de uma diferença significativa de pontuação total entre o grupo com resultado normal e o grupo com perda bilateral; diferença significativa para a subescala física entre os grupos normal, e com perda uni e bilateral. Os autores concluíram que

o grupo com perda bilateral e completa da função vestibular apresentaram maiores dificuldades nas atividades que requerem a integridade do reflexo vestibulo-ocular<sup>33</sup>.

A primeira tradução do QHT para o português brasileiro foi apresentada em 2000 e a sua proposta encontra-se descrita abaixo<sup>41</sup>:

### QUESTIONÁRIO DE HANDICAP AUDITIVO PARA TONTURA

Instruções: o questionário a seguir contém 25 perguntas. Você deverá escolher apenas uma resposta para cada pergunta, colocando um 'X' naquela que julgar adequada. Algumas perguntas são parecidas, mas na realidade têm pequenas diferenças que permitem uma melhor avaliação das respostas. Não há resposta certa ou errada. Você deverá marcar aquela que você julgar ser a mais adequada ao seu caso ou situação.

Tabela 2. questionário de Handicap para tontura

Questões	Sim	Às vezes	Não
O-1. Olhar para cima aumenta seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-2. Sente-se frustrado(a) devido ao seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-3. Por causa do seu problema, você restringe as viagens de trabalho ou recreação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O-4. Andar no corredor de um supermercado, aumenta seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-5. Devido ao seu problema, você tem dificuldade para se deitar ou levantar da cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-6. O seu problema restringe muita a sua participação em atividades sociais como sair para jantar, ir ao cinema, dançar ou ir às festas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-7. Por causa do seu problema, você tem dificuldade para ler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O-8. A execução de atividades como esportes, dança, pequenas tarefas caseiras como varrer ou retirar os pratos aumenta seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-9. Você tem medo de sair de casa sem que alguém o(a) acompanhe por causa do seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-10. Você se sente envergonhado(a) frente a outras pessoas por causa do seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O-11. Movimentos rápidos da cabeça aumentam seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-12. Você evita alturas devido ao seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O-13. Virar-se na cama aumenta seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-14. É difícil para você realizar trabalhos caseiros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-15. Por causa do seu problema, você tem medo que as pessoas pensem que está drogado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O-16. É difícil caminhar sozinho(a) por causa do seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O-17. Andar numa calçada aumenta seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-18. Você sente dificuldade para se concentrar por causa do seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O-19. Por causa do seu problema, é difícil para você andar ao redor da casa no escuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-20. Por causa do seu problema, você tem medo de ficar sozinho(a) em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-21. Você se sente prejudicado por causa do seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-22. O seu problema provocou tensão em seu relacionamento com familiares ou amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-23. Você se sente deprimido(a) pro causa do seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-24. O seu problema interfere no trabalho ou em suas responsabilidades nos afazeres domésticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O-25. Abaixar a cabeça aumenta seu problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F = Subescala física  
 E = Subescala emocional  
 O = Subescala orgânica

O QHT foi utilizado como instrumento de estudo do benefício promovido pela Reabilitação Vestibular e foi aplicado em 20 pacientes. Os resultados da aplicação do teste t de Student mostraram que a Reabilitação Vestibular promoveu mudanças significativas para todas as escalas avaliadas nestes pacientes. Para corroborar com este benefício, a avaliação quantitativa pós-tratamento revelou uma mudança da hipótese diagnóstica para 80,0% de exames vestibulares normais contra 100,0% encontradas no pré-tratamento.<sup>[13]</sup>

### CONCLUSÃO

A utilização de medidas padronizadas com enfoque qualitativo voltado para a autopercepção do indivíduo portador de alteração auditiva ou vestibular

tem sido empregada com mais frequência na prática audiológica, seguindo os preceitos da Organização Mundial de Saúde. Nossos argumentos direcionam para que esta prática seja, também, adotada em nosso meio, uma vez que nem sempre os dados objetivos obtidos por meio da avaliação instrumentalizada quantificam os benefícios promovidos por nossa intervenção clínica e, tampouco, delimitam e/ou consideram a percepção de handicap experimentado por nosso paciente, o que, diretamente, afeta a sua qualidade de vida. A utilização racional de protocolos qualitativos vai ao encontro do alicerce inicial de nossa formação acadêmica: a da compreensão do paciente como um todo e da impossibilidade de sua fragmentação na nossa rotina clínica.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida K, Iório MCM. Próteses Auditivas: Fundamentos Teóricos e Aplicações Clínicas. São Paulo: Lovise; 1996, 24p.
2. Almeida K. Avaliação Objetiva e Subjetiva do Benefício das Próteses Auditivas em Adultos. (Tese) -São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1998.
3. Bassetto MCA, Brock R, Wajnsztein R. Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica, São Paulo: Lovise, 1998.
4. Taguchi CK. Validação do Questionário de Handicap para Tontura. Revista Unicastelo, 2000;3(4):93-100.
5. Ciconelli RM. Estudo clínico laboratorial e avaliação da qualidade de vida e pacientes com artrite psoriática e psoríase. (tese). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1997.
6. WHO - International classification of impairments, disabilities, and handicaps. - A manual of classification relating to three consequences of disease. Geneva, World Health Organization, 1980. 205p.
7. WHO - International Classification of Functioning, Disability, and Health, 2001: Geneva, World Health Organization.
8. Stephens D, Hetu R. Impairment, Disability and Handicap in audiology: towards a consensus. Audiology, 1991, 30:185-200.
9. American Speech-Language-Hearing Association. Ad Hoc Committee on screening for impairment, handicap, and middle ear disorders. ASHA, 1994, 36:53-4.
10. Weinstein BE. Outcome measures in the hearing aid fitting/selection process. Trends in Amplification, 1997, 2(4):117-37.
11. Wade DT, De Jong BA. Recent advances in rehabilitation. BMJ. 2000;320(7246): 1385-8.
12. Harwood RH, Prince M, Mann A, Ebrahim S. Associations between Diagnoses, Impairments, Disability and Handicap in a Population of Elderly People. Int J Epidemiol; 1998, 27(2): 261-8.
13. Silveira SR. Análise comparativa de duas linhas de tratamento para pacientes portadores de disfunção vestibular periférica com idade igual ou superior a sessenta anos. 2001, (Tese) - Universidade Bandeirante de São Paulo. - São Paulo.
14. Ventry I, Weinstein BE. The Hearing Handicap Inventory for the Elderly: a new tool. Ear Hear., 1982, 3:128-34.
15. Weinstein BE, Ventry IM. Audiometric correlates of the Hearing Aid Handicap Inventory for the Elderly. J. Speech Hear. Dis., 1983, 48:379-84.

16. Malinoff RL, Weinstein BE. Measurement of hearing aid benefit in the elderly. *Ear Hear.*, 1989, 10(6): 354-6.
17. Weinstein BE, Spritzer JB, Ventry IM. Test-retest reliability of the Hearing Handicap Inventory for the Elderly. *Ear Hear.*, 1986, 7(5):295-9.
18. Newman CW, Weinstein, BE, Jacobson GP, Hug GA. The Hearing Handicap Inventory for Adults: psychometric adequacy and audiometric correlates. *Ear Hear.*, 1990, 11(6):430-3.
19. Newman CW, Weinstein, BE, Jacobson GP, Hug GA. Test-retest reliability of the Hearing Handicap Inventory for Adults. *Ear Hear.* 1991, 12(5): 355-7.
20. Gagné JP, Hetu R, Gelly L, McDuff S. Towards the Development of Paradigms to Conduct Functional Evaluative Research in Audiological Rehabilitation. *J. Acad. Rehab. Audiol.*, 1995, 28: 7-25.
21. McCarthy P. Value of Self-assessment scales in measuring hearing aid benefit. *Sem. Hear.*, 1997, 18(1):13-7.
22. Wiselberg MB. A auto-avaliação do handicap em idosos portadores de deficiência auditiva: o uso do H.H.I.E., 1997. [Tese] Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
23. Jacobson GP, Newman CW. The Development of the Dizziness Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*; 1990, 21: 234-45
24. Robertson DD, Ireland DJ. Dizziness Handicap Inventory Correlates of Computerized Dynamic Posturography. *J Otolaryngol*; 1995, 24(2):118-24.
25. Enloe JJ, Shields RK. Evaluation of Health-related Quality of Life in Individuals with Vestibular Disease using Disease-specific and General Outcome Measures. *Phy Ther*; 1997, 77: 890-903.
26. Turnerstokes L, Turnerstokes T. The Use of Standardized Outcome Measures in Rehabilitation Centres in the UK. *Clin Rehabil*; 1997, 11(4): 306-13.
27. Freeman M. 4% of patients suffer dizziness. *Family Practice*; 1999, 16:616-8.
28. Kinney SE, Sandridge SA, Newman CW. Long-term Effects of Ménière's Disease on Hearing and Quality of Life. *Am J Otol*; 1997, 18(1):67-73.
29. Nordenfelt TL. The Importance of a Disability/Handicap Distinction. *J Med Philos*; 1997 22(6):607-22.
30. Jacobson GP, Calder JH. A Screening Version of Dizziness Handicap Inventory. *Am J Otol*; 1998, 19 (6): 804-8.
31. Pardal Refoy J L, Beltran Mateos L D, Alvarez, ADC. Cuestionário para la Evaluación de la Minusvalía en Patología Vestibular/Questionnaire for Disability Assessment in Vestibular Pathology. *An Otorrinolaringol Ibero Am*; 1998, 25(6): 547-64.
32. Bamiou DE, Davies RA, Mckee ML, Luxon LM. The Effect of Severity of Unilateral Vestibular Function on Symptoms, Disabilities and Handicap in Vertiginous Patients. *Clin Otolaryngol*; 1999, 24(1): 31-8.
33. Tesio L, Alpini D, Cesarani A, Perucca L. Short Form of the Dizziness Handicap Inventory: Construction and Validation Through Rasch Analysis. *Am J Phys Med Rehabil*; 1999, 78(3): 233-41.
34. Yardley L, Medina SM, Jurado CS, Morales TP, Martinez RA, Villegas HE. Relationship between Physical and Psychological Dysfunction in Mexican Patients with Vertigo: A Cross-cultural Validation of the Vertigo Symptom Scale. *J Psychosom Res*; 1999, 46(1): 63-74.
35. Jacobson G, Calder, JH. Self-perceived Balance Disability/Handicap in the Presence of Bilateral Peripheral Vestibular System Impairment. *J Am Acad Audiol*; 2000 11(2): 76-83.

## COMO USUÁRIOS DE ÔNIBUS DE CURITIBA PERCEBEM O RUÍDO PRESENTE NESTE MEIO DE TRANSPORTE•



### HOW DO CURITIBA BUSES USERS NOTICE THE NOISE INSIDE OF THIS WAY OF TRANSPORT

ANGELA RIBAS\*  
ADRIANA BENDER MOREIRA DE LACERDA\*\*  
JAIR MENDES\*\*\*  
PAULO CÉSAR PERES DE ANDRADE\*\*\*\*

\*Fonoaudióloga, Mestre em Distúrbios da Comunicação e docente da Universidade Tuiuti do Paraná  
\*\*Fonoaudióloga, Mestre em Distúrbios da Comunicação e docente da Universidade Tuiuti do Paraná  
\*\*\*Matemático e Engenheiro, Doutor em Ciências Geodésicas e docente da Universidade Tuiuti do Paraná  
\*\*\*\*Doutor em Biofísica

•Pesquisa apresentada no XX Encontro da SOBRAC, Rio de Janeiro, outubro de 2002

#### RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi investigar a percepção que os usuários do transporte coletivo de Curitiba têm sobre o ruído presente neste meio de transporte. Para tanto, foi medido o nível de ruído dentro de alguns ônibus da cidade

e aplicado um questionário, a 808 usuários, objetivando a caracterização do veículo e a percepção do ruído dentro do mesmo (presença do ruído, intensidade, causas e efeitos), nos terminais e pontos de ônibus em diferentes regiões de Curitiba. O nível máximo de ruído constatado dentro dos veículos foi de 81 dB (A), valor elevado, considerando-se que a OMS indica que um som acima de 70 dB (A) pode trazer danos às pessoas. A análise das respostas ao questionário permitiu verificar que o ruído não é considerado como um fator de desconforto dentro dos ônibus, porém, apesar disso, os usuários conseguiram identificar as fontes ruidosas dentro dos veículos e se queixam de efeitos nocivos do ruído, como irritabilidade e dor de cabeça.

## ABSTRACT

The aim of the present research was to verify the perception that users of the collective transportation of Curitiba have about noise of this means of transportation. Therefore, the noise level was measured inside of some buses of the city and a questionnaire with closed questions (presence of noise, intensity, causes e effects) was applied in 808 users of the collective transportation, in different bus stops of Curitiba.

## PALAVRAS-CHAVE

Ruído, percepção auditiva, transporte coletivo

## KEYWORDS

Noise, auditory perception, collective transportation

Recebido em 13/11/2002

Aprovado em 29/05/2003

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o transporte coletivo tornou-se um dos meios de locomoção mais utilizados nas grandes cidades, contudo o bem-estar dos usuários nem sempre foi priorizado.

Agentes como o ruído, a temperatura, a umidade, o conforto e a higiene são, na maioria das vezes, fontes de inúmeras reclamações dos passageiros, principalmente em ônibus urbanos, onde, a cada dia, milhares de pessoas dependem deste tipo de transporte para trabalhar, estudar ou passear.

Pesquisas em várias partes do mundo avaliam que o tráfego, seja o aéreo, o ferroviário ou de veículos automotores, é um dos que mais contribui para os elevados níveis de ruído ambiental observados nos grandes centros urbanos.<sup>(1, 2, 3, 4, 5)</sup>

Apesar das exigências para que os veículos novos não produzam ruído excessivo, os veículos já em uso, principalmente os mais antigos, por não receberem manutenção adequada, podem ser muito ruidosos.<sup>(6, 7, 8)</sup>

Além do ruído dos automotores, buzinas, sirenes, equipamentos de sons amplificadas dos automóveis, aviões decolando e aterrissando, trens cruzando avenidas, entre outros, contribuem para aumentar a poluição sonora ambiental.

Com o notável crescimento populacional em algumas cidades, a poluição sonora vem ultrapassando seus

limites e provocando sérias consequências à saúde da população, sendo uma das principais causas de estresse na vida moderna.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1987), a partir de 70 dB(A) as reações de estresse são mais acentuadas e ocorre um início de desgaste do organismo com o aumento de ocorrência de vários problemas. Distúrbios como o do sono e o da comunicação, efeitos psicológicos e fisiológicos são bem descritos na literatura como decorrentes do ruído excessivo tanto em atividades ocupacionais, escolares, quanto nas de lazer.<sup>(9, 10, 11, 12, 13 e 14)</sup>

Partindo destes pressupostos, e considerando que Curitiba possui um sistema de transporte coletivo que é referência mundial, este trabalho teve por objetivo investigar a percepção que os usuários de ônibus de Curitiba têm sobre o ruído presente no interior destes veículos.

## METODOLOGIA

Tendo em vista que o objetivo da investigação é determinar a percepção auditiva do ruído presente no interior dos ônibus da cidade de Curitiba, foi elaborado um questionário (anexo) composto de itens que contemplam as seguintes variáveis: (1) tipo de ônibus utilizado (modelo e linha); (2) tempo diário de permanência no veículo (motivo da utilização e há quanto tempo usa o ônibus); (3) percepção do ruído (presença de

ruído, causas e efeitos).

O questionário foi aplicado no período de junho a setembro de 2001, em diferentes pontos da cidade de Curitiba (centro, bairro e periferia), em todos os dias da semana, entre 8h e 18h.

Os 808 entrevistados foram abordados em diferentes pontos de ônibus, a saber: praças, terminais, estações tubo ou pontos isolados.

Os dados dos questionários respondidos foram digitados em planilha eletrônica, para posterior tratamento estatístico através do programa Sphinx Lexica. Os principais dados estão sintetizados nas tabelas e nos gráficos apresentados e analisados a seguir.

Foi realizada, ainda, a medição do ruído em alguns veículos dos modelos mais citados pelos usuários. O nível de ruído foi medido em três posições dentro dos ônibus: na frente (perto do motorista e do motor), no meio do veículo, e nos fundos. As medidas foram tomadas duas vezes, uma com o veículo parado e outra com o veículo em movimento. Em todas as situações considerou-se o ruído proveniente do funcionamento do motor, associado ao ruído provocado pelos passageiros, outros veículos em tráfego etc. Para tanto foram utilizados um medidor de nível de pressão sonora da marca Quest, modelo 215, um calibrador Quest modelo CA 15 e um filtro de oitava Quest modelo OB 45.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O questionário foi respondido por 808 usuários, dos quais 67,36% são do sexo feminino e 32,14% do masculino. Dentre os respondentes foram identificados seis grupos de faixa etária, conforme demonstra o gráfico 1. A idade média dos respondentes é de 26,77 anos.

A média de utilização diária do ônibus pelos respondentes é de 2,24 vezes ao dia, e o tempo médio de permanência diário no ônibus é de 54,35 minutos. Quanto ao motivo da utilização, 52,48% da amostra usam o ônibus para se deslocarem para o trabalho, 37,13% para estudos e 13,24% a passeio.

### CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DE TRANSPORTE

O sistema de transporte em Curitiba oferece aos usuários uma gama diferenciada de linhas e veículos que cobre a cidade e a periferia. Este sistema é composto por uma frota diferenciada de veículos que percorre a cidade em diferentes direções.

Questionamos os usuários acerca do tipo de veícu-

lo que normalmente utilizam e os resultados estão colocados no gráfico 2. O número de citações é superior ao número de observações devido às respostas múltiplas, pois alguns usuários utilizam mais de um ônibus para chegar ao seu destino.

### CARACTERIZAÇÃO DO RUÍDO, CAUSAS E EFEITOS

Na tabela 1, encontram-se os resultados da medição do nível de ruído obtido dentro dos ônibus. Verificamos que a frequência predominante do ruído no interior dos veículos é de 31Hz. Quanto ao nível do ruído observamos que o nível de pressão sonora é mais elevado quando o veículo está em movimento. Também observamos que o nível de ruído é maior na parte da frente dos ônibus, onde se situa o motor do veículo. O nível mais elevado encontrado foi de 81 dB [A] no ônibus tipo alimentador, com o mesmo em movimento, e o menor de 58 dB [A] no biarticulado, quando o mesmo estava parado. Nos veículos que possuem sistema de locução e orientações, o nível do estímulo de fala durante a apresentação das mensagens é de 90 dB [A]. Quando os ônibus estão em movimento, mesmo não ultrapassando os 84 dB(A), todos excedem os 70 dB(A) considerados pela OMS como fator estressante para o organismo humano. Medidas de controles de ruído em ônibus são realizadas em diversas empresas da capital, porém as iniciativas são ainda muito tímidas, necessitando de amplo planejamento administrativo.

A fim de verificarmos qual a importância que os usuários dão para o agente físico "ruído", solicitamos que os mesmos identificassem pontos negativos observados dentro dos ônibus utilizados. Os resultados estão demonstrados na tabela 2. O número de citações é superior ao número de respondentes devido às respostas múltiplas.

O ruído foi identificado como agente nocivo dentro dos ônibus por 35,4% dos usuários. Apareceu, desta forma, como quinto colocado dentre os agentes que causam desconforto aos usuários, porém gostaríamos de ressaltar que o ruído ficou atrás da lotação, do preço, dos horários e da ventilação. Se considerarmos que a faixa etária predominante da amostra é de jovens, podemos inferir que os usuários podem estar habituados com o ruído desde pequenos e, portanto, não se incomodam com sua presença. Houve uma pesquisa feita pelo Jornal da Tarde de São Paulo, em 3 de julho de 2002, sobre as condições em determinados ônibus da Capital, em que o ruído, o preço, as lotações e os horários também foram alvo de inúmeras queixas.

A percepção auditiva é uma habilidade que

depende de diversas capacidades, como a de detectar sons, discriminar, prestar atenção, selecionar, analisar, reconhecer e compreender<sup>(1)</sup>. A atenção seletiva é um recurso muito utilizado pelas pessoas quando estas concentram sua atenção auditiva em um determinado foco em detrimento de outros estímulos. Isto pode explicar o fato da amostra não reconhecer o ruído como agente nocivo dentro dos veículos.

Quando questionados sobre a intensidade do ruído dentro destes veículos, observamos que 28,96% da amostra consideram o barulho excessivo, 58,91% o consideram moderado e 11% o consideram baixo. Observamos também que 48,76% da amostra indicaram que o barulho incomoda, e 49,01% responderam que não.

Questionamos acerca dos tipos de ruídos que os usuários percebem dentro dos ônibus e os dados estão expostos na tabela 3. O número de citações é superior ao número de respondentes devido às respostas múltiplas.

Apesar de não considerarem o ruído como um desconforto, a maioria da amostra soube referir qual a maior fonte de ruído dentro dos veículos. Dos respondentes, 43,44% indicaram o motor como fonte principal de ruído, fato corroborado pela tabela 1 que indica ser a parte da frente, perto do motor, o local mais ruidoso dos ônibus. Podemos inferir que os usuários estão habituados com o ruído, por isso não o identificam naturalmente como fator de desconforto. Quando questionados acerca do fato de buscarem lugar especial para sentar dentro do ônibus, registramos que a maioria da amostra, 43,44% não se preocupa com este fato. Em seguida verificamos que 26,49% preferem sentar-se perto das portas, 13,61% preferem sentar-se na frente, 7,8% no meio e 10,27% na parte de trás. Quando questionados sobre o porquê desta escolha, 18,94% da amostra se referem à questão conforto, 34,1% para sair rapidamente do veículo e somente 1,98% cita o ruído como motivador de sua escolha.

Também perguntamos aos respondentes se eles percebem que o ruído dentro dos ônibus gera algum efeito nocivo sobre seu organismo. Na tabela 4 pode-se ver as queixas relacionadas aos efeitos do ruído

sobre os usuários de ônibus citados pelos respondentes.

Observamos que 31,93% dos respondentes não apresentam nenhuma queixa referente aos efeitos do ruído. Porém, apesar de anteriormente 49,01% da amostra terem desconsiderado o ruído como fator de desconforto, notamos que 31,56% reclamam que o ruído do ônibus causa irritabilidade, 24,88% reclamam de dor de cabeça, e outras queixas aparecem indo ao encontro à literatura, que indica serem os sinais citados característicos de exposição a níveis de pressão sonora elevados.

Os dados deste trabalho nos levam a inferir que a amostra de usuários de ônibus de Curitiba não tem uma boa percepção do ruído dentro dos veículos. Acreditamos que se houvesse mais campanhas de divulgação da saúde auditiva, e informações acerca dos danos causados pelo ruído, as pessoas prestariam mais atenção no mesmo. Tais medidas poderiam mudar os resultados deste estudo.

## CONCLUSÃO

A análise dos resultados nos permitiu concluir que:

- A idade média dos usuários consultados foi de 26,77 anos;
- A média de utilização diária do ônibus pelos usuários é de 2,24 vezes ao dia, e o tempo médio de permanência diário é de 54,35 minutos;
- O nível de ruído no interior dos ônibus variou entre 81 dBA e 58 dBA;
- 35,4% dos usuários citam o ruído como sendo um agente nocivo no interior dos ônibus;
- 28,96% consideram o barulho no interior do ônibus como excessivo, 59,91% como moderado e 11% como baixo;
- 48,76% referem que o ruído incomoda;
- 43,44% citam o motor como principal fonte causadora de ruído no interior dos ônibus;
- 31,56% referem irritabilidade; 24,88%, dor de cabeça; e 16,21%, falta de concentração;

Os usuários não conseguem perceber, de forma espontânea, o ruído como agente nocivo dentro dos ônibus.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beyragued, L., Caillat-Valet et al., Health and environment in ville urbane, opinions of the population, Santé Publique, 10(4):385-99, 1998.
2. Hyge, S. A comparison between the impact of noise from aircraft, road aircraft and recognition of text in children aged 12-14 years, Shritens Wasser Boden Luthig, 88:416-27, 1993.

3. Ogunsola, OF, Oluwole, AF, et al, Environmental impact of vehicular traffic in Nigeria: health aspects, *Sci Total Environ*, 23: 146-47, 1994.
4. Orlando, P., Perdelli, F, et al, Environmental and personal monitoring of exposure to urban noise and community response, *Eur. J. Epidemiology*, 10(5):549-54, 1994.
5. Stanfeld, SA, Sharp, DS., Gallacher, J., Road traffic noise, noise sensitivity and psychological disorder, *Psychol. Med.* 23(4):977-85, 1993.
6. Bertelli, S., Paiva, CE., O transporte e sua poluição sonora, *Anais do Simpósio Brasileiro de Acústica Veicular*, 1997.
7. Carvalho, M., Poluição sonora no trânsito e no interior dos ônibus na cidade de Belo Horizonte, *Anais do Simpósio Brasileiro de Acústica Veicular*, 1997.
8. Talamini, ME., A perda auditiva induzida por ruído em motoristas de ônibus, *Tuiuti Ciência e Cultura*, 2:41-56, 1994.
9. Asahina, N., Gallacher, J., A study on speech intelligibility in traffic noise, *Nippon Jibinkoka Gakka Kaiho*, 97(3):401-413, 1994.
10. Evans, GW., Lecher, P. et al, Community noise exposure and stress in children, *J. Acoust. Soc. Am.* 109(3):1023-7.
11. Kawwada, T., Effects of traffic noise on sleep: a review, *Nippon eiseigakuzasshi*, 50(5):932-8, 1995.
12. Koszarzy, Z., The effects of intensive traffic noise on well-being and self-assessed health status of urban population, *Rocz Panstew*, 51(2):191-201, 2000.
13. Patwardhan, MS., Kalate, MM., et al, To assess effect of noise on hearing ability of bus drivers by audiometry, *Indian J. Physiol. Pharmacol.* 35(1): 35-8, 1993.
14. Stanfeld, SA., Haines, M., Brown, B., Noise and health in the urban environments, *Environ health* 15(1-2):43-82.
15. Boothroyd, A. Acoustic perception of speech (apud Russo e Santos. *Audiologia Infantil*. Editora Cortez: São Paulo, 1994).

**ANEXO**

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Linha que utiliza: \_\_\_\_\_ Número de vezes ao dia: \_\_\_\_\_ Permanência por dia: \_\_\_\_\_

Por que utiliza o ônibus:

transporte de casa para o trabalho  transporte de casa para a escola  passeio  outros

**IDENTIFICAÇÃO DA LINHA**

Linha: \_\_\_\_\_

Tipo de transporte:

interbairros  expresso simples  articulado  biarticulado  ligeirinho

alimentadores  convencional Local da coleta dos dados: \_\_\_\_\_

**QUESTÕES**

Há quanto tempo você utiliza o transporte coletivo de Curitiba? \_\_\_\_\_

Quais os pontos negativos que você identifica no transporte coletivo?

lotação  higiene  barulho  preço  
 horários  conforto  ventilação  iluminação  outros

Quais os aspectos existentes no transporte coletivo que você acredita serem prejudiciais à sua saúde?

higiene  conforto  barulho  ventilação  iluminação  outros

Você procura um lugar especial para se sentar no ônibus?

não  na frente  no meio  atrás  próximo das portas de saída

Por quê?  conforto  proximidade da saída  iluminação  barulho  outros

Como você considera o barulho dentro do ônibus?

baixo  moderado  excessivo

Este barulho o incomoda?  sim  não

Qual o barulho que o incomoda?  motor  conversa das pessoas  barulho do tráfego  campainha  
 abertura das portas  voz do orientador  outros

O barulho atrapalha sua comunicação com outros usuários dentro do ônibus?  sim  não

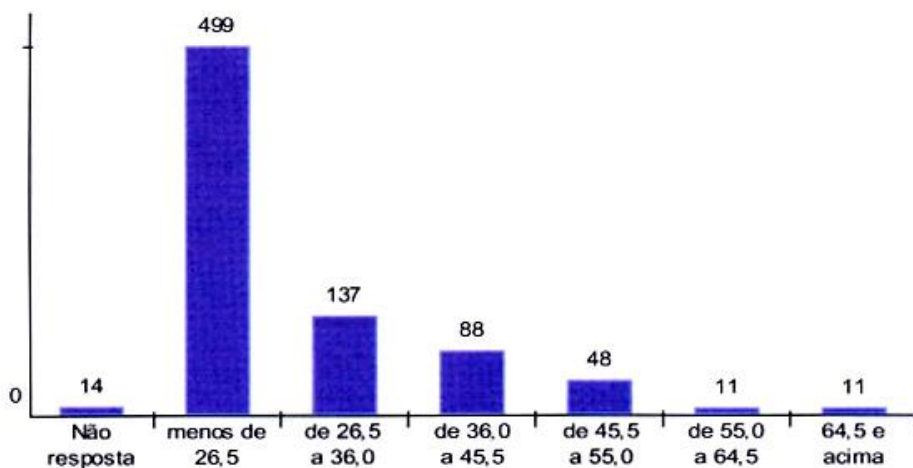
O barulho dentro do ônibus causa em você:

irritabilidade  falta de concentração  dor de cabeça  zumbido  nada  outros

O barulho no ônibus o impede de:

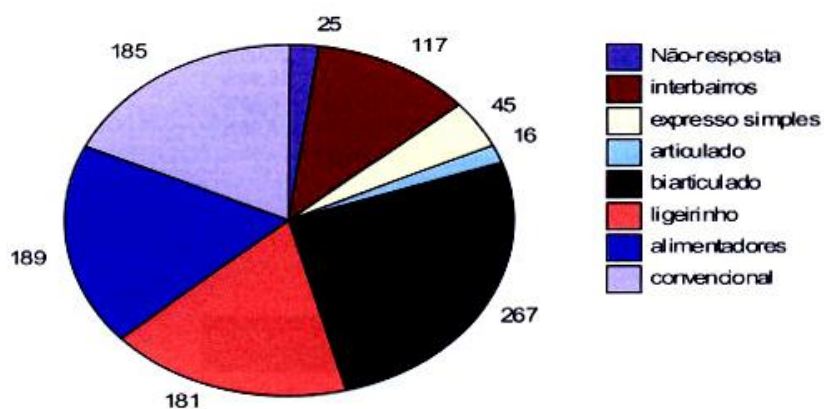
nada  conversar  ler  estudar  descansar  ouvir música  outros

**GRÁFICO 1: NÚMERO DE RESPONDENTES SEGUNDO A VARIÁVEL IDADE**



**GRÁFICO 2: NÚMERO DE RESPONDENTES SEGUNDO O TIPO DE ÔNIBUS UTILIZADO**

Distribuição em setores de 'Tipo de transporte'



## TABELAS

Tipo de ônibus	Medida na frente		Medida no meio		Medida atrás	
	em movimento	parado	em movimento	parado	em movimento	parado
Biarticulado	80	67	80	62	68	58
Ligeirinho	79	68	80	65	65	60
Alimentador	81	70	79	65	67	60
Convencional	80	68	80	67	68	61

Tabela 1 : nível de ruído no interior dos ônibus

Pontos negativos	Número de citações	Percentual
Lotação	567	70,17%
Preço	452	55,94%
Ventilação	335	41,46%
Horários	331	40,97%
Barulho	286	35,40%
Higiene	219	27,10%
Conforto	181	22,40%
Iluminação	36	4,46%
Outros	45	5,57%

Tabela 2.: pontos negativos observados nos ônibus.

Fonte de barulho	Número de citações	Percentual
Motor	351	43,44%
Abertura das portas	177	21,91%
Barulho do tráfego	176	21,78%
Conversa das pessoas	162	20,05%
Campainha	153	18,94%
Voz do locutor	70	8,66%
Outros	32	3,96%

Tabela 3: tipo de ruído que incomoda os respondentes

Efeito/sintoma	Número de citações	Percentual
Nenhum sintoma	258	31,93%
Irritabilidade	255	31,56%
Dor de cabeça	201	24,88%
Falta de concentração	131	16,21%
Zumbido	77	9,53%

Tabela 4 : efeitos do ruído sobre os usuários de ônibus

# CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DO PAQUÍMETRO EM MOTRICIDADE ORAL

## CONSIDERATIONS ABOUT THE USE OF PACHIMETER IN ORAL MOTRICITY

HILTON JUSTINO DA SILVA\*  
DANIELE ANDRADE DA CUNHA\*\*

\*Fonoaudiólogo pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), doutorando em Nutrição - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Mestre em Morfologia - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), especialista em Motricidade Oral - CEFAC/ CFFa 712/99, docente dos Cursos de Fonoaudiologia da UFPE e FIR (Faculdade Integrada de Recife); conselheiro suplente do Conselho Federal de Fonoaudiologia - 7º Colégio e membro do Grupo de Trabalho em Motricidade Oral de Recife da SBFa. GT MO/Recife

\*\* Fonoaudióloga pela Universidade Católica de Pernambuco(UNICAP), mestranda em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), especialização em Motricidade Oral pelo Universidade Federal de Pernambuco(UFPE), docente do Curso de Graduação em Fonoaudiologia e da Pós-Graduação em Motricidade Oral da UFPE e membro do Grupo de Trabalho em Motricidade Oral de Recife da SBFa. GT MO/Recife

### RESUMO

A utilização do paquímetro como auxiliar no diagnóstico dos distúrbios orais miofuncionais vem sendo bastante utilizado. O objetivo deste artigo é levantar algumas considerações a respeito da utilização do paquímetro na clínica em Motricidade Oral. O relato de nossa experiência na utilização desse recurso foi o principal meio para a construção deste trabalho. Os resultados demonstram que o uso de métodos objetivos em nossa especialidade, enriquecem a construção de métodos diagnósticos em nossa Fonoaudiologia.

### ABSTRACT

The use of the pachimeter as auxiliary in the diagnosis of the oral miofunctionals disturbances it comes being quite used. The aim of this article is to lift some considerations regarding the use of the pachimeter in Oral Motricity clinic. The report of our experience in the use of that resource went the main means to construction of this work. The results demonstrate that the use of objective methods in our specialty, they enrich the construction of methods diagnoses in our Speech Therapy.

### PALAVRAS-CHAVE

Paquímetro, Motricidade Oral, diagnóstico fonoaudiológico, morfometria, sistema estomatognático

### KEYWORDS

Pachimeter, Oral Motricity, speech therapist diagnosis, morphometry, stomatognathic system

Recebido: 26/04/2003

Aprovado: 24/10/2003

## INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia tem crescido muito como ciência. A Motricidade Oral, especialidade da Fonoaudiologia, que tem o objetivo de prevenir, realizar o diagnóstico funcional do sistema estomatognático, é um exemplo deste crescimento. A cada momento temos um novo campo de trabalho nesta especialidade. Hoje não somos mais os profissionais que só trabalham a deglutição atípica e, sim, especialistas nos aspectos funcionais do sistema estomatognático, realizando nosso diagnóstico funcional em portadores de distúrbios orais miofuncionais, seja em pacientes com simples maloclusões, em pacientes portadores de queimaduras de face e pescoço ou indivíduos que nos buscam para intervenção em estética facial.

O diagnóstico em Motricidade Oral também vem sofrendo evolução. Durante muitos anos fomos os profissionais do "achômetro". Dizíamos: "acho" que o músculo é hipotônico, "acho" que a língua fica aqui ou acolá. Atualmente, lançamos mão de exames complementares que não vêm substituir o exame clínico que continua indispensável<sup>1</sup>, utilizamos aspectos mais objetivos em nossas documentações enriquecendo o nosso diagnóstico e prognóstico.

Dentre os recursos utilizados em nossas documentações está a utilização do paquímetro como auxiliar no diagnóstico dos distúrbios orais miofuncionais. O uso do paquímetro vem sendo considerado fundamental para avaliação do sistema estomatognático<sup>2</sup>. O paquímetro é um instrumento utilizado para medir dimensões com precisão.

O objetivo deste artigo é levantar algumas considerações a respeito da utilização do paquímetro na clínica em Motricidade Oral. Espera-se iniciar a discussão em busca da construção de um protocolo específico em nossa área para utilização do paquímetro.

## MATERIAL E MÉTODO

A busca na literatura específica sobre esta ferramenta, o aprendizado no mestrado de Morfologia na linha de pesquisa Morfometria dos órgãos, além do relato de nossa experiência na utilização desse recurso foram os principais meios para a construção deste trabalho.

Foi utilizado paquímetro de aço da marca Stainless Hardened com acurácia de 0,05mm para avaliação de estruturas do Sistema Estomatognático de um dos autores do trabalho, para efeito de demonstração dos recursos.

Para as imagens fotográficas, utilizou-se câmera

fotográfica digital de marca FD Mavica Sony com zoom óptico de 10x.

Os resultados são demonstrados através de considerações e ilustrações.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 1º. Consideração: a escolha do paquímetro

Existem vários tipos de paquímetros no mercado. Os fonoaudiólogos têm utilizado mais comumente o de material plástico, uma vez que a higienização é mais fácil, além de ter um baixo custo. Porém, para uma mensuração mais precisa das estruturas temos utilizado o paquímetro de aço (Fig 01), que tem a possibilidade de fixar o valor exato de mensuração da estrutura através da rosca de fixação (Fig 01a). Existe também no mercado o paquímetro digital, não tão utilizado na prática clínica e criticado pelos técnicos em virtude de apresentar erros na calibração, alterando, assim, a fidedignidade dos resultados.

### 2º. Consideração: a escolha da acurácia - o grau de precisão

Acurar significa aperfeiçoar, apurar, tratar com cuidado. A acurácia ou o grau de precisão é um dado muito importante para a clínica em Motricidade Oral, visto que através dela poderemos observar a evolução dos nossos pacientes de maneira mais precisa. Um exemplo muito comum é a medida de abertura da boca. Geralmente tal medida, como as outras, não consideram as casas decimais.

Com o objetivo de avaliar o valor da abertura máxima da boca em crianças, realizou-se avaliação desta medida em 250 crianças. Os resultados mostraram que a abertura máxima da boca foi de 42 a 45 milímetros na faixa etária estudada<sup>3</sup>.

Normalmente, nos trabalhos, é relatada uma abertura de boca com 45mm, por exemplo. Porém, esta medida poderia ser de 45,50mm ou 45,55mm, o que seria muito significativo em uma avaliação ou evolução clínica, visto que, nos casos de DTM, por exemplo, o ganho de 0,05mm ou 0,02mm representa um dado significativo de evolução destes indivíduos, comprovando a eficácia da terapêutica aplicada. Neste exemplo acima, considerou-se uma diferença de 0,05mm para cada medida, o que poderíamos supor que o grau de acurácia seja de 0,05mm, o que é bastante eficiente para nossos diagnósticos.

Porém, poderíamos em nossos trabalhos científicos considerar uma acurácia de 0,02mm ou 0,01mm.

Mas, tomemos um exemplo imaginário de um trabalho científico que escolhesse um paquímetro com acurácia de 0,05mm. Teríamos uma evolução de medida de abertura de boca, após fonoterapia de 45,60mm para 45,65mm. Essas mesmas medidas poderiam ser de 45,60mm, para 45,62mm ou 45,64mm, se a escolha fosse feita por um paquímetro com acurácia de 0,02mm ou 45,60 para 45,61mm, 45,62mm, 45,63mm, 45,64mm ou 45,65mm.

Como se vê, a acurácia de 0,01mm seria a ideal para ser utilizada em trabalhos científicos. O grau de acurácia geralmente especificado ao lado da régua inferior do paquímetro (Fig 01 seta).

### 3ª. Consideração: a escolha da haste de acordo com a estrutura avaliada

Existem três hastes no paquímetro que podem servir para a mensuração das estruturas do sistema estomatognático: haste para a mensuração de estruturas externas, haste para a mensuração de estruturas internas e a haste para a mensuração de profundidade. A escolha da haste deve ser feita de acordo com a estrutura avaliada.

A haste para a mensuração de estruturas externas (Fig 01 b) é a mais utilizada, embora de maneira inadequada pela maioria dos clínicos. Essa haste é indicada quando temos estruturas que tenham duas bases de apoio (Fig 02a). Um exemplo é a distância do olho (canto externo) ao lábio (comissura) no paciente com problemas respiratórios (Fig 03a) ou os terços da face (Fig. 3b). Como se vê, existem poucas estruturas em nossa avaliação que têm duas bases externas, porém, como já foi dito, essa haste é muitas vezes utilizada de forma inadequada.

A haste para mensurar estruturas internas (Fig. 01c), serve para a mensuração de estruturas que têm bases de apoio internas (Fig. 2c). Um exemplo é a abertura máxima de boca (Fig 04) ou largura do palato duro.

A haste para a mensuração de profundidade (Fig. 01d) é indicada para a mensuração de estruturas que possuam apenas uma base externa e um apoio em profundidade (Fig. 02b). Um exemplo é a mensuração do filtrum (Fig. 05a), do trespasse horizontal (overjet) ou medida de lateralidade de mandíbula esquerda (Fig 5b) e direita.

### 4ª. Consideração: a análise da mensuração

A análise das medidas em quaisquer das hastes é observada com o ponto zero da régua inferior, caso haja coincidência dos pontos da régua inferior com a superior o resultado é exato, 40,00mm. Por exemplo

(Fig 6a.), caso não haja coincidência do zero com algum ponto superior, anota-se o ponto esquerdo mais próximo do zero e observa-se em que ponto da régua inferior existe coincidência com a superior anotando-se, assim, a casa decimal correspondente, por exemplo, 40,75mm (fig.6b).

No exemplo da figura 06, temos uma medida exata. Uma medida com casas decimais no paquímetro de acurácia 0,05mm. Os valores da fig 6b poderiam variar em 40,60,mm; 40,65mm; 40,70mm; 40,75mm; 40,80mm ou 40,85mm e assim por diante, devido ao grau de acurácia do paquímetro 0,05mm.

### 5ª. Consideração: cuidados com o paquímetro

Existem alguns cuidados que devem ser levados em conta no uso do paquímetro: evitar arranhões, pois isto pode prejudicar a graduação; após o uso, limpá-lo e guardá-lo em local apropriado; fazer a calibração periódica de acordo com a etiqueta de calibração do paquímetro.

### 6ª. Consideração: em busca de um protocolo.

#### Nossa conclusão

Vários trabalhos têm relatado medidas para mensuração de estruturas, sugerindo mensuração dos lábios superior e inferior, dos terços da face, das mordidas, da distância do canto externo do alho à comissura labial e da amplitude de abertura da mandíbula<sup>2)</sup>.

Dentro do exame geral é destacado como item importante a utilização do paquímetro para mensurar: lábios (direita e esquerda) superior e inferior, filtrum, terços da face, mordidas (aberta, over jet), distância do olho (canto externo) ao lábio (comissura) no paciente com problemas respiratórios<sup>4)</sup>.

Rispoli & Bacha<sup>5)</sup> apresentam na anamnese e avaliação das desordens oromiofuncionais no exame direto as medidas com paquímetro e sugerem medidas de referência: overjet (0,5 - 1mm), overbite (1,5 - 2,5mm), máxima abertura da boca (40 - 45mm), lábio superior/incisivo superior (2 - 3mm), lábio superior (17 - 21,5mm / repouso / estirado), protrusão mandibular (8 - 10mm), lateralização mandibular (8 - 10mm), profundidade de palato (47mm), largura do palato (35mm).

Para Bianchini (1998)<sup>6)</sup>, os índices de normalidade para abertura máxima, variam entre 45mm e 60mm para o adulto e considera a abertura inferior a 40mm no adulto e inferior a 35mm na criança como um alerta a possíveis problemas musculares ou articulares. Para a lateralidade esquerda, repete-se o mesmo procedimento. A medida de lateralidade normal varia entre 10 e 12mm, segundo Anelli<sup>7)</sup>.

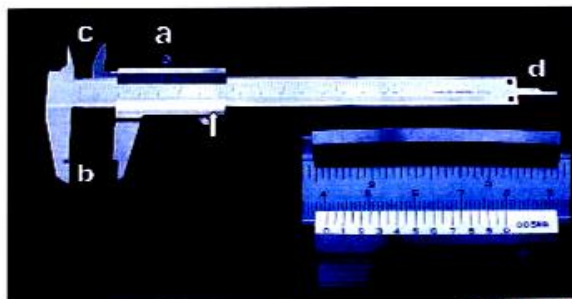
gia ortognática, a avaliação dos terços da face pode ser feita com paquímetro. O primeiro terço vai da implantação do cabelo até a região glabellar; o segundo terço da glabella até a espinha nasal anterior; e o terceiro terço, da espinha nasal anterior até a ponta do queixo<sup>®</sup>.

A intenção na construção desse trabalho é relatar nossa experiência clínica com uso do paquímetro em nossas avaliações. O uso de métodos objetivos em nossa especialidade enriquece a construção de méto-

dos diagnósticos em nossa Fonoaudiologia. O anexo 1 mostra a construção de um protocolo de uso do paquímetro levando em consideração a estrutura a ser avaliada e a haste correspondente mais indicada. Tal protocolo baseia-se em nossa experiência clínica e a demonstração de Mandarin de Lacerda<sup>9</sup>. Esperase que esses conceitos sejam úteis para o clínico, como também sugerem-se novos estudos na elaboração de protocolos de avaliação com o uso dessa importante ferramenta em Matricidade Oral.

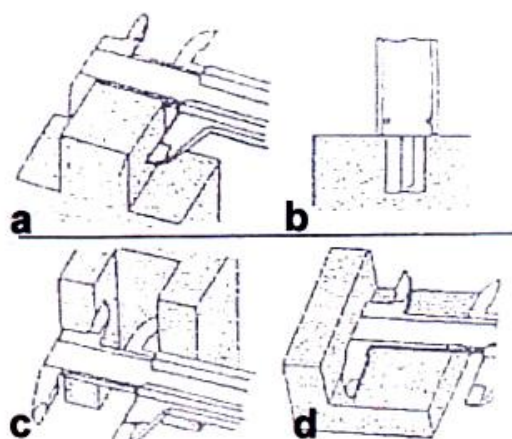
## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marchesan IQ. O trabalho Fonoaudiológico nas alterações do sistema estomatognático. In: Marchesan IQ, Bolali IC, Gomes ICD, Zorzi JL. Tópicos em Fonoaudiologia, São Paulo: Lovise; 1994. P. 83-96.
2. Cattoni DM, Fernandes FDM, Marchesan IQ. A importância do uso do paquímetro na avaliação miofuncional. ANAIS do VIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia SBFa; 2000, Recife: Pernambuco.
3. Cattoni DM, Fernandes FDM, Marchesan IQ. Abertura máxima do boca em crianças em dentição mista. ANAIS do X Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia SBFa; 2002, Belo Horizonte: Minas Gerais.
4. Marchesan IQ. Avaliação e terapia dos problemas da respiração. In: Marchesan IQ Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da matricidade oral. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. P.23-36.
5. Rispoli CM, Bacha SMC. Terapia miofuncional: Intervenção fonoaudiológica breve. In: Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes ICD, Tópicos em Fonoaudiologia, v.4. São Paulo; Lovise, 1998. P.545-585.
6. Bianchini MG. Mastigação e ATM: avaliação e terapia. In: Marchesan, I.Q. Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da matricidade oral. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. p 37-49.
7. Anelli W. Atuação Fonoaudiológica nas Desordens Temporomandibulares. In: Lopes F. O Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 1997, p 821-828.
8. Ribeiro MC. Atuação fonoaudiológica no pré e pós-operatório em cirurgia ortognática [monografia]. Batucatu (SP), Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica Matricidade Oral; 1999.
9. Mandarin de Lacerda CA. Métodos quantitativos em morfologia. São Paulo; Eduerj. 1995. 131p.



**FIGURA 1**

Demonstração da acurácia do paquímetro - 0,05mm [seta]. Parafuso de fixação (seta) para maior precisão da mensuração: (a)demonstração das hastes para a mensuração de estruturas externas (b), para a mensuração de estruturas internas (c) e para a mensuração de profundidade (d).

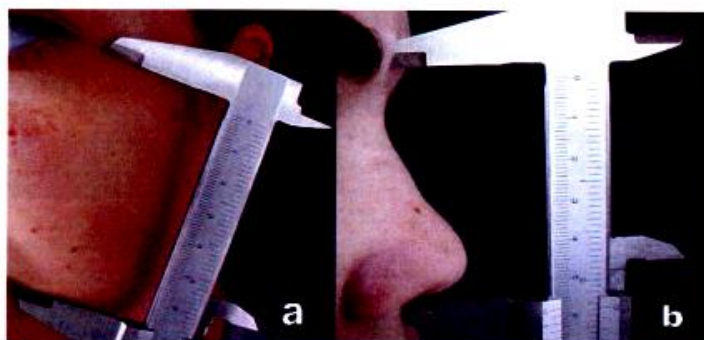


**FIGURA 2**

Representação esquemática das formas de utilização do paquímetro. Na seqüência: a) medida externa; b) medida de profundidade; c) medida interna; d) medida em degrau.  
Modificado de Mandarim de Lacerda (1995)<sup>[9]</sup>.

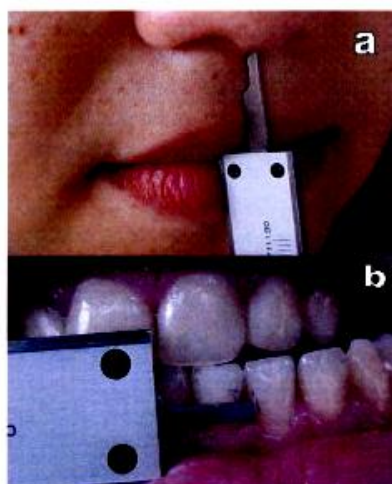
**FIGURA 3**

Utilização da haste do paquímetro para a mensuração de estruturas externas: a) distância do olho (canto externo) ao lábio (comissura); b) terço médio da face.



**FIGURA 4**

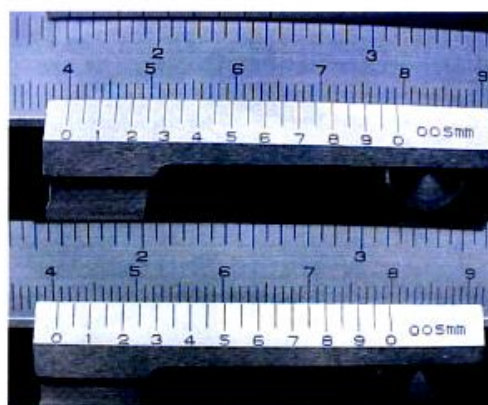
Utilização da haste do paquímetro para a mensuração de estruturas internas. Mensuração de abertura de boca.

**FIGURA 5**

Utilização da haste do paquímetro para mensurar profundidade: a) Mensuração do filtrum; b) Mensuração da lateralidade esquerda de mandíbula (de linha média entre incisivos centrais superior ao seu ponto correspondente na arcada inferior, marcado com lápis).

**FIGURA 6**

Demonstração da análise da mensuração: a) medida exata no ponto zero é "4", portanto 40,0mm; b) medida com casas decimais, observa-se que o ponto zero não está fixado com o "4", porém anota-se o valor de 40mm (valor esquerdo mais próximo) e procura-se em que ponto da régua inferior há coincidência nos pontos, neste caso "7,5", portanto, o valor da mensuração é 40,75mm.



#### PROTOCOLO HD DE INDICAÇÃO DA HASTE DO PAQUÍMETRO PARA MENSURAÇÃO DE ESTRUTURAS DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO COM PAQUÍMETRO

##### haste do paquímetro para mensuração de estruturas internas

1. abertura máxima de boca
2. distância interlabial
3. largura do palato

##### haste do paquímetro para mensuração de estruturas externas

1. distância do olho(canto externo) ao lábio (comissura) direita
2. distância do olho(canto externo) ao lábio (comissura) esquerda
3. terços da face

##### haste do paquímetro para mensurar profundidade

1. Sobressaliência
2. Lateralidade mandibular direita
3. lateralidade mandibular esquerda
4. propulsão mandibular
5. retrusão mandibular
6. filtrum labial
7. trespasse horizontal (overjet)
8. profundidade do palato duro

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

A Revista Fonoaudiologia Brasil é uma publicação semestral do CFFa - Conselho Federal de Fonoaudiologia. São aceitos trabalhos originais, em português, inglês ou espanhol. Todos os trabalhos, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de três revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo do julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua conservação. Somente após aprovação final dos editores e revisores os trabalhos serão encaminhados para publicação. Serão aceitos artigos originais, artigos de revisão, apresentação de casos clínicos e cartas ao editor. O autor deverá, ainda, indicar a área (Linguagem, Motricidade Oral, Voz, Audiologia, Fonoaudiologia Geral) à qual se aplica seu trabalho.

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalho e foram baseadas no formato proposto pela International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e publicado no artigo Uniform requirements of manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Intern Med* 1997; 126:36-47 e atualizado em maio de 2000. Disponível no endereço eletrônico <http://www.acponline.org/journals/01jan97/unifreq.htm> e no volume 1, nº1, desta revista (edição setembro/2001).

**Artigos originais:** são trabalhos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter os itens Resumo, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências e Abstract.

**Artigos de revisão:** constituem avaliação crítica e sistemática da literatura, após exame de material publicado sobre um determinado assunto, podendo ser subdividido em revisões acadêmicas, revisão de casos, revisão tutorial, entre outras.

**Apresentação de casos clínicos:** relata casos de uma determinada doença, descrevendo seus aspectos, história, conduta etc., incluindo revisão de literatura.

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

### REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser enviados: a) 4 cópias, em papel tamanho A4 (212 x 297 mm), digitadas em espaço duplo, fonte Arial, tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando cada seção em uma nova página, na seqüência: página de título, resumo e descritores, texto, agradecimento, referências, tabelas e legendas; b) permissão para reprodução do material (fotográfico do paciente ou retirado de outro autor); c) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a intervenções em seres humanos.

Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho deverá ser encaminhada em duas vias, com cópia em disquete 3 1/2 ou em CD-ROM. Os originais não serão devolvidos. Somente a Revista Fonoaudiologia Brasil poderá autorizar a reprodução, em outro periódico, dos artigos nela contidos.

### PREPARO DO MANUSCRITO

**Página de identificação:** deve conter: a) título do artigo (no máximo 100 caracteres), em português (ou espanhol) e inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) nome completo de cada autor, com seu grau acadêmico e sua afiliação institucional; c) nome da departamento e da instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada correspondência; e) fontes de auxílio à pesquisa, se houver.

**Resumo e descritores:** a segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, de não mais de 250 palavras. Deverá ser estruturado (Objetivo, Método, Resultados e Conclusões/Purpose, Methods, Results, Conclusions), contendo resumidamente as principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significativos. Abaixo do resumo, especificar no mínimo 5 e no máximo 10 descritores (keywords) que definam o assunto trabalhado. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução da MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://www.bireme.br/decs>.

**Texto:** deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho, e no máximo 20 páginas. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e seqüencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescrito.

**Agradecimento:** inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não se justifica sua inclusão como autor: agradecimento por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros.

**Referências:** devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos mais adiante, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizado no endereço eletrônico a seguir: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/latext\\_noprov.html](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/latext_noprov.html).

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

**ARTIGOS DE PERIÓDICOS**

Fernandez, FDM. Aspectos funcionais da comunicação terapeuta-paciente na terapia da linguagem de autistas. *Pró-fono* 1997; 9:11-6.

Mascicki EK. The Prevalence of 'incidence' is too high. *ASHA* 1984;26:39-40.

Marchesan IQ, Krakauer I.RH. The Importance of respiratory activity in myofunctional therapy. *Int J Orofacial Myology* 1996; 22:23-7.

**LIVROS**

Zorzi JL. A intervenção fonoaudiológica nas alterações da linguagem infantil. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. 139p.

Goulart IB. Piaget: experiências básicas para utilização pelo professor. 7ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1991. 147p.

Behlau M, Pontes P. Avaliação e tratamento da distonia. São Paulo: Lovise; 1995. 312p.

**CAPÍTULO DE LIVROS**

Almeida K. A seleção e a verificação da saída mínima. In: Almeida K, Iório MCM. *Próteses auditivas. Fundamentos teóricos e aplicações clínicas.* São Paulo: Lovise; 1996. P. 101-8.

Wertzner HF. Articulação e suas alterações. In: Kuda AM, organizador. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria, 2ª ed.* São Paulo: Sarvier; 1994. P. 108-14.

Douglas CR. Fisiologia da mastigação. In: Douglas CR, editor. *Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde.* São Paulo: Robe; 1994 p. 857-86.

Figueiredo ES, Bianchini EMG, Crivello Jr. O. Hábitos parafuncionais em pacientes portadores de disfunção dolorosa da articulação temporomandibular (ATM). In: Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes ICD. Organizadores. *Tópicos em fonoaudiologia 1997/1998.* São Paulo: Lovise; 1998. P.213-32.

**CONGRESSOS**

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical neurophysiology; 1995 oct 15-19, Kyoto, Japan, Amsterdam: Elsevier; 1996.

**TESES**

Felício CM. Percepção de pronunciabilidade por pacientes odontológicos, fonoaudiólogos, cirurgiões dentistas e leigos (tese). Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade Estadual de São Paulo; 1996.

Bommarito S. O efeito de um método de terapia de voz na qualidade vocal e na inteligibilidade da fala de indivíduos surdos (tese). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.

**FITAS DE VÍDEO**

Marchesan IQ. Deglutição atípica ou adaptada (fita de

video). São Paulo: Pró-fono Departamento Editorial; 1995 [Curso em Video].

**MONOGRAFIAS**

Cantarelli A. Língua: que órgão é este? [monografia]. São Paulo: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica - CEFAC; 1998.

**MATERIAL ELETRÔNICO**

Andrade CRF de. Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a doze anos de idade [periódico online]. *Ver Saúde Pública* 1997; 31(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/fape/ftext?got+last&pid=S0034-8910199700070008&lng=pt&nrm=iso>

**Tabelas:** Imprimir cada tabela em folha separada, com espaço duplo. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título e cabeçalho para todas as colunas. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

**Figuras (gráficos, fotografias, ilustrações):** as figuras devem ser apresentadas em papel brilhante, tamanho não superior a 203 x 254 mm, contendo no verso, em uma seta indicando sua posição. Quando gravadas em CD-ROM, deverão estar no formato JPG ou TIF, com resolução de 300dpi. Se as ilustrações já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/diretor e constando a fonte na legenda da ilustração.

**Legendas:** imprimir as legendas para as ilustrações usando espaço duplo, uma em cada página separada. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada ilustração e na ordem que forem citadas no trabalho.

**Abreviaturas e siglas:** devem ser precedidas do nome completo, quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu significado. Não devem ser usadas no título e no resumo.

**MATERIAL NÃO PUBLICADO**

No prelo - Os autores devem obter autorização por escrito para citar tais trabalhos.

Leshner AL. Molecular mechanism of cocaine addiction. *N. Engl J Med.* In press 1996.

**DO ENCAMINHAMENTO**

Os documentos deverão ser enviados pelo correio para o endereço:

Conselho Federal de Fonoaudiologia  
SRTV Quadra 701 Bloco E Salas 624/630  
Ed. Palácio do Rádio II  
Brasília - DF - Cep: 70.340.902  
Fone: (0xx61) 322.3332  
Fax: (0xx61) 321.3946  
Email: [fono@fonoaudiologia.org.br](mailto:fono@fonoaudiologia.org.br)

FONOAUDIÓLOGO,  
HOJE VOCÊ VAI TER QUE  
OUVIR MUITO.

UMA HOMENAGEM DA OTICON PARA O DIA DO FONOAUDIÓLOGO.

**oticon**

[www.oticon.com.br](http://www.oticon.com.br) • [oticon@oticon.com.br](mailto:oticon@oticon.com.br) • 0800 249 349

# FONOAUDIOLOGIA

O FONOAUDIÓLOGO é um profissional da área da Saúde que atua na promoção, diagnóstico, orientação e tratamento da comunicação oral e escrita, voz, audição e funções de mastigação, deglutição e respiração.

Atende desde o recém-nascido até a terceira idade.

A FONOAUDIOLOGIA só pode ser exercida por profissional devidamente habilitado em Curso Superior e com inscrição no Conselho Regional de Fonoaudiologia.

## ATUAÇÃO

### Saúde

Atua em consultórios, clínicas, ambulatórios públicos, privados e filantrópicos, hospitais, maternidades, home care, asilos, entre outros.

### Educação

Orienta pais e professores, triando o aluno e prestando consultoria e assessoria à equipe pedagógica.

### Ocupacional

Previne, examina e desenvolve os padrões da voz e audição nas fábricas, indústrias e escolas, minimizando os riscos ambientais à saúde.

### Meios de

### Comunicação e Arte

Aperfeiçoa os padrões da fala, da voz e da expressão nas diferentes modalidades de comunicação.

### Justiça

Realiza perícias técnicas e assessorias em casos de ações cíveis e criminais relacionadas à Fonoaudiologia.

### Comunicação Empresarial

Elabora e desenvolve projetos de comunicação oral (voz, fala e audição).

### Estética

Desenvolve e aperfeiçoa os padrões da voz, da fala e da face.

**Inclua uma Consulta Fonoaudiológica na sua rotina.**

CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOAUDIOLOGIA



[www.fonoaudiologia.org.br](http://www.fonoaudiologia.org.br)

**COLOQUE AQUI O NOME E O ENDEREÇO DO  
CONSELHO DE SUA JURISDIÇÃO**