

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

Programa de Reabilitação para Adultos com Otite Média Crônica:
Abordagem a Dificuldades Decorrentes da Alteração Auditiva

Renata de Sousa Tschiedel

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angela Guimarães Feitosa

Co-Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Campos Granjeiro

Brasília/DF

2017



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

Programa de Reabilitação para Adultos com Otite Média Crônica:
Abordagem a Dificuldades Decorrentes da Alteração Auditiva

Renata de Sousa Tschiedel

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angela Guimarães Feitosa

Co-Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Campos Granjeiro

Tese apresentada ao Departamento de Processos Psicológicos Básicos do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Ciências do Comportamento. Área de concentração: Cognição e Neurociência do Comportamento.

Brasília/DF, julho de 2017

Tese de doutorado defendida e aprovada pela seguinte comissão examinadora:

Profa. Dra. Maria Angela Guimarães Feitosa – Presidente
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Edilene Marchini Boèchat – Membro efetivo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof. Dr. André Luiz Lopes Sampaio – Membro efetivo
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Vânia Maria Moraes Ferreira – Membro efetivo
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Isolda de Araújo Gunther – Membro suplente
Universidade de Brasília

“Quando a ciência atingir um progresso ainda maior, talvez descobrirá tal energia; mas ela ainda é uma incógnita.”

Mokiti Okada

Às pessoas com dificuldades auditivas e suas famílias.

Ao Otávio, cuja passagem por aqui me fez entender que as dificuldades enfrentadas por uma pessoa afetam toda a família, mas que todos podem aprender com elas.

Agradecimentos

A Deus, por me conceder condições de realizar este doutorado, rodeando-me das pessoas maravilhosas mencionadas a seguir.

Aos meus pais, Leão Tschiedel e Ana Neri de Sousa Tschiedel, que todo tipo de ajuda (mas todo tipo mesmo!) ofereceram para que eu pudesse ingressar, permanecer no programa de doutorado e concluí-lo. Reconheço que vocês assumiram responsabilidades minhas, para que eu pudesse me dedicar nas diversas fases desse percurso de estudo e pesquisa. Obrigada pelo imenso amor, o incentivo de sempre e o respaldo ao meu crescimento profissional. Amo muito vocês!

Ao meu amor, Flávio Henrique de Melo Campos, por ser meu porto seguro, sempre, mas especialmente nestes últimos anos de intenso estudo. Obrigada por estar ao meu lado, por me ajudar a acreditar e me sustentar com seu amor e cuidado, todos os dias. Meu lar é onde você está.

Ao meu filho Tarcísio Tschiedel de Melo, por me ensinar o significado do amor incondicional, e por trazer mais brilho aos meus dias, com sua risada, seu abraço, suas brincadeiras, seus desenhos e suas esculturas. Você defendeu sua tese no mesmo dia que a mamãe: conseguiu finalmente andar de bicicleta sem rodinhas!

Ao meu filho Otávio Henrique Tschiedel de Melo (*in memoriam*), por me ensinar o significado do desapego, e a importância de manter a fé em Deus. Nada acontece por acaso, não é, passarinho? Você voou, mas marcou nossas vidas para sempre. Um dia nos reencontraremos.

Aos meus sogros, irmãos, cunhadas, cunhados, sobrinhas, sobrinhos, tias, tios, primas e primos por toda torcida e apoio. A vocês, em especial à minha cunhada Danielle Alves de Melo, obrigada por cuidarem do Tarcísio e entretê-lo para eu poder me dedicar aos estudos com mais afinco. Tenho uma família incrível!

À minha orientadora, professora Dra. Maria Angela Guimarães Feitosa, que novamente me acolheu como aluna e pesquisadora, desta vez no doutorado. Sua sabedoria, assertividade, experiência, comprometimento e dedicação são inspiradores, e me permitem acrescentar um aprendizado novo e precioso a cada encontro. Receba minha gratidão, com muito carinho!

Ao meu co-orientador professor Dr. Ronaldo Campos Granjeiro, por disponibilizar conhecimento e ajuda especializada, que somaram novas forças na etapa de execução e análise dos resultados deste trabalho. Sua contribuição me deixou mais segura para lidar com os participantes com otite média crônica e escrever determinadas partes da tese.

Às professoras Dra Edilene Marchini Boechat, Dra Isolda de Araújo Günther, Dra Maria Inês Gandolfo Conceição, cujas contribuições enquanto membros da banca de qualificação desafiaram e enriqueceram a metodologia deste trabalho. À professora Dra Sheila Giardini Murta, pelo auxílio na compreensão da dinâmica dos grupos psicoeducativos. Ao professor Dr César Augusto Melo e Silva, pela prestatividade, paciência e gentileza nas devolutivas da análise estatística realizada. Aos professores Dr. André Luiz Lopes Sampaio, Dra. Edilene Marchini Boèchat, Dra Isolda de Araújo Günther e Dra. Vânia Maria Moraes Ferreira, pelas contribuições e considerações enquanto membros da banca examinadora na defesa da tese.

Ao Departamento de Processos Psicológicos Básicos, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, por oferecer um programa de pós-graduação de qualidade aos interessados em Ciências do Comportamento. Aos professores, agradeço pelos conteúdos trabalhados nas disciplinas, que enriqueceram minha formação acadêmica; em especial aos professores Dr. Gerson Américo Janczura e Dr. Timothy Martin Mulholland, por serem tão inspiradores e dedicados. Aos funcionários Rodolfo Lauro Alves dos Santos e Daniel Roberto Milke, à ex-funcionária Joyce Novais do Rêgo, e aos estagiários da secretaria do PPG-CdC, por atenderem os alunos do programa com prestatividade e consideração.

Às amigas Adriana Manso Melchiades Nozima, Carla Cristina Vasconcelos Pena de Santana, Luciana Carelli Henriques de Andrade, Maiara Maia de Santana, Marta Rgueira Dias Prestes, Nagi Hanna Salm Costa, pela cumplicidade e amizade: cada uma, a seu modo, ofereceu seus dons para me ajudar, me divertir, me socorrer, me fazer refletir, me inspirar, me enriquecer. A vocês, e também aos companheiros de laboratório, Valéria Reis do Canto-Pereira, Noah Gabriel dos Santos Nery Nunes Ribeiro e Gabriel Olímpio Nascimento de Almeida, sou grata pelas sugestões à minha pesquisa no decorrer destes anos de doutorado. Carla, em especial, com quem dividi caronas, momentos de estudo e as mais diversas emoções, incluindo a gravidez e o nascimento dos nossos meninos (o João da Carla e o Otávio da Renata).

Ao aluno Marcos Vinícius Sousa de Medeiros, pelo auxílio prestado à pesquisa na fase da coleta de dados e compilação de resultados. Espero que acompanhar esta pesquisa tenha sido enriquecedor à sua formação acadêmica e humana.

Às amigas Luana Segatti Sá e Sílvia Cristina Lima Braga, parceiras de trabalho que me ajudaram a entrevistar pacientes com otite média crônica, e assim reafirmar o propósito desta pesquisa. Obrigada pelo apoio e incentivo constante. É muito bom e enriquecedor trabalhar com vocês!

Às amigas Heloisa Helena Motta Bandini e Isabella Monteiro de Castro Silva que, desde a graduação em Fonoaudiologia, acompanham minhas ideias de pesquisa e me auxiliam com seu conhecimento sólido na Fonoaudiologia. Isabella, particularmente, colocou a mão na massa comigo em uma tarefa de revisão que ainda vamos levar adiante!

Aos profissionais com quem também troquei ideias que ajudaram a nortear esta pesquisa: otorrinolaringologistas Taciana Sarmiento Cardoso de Oliveira, Robson Barboza César, Jacinto de Negreiros Júnior, Jessé Teixeira de Lima Júnior, Sebastião José da Rocha Neto, Jader Reis Rebouças Filho, Gustavo Lara Rezende, e fonoaudiólogas Maria Helena Pinho Costa, Jovana Marteletto Denipoti Costa, Janaína de Albuquerque Silveira Mundim, Bruna Brainer Teles Guiselini e Sandra Raimundini Cavechia.

Aos médicos *staff* e residentes do Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital de Base do Distrito Federal, por realizarem os procedimentos necessários que me permitiram convidar os pacientes com otite média crônica para participar da pesquisa. Ao professor Dr. Ronaldo Campos Granjeiro e à otorrinolaringologista Rafaela Aquino Fernandes Lopes, pelo auxílio no esclarecimento quanto à hipótese diagnóstica que constava nos prontuários dos participantes da pesquisa.

Ao publicitário Lívio Lourenzo, cujo conhecimento trouxe reflexões importantes ao refinamento do material visual utilizado na coleta de dados.

Aos servidores do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Hospital de Base, pela prestatividade na organização de horários, salas e equipamentos para os encontros em grupo com os participantes da pesquisa.

Às companheiras de ambulatório Vanda Maria Maia dos Anjos, Eliene de Jesus Queiroz e Edna Aparecida Rodrigues, por me ajudarem com a recepção dos participantes e com o cafezinho servido a eles na fase da coleta de dados.

À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em especial ao Hospital de Base, pelo incentivo à pesquisa, disponibilização de uso de espaços físicos e permissão para coletas de dados com os pacientes atendidos em suas regionais. Às chefias do Ambulatório de Otorrinolaringologia e do Núcleo de Saúde Funcional, por flexibilizarem a marcação de meus abonos, férias e licenças, que foram muito úteis para a coleta dos dados e a redação da tese.

Aos pacientes com otite média crônica e seus familiares, que aceitaram participar da pesquisa, e com isso me permitiram conhecer melhor o universo de dificuldades que enfrentam, para sedimentar neste trabalho mais conhecimento sobre os problemas em torno desta condição do ouvido. Muito obrigada por todo o investimento e disponibilidade de vocês!

À psicóloga Renata Moreira Motta de Freitas, por todos os atendimentos, que me permitem refletir sobre pensamentos e comportamentos mais saudáveis, para viver melhor.

A todas as pessoas que me acolheram no luto pela morte do meu filho Otávio, em 2014. Impossível mencionar todos, entre familiares, amigos, conhecidos, profissionais, e também entre membros do Johrei Center Taguatinga. Sem a força, o apoio, as orações e a disponibilidade destas pessoas, talvez eu não tivesse qualificado o projeto de pesquisa, realizado a coleta de dados, e nem redigido a tese aqui apresentada.

Aos meus antepassados, pela oportunidade de aqui representá-los. “Nós, que vivemos atualmente, não somos seres surgidos do nada, sem relação com nada. Na verdade, representamos a síntese de centenas ou milhares de antepassados e existimos na extremidade desse elo. Somos, portanto, seres intermediários de uma sequência infinita, formando uma existência individualizada no tempo. Somos um elo da corrente que une os antepassados com as gerações futuras.” (Mokiti Okada, 1936, trechos)

A Deus, novamente, por todas as pessoas mencionadas, e pelos sentimentos de paz e gratidão, necessários para seguir nos projetos da vida, incluindo o término deste doutorado.

Sumário

| | |
|---|-------------|
| <i>Agradecimentos</i> | <i>iii</i> |
| <i>Lista de Abreviaturas</i> | <i>viii</i> |
| <i>Lista de Figuras</i> | <i>x</i> |
| <i>Lista de Tabelas</i> | <i>xi</i> |
| <i>Lista de Quadros</i> | <i>xiv</i> |
| <i>Lista de Anexos</i> | <i>xv</i> |
| <i>Resumo</i> | <i>xvi</i> |
| <i>Abstract</i> | <i>xvii</i> |
| <i>Introdução</i> | <i>1</i> |
| Audição, Perda Auditiva e Percepção Auditiva | 1 |
| Otite Média Crônica | 6 |
| Reabilitação Auditiva | 27 |
| Justificativa, Objetivos e Hipóteses | 33 |
| <i>Método</i> | <i>36</i> |
| Participantes | 36 |
| Instrumentos | 44 |
| Procedimentos | 48 |
| Tratamento dos Dados | 52 |
| <i>Resultados</i> | <i>54</i> |
| Características otológicas e auditivas, restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre os participantes com OMC | 55 |
| Influência de variáveis pessoais, otológicas e auditivas sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação dos participantes com OMC | 64 |
| Efeito do programa de reabilitação sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre os participantes com OMC | 76 |
| Restrição de participação auditiva sob o ponto de vista do parceiro de comunicação e seu uso de estratégias facilitadoras de comunicação | 95 |
| Influência de variáveis pessoais, otológicas e auditivas do participante com OMC sobre o julgamento da restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras de comunicação entre os parceiros de comunicação | 97 |
| Efeito do programa de reabilitação sobre o julgamento da restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras de comunicação entre os parceiros de comunicação | 98 |
| <i>Discussão</i> | <i>106</i> |
| Características pessoais, otológicas e auditivas, restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre os participantes com OMC | 106 |
| Influência de variáveis pessoais, otológicas e auditivas sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação dos participantes com OMC | 114 |
| Efeito do programa de reabilitação sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre os participantes com OMC | 117 |
| Parceiros de comunicação | 121 |
| Limitações | 123 |
| Recomendações | 124 |
| Implicações | 125 |
| <i>Conclusões</i> | <i>129</i> |
| <i>Referências</i> | <i>130</i> |

Lista de Abreviaturas

| | |
|----------|--|
| AASI | Aparelho de amplificação sonora individual |
| Acomp | Acompanhante |
| B | Bilateral |
| C | Perda auditiva do tipo condutivo |
| CFE | <i>Communication facilitator strategies</i> |
| Co | Colesteatomatosa |
| COM | <i>Chronic otitis media</i> |
| dB | Decibel |
| dB NA | Decibel nível de audição |
| DF | Distrito Federal |
| dp | Desvio padrão |
| EC | Estratégias de Comunicação |
| EF | Ensino fundamental |
| EFC | Estratégias facilitadoras da comunicação |
| EM | Ensino médio |
| Ens. | Ensino |
| ep | Erro padrão |
| ES | Ensino superior |
| F | Sexo feminino |
| Fund. | Fundamental |
| gl | Graus de liberdade |
| Grupo AE | Grupo Acompanhantes Encontros (participou das etapas inicial, intermediária, final e complementar) |
| Grupo AP | Grupo Acompanhantes Primeira Aplicação (participou da etapa inicial) |
| Grupo E | Grupo Encontros (participou das etapas inicial, intermediária, final e complementar) |
| Grupo P | Grupo Primeira Aplicação (participou apenas da etapa inicial) |
| Grupo T | Grupo Tempo (participou das etapas inicial e final) |
| HBDF | Hospital de Base do Distrito Federal |
| HHIA | <i>Hearing Handicap Inventory for Adults</i> |
| IC | Intervalo de confiança |
| L | Perda auditiva de grau leve |
| M | Sexo masculino |

| | |
|----------|---|
| M1 | Perda auditiva de grau moderado grau I |
| M2 | Perda auditiva de grau moderado grau II |
| Mi | Perda auditiva do tipo misto |
| N | Normal (sem OMC, sem perda auditiva ou média de via aérea normal) |
| n | Quantidade em números absolutos |
| OMC | Otite média crônica |
| OMCC | Otite média crônica colesteatomatosa |
| OMCNC | Otite media crônica não colesteatomatosa |
| <i>p</i> | Nível de significância |
| Quest. | Questionário |
| <i>r</i> | Fator de correlação de Pearson |
| RAP | <i>Restriction to auditory participation</i> |
| RPA | Restrição de participação auditiva |
| S | Perda auditiva do tipo neurosensorial |
| S1 | Perda auditiva de grau severo I |
| Si | Simplex |
| Su | Suprativa |
| <i>t</i> | Valor obtido no teste <i>t</i> de Student |
| U | Unilateral |
| VA | Via aérea |

Lista de Figuras

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Exemplo de audiograma de um indivíduo com OMC supurativa: perda auditiva condutiva leve bilateral (fonte: Zaidi e Sinha, 2013)..... | 13 |
| Figura 2 | Distribuição da amostra do estudo, composta por participantes com OMC e acompanhantes..... | 37 |
| Figura 3 | Instrumentos utilizados no presente estudo..... | 44 |
| Figura 4 | Configuração dos encontros em grupo do programa de reabilitação desenvolvido para o presente estudo..... | 50 |
| Figura 5 | Organização dos resultados do presente estudo..... | 54 |

Lista de Tabelas

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Dados pessoais, da OMC, da perda auditiva e do acompanhante dos participantes que responderam apenas à primeira aplicação dos questionários (Grupo P)..... | 40 |
| Tabela 2 | Dados pessoais, da OMC, da perda auditiva e do acompanhante dos participantes do Grupo T..... | 40 |
| Tabela 3 | Dados pessoais, da OMC, da perda auditiva e do acompanhante dos participantes do Grupo E..... | 41 |
| Tabela 4 | Valores percentuais quanto a sexo, atividade laboral fora de casa, participação de acompanhante, e valores mínimo, máximo, médio e desvio padrão dos participantes nos grupos P, T e E, e de todos os participantes em conjunto..... | 41 |
| Tabela 5 | Valores percentuais quanto a histórico de OMC, tipo de OMC na melhor e na pior orelha, e realização de cirurgia otológica prévia, e valores mínimo, máximo, médio e desvio padrão quanto a idade no início dos sintomas e anos com sintomas dos participantes nos grupos P, T e E, e de todos os participantes em conjunto..... | 42 |
| Tabela 6 | Valores percentuais quanto a tipo e grau de perda auditiva na melhor e na pior orelha, e valores médios quanto a média de via aérea na melhor e na pior orelha dos participantes nos grupos P, T e E, e de todos os participantes em conjunto..... | 43 |
| Tabela 7 | Dados da perda auditiva, da classificação pessoal de grau e frequência da dificuldade para ouvir, da pontuação no questionário Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (pontuação total, emocional, social), da classificação do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos participantes do Grupo P..... | 60 |
| Tabela 8 | Dados da perda auditiva, da classificação pessoal de grau e frequência da dificuldade para ouvir, da pontuação no questionário Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (pontuação total, emocional, social), da classificação do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos participantes do Grupo T..... | 61 |
| Tabela 9 | Dados da perda auditiva, da classificação pessoal de grau e frequência da dificuldade para ouvir, da pontuação no questionário Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (pontuação total, emocional, social), da classificação do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos participantes do Grupo T..... | 62 |

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 10 | Valores médios, desvio padrão, mínimo e máximo da pontuação no questionário Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (pontuação total, emocional, social), da classificação do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos 51 participantes da amostra. | 62 |
| Tabela 11 | Valores médios, desvio padrão (dp) e intervalo de confiança (IC) da pontuação no questionário HHIA (Hearing Handicap Inventory for Adults) (total, emocional e social), do nível de restrição de participação e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos participantes dos grupos P, T e E..... | 63 |
| Tabela 12 | Valores médios, desvio padrão e intervalo de confiança da pontuação no questionário HHIA (Hearing Handicap Inventory for Adults) (total, emocional e social) e do nível de restrição de participação conforme o tipo de otite média crônica (OMC) da melhor orelha entre os 51 participantes..... | 66 |
| Tabela 13 | Valores médios, desvio padrão e intervalo de confiança da pontuação no questionário HHIA (Hearing Handicap Inventory for Adults) (total, emocional e social) e do nível de restrição de participação conforme o tipo de perda auditiva da melhor orelha entre os 51 participantes..... | 67 |
| Tabela 14 | Valores médios, desvio padrão e intervalo de confiança da pontuação no questionário HHIA (Hearing Handicap Inventory for Adults) (total, emocional e social) conforme o grau de perda auditiva da melhor orelha entre os 51 participantes..... | 68 |
| Tabela 15 | Valores médios, desvio padrão e intervalo de confiança da pontuação no questionário HHIA (Hearing Handicap Inventory for Adults) (total, emocional e social), do nível de restrição de participação e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) conforme a classificação pessoal da dificuldade para ouvir entre os 51 participantes..... | 69 |
| Tabela 16 | Valores médios, desvio padrão e intervalo de confiança da pontuação no questionário HHIA (Hearing Handicap Inventory for Adults) (total, emocional e social), do nível de restrição de participação e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) conforme a classificação pessoal da frequência com que a dificuldade para ouvir interfere na vida pessoal entre os 51 participantes..... | 71 |
| Tabela 17 | Correlação entre dificuldade para ouvir (grau da dificuldade auditiva) e frequência com que a dificuldade para ouvir interfere na vida pessoal (frequência da dificuldade auditiva) dos 51 participantes com otite média crônica..... | 75 |

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 18 | Valores médios e desvio padrão (dp) da pontuação no questionário Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) antes e depois da passagem do tempo, e valores médios da diferença entre as aplicações antes/depois, com os valores t e p do teste t para o Grupo T..... | 78 |
| Tabela 19 | Valores médios e desvio padrão (dp) da pontuação no questionário Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) antes e depois dos encontros em grupo, e valores médios da diferença entre as aplicações antes/depois, com os valores t e p do teste t para o Grupo E..... | 78 |
| Tabela 20 | Valores médios e desvio padrão (dp) da pontuação no questionário Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) um mês e três meses depois dos encontros em grupo, e valores médios da diferença entre as aplicações antes/depois, com os valores t e p do teste t para o Grupo E..... | 79 |
| Tabela 21 | Valores médios e erro padrão (ep) da pontuação no questionário Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos 12 acompanhantes e respectivos participantes com OMC, e valores médios da diferença e erro padrão (ep) entre as pontuações de ambos, com os valores t e p do teste t..... | 96 |
| Tabela 22 | Pontuações no questionário Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (total, emocional, social), nível de restrição de participação, e pontuações no questionário Estratégias de Comunicação (EC) antes e após (1 mês e 3 meses depois) a participação na reabilitação para os 4 acompanhantes, e abaixo para os respectivos participantes com OMC..... | 99 |

Lista de Quadros

| | | |
|-----------|--|-----|
| Quadro 1 | Panorama das etapas e respectivos procedimentos realizados com os participantes e acompanhantes..... | 49 |
| Quadro 2 | Panorama dos testes estatísticos utilizados no tratamento dos dados..... | 53 |
| Quadro 3 | Divisão das variáveis correlacionadas ou comparadas à restrição de participação auditiva e ao uso de estratégias facilitadoras da comunicação..... | 72 |
| Quadro 4 | Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E durante o Encontro 1 (temas principais: sistema auditivo e OMC)..... | 84 |
| Quadro 5 | Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E durante o Encontro 2 (temas principais: som e percepção auditiva)..... | 85 |
| Quadro 6 | Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E durante o Encontro 3 (tema principal: fatores intervenientes na percepção da fala considerando os componentes da cadeia de comunicação)..... | 86 |
| Quadro 7 | Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E durante o Encontro 4 (tema principal: características de situações de escuta que envolvem, ou não, interação; cuidados que podem ser tomados em cada situação)..... | 87 |
| Quadro 8 | Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E durante o Encontro 5 (tema principal: cuidados com ouvido e audição)..... | 88 |
| Quadro 9 | Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E ao final do último encontro..... | 92 |
| Quadro 10 | Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E 1 mês ou 3 meses após o último encontro..... | 94 |
| Quadro 11 | Exemplos de relatos dos acompanhantes dos participantes com OMC do Grupo E durante os Encontros..... | 101 |
| Quadro 12 | Exemplos de relatos dos acompanhantes dos participantes com OMC do Grupo E ao final do último encontro..... | 104 |
| Quadro 13 | Exemplos de relatos dos acompanhantes dos participantes com OMC do Grupo E 1 mês ou 3 meses após o último encontro..... | 105 |

Lista de Anexos

| | | |
|---------|---|-----|
| Anexo A | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 152 |
| Anexo B | Entrevista..... | 153 |
| Anexo C | Questionário HHIA (Adaptação) – Versão Participante com OMC..... | 154 |
| Anexo D | Questionário HHIA (Adaptação) – Versão Acompanhante..... | 155 |
| Anexo E | Questionário Estratégias de Comunicação – Versão Participante com OMC..... | 156 |
| Anexo F | Questionário Estratégias de Comunicação – Versão Acompanhante..... | 157 |
| Anexo G | Detalhamento dos Encontros em Grupo da Etapa B | 158 |
| Anexo H | Atividade do Encontro 1..... | 160 |
| Anexo I | Atividade do Encontro 2..... | 161 |
| Anexo J | Atividade do Encontro 3..... | 162 |
| Anexo K | Atividade do Encontro 4..... | 163 |
| Anexo L | Comentários dos Participantes Durante a Aplicação dos Questionários..... | 164 |
| Anexo M | Tabelas de Leitura Complementar..... | 165 |
| Anexo N | Figuras do Jogo Dixit Escolhidas Pelos Participantes em Atividade Durante o Encontro 2..... | 167 |
| Anexo O | Transcrição Literal dos Registros dos Participantes e Acompanhantes na Atividade do Encontro 1..... | 169 |
| Anexo P | Transcrição Literal dos Registros dos Participantes e Acompanhantes na Atividade do Encontro 2..... | 171 |
| Anexo Q | Transcrição Literal dos Registros dos Participantes e Acompanhantes na Atividade do Encontro 3..... | 173 |
| Anexo R | Transcrição Literal dos Registros dos Participantes e Acompanhantes na Atividade do Encontro 4..... | 175 |
| Anexo S | Registro dos Relatos dos Participantes e Acompanhantes Sobre a Participação na Reabilitação..... | 177 |

Resumo

Indivíduos com otite média crônica (OMC) que ainda não tiveram a audibilidade restaurada são potencialmente sujeitos a dificuldades auditivas diárias, devido à barreira perceptual ocasionada pela presença de perfuração timpânica com ou sem otorreia, levando a interrupções no fluxo conversacional. **Objetivos.** 1) Identificar características pessoais, otológicas e auditivas, restrição de participação auditiva (RPA) e uso de estratégias facilitadoras da comunicação (EFC) entre indivíduos com OMC. 2) Investigar o julgamento de parceiros de comunicação sobre a RPA do indivíduo com OMC, e o uso de EFC por parceiros de comunicação. 3) Avaliar o efeito da reabilitação em grupos psicoeducativos sobre a RPA e o uso de EFC para indivíduos com OMC e seus parceiros de comunicação. **Método.** Participaram deste estudo 51 adultos com histórico de OMC (participantes com OMC), e 12 parceiros de comunicação (acompanhantes). Foram coletados dados pessoais, otológicos e audiológicos dos participantes com OMC, e aplicados questionários para verificar o nível de RPA e o uso de EFC entre participantes com OMC e acompanhantes. Dezesesseis participantes com OMC e quatro acompanhantes participaram de um programa de reabilitação, composto por cinco encontros em grupo, nos quais foi realizada uma abordagem psicoeducativa a respeito de situações de comunicação e estratégias de comunicação. Os questionários de restrição e estratégias foram reaplicados um e três meses depois da reabilitação, e os resultados foram comparados aos de participantes com OMC que não compuseram o grupo de reabilitação. **Resultados principais.** Observou-se que: 41 participantes com OMC apresentavam sintomas otológicos desde a infância ou adolescência, 20 já haviam realizado cirurgia previamente, 42 mencionaram dificuldades auditivas na entrevista, e 38 apresentavam sinais de alteração neurossensorial na pior orelha, com média de via aérea na mesma de 48 decibéis. Os participantes com OMC apresentaram variabilidade no nível de RPA e no uso de EFC, mas em média com restrição moderada e uso moderado de estratégias. Verificou-se que a RPA apresentou correlação negativa com anos de estudo, e que maior RPA esteve associada com características otológicas (OMC suprativa) e audiológicas (perda auditiva mista, perda auditiva leve ou moderada grau I) da melhor orelha nos participantes com OMC. O efeito do programa de reabilitação sobre os participantes com OMC foi o aumento no uso de EFC, e a conscientização quanto a sentimentos negativos relacionados às dificuldades auditivas. Acompanhantes de indivíduos com OMC bilateral demonstraram utilizar mais EFC que os de OMC unilateral. O efeito do programa de reabilitação sobre os acompanhantes foi adequar parcialmente o julgamento de RPA de dois deles e aumentar o uso de EFC apenas por um deles. **Conclusão.** Indivíduos com OMC tendem a apresentar um tempo longo de privação auditiva, e um moderado nível de restrição de participação auditiva, apesar da variabilidade individual. O programa de reabilitação demonstrou potencial para atender o indivíduo com OMC em suas dificuldades auditivas, enquanto a audibilidade não é alcançada por meio da cirurgia otológica ou outros meios. A participação de pessoas significativas no processo de reabilitação de indivíduos com OMC apresentou potencial favorável à redução de conflitos nas situações diárias de comunicação.

Palavras-chave: otite média crônica; perda auditiva; grupo psicoeducativo; restrição de participação auditiva; estratégias de comunicação.

Abstract

Individuals with chronic otitis media (COM) who have not yet had audibility restored are potentially subject to daily auditory difficulties, due to the perceptual barrier caused by tympanic perforation with or without otorrhea, leading to interruptions in the conversational flow. **Goals:** 1) To identify personal, otological and auditory characteristics, restriction to auditory participation (RAP) and use of communication facilitating strategies (CFE) among individuals with COM. 2) To investigate the judgment of communication partners about the RAP of the individual with COM, and the use of CFE by communication partners. 3) To evaluate the effect of psychoeducational rehabilitation groups on RAP and on the use of CFE by individuals with COM and their communication partners. **Method.** Fifty one adults with a history of COM (COM individuals), and 12 communication partners (companions) participated in this study. Personal, otological and audiological data were collected from COM individuals, and questionnaires were applied to verify level of RAP and use of CFE between COM individuals and companions. Sixteen COM individuals and four companions participated in a rehabilitation program, composed of five group meetings, in which a psychoeducational approach was carried out regarding communication situations and communication strategies. Restriction and strategies questionnaires were reapplied one and three months after rehabilitation, and results were compared to those of COM individuals who did not participate in the rehabilitation group. **Main results:** It was observed that: 41 COM individuals had had otological symptoms since childhood or adolescence, 20 had previously undergone surgery, 42 mentioned auditory difficulties in the interview, and 38 had signs of sensorineural alteration in the worst ear, with mean loss of 48 decibels. COM individuals presented variability in level of RAP and in use of CFE, but on average had moderate restriction and moderate use of strategies. RAP showed negative correlation with years of education, and higher RAP was associated with otological (suppurative COM) and audiological (mixed hearing loss, mild or moderate grade I) hearing loss in the best ear for participants with COM. RAP was influenced by years of education, and otological and audiological characteristics of the best ear among COM individuals. The effect of the rehabilitation program on COM participants was increase in the use of CFE, and awareness of negative feelings associated to hearing difficulties. Relatives of individuals with COM on both ears used more CFE than those with unilateral COM. The effect of the rehabilitation program on partners was to partially adjust the RAP judgment by two of them and to increase use of CFE only by one of them. **Conclusion.** Individuals with COM tend to have a long time of hearing deprivation, and a moderate level of restriction to auditory participation, despite individual variability. The rehabilitation program demonstrated potential to support individual with COM in dealing with their hearing difficulties, while audibility is not achieved by otologic surgery or other means. The participation of relatives in rehabilitation process of individuals with COM presented favorable potential for reducing conflicts in daily communication situations.

Key words: chronic otitis media; hearing loss; psychoeducational group; restriction to auditory participation; communication strategies.

Introdução

Audição, Perda Auditiva e Percepção Auditiva

A audição propicia a comunicação oral entre os indivíduos e desempenha um papel de interação social muito importante. Também exerce a função de alerta, de modo a permitir que o indivíduo localize fontes sonoras e reconheça indícios de perigo por meio da análise da direção e da distância de objetos e eventos sonoros (Schiffman, 2005), bem como seu significado.

Alterações no sistema auditivo podem impedir ou dificultar o cumprimento adequado dessas funções e, por consequência, ocasionar prejuízo nas interações sociais e insegurança em situações corriqueiras. Tais alterações podem ocorrer em função de diversos fatores, por exemplo, doenças infectocontagiosas, traumas físicos e ruído excessivo e podem gerar perda auditiva reversível, ou não.

A perda auditiva pode alterar em maior ou menor grau a percepção dos sons, como ao elevar o limiar de sensibilidade, dificultar a localização espacial e a discriminação de frequências, distorcer a sensação de intensidade, diminuir a capacidade de resolução temporal, piorar o desempenho em tarefas de sensibilidade a vogais, prejudicar a inteligibilidade de palavras (Feitosa, 2001). Em quase todos os casos de perda auditiva há como promover melhora na qualidade de vida do indivíduo, seja por meio de tratamento clínico e/ou cirúrgico ou do uso de dispositivos auditivos (Iório, 2011).

Breve descrição da anatomia do sistema auditivo e da fisiologia da audição.

Em um sistema auditivo íntegro, as porções periférica e central atuam sequencial e harmonicamente para captar o estímulo sonoro, promover sua decodificação e propiciar sua percepção. Inúmeras publicações em anatomia do sistema auditivo e fisiologia da audição estão disponíveis, e quatro delas (Gardner, Gray & O'Rahilly, 2008; Menezes,

Neto & Motta, 2005; Tortora & Derrickson, 2010; Zemlin, 2000) embasaram as descrições que se seguem nos dois próximos parágrafos.

Sequencialmente, o percurso periférico do som passa pelas seguintes estruturas anatômicas: orelha externa (pavilhão auricular, meato acústico externo), orelha média (membrana timpânica, cadeia ossicular, janela do vestíbulo), orelha interna (rampas da cóclea, membranas do ducto coclear, órgão de Corti, células ciliadas, fibras sensitivas do ramo coclear e nervo vestibulococlear). A partir do nervo vestibulococlear, o percurso do estímulo sonoro, transformado em estímulo elétrico através de impulsos nervosos originados na cóclea, passa pelas seguintes estruturas da via auditiva aferente: núcleo coclear, núcleo olivar superior, lemnisco lateral, colículo inferior, corpo geniculado medial, área auditiva no lobo temporal.

A condução do som através da via aérea ocorre a partir das ondas sonoras que se propagam no ar e chegam à superfície do pavilhão auricular, sendo concentradas na entrada do meato acústico externo, cujas paredes lisas e regulares propiciam reflexões em direção à membrana timpânica; esta passa a vibrar na mesma frequência da propagação das ondas sonoras. Como a área central da membrana timpânica se conecta à cadeia ossicular, esta começa a vibrar, e empurra a janela do vestíbulo para dentro e para fora do vestíbulo coclear, o qual é preenchido por um líquido denominado perilinfa.

A vibração mecânica das ondas sonoras também é transmitida à perilinfa através da vibração dos ossos do crânio, atingidos externamente pelas ondas sonoras, em sua propagação tridimensional (esta condução através dos ossos é denominada via óssea). Conforme as ondas de pressão deformam as paredes das rampas da cóclea, empurram a membrana do ducto coclear, o qual é preenchido por outro líquido, a endolinfa. As ondas de pressão na endolinfa movimentam as células ciliadas do órgão de Corti, as

quais produzem potenciais receptores que desencadeiam a liberação de neurotransmissores, os quais levam à geração de impulsos elétricos que percorrem as vias auditivas centrais aferentes a partir do nervo vestibulococlear, até atingirem o córtex auditivo.

Qualquer alteração no sistema auditivo periférico ou central pode levar a uma perda auditiva, a qual irá variar conforme a estrutura acometida e a extensão do comprometimento físico.

Perda auditiva. A perda auditiva, ou deficiência auditiva, é uma das mais prevalentes condições crônicas que afetam a saúde de adultos e idosos (Popelka, et al., 1998).

Prevalência. De acordo com o censo demográfico brasileiro de 2010, 4,2% da população entre 15 e 64 anos de idade e 25,6% da população com idade igual ou maior a 65 anos declararam apresentar deficiência auditiva (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, Lin, Niparko e Ferruci (2011) estimaram que 20% da população americana com 12 anos de idade ou mais apresentavam perda auditiva entre os anos de 2001 e 2008. Ao analisar 42 estudos epidemiológicos realizados entre os anos de 1973 e 2010 em 29 países (18 desenvolvidos e 24 em desenvolvimento), Stevens e colaboradores (2011) concluíram que a prevalência da perda auditiva na criança e no adulto é maior em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos.

Implicações. A perda auditiva restringe a participação do indivíduo em situações de vida diária, interfere na motivação para a vida social, na manutenção das relações contínuas, nos contatos a longa distância, e diminui o envolvimento em atividades de lazer e socialização, tornando-se um problema significativo não só para o indivíduo,

mas também para os membros da sua família (Iório, 2011; Joia, Fioravanti, Tamashiro, Martins, & Montovani, 1997; Smith & Kampfe, 1997; Weinstein, 1989).

A perda auditiva também gera dificuldades na localização espacial sonora, o que interfere na sensação de segurança: segundo Glyde, Cameron, Dillon, Hickson e Seeto (2013), todas as pessoas com perda auditiva apresentam déficit no processamento espacial em algum grau.

A perda no processamento sensorial de entrada (*bottom-up*), causado pela perda auditiva, pode induzir uma reorganização das vias auditivas descendentes, permitindo uma eficiência maior do processamento cognitivo (*top-down*) no uso de pistas linguísticas e contextuais, originadas do conhecimento prévio do indivíduo (Lesicko & Llano, 2017). Isso promove melhor adaptação em situações auditivas desafiadoras, como em ambientes acusticamente degradados, mas exige um esforço extra, que pode levar a cansaço e a queda no desempenho em tarefas concomitantes.

Há evidências de que a perda auditiva promove um processo de realocação de recursos corticais, o que resulta em aumento na carga cognitiva. Examinando adultos com perda auditiva de grau leve ou moderado, Campbell e Sharma (2013) observaram ativação reduzida em regiões corticais auditivas temporais e ativação de regiões frontais corticais em resposta a estímulo de fala. Este achado oferece evidências de plasticidade cortical compensatória, realocando recursos de áreas temporais auditivas para áreas cognitivas frontais.

Sentimentos negativos como tristeza, nervosismo, incômodo, sensação de derrota, receio de incomodar o interlocutor e de ser julgada como desatenta ou desinteressada são elementos presentes no discurso de pessoas que adquiriram perda auditiva (Ribeiro & Rasera, 2008; Tschiedel, 2003).

Pessoas que nasceram com perda auditiva ou que a adquiriram na infância constroem ao longo dos anos um repertório de como lidar com as dificuldades na comunicação, e pessoas que adquiriram perda auditiva quando adultos passam a experimentar dificuldades que não apresentavam antes, e deverão aprender a lidar com elas. Problemas de adaptação, frustração e isolamento podem surgir como consequência do julgamento que o próprio indivíduo, a família ou a comunidade fazem das dificuldades na comunicação decorrentes da perda auditiva (Francelin, Motti, & Morita, 2010).

Adultos com perda auditiva podem ter mais dificuldade de conseguir um emprego, manter-se nele ou de progredir na carreira (Maile & Youngs, 2013). Dificuldades na comunicação, menor sensibilidade para sons ambientais de alerta (como toque do telefone ou sinais de aviso) e até redução na produtividade em função de exaustão emocional podem ocorrer no ambiente de trabalho entre pessoas com perda auditiva (Hasson, Theorell, Wallén, Leineweber, & Canlon, 2011).

A dificuldade para entender a fala expõe a pessoa com perda auditiva a situações de constrangimento e embaraço social, e interrompe o fluxo da conversa, levando o interlocutor a repetir o que já havia dito (Ribeiro & Rasera, 2008). Pode interferir também na comunicação com os profissionais que cuidam de sua saúde, levando a problemas no vínculo com o profissional e na adesão ao tratamento (Castro, Paiva, & César, 2012).

Restrição de participação em função da perda auditiva. A desvantagem resultante das dificuldades auditivas representa a restrição de participação (anteriormente denominada *handicap*), caracterizada pela discordância entre o desempenho do indivíduo e as suas expectativas (World Health Organization, 1980).

A restrição de participação limita o funcionamento psicossocial do indivíduo, e pode ser medido pelo estudo da relação entre a perda auditiva, a incapacidade consequente, os hábitos de vida e o ambiente sociocultural e físico do indivíduo (Araújo, Mondelli, Lauris, Richiéri-Costa, & Feniman, 2010).

Mesmo a perda auditiva unilateral e a perda auditiva bilateral de grau leve podem levar a problemas emocionais e sociais (Araújo et al., 2010; Newman, Hug, Jacobson, & Sandridge, 1997). Níveis altos de restrição de participação podem estar relacionados a pontuações baixas em questionários que avaliam a função sexual do indivíduo, como no estudo de Ozler e Ozler (2013), que contabilizou piores pontuações na função orgásmica, desejo sexual e satisfação total entre homens com perda auditiva quando comparados a homens com audição normal.

Medir a restrição de participação pode oferecer ao profissional uma ideia das dificuldades auditivas diárias enfrentadas, o que pode enriquecer o trabalho de assistência direcionado às necessidades específicas da pessoa com perda auditiva (Souza & Lemos, 2015). Este aspecto na otite média crônica será explorado em um dos itens da próxima seção.

Otite Média Crônica

Caraterísticas gerais e demográficas. Otite média crônica (OMC) é uma causa significativa de perda auditiva, sendo considerada um problema de saúde pública em todos os países do mundo, especialmente nos países em desenvolvimento (*World Health Organization & CIBA Foundation*, 1996). Suas consequências são preocupantes, principalmente em crianças até os três anos de idade, uma vez que o acesso intermitente a estímulos auditivos pode gerar efeitos negativos de longo prazo na comunicação, no desenvolvimento linguístico, cognitivo e psicossocial, bem como no progresso

educacional, além de empregabilidade limitada na vida adulta (*World Health Organization & CIBA Foundation, 1996; World Health Organization, 2004*).

O sofrimento pessoal e familiar causado pela OMC é observado no desconforto, na perda auditiva, no prejuízo de se ter uma orelha cronicamente secretante e fétida, nas limitações à participação em atividades prazerosas devido à perfuração timpânica, nas complicações e até risco de morte (Costa & Dornelles, 2006a).

Prevalência. A prevalência da OMC ao redor do mundo varia entre um e 46% em grupos desfavorecidos (*World Health Organization & CIBA Foundation, 1996*). Em uma capital brasileira, Godinho e colaboradores (2001) realizaram um estudo epidemiológico da prevalência de patologias otológicas em 1005 crianças em idade escolar (sendo esta uma amostra representativa de crianças sul-americanas), e observaram uma prevalência de OMC da ordem de 0,94%. Parvez, Khan, Hashmi e Khan (2016) observaram uma prevalência da OMC em 7% das crianças residentes em zona rural e 1,8% das crianças residentes em zona urbana. De acordo com a *World Health Organization* e a *CIBA Foundation* (1996), uma prevalência maior que 1% em uma dada comunidade significa que a doença é manejável por meio do contexto geral de cuidado em saúde, mas uma prevalência maior ou igual a 4% indica necessidade de atenção urgente. Um número crescente de países tem documentado a prevalência das otites médias, incluindo populações com alto risco para OMC (Homøe et al., 2017).

Apesar das pesquisas regionais de prevalência sobre a OMC em sua maioria serem com a população infantil, os dados podem ser considerados para toda a população regional, dado que a OMC persiste na vida adulta, e também pelo fato da maioria dos países em desenvolvimento apresentar uma população predominantemente jovem, na qual a OMC é mais prevalente (*World Health Organization, 2004*). No entanto, não é possível determinar o quanto a OMC contribui para o peso global da deficiência

auditiva, devido a estimativas globais não confiáveis, as quais tendem a dar a falsa impressão de que o problema da OMC não existe (*World Health Organization*, 2004).

Fatores de risco. A OMC é uma doença característica de comunidades pobres, e alguns dos fatores de risco que predisõem o seu desenvolvimento são falta de acesso a tratamento de saúde, moradia inadequada, higiene pessoal pobre e nutrição deficiente; outros fatores de risco envolvem predisposição familiar, aleitamento com mamadeira, exposição à fumaça de cigarro ou fumaça de queima de madeira, índices altos de colonização nasofaríngea com bactérias patogênicas, disfunção da tuba auditiva, estado imunológico imaturo ou deficiente (*World Health Organization & CIBA Foundation*, 1996). Thakur, Singh, Acharya, Anwar e Ghimire (2017) lembram que o nível educacional materno também é um fator de risco para OMC.

Ao analisar 189 indivíduos de classe socioeconômica baixa com OMC supurativa, Lasisi, Olayemi e Irabor (2008) observaram que a alergia nasal, o nível socioeconômico baixo e o grande número de habitantes por casa se mostraram como fatores de risco significativos para a otite média de início precoce em 70% da amostra, o que poderia ser explicado pela exposição precoce a ambientes lotados com ventilação inadequada e alta umidade, mudança da flora nasofaríngea e infecção respiratória.

Uma revisão de literatura sistemática com 24 estudos sobre OMC e otite média recorrente, publicados entre 1988 e 2011, concluiu que os mais importantes fatores de risco para ambas as doenças são: alergia, infecção do trato respiratório superior, ronco, história prévia de otite média aguda ou recorrente, fumante passivo, e baixo nível social (Zhang et al., 2014).

A incidência da OMC pode ser reduzida com providências governamentais para melhorar a qualidade de vida da população. Uma pesquisa realizada em Taiwan entre os anos de 1997 e 2008 (Lin, Lin, Lee, & Lee, 2009), com 3223 pessoas de 15 a 88 anos

com OMC, revelou que a incidência anual de OMC caiu de 407 para 145 casos em 10 anos, provavelmente devido a: melhora da condição socioeconômica nacional, melhora do acesso à saúde pública, aumento no número de otorrinolaringologistas, tratamento mais eficaz das otites médias agudas e uso de antibióticos no tratamento da OMC.

Nomenclatura. Foi observado na literatura pesquisada, nacional e internacional, o uso de diferentes termos na classificação da otite média crônica: OMC simples (presença de perfuração timpânica, mas sem episódios atuais de otorreia), OMC supurativa (presença de perfuração timpânica e otorreia constante ou intermitente), OMC colesteatomatosa (perfuração timpânica associada a otorreia e colesteatoma), OMC não colesteatomatosa (perfuração timpânica com otorreia, mas sem colesteatoma), OMC supurativa ativa (perfuração timpânica com otorreia recorrente), OMC supurativa inativa (perfuração timpânica sem otorreia atual).

Não há consenso na literatura a respeito da classificação das OMCs, o que se justifica pela dinamicidade da patologia de orelha média, a qual atravessa estágios evolutivos crescentes de eventos epiteliais e subepiteliais (Scheibe et al., 2002). Quando ossos temporais com otite média são estudados, os limites histopatológicos entre as diferentes formas de otite são tênues, o que aponta para uma única condição que evolui em estágios progressivos (Costa, Dornelles, Netto & Braga, 2006). Assim, o termo “otite média” se refere a um grupo de doenças inflamatórias que afetam a orelha média, e as mudanças inflamatórias secundárias à otite média evoluem, como um *continuum*, ao longo do tempo (Monsanto, Schachern, Paparella, Cureoglu & Penido, 2017).

Uma explicitação dos termos otorreia, perfuração timpânica e colesteatoma é oferecida mais adiante.

Complicações. A OMC pode levar a complicações dentro do osso temporal, como mastoidite, paralisia facial periférica, fístula labiríntica e labirintite (Maranhão,

Andrade, Godofredo, Matos & Penido, 2013), e até mesmo dentro do crânio, como meningite e abscesso cerebral (Lin et al., 2009).

Maranhão e colaboradores (2013) verificaram que a incidência anual de complicações intratemporais em um hospital universitário brasileiro foi de 0,8%, comparável a outros países em desenvolvimento, sendo a OMC colesteatomatosa a etiologia mais frequente. Durante um ano, eles acompanharam 1816 pacientes de 0 a 99 anos de idade com otite média aguda ou crônica, e observaram que 15 deles (11 com OMC colesteatomatosa, três com otite média aguda e um com OMC não colesteatomatosa), com idade entre 26 e 78 anos, apresentaram complicações intratemporais, além de perda auditiva e zumbido. Os autores ponderaram que a dificuldade de acesso ao sistema público de saúde, a precariedade do atendimento, e a falta de informações à população são alguns dos fatores de risco associados a este índice.

No estudo de Lin e colaboradores (2009), apesar da queda na prevalência da OMC em um período de dez anos, a taxa de complicações permaneceu, e alguns dos fatores que poderiam ser associados a este fato seriam a presença de co-morbidades (como diabetes) e questões culturais, como a preferência pela busca à medicina tradicional e ao tratamento com ervas medicinais.

Características fisiológicas. A OMC está associada à presença de tecido irreversivelmente patológico na orelha média (Costa, Dornelles, Netto & Braga, 2006). Segundo Lopes Filho (1994), a OMC é caracterizada não pela duração do processo supurativo, mas pelas alterações histopatológicas. Ela apresenta início insidioso e curso lento, tende a ser persistente e muito destrutiva; a otorreia (escorrimento visível de pus através da membrana timpânica não íntegra), geralmente intermitente, causa flutuação na sensibilidade auditiva (Robb, Psak, & Pang-Ching, 1993). Pesquisas de prevalência

mostram que a OMC supurativa envolve 65 a 330 milhões de indivíduos, 60% dos quais sofre com uma perda auditiva significativa (*World Health Organization*, 2004).

A maioria dos indivíduos com OMC supurativa apresenta histórico de episódios recorrentes de otorreia desde a infância, os quais geralmente resultam de um episódio inicial de otite média aguda ou como sequela de formas menos severas de otite média, como a otite média serosa (*World Health Organization*, 2004).

Um aspecto importante apontado por Tiedt e colaboradores (2013) é que os episódios de otorreia são tolerados por pais e cuidadores, geralmente alheios à séria natureza da OMC supurativa; a essa tolerância se aliam a falta de acesso a serviços de saúde, o atraso na referência da saúde primária para os serviços de Otorrinolaringologia, a disponibilidade limitada de serviços otorrinolaringológicos, e a crença de que a otorreia seria um sintoma comum na infância. Segundo Ramalho, Costa, Guimarães, Leandro e Veiga (2013), as pessoas com OMC são referenciadas frequentemente após vários anos de otorreia crônica, o que leva a perfurações timpânicas grandes, dificultando um prognóstico favorável na resolução das mesmas.

A perfuração na membrana timpânica na OMC e alterações na cadeia ossicular presentes na OMC são fatores relevantes, pois alteram a condução do som através da orelha média, e interferem na magnitude e no perfil de amplificação sonora oferecido pelo conjunto tímpano-ossicular, antes do som atingir o meio líquido no interior da cóclea. Esta amplificação do som entre 30 a 40 decibéis (dB) se dá por meio de dois mecanismos da orelha média: (a) a relação hidráulica de superfície entre a membrana timpânica e a janela do vestíbulo, e (b) o mecanismo de alavanca da cadeia ossicular (Menezes et al., 2005). No primeiro mecanismo, a pressão sonora que chega à membrana timpânica, cuja área vibratória é de 55mm^2 , sofre uma grande concentração ao chegar à base do estribo, a qual oclui a janela do vestíbulo e cuja área é de 3.2mm^2 ;

no segundo mecanismo, a cadeia ossicular multiplica a força de vibração recebida da membrana timpânica, devido à posição e à ligação entre os ossículos (Zemlin, 2000). Tais recursos geram um aumento na amplitude de vibração do sistema tímpano-ossicular e, quando alguma alteração ocorre na orelha média, ficam comprometidos.

Czechowicz e colaboradores (2010), em um levantamento com 335 crianças e jovens entre seis e 19 anos de idade, residentes em um distrito de nível socioeconômico baixo próximo da capital peruana, observaram que 4,5% delas apresentavam alguma anormalidade na membrana timpânica associada à perda auditiva. Este levantamento mostra a relação entre alterações na membrana timpânica e a sensibilidade auditiva, que no caso das crianças em questão, encontrava-se reduzida.

O colesteatoma, erroneamente caracterizado como tumor com tecido gorduroso e cristais de colesterol, na verdade é uma formação originada do epitélio da membrana timpânica e/ou do meato acústico externo, e representa o ápice do processo evolutivo da OMC (Dornelles, Costa, Meurer & Schweiger, 2005). Macroscopicamente, o colesteatoma é uma lesão cística arredonda ou oval, sendo seu tamanho e configuração variáveis (Costa & Dornelles, 2006b). O colesteatoma pode atingir a cadeia ossicular, os ossos do crânio, e o labirinto ósseo, o que demonstra seu forte poder de erosão sobre o tecido ósseo (Dornelles, Meurer, Costa & Schweiger, 2006).

Alterações na orelha interna também são encontradas nos casos de OMC (Nanda & Luthra, 2015), comprovadas em estudos de ossos temporais, como o de Monsanto e colaboradores (2017), no qual foi observada perda significativa de células ciliadas cocleares e vestibulares.

A pneumatização do osso mastoide também está associada à perda auditiva, em uma relação inversamente proporcional: quanto menor a pneumatização da mastoide, maior o grau da perda auditiva (Manjuran & Bahuleyan, 2016).

Características audiológicas. A perda auditiva que acompanha a OMC resulta da perfuração da membrana timpânica e de alterações na cadeia ossicular, com ou sem bloqueio à passagem do som causado pela otorreia (*World Health Organization & CIBA Foundation*, 1996), ocasionando uma perda auditiva condutiva (vide Figura 1), na qual a sensibilidade para os sons que chegam através da orelha externa encontra-se alterada, mas a sensibilidade para os sons que chegam diretamente na cóclea por condução óssea é preservada (Lopes Filho, 1997). Esta condição caracteriza alteração nos limiares auditivos, porém o reconhecimento de palavras com o aumento da intensidade sonora 40 dB acima da média dos limiares auditivos aéreos é mantido dentro do padrão de normalidade (Russo, Lopes, Brunetto-Borgianni & Brasil, 2005).

Na OMC, limiares auditivos aéreos piores que 40 dB podem indicar fixação ou descontinuidade da cadeia ossicular (*World Health Organization & CIBA Foundation*, 1996), resultando em maior alteração na sensibilidade para os sons do que na ausência destas ocorrências. A reduzida eficiência da condução do som na OMC torna-se uma barreira perceptual, o que se torna mais significativo considerando a percepção auditiva nas situações em grupo e na presença de ruído ambiental (Rance, 2014).

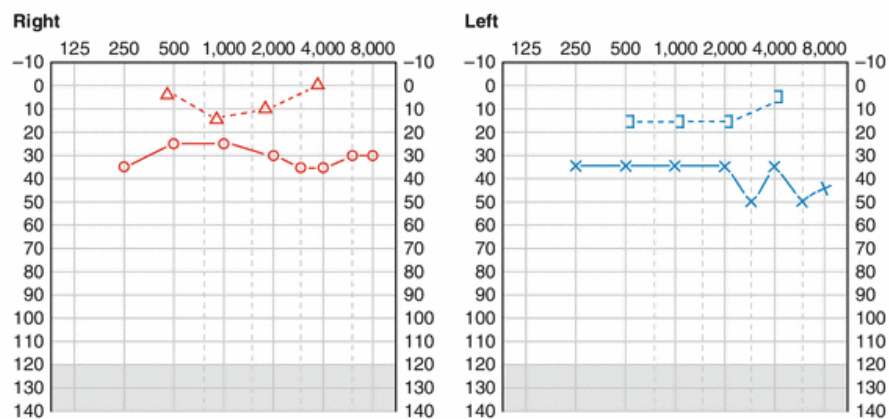


Figura 1 - Exemplo de audiograma de um indivíduo com OMC supurativa: perda auditiva condutiva leve bilateral (fonte: Zaidi e Sinha, 2013).

Na perda auditiva condutiva, o desempenho em tarefa de reconhecimento de fala, testado em cabine acústica sem ruído competitivo, é semelhante ao de pessoas com limiares auditivos dentro do padrão de normalidade, o que pode passar a falsa impressão de que o indivíduo não apresenta dificuldades no dia-a-dia para compreender a fala. No entanto, pessoas com perda auditiva condutiva também relatam dificuldades para compreender a fala. Tais dificuldades se manifestam no esforço para ouvir em situações ruidosas, queixa comum entre pessoas com perda auditiva (Gosselin & Gagné, 2010), que se expressa em comportamentos os quais passam despercebidos por se manifestarem sutilmente por meio da dilatação da pupila (Zekveld, Kramer & Festen, 2010) e aumentos na conductância da pele e na atividade eletroneuromiográfica (Mackersie & Cones, 2011).

Mesmo na ausência de mudanças no desempenho em tarefas com estímulos verbais, o esforço para ouvir se expressa em respostas psicofisiológicas consistentes com a ativação de resposta a situações de estresse, acompanhadas por mudanças sistemáticas em parâmetros subjetivos, como frustração e aborrecimento (Mackersie & Cones, 2011). E o esforço para ouvir ainda torna o indivíduo com perda auditiva suscetível a fadiga e alterações no vigor (Hornsby, Naylor, & Bess, 2016).

O processamento de estímulos verbais degradados depende criticamente da atenção direcionada a eles, pois quando a atenção está em outros focos, o processamento cortical e a memória para sentenças diminuem consideravelmente; este padrão de interação entre respostas neurais e comportamentais reflete o esforço para ouvir (Wild et al., 2012), o qual leva a fadiga (Gosselin & Gagné, 2010). Mesmo que o desempenho em tarefas auditivas desafiadoras pareça normal, o esforço cognitivo extra exigido prejudica o desempenho em outras tarefas cognitivas (Lesicko & Llano, 2017).

Deste modo, é importante não subestimar as dificuldades auditivas nos casos de perda auditiva condutiva, como ocorre na otite média crônica.

Há ainda evidências de que perdas condutivas alteram as propriedades de sinapses nas vias auditivas, reduzindo a fidelidade nos alvos centrais do nervo auditivo, o que pode afetar a percepção e, conseqüentemente, o comportamento (Zhuang, Sun, & Xu-Friedman, 2017).

O grau da perda auditiva na OMC é variável. Segundo a *World Health Organization* (2004), a OMC supurativa produz perda auditiva leve a moderada em mais de 50% dos casos. Em um estudo com 745 orelhas com OMC colesteatomatosa e não colesteatomatosa (OMCC e OMCNC, respectivamente) de crianças e adultos, Braga (2014) observou que crianças com tempo médio de sintomas de OMC há 7 anos apresentaram uma tendência a perda auditiva de grau leve, e adultos com tempo médio de sintomas de OMC há 12 anos mostraram tendência a perda auditiva de grau moderado. Devido a essa condição audiológica semelhante entre crianças e adultos com OMCC ou OMCNC, a autora concluiu que já na infância a perda auditiva por OMC se equipara à perda auditiva do adulto.

A perda auditiva condutiva é tipicamente esperada na OMC, mas alterações neurossensoriais podem ocorrer, sendo caracterizadas tanto pela piora dos limiares auditivos aéreos como dos limiares ósseos. Yehudai, Most e Luntz (2015) analisaram os prontuários de pacientes com idade entre sete e 18 anos com OMC unilateral com ou sem colesteatoma, e observaram valores alterados nos limiares de condução óssea, sugerindo alterações cocleares que não eram simples reflexo da alteração na frequência de ressonância da cadeia ossicular em decorrência da OMC, e sim alterações neurossensoriais propriamente ditas.

A perda auditiva neurosensorial pode ser decorrente da infiltração da infecção ou de agentes inflamatórios através da janela redonda da cóclea (*World Health Organization & CIBA Foundation*, 1996). Além da diminuição da sensibilidade para os sons, a alteração neurosensorial interfere no desempenho no reconhecimento de palavras, com implicações importantes na percepção da fala, especialmente no ruído, demandando maior esforço para ouvir.

A OMC supurativa e a perda auditiva associada a ela se desenvolvem na infância, e potencialmente persistem na vida adulta (Jensen, Koch & Homoe, 2013). No estudo destes autores, um grupo de crianças com idade entre zero e quatro anos, e outro grupo com idade entre três e oito anos foram avaliados bianualmente até completarem 11 a 15 anos e 18 a 24 anos, respectivamente, quando foram contabilizados aproximadamente metade dos participantes com uma perda auditiva em frequências altas ou baixas em uma ou duas orelhas, sendo que um entre 10 participantes apresentavam limiares auditivos acima de 40 dB. Dentre as patologias encontradas, a maioria estava relacionada com OMC supurativa em mais de 40% das perdas auditivas com limiares acima de 25 dB. O risco de perda auditiva entre esses casos foi alto (de 50 a 90%), e indicativos de alteração coclear também foram encontrados. Jensen e colaboradores (2013) concluíram que a OMC supurativa foi o fator de risco mais fortemente associado com o desenvolvimento de limiares auditivos acima de 25 dB NA.

Relação com linguagem, aprendizagem e comportamento. Reconhecer palavras, sílabas e segmentos fonéticos requer bastante experiência com o sinal acústico da língua, e a perda auditiva flutuante (como a decorrente de otites médias) interfere na quantidade e qualidade do *input* linguístico e, conseqüentemente, na percepção da fala (Nittrouer & Burton, 2005).

Analisando crianças de cinco anos de idade por meio de uma avaliação do processamento da linguagem (com medidas de percepção da fala, consciência fonológica, memória de trabalho verbal, compreensão de sentenças, e processamento temporal de sons não verbais), Nitttrouer e Burton (2005) observaram que crianças desta idade, de classe social média, que tiveram sete ou mais episódios de otite média com efusão antes dos três anos de idade, apresentaram atraso na percepção da fala, no processamento fonológico e na compreensão de sentenças com sintaxe complexa. Estes pesquisadores concluíram que o atraso no acesso à estrutura fonética da língua, como a ocasionada por episódios de otite média, interfere na habilidade da criança de armazenar e evocar palavras.

Robb e colaboradores (1993) acompanharam longitudinalmente um menino com OMC dos 11 aos 22 meses de vida, com limiares auditivos melhores que 20 dB NA, e observaram que: a) ele não respondia à voz na intensidade em torno de 55 a 60 dB NA a um metro de distância; b) seu repertório consonantal no início do período verbal (entre 14 e 17 meses) era bem menor do que o de crianças com desenvolvimento normal, tendo este fato coincidido com episódios de otorreia aos 16 meses. Por meio deste estudo, os autores perceberam que uma criança com OMC encontra-se em risco para desenvolver o sistema fonético em uma taxa mais lenta do que o esperado.

Lasisi e colaboradores (2008) avaliaram 189 indivíduos com OMC supurativa, e descobriram que 70% tiveram seu primeiro episódio de otorreia antes de um ano de idade, ou seja, ainda quando bebês; este fato sugere que tais indivíduos provavelmente apresentaram alteração na sensibilidade auditiva na fase crítica para o desenvolvimento da linguagem.

Os estudos mencionados acima evidenciam que a interferência da OMC na fase inicial de aquisição e desenvolvimento de linguagem causa prejuízos em habilidades

linguísticas que podem repercutir no desempenho acadêmico e, conseqüentemente, no futuro profissional.

Ainda em relação às implicações da otite média para a linguagem, nos casos em que a doença otológica atinge unicamente a orelha direita, poder-se-ia supor que esta condição apresentaria maior associação com alterações de linguagem do que a otite média exclusivamente na orelha esquerda, dado o trajeto contralateral do estímulo sonoro no sistema auditivo (da orelha direita para o hemisfério cerebral esquerdo, o qual está mais fortemente associado ao processamento da linguagem). Esta questão foi explorada por Uclés, Alonso, Aznar e Lapresta (2012), os quais avaliaram 35 crianças com idade entre três e sete anos, 12 destas com otite média de efusão unilateral à direita, três à esquerda, e 20 sem estas condições. Mediante avaliação eletrofisiológica e testes linguísticos, os pesquisadores observaram entre as crianças com otite média unilateral à direita uma codificação mais distorcida no nível fonético-fonológico do que no nível sintático-semântico, mas esta causalidade direta não pôde ser consolidada dada à pequena amostra e ao fato de que outros fatores, como genética e privação social, devem ser considerados.

Influência negativa em habilidades do processamento auditivo também pode ser observada em indivíduos com antecedentes de otite. Ao testar habilidades temporais em crianças de sete a 10 anos de idade (com histórico de episódios de otite média com efusão no primeiro ano de vida, mas na ocasião da pesquisa com limiares auditivos dentro da normalidade), Villa e Zanchetta (2014) notaram resultados significativamente inferiores para habilidades de resolução temporal e ordenação temporal nestas crianças quando comparadas a crianças sem antecedentes de otite. Alterações nestas habilidades temporais estão relacionadas com aspectos da percepção da fala, como as características suprasegmentais, importantes pistas para a compreensão da fala. Se indivíduos com

otite média com efusão apresentam tais dificuldades, pode-se supor que na OMC habilidades do processamento temporal também estejam comprometidas.

Comparando crianças de 7 a 10 anos com e sem histórico precoce de otite média, Shetty e Koonoor (2016) verificaram dificuldade significativa em processar informação temporal e espectral entre crianças que tiveram pelo menos quatro episódios de otite média antes dos dois anos de idade. Ou seja, ocorrências repetidas de otite média criam uma barreira para o comportamento auditivo em uma idade considerada crítica e, apesar do tratamento, deixam um efeito secundário que persiste em idades posteriores. Neste estudo, os autores observaram também que o ruído tem um efeito mais acentuado naqueles indivíduos com habilidades de processamento mais pobres, supondo que entre crianças sem histórico de otite, outras regiões corticais devem compensar a resposta nas relações sinal/ruído mais desfavoráveis, e o mesmo não deve ocorrer nas crianças com história de otite média recorrente.

Dificuldades no processamento espacial da informação acústica também foram encontradas entre crianças em idade escolar com histórico de otite média até os quatro anos de idade (Graydon, Rance, Dowell & Dun, 2017): estas crianças precisaram, em média, de uma relação sinal/ruído 4dB NA mais altas na presença de pistas espaciais do que crianças sem histórico prévio de otite média.

Déficits auditivos nos primeiros anos escolares podem resultar em problemas acadêmicos e sociais, com potencial impacto vitalício (Rance, 2014). Elemraid e colaboradores (2010) notaram menor alcance acadêmico entre crianças com OMC supurativa do que entre crianças sem esta patologia na República do Yemen, sendo que em torno de 90% das crianças com OMC supurativa apresentavam episódios recorrentes de otorreia, com ambas as orelhas comprometidas em 2/3 dos casos.

Godinho e colaboradores (2001) notaram que crianças em idade escolar com OMC apresentaram mais perda auditiva, história passada de otite e otorreia quando comparadas a crianças sem OMC. Outro estudo com 507 crianças em idade escolar (Lindsay, Tomazic, Whitman & Accairdo, 1999), acompanhadas durante oito anos, mostrou que problemas de orelha média estão associados a problemas de articulação da fala em crianças de classe econômica baixa, à hiperatividade em crianças de classe média, e à problemas de linguagem sutis em crianças de classe alta, o que contradiz os achados de estudos anteriores mencionados pelos autores de que problemas de orelha média não apresentam implicações significativas.

Em 1980, Zinkus e Gottlieb observaram que crianças de sete a 11 anos, com histórico de OMC durante os três primeiros anos de vida, apresentaram-se mais lentas para o desenvolvimento da combinação de vocábulos, menor desempenho na inteligência verbal, e dificuldades significativas na leitura. A ocorrência de OMC na fase escolar traz prejuízos para o processo de aprendizagem, em função da redução na sensibilidade auditiva, a qual pode ser agravada pelos episódios de otorreia.

Episódios de otite média também interferem nas habilidades atencionais, dado que a redução na sensibilidade auditiva torna o indivíduo mais propenso a se dispersar nas situações que envolvem atenção auditiva. Feagan, Kipp e Blood (1994) documentaram mudança da atenção durante episódios de otite média, ao avaliar 35 bebês de 18 meses ou menos (23 com episódios recorrentes de otite média, ou seja, cinco vezes por ano, e 12 com episódios esporádicos). Os resultados desse estudo sugeriram que crianças com episódios recorrentes de otite média, e que estão inseridas em ambientes com mais distrações e mais desorganizados, mostraram mais efeitos negativos na atenção durante os episódios de otite do que as crianças com episódios

esporádicos de otite: elas apresentavam menos atenção e duas vezes mais dispersão em tarefa de leitura compartilhada.

Alterações sociais, emocionais, e de comportamento também têm sido observadas nas pessoas com OMC e outros tipos de otite média. Bidadi, Nejadkazem e Naderpour (2008) aplicaram um questionário de habilidades sociais em 30 adolescentes e adultos com OMC unilateral, 30 com OMC bilateral e 30 sem estas condições, e observaram uma correlação negativa significativa entre as habilidades sociais e a perda auditiva ocasionada pela OMC: quanto maior a severidade da perda auditiva, menor a pontuação nas habilidades sociais, sendo pior nas pessoas com OMC bilateral.

Timmerman, Meesters, Anteunis e Chenault (2007) aplicaram um questionário em cuidadores de 160 crianças com idade entre quatro e sete anos, as quais apresentavam alterações otorrinolaringológicas (infecções do trato respiratório superior e/ou otite média com efusão), e observaram que as crianças com otite média com efusão apresentavam significativamente mais sintomas emocionais, hiperatividade e desatenção do que crianças sem esta patologia, resultando em uma adaptação psicossocial comprometida.

Dificuldades auditivas e aspectos psicossociais. OMC supurativa está associada a limitações funcionais significativas da audição, o que pode resultar em problemas de comunicação dificultadores da interação social e da vida profissional (Baumann, Gerendas, Plinkert & Praetorius, 2011).

Em um estudo longitudinal com mais de 8000 crianças de 0 a 5 anos, acompanhadas por seis anos, Hogan, Philips, Howard & Yiengprugsawan (2014) observaram indícios de que deve existir uma relação entre crianças com infecções auriculares ou problemas auditivos e sua saúde psicossocial a longo prazo, e que seu impacto pode estar sendo subestimado. Os autores ponderaram que estas crianças

podem não ter atrasos de linguagem ou receber intervenção sistemática, mas podem apresentar problemas de comunicação persistentes aparentemente menores, especialmente em locais ruidosos, como salas de aula e suas casas. Considerando que a OMC pode ter seu início na infância, e supondo que os efeitos psicossociais podem persistir ao longo do ciclo vital, o estudo citado reforça a importância de investigar os efeitos das dificuldades auditivas (como entender o que é dito, localizar sons) na vida das pessoas que apresentam perda auditiva decorrente desta patologia.

Adultos com perda auditiva leve ou moderada decorrente de OMC apresentam problemas psicológicos (somatização, sensibilidade interpessoal, depressão e ansiedade fóbica) mais acentuados comparados com indivíduos saudáveis, e poderiam se beneficiar de intervenções ou suporte psicológico (Bakir et al., 2013). Segundo Braga (2014), há poucos estudos que exponham as dificuldades na comunicação enfrentadas por adultos com OMC. Homøe e colaboradores (2017), em uma revisão sistemática sobre diagnóstico das otites médias, observaram a necessidade de se avaliar as consequências da otite média infantil na audição do adulto; segundo eles, nenhum dado de países em desenvolvimento sobre isso está disponível até o momento.

Um suporte adequado pode auxiliar o indivíduo a se ajustar à sua condição auditiva, compreender as dificuldades geradas pela perda auditiva, e encontrar soluções para os problemas (Iervolino, Castiglioni & Almeida, 2003). Segundo Tye-Murray (2009), receber instruções sobre como administrar as interações conversacionais é uma forma poderosa de melhorar as habilidades individuais para gerenciar problemas de escuta diários.

Uma menor aceitação da condição crônica da perda auditiva está associada ao aumento no estresse emocional (Manchaiah, Molander, Rönnberg, Andersson, & Lunner, 2014). No caso de doenças crônicas, cujos impactos físico, social e psicológico

são relevantes, é necessário o investimento em programas que privilegiam a educação e atendam às diversas necessidades dos pacientes e suas famílias (Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2008).

Em um trabalho de revisão sobre educação ao paciente, Bastos e Ferrari (2011) apontaram que o processo de educação deve: centralizar-se na pessoa e não na doença, facilitar ao indivíduo o entendimento da sua condição de saúde e propiciar ajuste à mesma, melhorar o conhecimento do indivíduo e/ou família de modo a influenciar as atitudes e comportamentos necessários para manter ou melhorar a saúde, permitir ao indivíduo realizar escolhas conscientes sobre o gerenciamento de sua condição, aprimorar o autocuidado, e desenvolver habilidades de enfrentamento e de solução de problemas.

Tratamento e monitoramento. O tratamento médico da OMC envolve controle clínico pré-cirúrgico, tratamento cirúrgico e acompanhamento pós-cirúrgico (Costa & Sousa, 2002). Alguns autores têm observado que o acompanhamento pré-cirúrgico é uma etapa importante do tratamento médico, pois pode servir para reforçar orientações, trabalhar as expectativas quanto à cirurgia e providenciar aconselhamento para indivíduos com fatores potenciais a um prognóstico pós-cirúrgico ruim (Choi et al., 2012; Sarmiento Jr, Tomita & Kos, 2005). Mas, primordialmente, o controle clínico pré-cirúrgico visa inibir o agente infeccioso e melhorar as condições do ouvido, preparando-o para o tratamento cirúrgico definitivo (Bento, Miniti & Marone, 1998).

Os principais objetivos da cirurgia são restabelecer o arejamento da orelha média, promover o controle da doença, e reduzir o risco de recorrência e complicações, mas também são almejados melhora da qualidade auditiva e do zumbido (quando houver) (Cruz, Kasse & Leonhart, 2003; Lima, Marone, et al., 2011; Tsilis, Vlastarakos, Chalkiadakis, Kotzampasakis, & Nikolopoulos, 2013). A cirurgia desempenha um papel

na prevenção primária e secundária da OMC, na medida em que evita uma perda auditiva adicional e algumas vezes melhora a audição (*World Health Organization & CIBA Foundation, 1996*).

A mastoidectomia (remoção dos espaços aéreos do osso mastoide) e a timpanoplastia (reconstrução da membrana timpânica) são os procedimentos cirúrgicos indicados em muitos casos de OMC; a mastoidectomia com ou sem timpanoplastia erradica a infecção em torno de 80% dos pacientes, mas algum grau de perda auditiva pode persistir, mesmo após a intervenção cirúrgica. (*World Health Organization, 2004*). A timpanoplastia pode melhorar 13 dB NA em média os limiares auditivos de via aérea, e reduzir o gap aéreo-ósseo em perdas auditivas condutivas, mas em uma pequena porcentagem a cirurgia não é bem sucedida (Tegnoor, Ali & Mithun, 2017).

O acompanhamento pós-cirúrgico envolve observação clínica da orelha, a fim de verificar eventual recidiva da infecção, bem como avaliação audiológica periódica, para registrar os limiares auditivos por via aérea e via óssea ao longo do tempo, tanto da orelha afetada pela OMC, como da orelha contralateral. Mesmo tendo alcançado o resultado desejado, o indivíduo deve ser alertado a retornar periodicamente ao médico, e na ocorrência de algum sintoma novo (dor, secreção, vertigem, etc) deve buscar atendimento imediatamente (Paparella & Meyerhoff, 1982).

Deve haver controle da orelha contralateral, a qual pode ser afetada de alguma forma (Scheibe et al., 2002; Damghani & Barazin, 2013). No Brasil, Scheibe e colaboradores (2002) encontraram uma incidência de 77% de alterações na orelha contralateral à orelha com OMC em 108 indivíduos; as alterações encontradas foram retração da membrana timpânica, efusão, colesteatoma, timpanoesclerose, neotímpano. No Irã, Damghani e Barazin (2013) documentaram uma incidência de 60% de alterações na orelha contralateral à orelha com OMC (cujos sintomas apresentavam

duração média de 11 anos) em 110 indivíduos com idade entre 15 e 63 anos; em seu levantamento, foram observadas perfuração da membrana timpânica, perda auditiva, alteração no funcionamento sistema tímpano-ossicular, declínio de células aeradas na mastoide, erosão do osso temporal na orelha contralateral. Ambos os estudos sinalizam que mais da metade de indivíduos com OMC apresentam probabilidade de apresentarem alterações na orelha contralateral, o que é um alerta para o acompanhamento da mesma, a fim de evitar problemas de sensibilidade auditiva bilateralmente.

A experiência clínica aponta que a avaliação audiológica habitual em casos de OMC envolve principalmente a verificação dos limiares auditivos por meio da audiometria tonal limiar, os quais são registrados em um gráfico denominado audiograma (representado na Figura 1). Este gráfico serve como parâmetro para acompanhamento de eventuais mudanças na sensibilidade auditiva, bem como para comparação dos limiares auditivos antes e depois da cirurgia. A audiometria é considerada um procedimento padrão ouro para avaliar a audição, e permite definir a presença de perda auditiva e sua caracterização quanto ao tipo e grau de severidade (Lopes, 2011). Phillips, Haggard e Yung (2014) também consideram que a audiometria é um procedimento padrão-ouro, principalmente em algumas condições específicas de OMC.

Além da melhora da audibilidade em função da redução do *gap* aéreo-ósseo (diferença entre o limiar auditivo obtido por via aérea e o obtido por via óssea), pesquisas têm procurado mapear a melhora da qualidade de vida ou da restrição de participação auditiva após a cirurgia na OMC (Baumann et al., 2011; Maile & Youngs, 2013; Vlastos, Kandiloros, Manolopoulos, Ferekidis & Yiotakis, 2009).

Baumann e seus colaboradores (2011) avaliaram 121 indivíduos com OMC supurativa com um questionário geral de qualidade de vida e outro específico de

qualidade de vida para pessoas com OMC; eles observaram que o questionário específico foi mais sensível às mudanças na qualidade de vida após a cirurgia que o questionário geral. Phillips e colaboradores também propuseram questionários específicos de qualidade de vida para a OMC, construídos a partir de outros questionários específicos existentes (Phillips et al. 2014; Phillips, Haggard, Spencer & Yung, 2017). Porém, estes e outros questionários específicos para a OMC não abordam as dificuldades auditivas com profundidade.

Muitas pesquisas sinalizam a melhora da audibilidade na OMC, seja com o uso de próteses implantáveis (Zernotti, Di Gregorio & Sarasty, 2012) ou com cirurgia (Cruz et al., 2003; Fukuchi, Cerchiari, Garcia, Rezende, & Rapoport, 2006; Lima, Marone, et al., 2011; Mendes Neto et al., 2008; Sirena, Carvalho, Buschle, & Mocellin, 2010), mas não mencionam medidas da qualidade de vida ou da restrição de participação auditiva em pessoas com OMC.

Alguns estudos têm demonstrado que as consequências da perda auditiva não deveriam ser previstas apenas com base nos limiares auditivos, pois indivíduos com limiares iguais podem experimentar diferentes graus de dificuldades auditivas (Araújo et al., 2010; Korsten-Meijer, Wit & Albers, 2006; Maile & Young, 2013; Menegotto, Soldera, Anderle & Anhaia, 2011; Newman et al., 1997).

Há uma pobre correlação entre tipo/grau da perda auditiva e percepção de restrição de participação auditiva ou qualidade de vida, e isso indica que as medidas tradicionais são insuficientes para explicar como os indivíduos experimentam a vida diária com a perda auditiva (Lima, Aiello & Ferrari, 2011; Yamamoto & Ferrari, 2012). Deste modo, medidas que avaliam o grau de interferência das dificuldades auditivas nas situações de comunicação deveriam ser aplicadas em conjunto com a avaliação da sensibilidade auditiva.

Reabilitação Auditiva

Em quase todos os casos de perda auditiva há como promover melhora na qualidade de vida do indivíduo, seja por meio de tratamento clínico e/ou cirúrgico ou do uso de dispositivos auditivos (Iório, 2011), com a provisão de melhor audibilidade.

Apesar da provisão de melhor audibilidade, por meio de intervenções cirúrgicas ou medicamentosas no caso de acometimento das orelhas externa e média, ou por meio de dispositivos auditivos especialmente nos casos de comprometimento da orelha interna, Andersson, White-Schwoch, Choi e Kraus (2013) asseguram que o treinamento auditivo é tão importante quanto. Segundo esses autores, déficits na percepção auditiva podem ser parcialmente remediados com treinamento auditivo-cognitivo, com resultados benéficos para a comunicação diária.

Sweetow e Sabes (2010) são enfáticos ao afirmar que o foco de atenção dos profissionais deveria ser a melhora da comunicação, e não apenas a melhora da audibilidade; para eles, profissionais que deixam de recomendar a reabilitação auditiva ignoram as evidências científicas a favor da mesma. Em 2015, Sweetow ponderou que a reabilitação tem sido pouco utilizada, talvez devido à relutância do indivíduo e/ou do profissional em investir tempo e/ou recursos financeiros, ou ainda talvez os profissionais não estejam convencidos dos resultados benéficos apontados por estudos empíricos. Makhoba e Joseph (2016) observaram que, apesar do interesse em oferecer possibilidades de reabilitação auditiva aos pacientes, os audiologistas (no Brasil, fonoaudiólogos) se sentem insuficientemente treinados para tal.

Diversos autores (Cardemil, Aguayo & Fuente, 2014; Ferguson, Henshaw, Clark & Moore, 2014; Gopinath et al., 2012; Grosskreutz, 2013; Hallberg, Hallberg & Kramer, 2008; Hawkins, 2005; Hull, 2011; Li-Korotky, 2012; Martin & Asp, 2012; Preminger & Meeks, 2010; Saito et al., 2010; Sweetow & Sabes, 2010) têm apontado

que os seguintes aspectos deveriam ser considerados na reabilitação de pessoas com perda auditiva: ajuste do indivíduo e de seus interlocutores quanto às consequências da perda auditiva; uso de estratégias para melhorar a comunicação; manejo do estresse; promoção de maior sensação de bem-estar, redução da restrição de participação auditiva; prevenção de depressão; redução do estigma relacionado à perda auditiva; desenvolvimento de habilidades cognitivas; modificação do design ambiental para melhorar as condições acústicas de ambientes domésticos e comunitários; informação sobre direitos da pessoa com deficiência auditiva.

Quanto ao benefício de programas de intervenção para pessoas com perda auditiva, diversas pesquisas (Almeida & Guarinello, 2009; Joia et al., 1997; Marques, Kozłowski & Marques, 2004; Marques, Polato, Mello & Vieira, 2002; Miranda, Andrade, Gil & Iório, 2007; Miranda, Gil & Iório, 2008; Noronha-Souza & Russo, 1998; Rosa, Dante & Ribas, 2006; Ruschel, Carvalho & Guarinello, 2007; Vieira et al., 2007; Tschiedel, 2003) enumeram os seguintes benefícios: menor restrição de participação auditiva; maior motivação para enfrentar os problemas da sua perda auditiva; melhores subsídios para lidar com a incapacitação da perda auditiva; maior relaxamento em situações de demanda auditiva; maior consciência sobre as limitações causadas pela perda auditiva; prevenção de atitudes negativas frente à comunicação; maior segurança em situações conversacionais; melhor comunicação com os interlocutores; maior conscientização sobre informações auditivas e visuais na percepção da fala; uso mais efetivo de estratégias de comunicação; diminuição do isolamento.

Programas de reabilitação podem ser delineados no formato individual ou em grupo, presenciais ou à distância (como contato telefônico ou modalidades via internet), e podem ainda incluir visitas domiciliares, bem como treinamento clínico ou domiciliar

com programas computacionais gravados ou *online* (Cardemil et al., 2014; Hanratty & Lawlor, 2000; Hawkins, 2005; Henderson-Sabes & Bingea, 2014; Henshaw & Ferguson, 2013; Li-Korotky, 2012; Smith, Saunders, Chisolm, Frederick, & Bailey, 2016; Sweetow & Palmer, 2005; Sweetow & Sabes, 2010; Thorén, Öberg, Wänström, Andersson & Lunner, 2014). Tais programas podem variar quanto ao conteúdo abordado (treino auditivo, treino de leitura orofacial, treino auditivo-visual, treino de estratégias de comunicação, manejo do estresse, ajuste pessoal), número de sessões, duração das sessões, e público-alvo (Laplante-Lévesque, Hickson & Worrall, 2010), podendo ainda haver uma combinação das abordagens no processo de reabilitação. A personalização da reabilitação, como o treinamento auditivo com vozes de familiares ou cuidadores, pode ser uma opção para queixas específicas de reconhecimento de fala entre pessoas com perda auditiva (Tye-Murray, Spehar, Sommers, & Barcroft, 2016).

Intervenções em grupo costumam promover mudanças nos participantes quanto ao modo de pensar, sentir e agir diante da própria condição de saúde; um formato dessas intervenções são os grupos psicoeducativos, os quais envolvem componentes pedagógicos e terapêuticos, apoiados em informação, reflexão e suporte, e oferecem aos participantes a oportunidade de construir competências relacionadas à sua saúde (Murta, 2008a).

Abordagens psicossociais em grupo em programas de reabilitação auditiva podem incentivar a prática de novas habilidades para uma comunicação bem sucedida, com a ajuda de outras pessoas que vivem os mesmos problemas; o delineamento de atividades psicossociais deve abordar mecanismos cognitivos e comportamentais de como lidar com o estresse derivado da perda auditiva, ao abordar tanto o problema (e alternativas para ele) como a resposta emocional a ele (Preminger & Yoo, 2010). Em um estudo com adultos com perda auditiva, Preminger e Yoo (2010) perceberam que o

conteúdo dos encontros na reabilitação auditiva em grupo tem uma influência mínima no resultado do tratamento, mas os resultados são mais pobres quando não incluem exercícios psicossociais; assim, a reabilitação auditiva deve incluir um mix de intervenções que incluam informação, treinamento, e exercícios psicossociais.

A escolha do modelo de reabilitação envolve a análise dos recursos disponíveis, das características dos indivíduos-alvo, e da personalidade do profissional (Henderson-Sabes & Bingea, 2014). Alguns trabalhos de revisão de literatura sobre programas de reabilitação ou treinamento apontam as seguintes considerações: a evidência de treinamentos auditivos por meio de programas de computador gravados não é robusta (Henshaw & Ferguson, 2013); são necessárias mais evidências sobre a efetividade de programas de reabilitação (Cardemil et al., 2014); modelos de treinamento auditivo que integram tarefas auditivas e cognitivas podem ser melhores para auxiliar o indivíduo a alcançar melhor a compreensão da fala em situações adversas (Ferguson & Henshaw, 2015).

A maioria dos programas de reabilitação tem como alvo a população de adultos usuários de dispositivos auditivos, como uma ajuda suplementar (Archana, Krishna, Rajashekhar, & Bhargavi, 2016; Cardemil et al., 2014; Grosskreutz, 2013). Grosskreutz (2013) afirmou não ter encontrado na literatura programas de reabilitação auditiva para adultos em idade laboral não usuários de amplificação. Deste modo, a pesquisadora aplicou um programa de reabilitação com adultos com perda auditiva de leve a moderadamente severa não usuários de dispositivos auditivos, e observou redução na percepção de estigma quanto à perda auditiva e também na restrição de participação auditiva. Habanec e Kelly-Campbell (2015) utilizaram o mesmo programa com adultos com as mesmas características, mas adicionaram a participação de pessoas significativas destes; as autoras consideraram que programas de reabilitação podem ser uma forte

alternativa de tratamento para adultos com perda auditiva que não desejam adotar o uso de dispositivos auditivos. Estes dois estudos são de especial interesse para o presente trabalho, pois pessoas com perda auditiva decorrente de OMC não necessariamente são indicadas para uso de dispositivos auditivos.

Pessoas significativas para o indivíduo com perda auditiva também se beneficiam da participação deste em programas de reabilitação (Preminger & Meeks, 2010). São denominados como parceiros de comunicação, com quem a pessoa com perda auditiva se comunica mais regularmente: cônjuge, filhos, amigos, parentes colegas de trabalho, ou cuidadores (Manchaiah, Stephens & Lunner, 2013). No caso de indivíduos casados, programas de reabilitação auditiva deveriam incluir o casal para que um serviço efetivo seja assegurado (Govender, Maistry, Soomar & Paken, 2014).

A participação de pessoas significativas em programas de reabilitação auditiva é capaz de ajustar sua avaliação quanto à restrição de participação auditiva percebida pelos seus parceiros com perda auditiva, ou seja, é capaz de desenvolver melhor percepção dos problemas que seus parceiros enfrentam devido à perda auditiva. (Preminger & Meeks, 2010). Estes autores avaliaram pessoas com perda auditiva e seus cônjuges em grupos de reabilitação separados, e hipotetizaram que os resultados obtidos, que foram restritos, podem ter sido devido à separação dos cônjuges de seus parceiros nos grupos e, por isso, consideraram que estudos posteriores deveriam avaliar a efetividade da reabilitação auditiva que incluísse o indivíduo com perda auditiva e seu parceiro no mesmo grupo.

Em outra pesquisa também realizada com cônjuges de pessoas com perda auditiva, Govender e colaboradores (2014) concluíram que os cônjuges também experimentam as consequências de terem que se ajustar à perda auditiva no casamento, e que dificuldades na comunicação e suas mudanças subsequentes causam impacto na

qualidade da relação do casal, afetando diretamente a relação dinâmica entre o casal e a satisfação geral com a relação. Neste estudo, mais de 50% dos cônjuges classificaram as seguintes situações como severas ou completas (sic): ter que aumentar a intensidade vocal, deixar de se comunicar espontaneamente e/ou sobre assuntos triviais, ter que responder pelo parceiro em conversas de grupo e fazer telefonemas em seu lugar, evitar o parceiro e realizar atividades sem ele, preocupar-se com o fato do parceiro não ouvir sons de alerta, aborrecer-se por ter que se adaptar às dificuldades de comunicação do parceiro e as consequências destas.

Manchaiah e colaboradores (2013) desenvolveram um modelo de jornada do interlocutor através das experiências de seus parceiros com perda auditiva, com base nos relatos destes interlocutores. Por meio da análise das fases desta jornada (contemplação, alerta, persuasão, validação, reabilitação, adaptação e resolução), os autores consideraram que o profissional deve empregar a estratégia de conversar sobre as experiências de vida para encontrar uma base comum entre a pessoa com perda auditiva e seu interlocutor, além de envolver o interlocutor para também lhe oferecer suporte.

Assim como em muitas situações de saúde, a prontidão para agir é requerida para melhorar comportamentos relacionados às consequências da perda auditiva (Ferguson et al, 2014). Programas de reabilitação podem auxiliar a despertar esta prontidão, tanto para a pessoa com perda auditiva, como seus parceiros de comunicação. De acordo com Hull (2014), a essência da reabilitação deve estar presente no encorajamento a estas pessoas e seus familiares, para que possam mudar situações de escuta difíceis, a seu favor.

Justificativa, Objetivos e Hipóteses

Não foram encontradas na literatura publicações que abordassem reabilitação auditiva em indivíduos com OMC, o que sinaliza a originalidade e a relevância do presente estudo.

Reabilitação auditiva com enfoque na redução da restrição de participação e no uso de estratégias de comunicação poderia oferecer ao indivíduo com OMC a possibilidade de administrar melhor suas dificuldades auditivas, enquanto aguarda a intervenção cirúrgica, e inclusive depois da cirurgia, para potencializar os seus resultados, principalmente nos casos em que a alteração na audibilidade não tenha sido satisfatoriamente solucionada.

Considerando então que a perda auditiva decorrente de OMC pode ocasionar dificuldades na percepção auditiva da fala, restrição de participação auditiva, efeitos psicossociais negativos, e limitações na qualidade de vida, que o indivíduo com OMC é um paciente recorrente no sistema de saúde, e que a participação de parceiros de comunicação é importante para melhores resultados nas intervenções terapêuticas, o *objetivo central* deste estudo foi:

- avaliar o efeito da reabilitação em grupos psicoeducativos sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias de comunicação para indivíduos com OMC e seus parceiros de comunicação.

Neste sentido, os *objetivos específicos* foram:

- a) delinear um programa de reabilitação em grupos psicoeducativos para indivíduos com OMC, com a participação de seus parceiros de comunicação;

- b) identificar características pessoais, otológicas e auditivas, restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre indivíduos com OMC;
- c) verificar a influência de variáveis relacionadas a dados pessoais, otológicos e auditivos sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre indivíduos com OMC;
- d) verificar a efetividade do programa de reabilitação na redução da restrição de participação auditiva e no aumento do uso de estratégias facilitadoras da comunicação para indivíduos com OMC;
- e) investigar o julgamento de parceiros de comunicação sobre a restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC, e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação por parceiros de comunicação;
- f) verificar a influência de variáveis relacionadas a dados pessoais, otológicos e auditivos de indivíduos com OMC sobre o julgamento dos parceiros de comunicação quanto à restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC e sobre o uso de estratégias facilitadoras da comunicação por parceiros de comunicação;
- g) verificar a efetividade do programa de reabilitação na aproximação do julgamento do parceiro de comunicação sobre a real restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC, e no aumento do uso de estratégias facilitadoras da comunicação.

As hipóteses do estudo foram que o programa de reabilitação com informação sobre percepção auditiva em grupos psicoeducativos para indivíduos com OMC, com a participação de seus parceiros de comunicação, auxiliaria o indivíduo com OMC a (1) reduzir a restrição de participação auditiva e a (2) aumentar o uso de estratégias facilitadoras da comunicação, e auxiliaria o parceiro de comunicação a (3) diminuir a diferença entre o seu julgamento da restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC e a real restrição de participação auditiva percebida pelo indivíduo com OMC e a (4) aumentar o uso de estratégias facilitadoras da comunicação.

Método

Participantes

Recrutamento. Foram recrutados para este estudo adultos diagnosticados com OMC, em acompanhamento otorrinolaringológico ambulatorial no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF). O recrutamento foi realizado a partir da lista de espera de cirurgia otológica, acessada em dois momentos, devido à dificuldade de obter disponibilidade de sujeitos para o estudo: janeiro e agosto de 2016.

Outra forma de recrutamento foi realizada concomitantemente à busca na lista de espera de cirurgia: foram colocados cartazes nas salas de atendimento do ambulatório, solicitando aos profissionais o encaminhamento de indivíduos com OMC para a pesquisa.

Critérios de inclusão. Os indivíduos deveriam ter idade entre 18 e 55 anos, diagnóstico de OMC concluído documentado em prontuário eletrônico, e deveriam estar no aguardo da primeira ou de uma nova cirurgia otológica.

Critérios de exclusão. Foram excluídos da amostra indivíduos com residência em outro estado, outra patologia otológica que não OMC, diagnóstico de síndrome neurológica ou de deficiência mental, histórico de traumatismo crânio-encefálico, acompanhamento psiquiátrico recente, histórico de etilismo, analfabetismo, perda auditiva neurossensorial profunda em uma ou ambas as orelhas, impossibilidade de contato telefônico, impossibilidade de comparecer, recusa em participar, indivíduo em regime de privação de liberdade, e indivíduo usuário de aparelho de amplificação sonora individual (AASI).

Com a aplicação desses critérios, 67 indivíduos foram então contatados pessoalmente ou por telefone. Dezesesseis deles foram excluídos devido a algum dos

critérios acima mencionados. Restaram 51 sujeitos que então compuseram a amostra de indivíduos com OMC deste estudo.

Divisão dos sujeitos em grupos. A Figura 2 esclarece como foi realizada a divisão dos participantes da pesquisa, e o detalhamento é relatado em seguida.

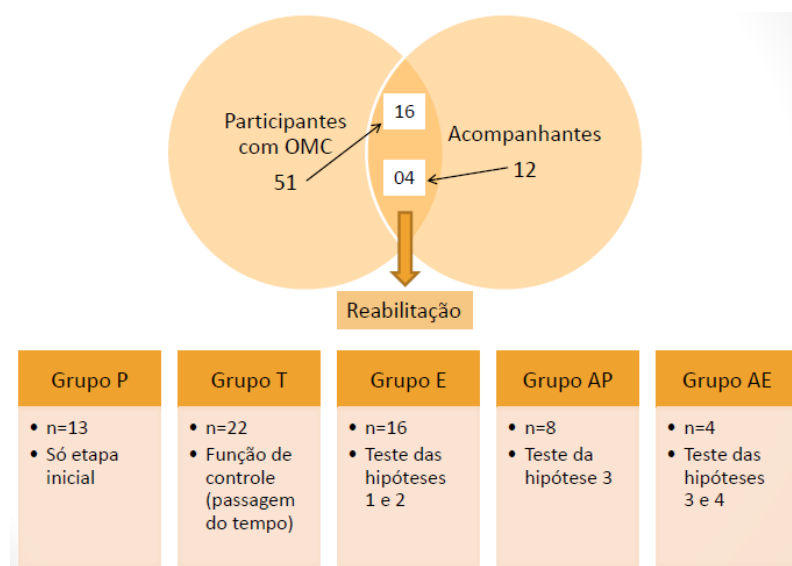


Figura 2 - Distribuição da amostra do estudo, composta por participantes com OMC e acompanhantes.

Dos 51 indivíduos com OMC, todos participaram da etapa inicial, descrita a seguir, na seção Procedimentos. Todos foram convidados a participar da etapa intermediária, com o intuito de serem divididos por meio de sorteio para o Grupo Tempo (T) e o Grupo Encontros (E), observando-se a proporcionalidade de participantes com histórico de OMC unilateral e bilateral. O Grupo E participaria imediatamente de encontros em grupo, e o Grupo T somente após a reaplicação dos questionários (descritos na seção Instrumentos) em torno de dois meses depois da primeira aplicação, o que simularia o tempo decorrido no Grupo E entre a participação nos encontros em grupo e a primeira reaplicação dos questionários.

No entanto, dada a indisponibilidade dos participantes por diversos motivos, (como doença, disponibilidade apenas em horários inviáveis para outros participantes), a seleção para participação na etapa intermediária foi realizada mediante a disponibilidade dos sujeitos. Dentre os 51 indivíduos com OMC, 19 descartaram a possibilidade de participar dos encontros já na etapa inicial. Dos 32 que concordaram em participar dos encontros, 16 não compareceram ou compareceram parcialmente, e 16 compareceram em todos os encontros previstos.

Os 16 sujeitos que finalizaram a etapa intermediária foram agrupados no Grupo E. Os outros 16 que desistiram de participar dos encontros, e os 19 que sumariamente descartaram sua participação nos encontros foram alocados para o Grupo T (planejado como controle para o efeito de simples reaplicação dos questionários) ou para um terceiro grupo, denominado Grupo P (formado por decisão *ad hoc*, pelos participantes que realizaram apenas a primeira aplicação dos questionários, mas cujos dados permitiam caracterização dos indivíduos com OMC de acordo com os objetivos específicos **b** e **c**), conforme a possibilidade de contato com os participantes para a segunda aplicação dos questionários.

Assim, 51 indivíduos com OMC participaram pelo menos da etapa inicial (explicitada a seguir em Procedimentos), e compuseram a amostra de participantes com OMC analisada na primeira seção de Resultados. Dos 51, apenas 16 se disponibilizaram a participar dos encontros em grupo, e compuseram o Grupo E, cujos resultados foram analisados e comparados aos de 22 sujeitos que participaram pelo menos da segunda aplicação dos questionários após a passagem do tempo (Grupo T).

Parceiros de comunicação (acompanhantes). Os indivíduos com OMC deveriam convidar um parceiro de comunicação de sua escolha, cujo pré-requisito era apresentar

contato frequente, podendo ser membro da família ou não, para participar dos procedimentos junto com eles.

Dos 51 participantes, apenas 12 compareceram à etapa inicial acompanhados por um parceiro de comunicação, os quais eram familiares do indivíduo com OMC: mãe, tia, irmã, prima, cônjuge, filho(a). Dos 12, apenas quatro aderiram a acompanhar os participantes com OMC na etapa intermediária, sendo alocados no mesmo grupo do seu parente com OMC, conforme sugestão de Preminger e Meeks (2010).

Os acompanhantes compuseram os grupos AP (formado por decisão *ad hoc*, pelos acompanhantes que realizaram somente a primeira aplicação dos questionários) e AE (acompanhantes que participaram dos encontros em grupo com seus parentes com OMC), respectivamente com 8 e 4 indivíduos.

Caracterização da amostra. Conforme mencionado acima, os participantes com OMC foram distribuídos em três grupos: Grupo P (somente primeira aplicação dos questionários), Grupo T (passagem do tempo) e Grupo E (encontros em grupo), cada um com 13, 22 e 16 indivíduos, respectivamente; os 12 acompanhantes encontram-se distribuídos ao longo desses três grupos. Nas Tabelas 1, 2 e 3 podem ser observados os dados pessoais, da OMC, da perda auditiva e dos acompanhantes dos participantes de cada grupo. Nas Tabelas 4, 5 e 6 podem ser observados valores percentuais ou médios de dados pessoais, da OMC, da perda auditiva dos participantes dos grupos P, T e E.

Tabela 1 – Dados pessoais, da OMC, da perda auditiva e do acompanhante dos participantes que responderam apenas à primeira aplicação dos questionários (Grupo P).

| Participante | Histórico OMC uni/bi | Sexo | Idade | Escolaridade | Anos de estudo | Idade sintomas iniciais | Anos com sintomas | Cirurgias realizadas | Tipo OMC melhor orelha | Tipo OMC pior orelha | Tipo perda melhor orelha | Tipo perda pior orelha | Grau perda melhor orelha | Grau perda pior orelha | Média VA melhor orelha | Média VA pior orelha | Acomp.-Parentesco | Acomp.-Idade |
|--------------|----------------------|------|-------|--------------|----------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|-------------------|--------------|
| P1 | U | F | 35 | EM-C | 11 | 33 | 2 | 0 | N | Su | N | C | N | L | 8 | 30 | Marido | 40 |
| P2 | U | F | 36 | EM-I | 9 | 1 | 35 | 0 | N | Si | N | C | N | M1 | 14 | 41 | | |
| P3 | U | F | 30 | EM-C | 11 | 10 | 20 | 0 | N | Su | N | Mi | N | L | 6 | 30 | | |
| P4 | U | M | 19 | EM-I | 10 | 1 | 18 | 2 | N | Si | N | Mi | N | M1 | 13 | 44 | Mãe | 56 |
| P5 | U | M | 24 | EM-C | 11 | 9 | 15 | 0 | N | Co | N | C | N | L | 5 | 34 | Tia | |
| P6 | U | M | 35 | EF-I | 6 | 10 | 25 | 1 | N | Si | N | C | N | L | 9 | 29 | | |
| P7 | U | M | 43 | EF-I | 3 | 5 | 38 | 0 | N | Co | N | Mi | N | M2 | 14 | 63 | | |
| P8 | U | M | 44 | EF-I | 4 | 10 | 34 | 0 | N | Su | N | Mi | N | M2 | 9 | 68 | | |
| P9 | B | F | 52 | EF-I | 6 | 19 | 33 | 0 | Si | Si | C | Mi | L | L | 23 | 36 | | |
| P10 | B | F | 36 | EF-I | 5 | 5 | 31 | 1 | Si | Co | C | Mi | N | M2 | 20 | 63 | | |
| P11 | B | F | 47 | EM-C | 11 | 4 | 43 | 0 | Si | Si | C | C | L | L | 36 | 40 | | |
| P12 | B | M | 46 | EF-I | 4 | 16 | 30 | 0 | Co | Co | Mi | Mi | L | L | 35 | 36 | | |
| P13 | B | M | 22 | EF-I | 4 | 8 | 14 | 1 | Su | Su | C | Mi | L | M1 | 34 | 50 | Mãe | 55 |

U = unilateral; B = bilateral; F = feminino, M = masculino; EF = ensino fundamental; EM = ensino médio; ES = ensino superior; C = completo; I = incompleto; N = sem OMC, sem perda auditiva ou média normal; Si = simples; Su = suprativa; Co = colesteatomatosa; C = condutiva; S = neurossensorial; Mi = mista; VA = via aérea; L = leve; M1 = moderada grau I; M2 = moderada grau II; Acomp. = acompanhante

Tabela 2 – Dados pessoais, da OMC, da perda auditiva e do acompanhante dos participantes do Grupo T.

| Participante | Histórico OMC uni/bi | Sexo | Idade | Escolaridade | Anos de estudo | Idade sintomas iniciais | Anos com sintomas | Cirurgias realizadas | Tipo OMC melhor orelha | Tipo OMC pior orelha | Tipo perda melhor orelha | Tipo perda pior orelha | Grau perda melhor orelha | Grau perda pior orelha | Média VA melhor orelha | Média VA pior orelha | Ac-Parentesco | Ac-Idade | | |
|--------------|----------------------|------|-------|--------------|----------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---------------|----------|--------|----|
| T1 | U | F | 29 | EM-C | 11 | 21 | 8 | 1 | N | Co | N | Mi | N | L | 3 | 29 | Mãe | 57 | | |
| T2 | U | F | 37 | EF-C | 8 | 24 | 13 | 0 | N | Co | N | Mi | N | M1 | 9 | 46 | | | | |
| T3 | U | F | 48 | EF-C | 8 | 18 | 30 | 1 | N | Co | N | Mi | N | M1 | 5 | 55 | | | | |
| T4 | U | F | 53 | ES-C | 15 | 43 | 10 | 1 | N | Si | S | Mi | N | M2 | 18 | 69 | | | | |
| T5 | U | F | 45 | EM-C | 11 | 5 | 40 | 0 | N | Si | N | Mi | N | M1 | 11 | 53 | | | | |
| T6 | U | F | 20 | EM-C | 11 | 1 | 19 | 0 | N | Si | N | Mi | N | N | 6 | 19 | | | | |
| T7 | U | F | 22 | ES-I | 13 | 5 | 17 | 0 | N | Si | N | Mi | N | L | 5 | 35 | | | | |
| T8 | U | F | 46 | EM-C | 11 | 13 | 33 | 0 | N | Si | N | Mi | N | M2 | 13 | 61 | | | Marido | 53 |
| T9 | U | F | 45 | EM-C | 11 | 5 | 40 | 0 | N | Si | N | Mi | N | L | 13 | 33 | | | | |
| T10 | U | F | 35 | EF-I | 3 | 10 | 25 | 0 | N | Su | S | Mi | N | S1 | 10 | 74 | | | | |
| T11 | U | F | 42 | ES-C | 15 | 22 | 20 | 0 | N | Si | N | Mi | N | L | 15 | 34 | | | | |
| T12 | U | M | 44 | EM-C | 11 | 8 | 36 | 0 | N | Si | N | Mi | N | M2 | 10 | 59 | | | | |
| T13 | U | M | 28 | EM-I | 9 | 4 | 24 | 1 | N | Si | N | C | N | L | 14 | 31 | | | | |
| T14 | U | M | 41 | EF-C | 8 | 9 | 32 | 0 | N | Si | N | C | N | L | 8 | 26 | | | | |
| T15 | U | M | 37 | EF-I | 6 | 28 | 9 | 0 | N | Su | N | Mi | N | M1 | 8 | 55 | | | | |
| T16 | U | M | 54 | EF-I | 5 | 1 | 53 | 0 | N | Su | S | Mi | N | M1 | 13 | 46 | | | | |
| T17 | B | F | 49 | EM-C | 11 | 5 | 44 | 0 | Si | Si | Mi | Mi | M1 | M1 | 49 | 55 | | | | |
| T18 | B | F | 37 | EM-I | 9 | 1 | 36 | 2 | Su | Co | Mi | Mi | M1 | M2 | 46 | 51 | | | | |
| T19 | B | M | 41 | ES-I | 13 | 12 | 29 | 1 | Si | Si | N | C | N | M1 | 10 | 44 | | | | |
| T20 | B | M | 43 | EF-C | 8 | 14 | 29 | 1 | Si | Su | Mi | Mi | L | M1 | 36 | 41 | | | | |
| T21 | B | M | 38 | EM-C | 11 | 10 | 28 | 1 | Si | Su | N | Mi | N | S1 | 15 | 76 | | | | |
| T22 | B | M | 48 | EF-I | 3 | 3 | 45 | 0 | Su | Su | Mi | Mi | M1 | M2 | 51 | 69 | | | Esposa | 46 |

U = unilateral; B = bilateral; F = feminino, M = masculino; EF = ensino fundamental; EM = ensino médio; ES = ensino superior; C = completo; I = incompleto; N = sem OMC, sem perda auditiva ou média normal; Si = simples; Su = suprativa; Co = colesteatomatosa; C = condutiva; S = neurossensorial; Mi = mista; VA = via aérea; L = leve; M1 = moderada grau I; M2 = moderada grau II; S1 = severa grau I; Acomp. = acompanhante

Tabela 3 – Dados pessoais, da OMC, da perda auditiva e do acompanhante dos participantes do Grupo E.

| Participante | Histórico OMC uni/bi | Sexo | Idade | Escolaridade | Anos de estudo | Idade sintomas iniciais | Anos com sintomas | Cirurgias realizadas | Tipo OMC melhor orelha | Tipo OMC pior orelha | Tipo perda melhor orelha | Tipo perda pior orelha | Grau perda melhor orelha | Grau perda pior orelha | Média VA melhor orelha | Média VA pior orelha | Ac-Parentesco | Ac-Idade |
|--------------|----------------------|------|-------|--------------|----------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---------------|----------|
| E1 | U | F | 51 | EM-C | 11 | 1 | 50 | 0 | N | Si | S | Mi | L | L | 28 | 35 | | |
| E2 | U | F | 49 | EF-I | 3 | 23 | 26 | 0 | N | Co | C | Mi | N | M1 | 18 | 41 | Irmã | 39 |
| E3 | U | F | 48 | EF-C | 8 | 1 | 47 | 0 | N | Co | S | Mi | L | M2 | 24 | 69 | | |
| E4 | U | F | 19 | ES-I | 12 | 1 | 18 | 1 | N | Co | N | C | N | M1 | 8 | 48 | Prima | 38 |
| E5 | U | F | 54 | EF-I | 5 | 34 | 20 | 0 | N | Su | N | Mi | N | M1 | 11 | 44 | | |
| E6 | U | F | 48 | ES-I | 14 | 2 | 46 | 1 | N | Su | N | Mi | N | M1 | 16 | 43 | | |
| E7 | U | F | 48 | EM-C | 11 | 10 | 38 | 2 | N | Si | N | C | N | L | 10 | 36 | Marido | 48 |
| E8 | U | F | 44 | EF-C | 8 | 13 | 31 | 1 | N | Si | S | Mi | N | M2 | 9 | 65 | | |
| E9 | U | M | 51 | EF-I | 3 | 6 | 45 | 1 | N | Co | N | C | N | L | 6 | 40 | Filha | 25 |
| E10 | U | M | 53 | EF-I | 5 | 15 | 38 | 0 | N | Si | S | Mi | L | M1 | 21 | 48 | | |
| E11 | B | F | 45 | EF-I | 5 | 4 | 41 | 3 | Su | Su | Mi | Mi | M1 | M2 | 50 | 68 | Filho | 26 |
| E12 | B | F | 43 | EM-C | 11 | 22 | 21 | 1 | Si | Si | C | C | L | L | 23 | 29 | | |
| E13 | B | F | 33 | ES-I | 13 | 8 | 25 | 0 | Su | Su | Mi | Mi | L | M1 | 38 | 50 | | |
| E14 | B | F | 39 | EF-I | 4 | 7 | 32 | 0 | Si | Su | C | Mi | L | L | 34 | 39 | | |
| E15 | B | F | 40 | EM-C | 11 | 5 | 35 | 0 | Su | Su | C | C | L | M1 | 38 | 49 | | |
| E16 | B | F | 53 | EF-I | 4 | 3 | 50 | 2 | Co | Co | Mi | Mi | L | M1 | 29 | 54 | | |

U = unilateral; B = bilateral; F = feminino, M = masculino; EF = ensino fundamental; EM = ensino médio; ES = ensino superior; C = completo; I = incompleto; N = sem OMC, sem perda auditiva ou média normal; Si = simples; Su = suprativa; Co = colesteatomatosa; C = condutiva; S = neurosensorial; Mi = mista; VA = via aérea; L = leve; M1 = moderada grau I; M2 = moderada grau II; Acomp. = acompanhante

Tabela 4 – Valores percentuais quanto a sexo, atividade laboral fora de casa, participação de acompanhante, e valores mínimo, máximo, médio e desvio padrão dos participantes nos grupos P, T e E, e de todos os participantes em conjunto.

| | | Grupo P (n = 13) | Grupo T (n = 22) | Grupo E (n = 16) | Todos (n = 51) |
|---------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| Sexo (%) | Feminino | 46,2 | 59,1 | 87,5 | 64,7 |
| | Masculino | 53,8 | 40,9 | 12,5 | 35,3 |
| Idade | Média | 36,0 | 40,0 | 44,8 | 40,5 |
| | Desvio padrão | 10,2 | 9,0 | 8,9 | 9,7 |
| | Mínima | 19 | 20 | 19 | 19 |
| | Máxima | 52 | 54 | 54 | 54 |
| | | | | | |
| Escolaridade (%) | Ens. fund. incompl. | 53,8 | 18,2 | 43,8 | 35,3 |
| | Ens. fund. Completo | 0 | 18,2 | 12,5 | 11,8 |
| | Ens. médio incompl. | 15,4 | 9,1 | 0 | 7,8 |
| | Ens. médio completo | 30,8 | 36,4 | 25,0 | 31,4 |
| | Ens. superior incompl. | 0 | 9,1 | 18,8 | 9,8 |
| | Ens. superior completo | 0 | 9,1 | 0 | 3,9 |
| Anos de estudo | Média | 7,3 | 9,5 | 8,0 | 8,5 |
| | Desvio padrão | 3,2 | 3,3 | 3,8 | 3,5 |
| | Mínima | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Máxima | 11 | 15 | 14 | 15 |
| Trabalho fora de casa (%) | Sim | 92,3 | 86,4 | 62,5 | 80,4 |
| | Não | 7,7 | 13,6 | 37,5 | 19,6 |
| Acompanhante (%) | Sim | 30,8 | 13,6 | 31,3 | 23,5 |
| | Não | 69,2 | 86,4 | 68,8 | 76,5 |

Tabela 5 – Valores percentuais quanto a histórico de OMC, tipo de OMC na melhor e na pior orelha, e realização de cirurgia otológica prévia, e valores mínimo, máximo, médio e desvio padrão quanto a idade no início dos sintomas e anos com sintomas dos participantes nos grupos P, T e E, e de todos os participantes em conjunto.

| | | Grupo P (n = 13) | Grupo T (n = 22) | Grupo E (n = 16) | Todos (n = 51) |
|--------------------------------------|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| Histórico de OMC uni / bilateral (%) | Unilateral | 61,5 | 72,7 | 62,5 | 66,7 |
| | Bilateral | 38,5 | 27,3 | 37,5 | 33,3 |
| Idade no início dos sintomas | Média | 10,0 | 11,9 | 9,6 | 10,7 |
| | Desvio padrão | 8,6 | 10,5 | 9,5 | 9,6 |
| | Mínima | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Máxima | 33 | 43 | 34 | 43 |
| Anos com sintomas | Média | 26 | 28,1 | 35,1 | 29,8 |
| | Desvio padrão | 11,5 | 12,4 | 10,9 | 12,1 |
| | Mínimo | 2 | 8 | 18 | 2 |
| | Máximo | 43 | 53 | 50 | 53 |
| OMC na melhor orelha (%) | Sem OMC | 61,5 | 72,7 | 62,5 | 66,7 |
| | Simples | 23,1 | 18,2 | 12,5 | 17,6 |
| | Supurativa | 7,7 | 9,1 | 18,8 | 11,8 |
| | Colesteatomatosa | 7,7 | 0 | 6,3 | 3,9 |
| OMC na pior orelha (%) | Sem OMC | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Simples | 38,5 | 54,5 | 31,3 | 43,1 |
| | Supurativa | 30,8 | 27,3 | 37,5 | 31,4 |
| | Colesteatomatosa | 30,8 | 18,2 | 31,3 | 25,5 |
| Cirurgia prévia (%) | Sim | 30,8 | 36,4 | 50 | 39,2 |
| | Não | 69,2 | 63,6 | 50 | 60,8 |

Algumas observações: 1) nos casos em que o participante referiu que os sintomas otológicos tiveram início “quando bebê” ou “na infância”, sem oferecer uma idade com precisão, estabeleceu-se respectivamente as idades de um ano e cinco anos para constar na análise de dados; 2) houve um caso (T6) que, apesar de apresentar sinais de alteração mista, a média dos limiares auditivos aéreos permitiu considerar a sensibilidade auditiva dentro do padrão de normalidade.

Tabela 6 – Valores percentuais quanto a tipo e grau de perda auditiva na melhor e na pior orelha, e valores médios quanto a média de via aérea na melhor e na pior orelha dos participantes nos grupos P, T e E, e de todos os participantes em conjunto.

| | | Grupo P (n = 13) | Grupo T (n = 22) | Grupo E (n = 16) | Todos (n = 51) |
|---|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| Tipo de perda auditiva na melhor orelha (%) | Sem perda | 61,5 | 68,2 | 31,3 | 54,5 |
| | Condutiva | 30,8 | 0 | 25 | 15,7 |
| | Neurossensorial | 0 | 13,6 | 25 | 13,7 |
| | Mista | 7,7 | 18,2 | 18,8 | 15,7 |
| Tipo de perda auditiva na pior orelha (%) | Sem perda | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Condutiva | 38,5 | 13,6 | 31,3 | 25,5 |
| | Neurossensorial | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mista | 61,5 | 86,4 | 68,8 | 74,5 |
| Grau de perda auditiva na melhor orelha (%) | Sem perda | 69,2 | 81,8 | 43,8 | 66,7 |
| | Leve | 30,8 | 4,5 | 50 | 25,5 |
| | Moderada I | 0 | 13,6 | 6,3 | 7,8 |
| | Moderada II | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Severa I | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Grau de perda auditiva na pior orelha (%) | Sem perda | 0 | 4,5 | 0 | 2,0 |
| | Leve | 53,8 | 27,3 | 31,3 | 35,3 |
| | Moderada I | 23,1 | 36,4 | 50 | 37,3 |
| | Moderada II | 23,1 | 22,7 | 18,8 | 21,6 |
| | Severa I | 0 | 9,1 | 0 | 3,9 |
| Média de VA na melhor orelha (dB NA) | Média | 17 | 16 | 22 | 18 |
| | Desvio padrão | 11 | 14 | 12 | 13 |
| | Mínima | 5 | 3 | 6 | 3 |
| | Máxima | 36 | 51 | 50 | 51 |
| Média de VA na pior orelha (dB NA) | Média | 43 | 48 | 47 | 46 |
| | Desvio padrão | 13 | 16 | 11 | 14 |
| | Mínima | 29 | 19 | 29 | 19 |
| | Máxima | 68 | 76 | 69 | 76 |

Cuidados éticos. Todos os participantes e seus acompanhantes receberam esclarecimentos quanto à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). O projeto de pesquisa referente a esta tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por meio do parecer número 1.355.117, de 08 de dezembro de 2015.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados no presente estudo e os tipos de dados obtidos por meio de seu uso encontram-se resumidos na Figura 3 e detalhados no texto a seguir.

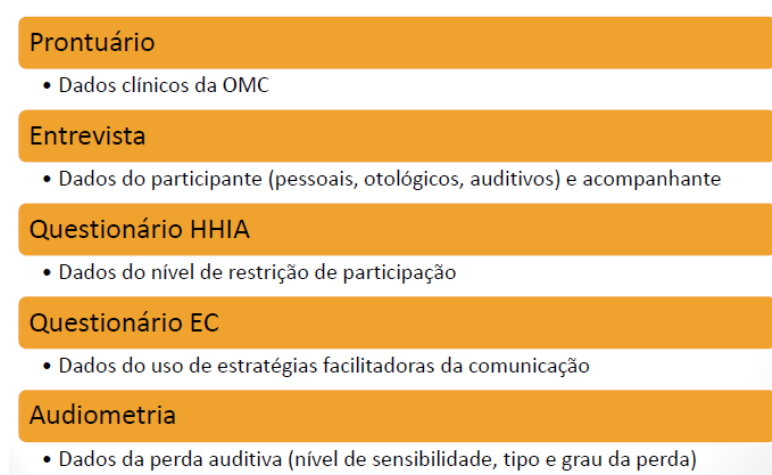


Figura 3 – Instrumentos utilizados no presente estudo.

Instrumento de coleta de informações clínicas (Prontuário). Os prontuários dos participantes com OMC foram analisados em conjunto com a equipe de Otorrinolaringologia para definição do tipo de OMC, o qual foi classificado como OMC simples, OMC supurativa ou OMC colesteatomatosa, conforme o sistema de classificação associado ao diagnóstico otorrinolaringológico utilizado no HBDF.

Instrumento de coleta de dados pessoais dos participantes (Entrevista). Uma entrevista (Anexo B) foi realizada por meio de um roteiro baseado em anamneses clínicas, possibilitando caracterizar os participantes com OMC quanto a: idade, sexo, naturalidade, escolaridade, ocupação, cidade de residência, pessoas com quem reside, histórico do problema otológico (início, evolução, tratamento), classificação pessoal da dificuldade para ouvir (inspirada em escalas analógico-visuais, como proposto por Bokari, Prepageran & Raman, 2010), dados da cirurgia otológica (cirurgia pregressa, informações recebidas, expectativas), dados pessoais do acompanhante e

disponibilidade de horários para a etapa intermediária descrita a seguir em Procedimentos.

Instrumento de auto avaliação da restrição de participação auditiva (Questionário HHIA). Um questionário de auto avaliação sobre a restrição de participação auditiva (Anexo C) foi aplicado nos participantes com OMC, a fim de identificar o impacto da perda auditiva nas suas atividades, e avaliar seu comportamento e resposta emocional à perda auditiva. Trata-se do *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA), elaborado por Newman, Weinstein, Jacobson e Hug (1990 e 1991) e adaptado para o português por Almeida (1998). A inclusão deste tipo de instrumento, e especificamente este questionário, foi baseada em sugestões da literatura (Aiello, Lima, & Ferrari, 2011; Korsten-Meijer et al., 2006; Lima, Aiello, et al., 2011; Maile & Youngs, 2013; Menegotto et al., 2011; Souza & Lemos, 2015; Vu, Nagarkar, & Jindal, 2006; Yamamoto & Ferrari, 2012), com a finalidade de testar a Hipótese 1.

Esse questionário é composto por 25 questões, divididas em duas subescalas: uma emocional, que estima a resposta emocional do indivíduo em relação à sua dificuldade auditiva, e outra social, que avalia o comportamento do indivíduo em diferentes situações em que a audição é requisitada. No Anexo C, as questões emocionais estão identificadas na segunda coluna com a letra E, e as questões sociais com a letra S. O participante deveria escolher uma das três alternativas de resposta: sim (4 pontos), às vezes (2 pontos) e não (0 pontos).

A pontuação da escala emocional varia de 0 a 52, a pontuação da escala social varia de 0 a 48, e a pontuação total do questionário varia de 0 a 100. Uma pontuação total de 0 a 16 indica ausência de restrição de participação auditiva, de 18 a 30 indica restrição leve, de 32 a 42 indica restrição moderada e acima de 42 indica restrição severa ou significativa. Esta classificação será tratada na seção de resultados em forma

de informação numérica, para conveniência de análise estatística; deste modo, nível de restrição de participação ausente será reportado como 0, leve como 1, moderado como 2 e severo como 3.

Duas questões deste questionário foram adaptadas: na questão oito, na qual se lê originalmente “Você sente dificuldade em ouvir quando vai **ao cinema ou teatro?**”, passou-se a ler “Você sente dificuldade em ouvir quando vai **ao cinema, ao teatro ou à igreja?**”, e na questão 21, na qual originalmente se lê “A diminuição da audição lhe causa dificuldades quando você está em um **restaurante** com familiares ou amigos?”, passou-se a ler “A diminuição da audição lhe causa dificuldades quando você está em um **restaurante, barzinho ou lanchonete** com familiares ou amigos?”. Os acréscimos realizados nestas questões procuraram contemplar a realidade cultural dos participantes, poucos dos quais referiram frequentar cinema, teatro e restaurante.

Uma adaptação do questionário HHIA (Anexo D) foi planejada para obter a pontuação dos acompanhantes sobre sua avaliação quanto à restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC, seguindo a proposta realizada no estudo de Preminger e Meeks (2010). Este instrumento serviu para testar a Hipótese 3. As questões utilizadas foram as mesmas da versão para o participante com OMC, com a expressão “Você acha que...” no início de cada enunciado, adequação verbal para a terceira pessoa e um espaço para inserção do nome do participante com OMC.

Instrumento de auto avaliação do uso de estratégias facilitadoras da comunicação (Questionário EC). Um questionário de auto avaliação sobre o uso de estratégias facilitadoras da comunicação (Anexos E e F) foi aplicado com os participantes e seus acompanhantes, a fim de quantificar a frequência de uso destas estratégias na comunicação interpessoal e recepção de informação da mídia. Trata-se de uma adaptação do instrumento adaptado por Tschiedel (2003) a partir das contribuições

de Boèchat (1992), e foi utilizado para testar as Hipóteses 2 e 4. É um questionário composto por 14 questões, com o mesmo modelo de resposta e de pontuação do HHIA, ou seja: sim (4 pontos), às vezes (2 pontos) e não (0 pontos). A pontuação total desse questionário varia de 0 a 56.

Instrumento de avaliação da sensibilidade auditiva (Audiometria). Uma avaliação da sensibilidade auditiva foi realizada nas frequências 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 e 8000 Hz por meio de fones supra-aurais e nas frequências 500, 1000, 2000, 3000 e 4000 Hz por meio de vibrador ósseo. Foi utilizado um audiômetro de dois canais modelo AC 40, da marca Interacoustics, sendo o participante testado em uma cabine acústica. Os limiares auditivos de via aérea e via óssea obtidos foram utilizados para:

- classificar o tipo de perda auditiva segundo Silman e Silverman (conforme citado por Sistema de Conselho Federal e Regionais de Fonoaudiologia, 2013) em condutiva, neurosensorial e mista;
- calcular a média aritmética entre os limiares de via aérea das frequências 500, 1000, 2000 e 4000 Hz;
- classificar o grau da perda auditiva de acordo com a norma do *International Bureau for Audiophonology* (1996) em leve (média = 21 a 40dB NA), moderada grau I (média = 41 a 55dB NA), moderada grau II (média = 56 a 70dB NA) e severa grau I (média = 71 a 80dB NA).

A simetria entre as orelhas foi calculada com base na diferença entre as médias de via aérea nas frequências 500, 1000, 2000 e 4000 Hz entre a melhor e a pior orelha de cada participante: para diferenças menores ou iguais a 10 dB NA, as orelhas foram classificadas como simétricas, e para diferenças maiores que 10 dB NA, as orelhas foram consideradas assimétricas.

Os participantes foram submetidos a otoscopia, realizada por um médico, com a finalidade de informar a presença de otorreia no meato acústico externo que impedisse a colocação dos fones supra-aurais, sob risco de contaminação destes. Apenas dois participantes estavam com otorreia presente no meato acústico externo, e nesses casos foi utilizado um papel filme para evitar a contaminação dos fones. Participantes que se encontravam com otorreia contida no espaço da orelha média foram testados sem a realização prévia de aspiração da secreção, a fim de preservar a sensibilidade auditiva na condição em que o participante se encontrava.

Optou-se por realizar apenas a avaliação da sensibilidade auditiva, a qual foi necessária para o objetivo deste trabalho. Os participantes com OMC da amostra já tinham diagnóstico audiológico e otorrinolaringológico definido, e se encontravam em acompanhamento médico, não sendo necessário realizar outras avaliações auditivas que não seriam objeto de estudo neste trabalho, como a imitanciometria.

Procedimentos

O primeiro contato com os indivíduos com OMC foi realizado por telefone, sendo eles convidados a comparecer ao Ambulatório de Otorrinolaringologia do HBDF para participar da pesquisa, acompanhados por um parceiro de comunicação de sua escolha, devendo na ocasião levar seus exames audiológicos e médicos referentes ao problema otológico. Todas as etapas, resumidas no Quadro 1, e explicitadas detalhadamente a seguir, foram realizadas nas dependências do HBDF.

Quadro 1 – Panorama das etapas e respectivos procedimentos realizados com os participantes e acompanhantes.

| | Grupo P (n = 13) | Grupo T (n = 22) | Grupo E (n = 16) | Grupo AP (n = 8) | Grupo AE (n = 4) |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Etapa inicial | Entrevista | Entrevista | Entrevista | | |
| | Quest. HHIA | Quest. HHIA | Quest. HHIA | Quest. HHIA | Quest. HHIA |
| | Quest. EC | Quest. EC | Quest. EC | Quest. EC | Quest. EC |
| | Audiometria | Audiometria | Audiometria | | |
| Etapa intermediária | | | Encontros | | Encontros |
| Etapa final | | Quest. HHIA | Quest. HHIA | | Quest. HHIA |
| | | Quest. EC | Quest. EC | | Quest. EC |
| Etapa complementar | | | Quest. HHIA | | Quest. HHIA |
| | | | Quest. EC | | Quest. EC |

Quest. = questionário; HHIA = *Hearing Handicap Inventory for Adults*;
EC = Estratégias de Comunicação

Etapa inicial. Aplicação dos instrumentos de avaliação com os participantes e seus acompanhantes. A entrevista foi aplicada com o participante com OMC. Os questionários HHIA e EC foram aplicados individualmente com cada participante e cada acompanhante. Os questionários foram aplicados oralmente por um avaliador, o qual fez o registro das respostas conforme a classificação dada pelo participante. O questionário HHIA foi originalmente planejado para ser auto aplicado, mas dada a dificuldade de alguns participantes quanto à compreensão de alguns enunciados, optou-se por aplicá-lo oralmente a todos os participantes e acompanhantes.

Após otoscopia, foi medida a sensibilidade auditiva do participante com OMC na cabine acústica. Havia uma previsão inicial de se providenciar aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) que fossem adequados a cada participante com OMC (AASI com adaptação aberta ou AASI com uso de vibrador ósseo externo), e posteriormente dividi-los nos grupos T e E. No entanto, dada a indicação médica de primeiramente aguardar o resultado da cirurgia, nenhum participante foi adaptado com AASI para o estudo.

Etapa intermediária. Participação em encontros semanais em grupo, de duas horas, durante cinco semanas, nos quais foi realizada uma abordagem psicoeducativa a respeito de situações de comunicação e estratégias de comunicação. Nesses encontros, foram realizadas dinâmicas para abordar os seguintes aspectos relacionados à OMC: audição normal, perda auditiva, percepção auditiva e visual da fala, estratégias de comunicação, cuidados com o ouvido e com a audição. A configuração geral dos encontros pode ser visualizada na Figura 4, e o detalhamento de cada encontro pode ser analisado no Anexo G. O planejamento dos encontros levou em consideração a literatura sobre reabilitação auditiva, e sua organização foi pautada em publicação sobre grupos psicoeducativos (Murta, 2008b).

| Formato | Tempo | Conteúdo | Recursos |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Presencial • Grupo <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas c/ OMC • Acompanhantes | <ul style="list-style-type: none"> • 5 sessões • 2h de duração • Periodicidade semanal | <ul style="list-style-type: none"> • Audição • OMC • Percepção da fala • Estratégias de comunicação • Cuidados com ouvido e audição | <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios psicossociais • Material audiovisual • Plugs auriculares • Cartas de jogos |

Figura 4 – Configuração dos encontros em grupo do programa de reabilitação desenvolvido para o presente estudo.

Durante os encontros, alguns relatos dos participantes e acompanhantes foram sendo anotados, para fins de análise funcional. Em cada encontro foi realizado um intervalo de 15 minutos. Ao final de cada encontro foram designadas atividades para casa, a fim de proporcionar reflexões sobre os assuntos abordados. As versões “Participante com OMC” e “Acompanhante” dessas atividades estão detalhadas nos Anexos H, I, J e K.

Os 16 participantes do Grupo E foram divididos em grupos de dois a cinco integrantes, de acordo com o dia da semana e o horário em que poderiam comparecer,

de modo que os integrantes participassem juntos do primeiro ao último encontro. No entanto, devido a alguns acontecimentos no decorrer da etapa intermediária, como doença e trabalho por escala, algumas vezes foi necessário o participante repor o encontro perdido em outro grupo.

O planejamento da etapa intermediária correspondeu ao objetivo específico **a** deste trabalho, que foi delinear um programa de reabilitação em grupos psicoeducativos para indivíduos com OMC, com a participação de seus parceiros de comunicação.

Etapa final. Reaplicação dos questionários HHIA e EC um mês após a realização do último encontro em grupo com os participantes do Grupo E, e dois meses após a primeira aplicação com os participantes do Grupo T, para verificar se houve mudança nos parâmetros avaliados pelos questionários devido à participação na etapa intermediária e à passagem do tempo. A reaplicação foi realizada por telefone, assegurando que a voz do avaliador estava audível e clara para o participante e para o acompanhante. Apenas dois participantes do Grupo Encontros optaram por comparecer pessoalmente para a reaplicação dos instrumentos, pois estavam com dificuldade de entender as perguntas ao telefone. Conjuntamente à reaplicação dos questionários, os participantes foram incentivados a comentar sobre eventuais aprendizados que a participação nos encontros lhes proporcionou, além de sinalizar falhas, e apontar o que poderia ser melhorado em encontros futuros.

Etapa complementar. Nesta etapa, foi realizada a reaplicação dos questionários HHIA e EC com os participantes do Grupo E três meses após a realização do último encontro em grupo, para verificar se o efeito observado um mês após a etapa intermediária se alterou com o passar do tempo. Novamente, a reaplicação foi realizada por telefone, exceto para dois participantes, que optaram por comparecer pessoalmente (os mesmos descritos acima, na etapa final). Nesta ocasião, novamente foram coletados

relatos dos participantes sobre sua participação nos encontros e sobre sugestões para aprimorar os encontros.

Tratamento dos Dados

A normalidade da distribuição das variáveis quantitativas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para as comparações de dois grupos, a depender a distribuição dos dados, foram utilizados o teste *t* de Student para amostras independentes ou o teste de Mann-Whitney. Para a comparação emparelhada de dois grupos, foram utilizados o teste *t* de Student para amostras emparelhadas ou o teste de Mann-Whitney. A análise de variância *oneway* foi empregada para a avaliação de mais de dois grupos e, quando necessário, a comparação emparelhada dos dados foi realizada com o pós-teste de Tukey. A correlação de Pearson ou de Spearman foi utilizada para correlacionar duas variáveis quantitativas, enquanto que a associação de duas variáveis qualitativas foi testada utilizando-se o teste do qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher.

Os dados quantitativos estão apresentados na forma de média \pm desvio padrão e as variáveis nominais, na forma de frequência. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Science* (IBM SPSS Statistics para Windows, versão 20.0, Armonk, NY, EUA, IBM Corp.) e o nível de significância estabelecido para todas as análises foi de 5%. Um panorama dos testes estatísticos utilizados pode ser visualizado a seguir, no Quadro 2.

Cabe observar que a quantidade de variáveis analisadas neste trabalho aumenta a probabilidade de erro Tipo I, ou seja, de que as correlações e as diferenças encontradas tenham ocorrido ao acaso.

Quadro 2 – Panorama dos testes estatísticos utilizados no tratamento dos dados.

| Condição | Teste |
|---|---|
| Normalidade da distribuição das variáveis quantitativas | Teste de Kolmogorov-Smirnov |
| Comparação de 2 grupos | Teste <i>t</i> de <i>Student</i> para amostras independentes ou teste de Mann-Whitney |
| Comparação emparelhada de 2 grupos | Teste <i>t</i> de <i>Student</i> para amostras emparelhadas ou teste de Mann-Whitney |
| Avaliação de mais de 2 grupos | Análise de variância <i>oneway</i> e pós-teste de Tukey |
| Correlação de 2 variáveis quantitativas | Correlação de Pearson ou de Spearman |
| Correlação de 2 variáveis qualitativas | Teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher |

Resultados

Desconsiderando a exclusão de participantes na análise da lista de espera de cirurgia otológica ou do prontuário eletrônico, dos indivíduos com os quais foi realizado contato, 76% participaram do estudo, o que pode ser considerado um bom índice. Por outro lado, o quantitativo de participantes com disponibilidade para participar do programa de reabilitação foi pequeno (31%), o que pode ser explicado, em parte, pelo fato da maioria dos participantes (80%) ter uma atividade laboral. O Grupo E foi o que apresentou mais indivíduos sem atividade laboral fora de casa (38%) quando comparado aos Grupos P (8%) e T (14%). O quantitativo de participantes do Grupo E que trabalhavam fora de casa (62%) sinaliza que o tipo de trabalho desenvolvido por eles não era empecilho para a participação nos cinco encontros em grupo propostos na etapa intermediária deste estudo, os quais foram realizados em horário comercial.

A maioria dos 51 participantes da amostra era do sexo feminino (65%). Pode-se supor que provavelmente mulheres apresentaram maior disponibilidade que homens para participar do estudo, especialmente para participar do programa de reabilitação, dado que o Grupo E contou com 87% de mulheres.

Os resultados estão apresentados conforme esquema observado na Figura 5.

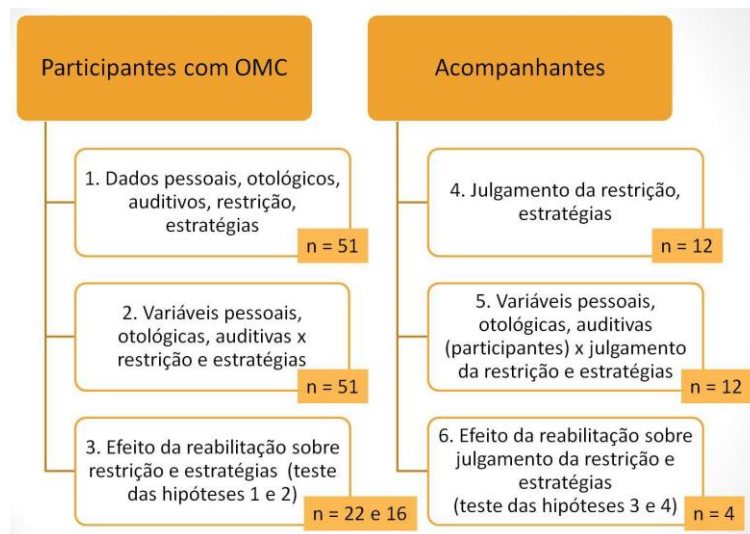


Figura 5 – Organização dos resultados do presente estudo.

Características otológicas e auditivas, restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre os participantes com OMC

As informações contidas nesta seção correspondem ao objetivo específico **b** deste trabalho, que foi identificar características pessoais, otológicas e auditivas, restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre indivíduos com OMC.

Deste modo, nesta seção serão apresentados os dados otológicos e auditivos obtidos por meio da entrevista, e os dados de restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação obtidos por meio da aplicação dos questionários HHIA e EC para os 51 participantes com OMC em conjunto.

Entrevista. Quanto à *idade de início dos sintomas otológicos*, 43% dos participantes começaram a apresentar sintomas de dor, otorreia (fétida ou não) e/ou dificuldade auditiva no período entre zero e sete anos de idade, 37% entre oito e 18 anos de idade, e 20% dos 19 anos de idade em diante. Para este estudo, a idade de início dos sintomas otológicos foi agrupada nestas três faixas etárias, procurando estimar a demanda auditiva segundo atividades possivelmente exercidas e locais possivelmente frequentados. Assim, a classificação etária será tratada neste trabalho como: 0 a 7 anos (fase pré-escolar), 7 a 18 anos (fase escolar), e maior ou igual a 19 anos (fase laboral).

Evento relacionado ao início dos sintomas. Ao serem questionados a que evento relacionavam o início dos sintomas, 73% dos participantes não souberam especificar como os sintomas começaram, e 27% atribuíram a alguma doença (de vias aéreas ou outras), a outros sintomas otológicos (zumbido, prurido), a mudanças hormonais (gestação, puerpério), ou a algum evento acidental (queda de grande altura, entrada de inseto ou inserção de objeto no conduto auditivo externo). Alguns participantes relataram piora dos sintomas após lazer com água em rio, piscina ou praia.

Cuidados dos sintomas iniciais. Ao serem questionados quanto a cuidados em geral na época do surgimento dos sintomas otológicos, 39% mencionaram uso de medicação, 29% apontaram uso de remédios caseiros ou outros produtos (como gasolina e óleo quente), 22% não souberam especificar, e 10% relataram cuidado com a secreção (limpeza, tamponamento do ouvido para evitar escorrimento, uso de cabelo longo para disfarçar). Alguns participantes mencionaram que só passaram a proteger o ouvido depois que receberam orientações do médico na unidade de saúde especializada em Otorrinolaringologia, como não mergulhar e proteger o ouvido durante o banho.

Acesso a atendimento médico. Em relação ao acesso a atendimento médico na época dos sintomas iniciais, 47% não souberam relatar, 31% mencionaram que se consultaram com um médico e 22% afirmaram não ter se consultado. Dentre os que se consultaram, a maioria relatou ter sido atendida por médico não especialista, mas essa informação não foi quantificada.

Evolução dos sintomas otológicos. Quanto à evolução dos sintomas otológicos, 34 participantes comentaram a respeito, mencionando piora ou melhora da audição, da dor, da secreção, do odor da secreção com o passar do tempo. Uma participante (T7) observou piora dos sintomas após trabalho com telemarketing, e três (E2, E3, E14) mencionaram piora após condições hormonais (gestação, puerpério ou menopausa).

Sintomas otológicos atuais e restrições no dia-a-dia. A respeito dos sintomas otológicos atuais, além da presença da perfuração timpânica, alguns participantes relataram apresentar otorreia, odor e/ou dor. Restrições em atividades corriqueiras em decorrência da perfuração timpânica, da otorreia e do odor foram sinalizadas por alguns deles: “não fico muito tempo num lugar porque o ouvido escorre e fede” (P13); “se vou no salão, sempre lavo o cabelo em casa antes” (P30); “a pior coisa é ir ao clube e não

poder mergulhar” (T7); “perdeu a graça ir à praia; viajo todo ano, e acabo curtindo só mais a cidade” (E7).

Atendimento médico especializado atual. Os participantes se encontram em acompanhamento otorrinolaringológico no HBDF há entre seis meses e 22 anos (média = 7 anos). Dentre os participantes com tempo mais longo de acompanhamento, alguns mencionaram fatores que podem estar relacionados a não resolutividade da OMC: persistência da doença, não uso da medicação indicada pelo médico, não realização da cirurgia indicada pelo médico, e abandono do tratamento.

Cirurgia otológica prévia. Quanto à realização de cirurgia otológica prévia, 61% apontaram não terem sido submetidos a nenhuma cirurgia até o momento, e 39% já haviam realizado pelo menos uma, independentemente do tipo de OMC (15 indivíduos haviam realizado uma cirurgia, quatro haviam realizado duas, e uma havia realizado três). Dentre os participantes que ainda não haviam realizado nenhuma cirurgia, 29% mencionaram já terem sido chamados, mas a cirurgia não foi realizada por diversos motivos, como: impossibilidade de comparecer ou desistência, exames pré-operatórios incompletos, decisão por outro procedimento cirúrgico que demandaria condições diferentes da planejada, alterações nas condições físicas para a cirurgia (presença de secreção na orelha a ser operada, pressão arterial alterada). A participante que relatou já ter realizado três cirurgias (E11) apresentava otorreia constante e persistente em ambas as orelhas, apesar do uso da medicação indicada pelo médico.

Informação sobre possíveis resultados da cirurgia. Ao serem questionados sobre o tipo de informação recebida quanto a possíveis resultados da cirurgia, os participantes mencionaram possíveis melhora, piora ou manutenção da audição (59%), possível melhora da secreção ou infecção (22%), possível fechamento da perfuração timpânica (22%), possível uso de AASI (8%), entre outros (26%).

Expectativas quanto à cirurgia otológica. Quanto às expectativas para com a cirurgia otológica, 51% expressaram expectativas quanto à melhora da audição (“ouvir melhor”, “parar de perder a audição”, “preservar a audição”, “escutar direito”, “voltar a ouvir”, “não precisar pedir repetição”, “ficar bom da audição”), 27% quanto à melhora da otorreia, 20% quanto à possibilidade de não mais necessitar proteger o ouvido (poder ir à praia ou à piscina e tomar banho sem se preocupar, poder mergulhar), 16% quanto à melhora da dor ou do odor da secreção, e 14% quanto à melhora de outros fatores (pulsação no ouvido, zumbido, tontura, “ter uma vida menos preocupante”, “ter bons resultados para não agravar na velhice”).

Dificuldades auditivas. Quanto às dificuldades enfrentadas em casa, no trabalho e no lazer, 82% mencionaram dificuldades quanto a si mesmos e/ou quanto ao interlocutor, enquanto que 18% relataram não sentir dificuldades. Dentre os que mencionaram dificuldades, algumas foram: oscilação da audição, dificuldades para entender o que foi dito na presença ou na ausência de ruído no ambiente, incômodo com ruído ou sons fortes, dificuldades na localização sonora e na percepção de sons de alerta, necessidade de aumentar a intensidade do som alvo (proximidade ao interlocutor, aumento de volume da TV), desistência da participação em conversas, esquiva da conversação ao telefone, fingimento quanto à compreensão do que foi dito, sentimentos de vergonha ou constrangimento, conflitos na família, dificuldade para conseguir emprego (pelo fato da perda auditiva ser evidenciada no exame admissional). Dois participantes exemplificaram suas dificuldades: T20 relatou que, ao atender clientes à mesa ou ao telefone na pizzaria da família, às vezes erra os pedidos devido à dificuldade auditiva; E4 mencionou dificuldade com palavras parecidas. Dois participantes (P1 e T20) comentaram ter se adaptado à escuta com a perda auditiva.

Ainda entre os participantes que mencionaram dificuldades auditivas, os que evidenciaram o interlocutor apresentaram as seguintes observações: julgar que a pessoa com perda auditiva está com raiva, tem má vontade ou está fingindo porque não respondeu ao ser solicitada; criticar, xingar, ridicularizar a pessoa com perda auditiva; demonstrar impaciência, irritação ou nervosismo quando é necessário repetir o que falou.

Em geral, os participantes demonstraram percepção adequada quanto aos possíveis resultados da cirurgia, mas mesmo tendo o conhecimento de que a audição poderia não ser recuperada, metade dos participantes declarou expectativas quanto à melhora da audição. Muito se manifestaram quanto à expectativa de melhora dos sintomas otológicos, mas é importante considerar a alta porcentagem de participantes com expectativas de ouvir melhor (51%), e a porcentagem ainda mais elevada de participantes com queixas de dificuldades auditivas (82%).

Classificação pessoal do grau e da frequência da dificuldade para ouvir.

Também na entrevista, os participantes foram solicitados a classificar sua audição como “audição normal” ou “dificuldade para ouvir” (pequena, média, grande ou enorme), e a apontar com que frequência a dificuldade para ouvir interfere na sua vida (nunca, raramente, algumas vezes, geralmente, sempre). Os dados de cada participante encontram-se listados nas Tabelas 8, 9 e 10, juntamente com as pontuações nos questionários, na seção a seguir. Quanto à dificuldade para ouvir, 52,9% classificaram sua dificuldade para ouvir como média, 19,6% como grande, 15,7% como pequena e 11,8% declararam que não apresentavam dificuldade para ouvir. Quanto à frequência da dificuldade para ouvir, para 31,4% ela interfere algumas vezes, para 23,5% raramente, para 17,6% sempre, para 15,7% nunca e para 11,8% geralmente.

Questionários de auto avaliação. Os valores obtidos na pontuação total e na pontuação das subescalas emocional e social do questionário HHIA, o nível de restrição de participação definido a partir da pontuação total do HHIA, bem como a pontuação total do questionário EC estão descritos nas Tabelas 7, 8 e 9 respectivamente para os participantes dos grupos P, T e E. Optou-se por descrever novamente alguns dados da perda auditiva (grau da perda auditiva e média de via aérea da melhor e pior orelha), a fim de facilitar a comparação destas informações com as pontuações obtidas nos questionários.

Durante a aplicação dos questionários, foram registrados alguns comentários realizados por alguns participantes, dado que os questionários foram aplicados em formato de entrevista; tais comentários podem ser visualizados no Anexo L.

Tabela 7 – Dados da perda auditiva, da classificação pessoal de grau e frequência da dificuldade para ouvir, da pontuação no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (pontuação total, emocional, social), da classificação do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos participantes do Grupo P.

| Participante | Grau perda melhor orelha | Grau perda pior orelha | Média VA melhor orelha | Média VA pior orelha | Grau dificuldade auditiva | Frequência dificuldade auditiva | HHIA total | HHIA emocional | HHIA social | Nível restrição | EC |
|--------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------------|------------|----------------|-------------|-----------------|----|
| P1 | N | L | 8 | 30 | Pequena | Às vezes | 8 | 2 | 6 | 0 | 30 |
| P2 | N | M1 | 14 | 41 | Grande | Geralmente | 60 | 38 | 22 | 3 | 40 |
| P3 | N | L | 6 | 30 | Pequena | Às vezes | 32 | 22 | 10 | 2 | 34 |
| P4 | N | M1 | 13 | 44 | Normal | Nunca | 14 | 6 | 8 | 0 | 30 |
| P5 | N | L | 5 | 34 | Grande | Sempre | 54 | 32 | 22 | 3 | 44 |
| P6 | N | L | 9 | 29 | Pequena | Nunca | 4 | 2 | 2 | 0 | 36 |
| P7 | N | M2 | 14 | 63 | Normal | Nunca | 6 | 6 | 0 | 0 | 8 |
| P8 | N | M2 | 9 | 68 | Média | Raramente | 44 | 18 | 26 | 3 | 32 |
| P9 | L | L | 23 | 36 | Média | Às vezes | 36 | 18 | 18 | 2 | 16 |
| P10 | N | M2 | 20 | 63 | Média | Raramente | 36 | 16 | 20 | 2 | 44 |
| P11 | L | L | 36 | 40 | Pequena | Nunca | 4 | 2 | 2 | 0 | 28 |
| P12 | L | L | 35 | 36 | Média | Raramente | 56 | 30 | 26 | 3 | 52 |
| P13 | L | M1 | 34 | 50 | Média | Sempre | 50 | 20 | 30 | 3 | 30 |

L = leve; M1 = moderada grau I; M2 = moderada grau II; VA = via aérea; Nível restrição 0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo

Tabela 8 – Dados da perda auditiva, da classificação pessoal de grau e frequência da dificuldade para ouvir, da pontuação no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (pontuação total, emocional, social), da classificação do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos participantes do Grupo T.

| Participante | Grau perda melhor orelha | Grau perda pior orelha | Média VA melhor orelha | Média VA pior orelha | Grau dificuldade auditiva | Frequência dificuldade auditiva | HHIA total | HHIA emocional | HHIA social | Nível restrição | EC |
|--------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------------|------------|----------------|-------------|-----------------|----|
| T1 | N | L | 3 | 29 | Média | Sempre | 48 | 26 | 22 | 3 | 40 |
| T2 | N | M1 | 9 | 46 | Média | Às vezes | 12 | 4 | 8 | 0 | 24 |
| T3 | N | M1 | 5 | 55 | Média | Nunca | 2 | 0 | 2 | 0 | 14 |
| T4 | N | M2 | 18 | 69 | Média | Geralmente | 80 | 44 | 36 | 3 | 32 |
| T5 | N | M1 | 11 | 53 | Normal | Raramente | 12 | 8 | 4 | 0 | 18 |
| T6 | N | N | 6 | 19 | Média | Às vezes | 52 | 26 | 26 | 3 | 36 |
| T7 | N | L | 5 | 35 | Pequena | Raramente | 2 | 2 | 0 | 0 | 20 |
| T8 | N | M2 | 13 | 61 | Média | Às vezes | 24 | 10 | 14 | 1 | 22 |
| T9 | N | L | 13 | 33 | Média | Às vezes | 18 | 12 | 6 | 1 | 32 |
| T10 | N | S1 | 10 | 74 | Grande | Às vezes | 52 | 30 | 22 | 3 | 28 |
| T11 | N | L | 15 | 34 | Pequena | Raramente | 8 | 4 | 4 | 0 | 14 |
| T12 | N | M2 | 10 | 59 | Média | Às vezes | 56 | 44 | 12 | 3 | 56 |
| T13 | N | L | 14 | 31 | Média | Às vezes | 22 | 8 | 14 | 1 | 22 |
| T14 | N | L | 8 | 26 | Pequena | Nunca | 2 | 0 | 2 | 0 | 6 |
| T15 | N | M1 | 8 | 55 | Grande | Geralmente | 60 | 28 | 32 | 3 | 46 |
| T16 | N | M1 | 13 | 46 | Média | Raramente | 80 | 44 | 36 | 3 | 48 |
| T17 | M1 | M1 | 49 | 55 | Grande | Sempre | 80 | 46 | 34 | 3 | 48 |
| T18 | M1 | M2 | 46 | 51 | Média | Às vezes | 60 | 34 | 26 | 3 | 40 |
| T19 | N | M1 | 10 | 44 | Média | Raramente | 14 | 2 | 12 | 0 | 40 |
| T20 | L | M1 | 36 | 41 | Pequena | Raramente | 20 | 8 | 12 | 1 | 16 |
| T21 | N | S1 | 15 | 76 | Normal | Nunca | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| T22 | M1 | M2 | 51 | 69 | Média | Sempre | 100 | 52 | 48 | 3 | 32 |

L = leve; M1 = moderada grau I; M2 = moderada grau II; S1 = severa grau 1; VA = via érea; Nível restrição 0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo

Destacando-se o nível de restrição de participação, 38,5% dos participantes do Grupo P apresentaram ausência de restrição, 38,5% apresentaram restrição severa, 23% restrição moderada e 0% restrição leve. Entre os participantes do Grupo T, 46% apresentaram restrição severa, 36% ausência de restrição, 18% restrição leve e 0% restrição moderada. No Grupo E, 69% apresentaram restrição severa, 19% ausência de restrição, 6% restrição leve e 6% restrição moderada.

Tabela 9 – Dados da perda auditiva, da classificação pessoal de grau e frequência da dificuldade para ouvir, da pontuação no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (pontuação total, emocional, social), da classificação do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos participantes do Grupo E.

| Participante | Grau perda melhor orelha | Grau perda pior orelha | Média VA melhor orelha | Média VA pior orelha | Grau dificuldade auditiva | Frequência dificuldade auditiva | HHIA total | HHIA emocional | HHIA social | Nível restrição | EC |
|--------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------------|------------|----------------|-------------|-----------------|----|
| E1 | L | L | 28 | 35 | Média | Às vezes | 58 | 30 | 28 | 3 | 38 |
| E2 | N | M1 | 18 | 41 | Média | Geralmente | 72 | 40 | 32 | 3 | 42 |
| E3 | L | M2 | 24 | 69 | Grande | Sempre | 58 | 36 | 22 | 3 | 34 |
| E4 | N | M1 | 8 | 48 | Média | Às vezes | 62 | 40 | 22 | 3 | 44 |
| E5 | N | M1 | 11 | 44 | Média | Às vezes | 52 | 36 | 16 | 3 | 28 |
| E6 | N | M1 | 16 | 43 | Grande | Sempre | 10 | 6 | 4 | 0 | 30 |
| E7 | N | L | 10 | 36 | Média | Às vezes | 38 | 16 | 22 | 2 | 28 |
| E8 | N | M2 | 9 | 65 | Média | Raramente | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 |
| E9 | N | L | 6 | 40 | Média | Raramente | 58 | 26 | 32 | 3 | 46 |
| E10 | L | M1 | 21 | 48 | Normal | Nunca | 48 | 24 | 24 | 3 | 28 |
| E11 | M1 | M2 | 50 | 68 | Grande | Sempre | 96 | 48 | 48 | 3 | 42 |
| E12 | L | L | 23 | 29 | Normal | Raramente | 14 | 4 | 10 | 0 | 34 |
| E13 | L | M1 | 38 | 50 | Média | Geralmente | 60 | 42 | 18 | 3 | 36 |
| E14 | L | L | 34 | 39 | Média | Às vezes | 20 | 12 | 8 | 1 | 26 |
| E15 | L | M1 | 38 | 49 | Grande | Sempre | 88 | 40 | 48 | 3 | 36 |
| E16 | L | M1 | 29 | 54 | Grande | Sempre | 60 | 34 | 26 | 3 | 48 |

L = leve; M1 = moderada grau I; M2 = moderada grau II; VA = via aérea;
Nível restrição 0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo

Os valores médios, mínimo, máximo e desvio padrão obtidos na pontuação total do questionário HHIA (e o respectivo nível de restrição de participação), nas suas subescalas emocional e social, e a pontuação total no questionário EC podem ser visualizados na Tabela 10.

Tabela 10 – Valores médios, desvio padrão, mínimo e máximo da pontuação no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (pontuação total, emocional, social), da classificação do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos 51 participantes da amostra.

| | HHIA total | HHIA emocional | HHIA social | Nível restrição | EC |
|---------------|------------|----------------|-------------|-----------------|------|
| Média | 39,5 | 21,1 | 18,1 | 1,8 | 32,5 |
| Desvio padrão | 28,0 | 16,1 | 13,1 | 1,3 | 11,2 |
| Mínimo | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Máximo | 100 | 52 | 48 | 3 | 56 |

Considerando os resultados médios no questionário HHIA, observou-se que, em média, os participantes com OMC da amostra pontuaram 40% do total do questionário, indicando um nível de restrição de participação moderado. Os participantes pontuaram em média 40% do total da subescala emocional, e 38% do total da subescala social, o que demonstra peso semelhante de aspectos emocionais e sociais na composição da restrição de participação entre os indivíduos com OMC da amostra. Quanto ao questionário EC, em média os participantes atingiram 58% da pontuação, o que sinaliza um uso razoável de estratégias facilitadoras da comunicação no dia-a-dia.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os participantes dos grupos P, T e E nas pontuações total e subescalas do questionário HHIA, no nível de restrição de participação, e na pontuação total do questionário EC. As médias das pontuações de cada grupo no questionário HHIA estão descritas na Tabela 11.

Tabela 11 – Valores médios, desvio padrão (dp) e intervalo de confiança (IC) da pontuação no questionário HHIA (*Hearing Handicap Inventory for Adults*) (total, emocional e social), do nível de restrição de participação e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos participantes dos grupos P, T e E.

| | Grupo | n | Média | dp | IC 95% |
|-----------------|-------|----|-------|-------|---------------|
| HHIA total | P | 13 | 31,08 | 21,36 | 18,17 a 43,99 |
| | T | 22 | 36,55 | 31,02 | 22,79 a 50,30 |
| | E | 16 | 49,63 | 27,11 | 35,18 a 64,07 |
| HHIA emocional | P | 13 | 16,31 | 12,19 | 8,94 a 23,67 |
| | T | 22 | 19,64 | 18,01 | 11,65 a 27,62 |
| | E | 16 | 27,13 | 15,16 | 19,05 a 35,20 |
| HHIA social | P | 13 | 14,77 | 10,47 | 8,44 a 21,10 |
| | T | 22 | 16,91 | 13,92 | 10,74 a 23,08 |
| | E | 16 | 22,50 | 13,67 | 15,21 a 29,79 |
| Nível restrição | P | 13 | 1,62 | 1,39 | 0,78 a 2,45 |
| | T | 22 | 1,55 | 1,40 | 0,92 a 2,17 |
| | E | 16 | 2,25 | 1,24 | 1,59 a 2,91 |
| EC | P | 13 | 32,62 | 11,64 | 25,58 a 39,65 |
| | T | 22 | 29,91 | 13,20 | 24,06 a 35,76 |
| | E | 16 | 35,50 | 7,21 | 31,66 a 39,34 |

Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto ao nível de restrição de participação auditiva, o Grupo E apresentou a maior porcentagem de participantes com restrição severa.

Influência de variáveis pessoais, otológicas e auditivas sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação dos participantes com OMC

As informações contidas nesta seção correspondem ao objetivo específico c deste trabalho, que foi verificar a influência de variáveis relacionadas a dados pessoais, otológicos e auditivos sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre indivíduos com OMC.

Correlações e comparações das variáveis com restrição e estratégias. Do conjunto de 51 participantes com OMC, procurou-se conhecer a influência de variáveis pessoais, otológicas e auditivas na restrição de participação auditiva (representada pelas pontuações total e nas subescalas no questionário HHIA e nível de restrição) e no uso de estratégias facilitadoras da comunicação (representado pela pontuação no questionário EC). As variáveis estudadas foram: sexo, idade, escolaridade, anos de estudo, trabalho, idade quando os sintomas otológicos iniciaram (e a fase da vida correspondente), anos de convivência com os sintomas otológicos, histórico de OMC em uma ou em ambas as orelhas; tipo de OMC, tipo de perda auditiva, grau da perda auditiva, média de via aérea, simetria entre as duas orelhas, classificação pessoal da dificuldade para ouvir. As análises encontram-se descritas a seguir.

Escolaridade. Não houve diferenças significativas nas pontuações dos questionários HHIA e EC nos diferentes graus de escolaridade, mas houve diferença próxima da significância na pontuação da subescala social do questionário HHIA ($p = 0,065$) entre participantes com ensino fundamental incompleto ($n = 18$; média = 24,78;

dp = 13,198; IC 95% = 18,21 a 31,34) e ensino fundamental completo (n = 6; média = 7,67; dp = 8,335; IC 95% = -1,08 a 16,41). Também houve diferença próxima da significância na pontuação do questionário EC ($p = 0,070$) entre participantes com ensino fundamental incompleto (n = 18; média = 35,11; dp = 11,900; IC 95% = 29,19 a 41,03) e ensino fundamental completo (n = 6; média = 20,33; dp = 10,23; IC 95% = 9,60 a 31,07). Tais dados podem indicar uma tendência a maior restrição social e maior uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre indivíduos com OMC com ensino fundamental incompleto quando comparados com indivíduos com OMC com ensino fundamental completo.

Anos de estudo. Houve associação negativa fraca entre os anos de estudo e a pontuação na subescala social do questionário HHIA ($r = -0,311$; $p = 0,027$) e a classificação do nível de restrição de participação ($r = -0,309$; $p = 0,027$), ou seja, quanto mais anos de estudo, menor a pontuação na subescala social e menor o nível de restrição de participação entre indivíduos com OMC. Não houve associação com o questionário EC.

Tipo de OMC na melhor orelha. Houve diferença significativa entre os tipos de OMC na melhor orelha entre participantes sem OMC e participantes com OMC supurativa, e entre participantes com OMC simples e participantes com OMC supurativa para a pontuação total no HHIA e nas subescalas emocional e social, bem como entre participantes com OMC simples e participantes com OMC supurativa para o nível de restrição de participação. Os achados, que podem ser visualizados na Tabela 12, indicam que indivíduos com OMC supurativa na melhor orelha tendem a apresentar uma pontuação total e nas subescalas do HHIA mais alta em comparação a indivíduos com OMC simples ou sem OMC na orelha, o que se reflete também no nível de restrição de participação.

Tabela 12 – Valores médios, desvio padrão e intervalo de confiança da pontuação no questionário HHIA (*Hearing Handicap Inventory for Adults*) (total, emocional e social) e do nível de restrição de participação conforme o tipo de otite média crônica (OMC) da melhor orelha entre os 51 participantes.

| | Tipo OMC melhor orelha | n | Média | dp | IC 95% |
|---------------------------------------|------------------------|----|-------|-------|---------------|
| HHIA total ($p = 0,001$) | Sem OMC | 34 | 35,53 | 25,55 | 26,62 a 44,44 |
| | OMC simples | 9 | 24,89 | 24,04 | 6,41 a 43,37 |
| | OMC supurativa | 6 | 75,67 | 21,48 | 53,12 a 98,21 |
| | OMC colesteatomatosa | 2 | 58,00 | 2,83 | 32,59 a 83,41 |
| HHIA emocional ($p = 0,005$) | Sem OMC | 34 | 19,71 | 15,22 | 14,40 a 25,02 |
| | OMC simples | 9 | 12,00 | 14,28 | 1,02 a 22,98 |
| | OMC supurativa | 6 | 39,33 | 11,36 | 27,41 a 51,26 |
| | OMC colesteatomatosa | 2 | 32,00 | 2,83 | 6,59 a 57,41 |
| HHIA social ($p = 0,001$) | Sem OMC | 34 | 15,82 | 11,55 | 11,79 a 19,85 |
| | OMC simples | 9 | 12,89 | 10,25 | 5,01 a 20,77 |
| | OMC supurativa | 6 | 36,33 | 13,35 | 22,32 a 50,35 |
| | OMC colesteatomatosa | 2 | 26,00 | 0,00 | 26,00 a 26,00 |
| Nível de restrição ($p = 0,019$) | Sem OMC | 34 | 1,71 | 1,40 | 1,22 a 2,20 |
| | OMC simples | 9 | 1,00 | 1,12 | 0,14 a 1,86 |
| | OMC supurativa | 6 | 3,00 | 0,00 | 3,00 a 3,00 |
| | OMC colesteatomatosa | 2 | 3,00 | 0,00 | 3,00 a 3,00 |

Tipo de perda auditiva na melhor orelha. Houve diferença significativa entre os tipos de perda auditiva na melhor orelha entre participantes sem perda auditiva e participantes com perda auditiva mista para a pontuação total no HHIA e nas suas subescalas emocional e social, bem como para o nível de restrição de participação. Os achados, que podem ser visualizados na Tabela 13, indicam que indivíduos com OMC com perda auditiva tipo mista apresentam uma pontuação total e nas subescalas do HHIA mais alta em comparação a indivíduos com OMC sem perda auditiva na melhor orelha, o que se reflete também no nível de restrição de participação.

Tabela 13 – Valores médios, desvio padrão e intervalo de confiança da pontuação no questionário HHIA (*Hearing Handicap Inventory for Adults*) (total, emocional e social) e do nível de restrição de participação conforme o tipo de perda auditiva da melhor orelha entre os 51 participantes.

| | Tipo perda melhor orelha | n | Média | dp | IC 95% |
|---------------------------------------|--------------------------|----|-------|-------|---------------|
| HHIA total ($p = 0,001$) | Sem perda | 28 | 27,64 | 22,39 | 18,96 a 36,33 |
| | Condutiva | 8 | 40,00 | 28,86 | 15,87 a 64,13 |
| | Neurosensorial | 7 | 53,71 | 26,89 | 28,84 a 78,59 |
| | Mista | 8 | 66,50 | 25,56 | 45,13 a 87,87 |
| HHIA emocional ($p = 0,002$) | Sem perda | 28 | 15,14 | 13,99 | 9,72 a 20,57 |
| | Condutiva | 8 | 19,00 | 14,42 | 6,94 a 31,06 |
| | Neurosensorial | 7 | 29,71 | 15,07 | 15,77 a 43,66 |
| | Mista | 8 | 36,75 | 13,94 | 25,10 a 48,40 |
| HHIA social ($p = 0,002$) | Sem perda | 28 | 12,50 | 10,08 | 8,59 a 16,41 |
| | Condutiva | 8 | 21,00 | 15,08 | 8,39 a 33,61 |
| | Neurosensorial | 7 | 24,00 | 12,17 | 12,75 a 35,25 |
| | Mista | 8 | 29,75 | 12,98 | 18,90 a 40,60 |
| Nível de restrição ($p = 0,017$) | Sem perda | 28 | 1,32 | 1,39 | 0,78 a 1,86 |
| | Condutiva | 8 | 1,75 | 1,28 | 0,68 a 2,82 |
| | Neurosensorial | 7 | 2,57 | 1,13 | 1,52 a 3,62 |
| | Mista | 8 | 2,75 | 0,71 | 2,16 a 3,34 |

Simetria. Em 84,3% dos participantes com OMC observou-se assimetria entre as orelhas, e em 15,7% simetria. No entanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre essas condições quanto às pontuações nos questionários HHIA e EC.

Grau de perda auditiva na melhor orelha. Houve diferença significativa entre os graus de perda auditiva na melhor orelha entre participantes sem perda auditiva e participantes com perda auditiva leve, e entre participantes com perda auditiva leve e participantes com perda auditiva moderada grau I, para a pontuação total no HHIA e nas suas subescalas emocional e social. Os achados, que podem ser visualizados na Tabela 14, indicam que indivíduos com OMC com perda auditiva leve apresentam uma pontuação total e nas subescalas do HHIA significativamente mais alta em comparação a indivíduos com OMC sem perda auditiva na melhor orelha e significativamente mais baixa em comparação a indivíduos com perda auditiva moderada grau I na melhor orelha.

Tabela 14 – Valores médios, desvio padrão e intervalo de confiança da pontuação no questionário HHIA (*Hearing Handicap Inventory for Adults*) (total, emocional e social) conforme o grau de perda auditiva da melhor orelha entre os 51 participantes.

| | Grau perda melhor orelha | n | Média | dp | IC 95% |
|--------------------------------------|-----------------------------|----|-------|-------|----------------|
| HHIA total ($p = 0,001$) | Sem perda | 34 | 32,18 | 25,65 | 23,23 a 41,13 |
| | Leve | 13 | 44,00 | 23,72 | 29,67 a 58,33 |
| | Moderada I | 4 | 84,00 | 18,18 | 55,06 a 112,94 |
| HHIA emocional ($p = 0,003$) | Sem perda | 34 | 17,59 | 15,39 | 12,22 a 22,96 |
| | Leve | 13 | 23,08 | 13,60 | 14,86 a 31,30 |
| | Moderada I | 4 | 45,00 | 7,75 | 32,67 a 57,33 |
| HHIA social ($p = 0,001$) | Sem perda | 34 | 14,59 | 11,52 | 10,57 a 18,61 |
| | Leve | 13 | 20,92 | 11,79 | 13,80 a 28,05 |
| | Moderada I | 4 | 39,00 | 10,89 | 21,67 a 56,33 |

Média de via aérea da melhor e da pior orelha. Houve correlação positiva moderada entre a média de via aérea da melhor orelha e a pontuação total no questionário HHIA ($r = 0,465$; $p = 0,001$), a pontuação na subescala emocional ($r = 0,419$; $p = 0,002$) e a pontuação na subescala social ($r = 0,480$; $p < 0,001$). Com a média de via aérea da pior orelha, houve correlação positiva fraca em relação à pontuação total no HHIA ($r = 0,277$; $p = 0,049$) e a pontuação na subescala emocional ($r = 0,281$; $p = 0,046$). Assim, observa-se que a média de via aérea da melhor orelha prediz melhor a pontuação no HHIA e nas suas subescalas do que a média de via aérea da pior orelha nos indivíduos com OMC unilateral ou bilateral.

Grau de dificuldade auditiva. Houve diferenças significativas nas pontuações dos questionários HHIA e EC nas diferentes classificações pessoais da dificuldade para ouvir (nenhuma dificuldade, dificuldade pequena, média, grande ou enorme). Os achados podem ser visualizados na Tabela 15. A pontuação total no HHIA e a pontuação em EC foram significativamente menores na classificação “nenhuma dificuldade” comparando com a pontuação de “dificuldade grande”, assim como entre “pequena dificuldade” e “dificuldade média” ou “dificuldade grande”. Nas subescalas

emocional e social do HHIA, a pontuação foi significativamente menor nas classificações “nenhuma dificuldade” e “dificuldade pequena” quando comparadas às classificações “dificuldade média” ou “dificuldade grande”, o que também ocorreu para o nível de restrição de participação. Tais dados indicam que indivíduos com OMC que classificaram sua dificuldade para ouvir como nenhuma ou pequena, apresentaram menor pontuação nos questionários HHIA (total, emocional e social) e EC do que aqueles que classificaram sua dificuldade para ouvir como média ou grande, sugerindo que a classificação pessoal da dificuldade para ouvir é compatível com maior restrição de participação e menor uso de estratégias de comunicação entre indivíduos com OMC.

Tabela 15 – Valores médios, desvio padrão e intervalo de confiança da pontuação no questionário HHIA (*Hearing Handicap Inventory for Adults*) (total, emocional e social), do nível de restrição de participação e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) conforme a classificação pessoal da dificuldade para ouvir entre os 51 participantes.

| | Dificuldade para ouvir | n | Média | dp | IC 95% |
|---------------------------------------|------------------------|----|-------|-------|---------------|
| HHIA total ($p < 0,001$) | Nenhuma | 6 | 15,67 | 16,75 | -1,91 a 33,25 |
| | Pequena | 8 | 10,00 | 10,64 | 1,11 a 18,89 |
| | Média | 27 | 44,81 | 24,89 | 34,97 a 54,66 |
| | Grande | 10 | 61,80 | 23,69 | 44,85 a 78,75 |
| HHIA emocional ($p < 0,001$) | Nenhuma | 6 | 8,00 | 8,29 | -0,70 a 16,70 |
| | Pequena | 8 | 5,25 | 7,17 | -0,74 a 11,24 |
| | Média | 27 | 24,07 | 15,37 | 18,00 a 30,15 |
| | Grande | 10 | 33,80 | 11,72 | 25,42 a 42,18 |
| HHIA social ($p < 0,001$) | Nenhuma | 6 | 7,67 | 8,98 | -1,76 a 17,09 |
| | Pequena | 8 | 4,75 | 4,27 | 1,18 a 8,32 |
| | Média | 27 | 20,74 | 11,30 | 16,27 a 25,21 |
| | Grande | 10 | 28,00 | 13,23 | 18,53 a 37,47 |
| Nível de restrição ($p < 0,001$) | Nenhuma | 6 | 0,50 | 1,22 | -0,79 a 1,79 |
| | Pequena | 8 | 0,38 | 0,74 | -0,25 a 1,00 |
| | Média | 27 | 2,15 | 1,17 | 1,69 a 2,61 |
| | Grande | 10 | 2,70 | 0,95 | 2,02 a 3,38 |
| EC ($p = 0,001$) | Nenhuma | 6 | 23,67 | 9,42 | 13,78 a 33,55 |
| | Pequena | 8 | 23,00 | 10,64 | 14,11 a 31,89 |
| | Média | 27 | 34,37 | 10,48 | 30,22 a 38,52 |
| | Grande | 10 | 39,60 | 7,29 | 34,38 a 44,82 |

Frequência da dificuldade auditiva. Houve diferenças significativas nas pontuações dos questionários HHIA e EC nas classificações da frequência com que a dificuldade auditiva interfere na vida pessoal. Os achados podem ser visualizados na Tabela 16. A pontuação total no HHIA e nas subescalas foi significativamente maior na classificação “sempre” comparando com “nunca”, “raramente” e “algumas vezes”; na classificação “nunca” a pontuação total no HHIA foi significativamente menor comparada a “algumas vezes” e “geralmente”. Na classificação “nunca” a pontuação na subescala emocional foi significativamente menor quando comparada a “algumas vezes” e “geralmente”; a classificação “raramente” foi significativamente menor comparada a “geralmente”. A pontuação na subescala social foi significativamente maior na classificação “geralmente” quando comparada com “nunca”. O nível de restrição de participação foi significativamente menor na classificação “nunca” comparada a “algumas vezes”, “raramente” e “sempre”. A pontuação no questionário EC foi significativamente menor na classificação “nunca” comparada às classificações “geralmente” e “sempre”. Tais dados indicam que a classificação pessoal da frequência com que a dificuldade para ouvir interfere na vida pessoal pode ser útil na previsão da restrição de participação e uso de estratégias facilitadoras da comunicação.

Tabela 16 – Valores médios, desvio padrão e intervalo de confiança da pontuação no questionário HHIA (*Hearing Handicap Inventory for Adults*) (total, emocional e social), do nível de restrição de participação e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) conforme a classificação pessoal da frequência com que a dificuldade para ouvir interfere na vida pessoal entre os 51 participantes.

| | Frequência da dificuldade para ouvir | n | Média | dp | IC 95% |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----|-------|-------|---------------|
| HHIA total ($p < 0,001$) | Nunca | 8 | 10,00 | 15,93 | -3,32 a 23,32 |
| | Raramente | 12 | 28,67 | 25,72 | 12,33 a 45,01 |
| | Às vezes | 16 | 37,63 | 18,55 | 27,74 a 47,51 |
| | Geralmente | 6 | 57,00 | 24,45 | 31,34 a 82,66 |
| | Sempre | 9 | 70,44 | 20,56 | 54,64 a 86,25 |
| HHIA emocional ($p < 0,001$) | Nunca | 8 | 5,00 | 8,07 | -1,75 a 11,75 |
| | Raramente | 12 | 13,50 | 13,73 | 4,78 a 22,22 |
| | Às vezes | 16 | 21,50 | 13,18 | 14,48 a 28,52 |
| | Geralmente | 6 | 33,00 | 14,35 | 17,94 a 48,06 |
| | Sempre | 9 | 37,11 | 10,49 | 29,05 a 45,18 |
| HHIA social ($p < 0,001$) | Nunca | 8 | 5,00 | 8,07 | -1,75 a 11,75 |
| | Raramente | 12 | 15,17 | 12,55 | 7,19 a 23,14 |
| | Às vezes | 16 | 16,13 | 7,50 | 12,13 a 20,12 |
| | Geralmente | 6 | 24,00 | 11,93 | 11,48 a 36,52 |
| | Sempre | 9 | 33,33 | 11,70 | 24,34 a 42,33 |
| Nível de restrição ($p < 0,001$) | Nunca | 8 | 0,38 | 1,06 | -0,51 a 1,26 |
| | Raramente | 12 | 1,25 | 1,42 | 0,35 a 2,15 |
| | Às vezes | 16 | 1,94 | 1,12 | 1,34 a 2,54 |
| | Geralmente | 6 | 2,50 | 1,22 | 1,21 a 3,79 |
| | Sempre | 9 | 3,00 | 0,00 | 3,00 a 3,00 |
| EC ($p = 0,001$) | Nunca | 8 | 21,75 | 11,03 | 12,53 a 30,97 |
| | Raramente | 12 | 32,67 | 13,47 | 24,11 a 41,22 |
| | Às vezes | 16 | 31,50 | 9,81 | 26,27 a 36,73 |
| | Geralmente | 6 | 37,67 | 6,12 | 31,24 a 44,09 |
| | Sempre | 9 | 39,33 | 6,71 | 34,18 a 44,49 |

Não houve associação entre restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação com: sexo, idade, trabalho (se o participante com OMC trabalha fora de casa ou não), idade no início dos sintomas, tempo de sintomas, fase da vida no início dos sintomas, histórico de OMC unilateral ou bilateral, tipo de OMC na pior orelha, tipo e grau da perda auditiva na pior orelha, simetria entre as orelhas.

O Quadro 3 sintetiza as variáveis analisadas, divididas em variáveis que influenciaram as pontuações nos questionários HHIA e EC e variáveis que não influenciaram.

Quadro 3 – Divisão das variáveis correlacionadas ou comparadas à restrição de participação auditiva e ao uso de estratégias facilitadoras da comunicação.

| Variáveis que influenciaram restrição e estratégias | Variáveis que NÃO influenciaram restrição e estratégias |
|---|---|
| Anos de estudo | Sexo |
| Tipo OMC melhor orelha | Idade |
| Tipo perda melhor orelha | Escolaridade |
| Grau perda melhor orelha | Trabalho |
| Média VA melhor orelha | Idade início sintomas |
| Média VA pior orelha | Fase da vida início sintomas |
| Grau de dificuldade auditiva | Anos com sintomas |
| Frequência da dificuldade auditiva | Histórico OMC uni ou bilateral |
| | Tipo OMC pior orelha |
| | Tipo perda pior orelha |
| | Grau perda pior orelha |
| | Simetria |

Restrição de participação auditiva x uso de estratégias de comunicação.

Adicionalmente, foi verificada a correlação entre as pontuações nos questionários HHIA e EC. Houve correlação positiva moderada entre a pontuação total no questionário EC e a pontuação total e das subescalas no questionário HHIA (na pontuação total, $r = 0,643$ e $p < 0,001$; na pontuação na subescala emocional, $r = 0,655$ e $p < 0,001$; na pontuação na subescala social, $r = 0,571$ e $p < 0,001$; no nível de restrição de participação, $r = 0,646$ e $p < 0,001$), indicando que quanto maior a pontuação total e nas subescalas emocional do HHIA, e quanto maior o nível de restrição de participação, maior o uso de estratégias facilitadoras da comunicação.

Correlações e comparações entre as variáveis. As variáveis pessoais, otológicas e auditivas foram comparadas entre si, e os resultados das análises estatísticas estão descritos a seguir.

Escolaridade x idade início sintomas. Observou-se diferença significativa ($p = 0,004$) na idade de início dos sintomas otológicos entre os participantes com ensino superior completo ($n = 2$; média = 32,50; $dp = 14,85$; IC 95% = -100,92 a 165,92) e: participantes com ensino fundamental incompleto ($n = 18$; média = 11,50; $dp = 9,28$; IC 95% = 6,88 a 16,12), ensino médio incompleto ($n = 4$; média = 1,75; $dp = 1,50$; IC 95% = -0,64 a 4,14), ensino médio completo ($n = 16$; média = 10,13; $dp = 8,59$; IC 95% = 5,55 a 14,70), e ensino superior incompleto ($n = 5$; média = 5,60; $dp = 4,51$; IC = 0,01 a 11,19). Indivíduos com OMC que alcançaram níveis de escolaridade mais baixos que o superior completo tiveram os sintomas otológicos iniciados em média entre 2 e 12 anos. No entanto, a análise dessa diferença se torna frágil dado o tamanho da amostra com ensino superior completo.

Anos de estudo x tipo OMC pior orelha. Houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de estudo em anos ($p = 0,004$) entre indivíduos com OMC simples ($n = 22$; média = 10,32; $dp = 2,61$; IC 95% = 9,16 a 11,47) e indivíduos com OMC supurativa ($n = 16$; média = 7,38; $dp = 3,83$; IC 95% = 5,34 a 9,41) ou colesteatomatosa ($n = 13$; média = 6,85; $dp = 3,34$; IC 95% = 4,83 a 8,86) na pior orelha. Estes dados sinalizam que indivíduos com OMC simples na pior orelha estudam mais anos quando comparados a indivíduos com OMC supurativa ou colesteatomatosa.

Trabalho x idade início sintomas. Observou-se uma diferença próxima da significância ($t = 1,939$; $gl = 49$; $p = 0,058$; IC 95% = -0,23 a 13,05) na idade dos participantes no início dos sintomas otológicos entre quem não trabalha fora de casa (média = 15,9 anos; $dp = 11,98$) e quem trabalha fora de casa (média = 9,49 anos; $dp = 8,69$). O significado desse dado não é claro e não será aprofundado neste estudo.

Anos com sintomas x grau da perda auditiva. Observou-se diferença significativa ($p = 0,017$) no tempo de sintomas otológicos (em anos) entre os

participantes sem perda auditiva na melhor orelha ($n = 34$; média = 26,71; $dp = 11,89$; IC 95% = 22,56 a 30,86) e participantes com perda auditiva moderada grau I na melhor orelha ($n = 4$; média = 41,50; $dp = 4,041$; IC 95% = 35,07 a 47,93). Tais dados indicam que indivíduos com OMC com perda auditiva moderada grau I na melhor orelha apresentam sintomas otológicos há mais anos que indivíduos com OMC sem perda auditiva na melhor orelha.

Média de via aérea x grau da dificuldade auditiva. Houve diferença significativa relacionada à média de via aérea da pior orelha ($p = 0,007$) entre participantes que classificaram a dificuldade como pequena ($n = 8$; média = 33,13; $dp = 5,36$; IC 95% = 28,65 a 37,60) e participantes que classificaram a dificuldade como ausente ($n = 6$; média = 52,17; $dp = 16,17$; IC 95% = 35,20 a 69,13) ou grande ($n = 10$; média = 54,20; $dp = 13,07$; IC 95% = 44,85 a 63,55). Ou seja, em indivíduos com OMC que declararam ter pequena dificuldade para ouvir, a média de via aérea da pior orelha é significativamente menor que a média de via aérea da pior orelha dos participantes que declararam ter nenhuma ou uma grande dificuldade para ouvir. Indivíduos com limiares médios de via aérea na pior orelha em torno de 33 dB NA declararam apresentar pequena dificuldade auditiva, mas indivíduos com limiares médios de via aérea na pior orelha entre 52 e 54 dB NA divergiram ao definir o grau de dificuldade auditiva percebida: 63% declararam grande dificuldade para ouvir e 37% declararam ausência de dificuldade.

Média de via aérea x frequência da dificuldade auditiva. Houve diferença significativa relacionada à média de via aérea da melhor orelha ($p = 0,029$) entre participantes que mencionaram que a dificuldade auditiva sempre interfere ($n = 9$; média = 31,44; $dp = 18,21$; IC 95% = 17,44 a 45,45) e participantes em que a dificuldade raramente interfere ($n = 12$; média = 16,00; $dp = 10,51$; IC 95% = 9,32 a

22,68) e participantes que mencionaram que a dificuldade auditiva interfere algumas vezes ($n = 16$; média = 15,56; $dp = 11,39$; IC 95% = 9,49 a 21,63) na vida pessoal. Ou seja, para indivíduos com OMC para quem a dificuldade auditiva interfere sempre na vida pessoal a média de via aérea da melhor orelha foi significativamente maior comparada à média de via aérea da melhor orelha daqueles para quem a dificuldade auditiva interfere raramente ou algumas vezes.

Grau da dificuldade auditiva x frequência da dificuldade auditiva. Houve correlação segundo o teste de qui-quadrado ($p < 0,001$) entre a classificação da dificuldade para ouvir e a classificação da frequência com que a dificuldade interfere na vida pessoal. A associação entre essas medidas pode ser visualizada na Tabela 17.

Tabela 17 - Correlação entre dificuldade para ouvir (grau da dificuldade auditiva) e frequência com que a dificuldade para ouvir interfere na vida pessoal (frequência da dificuldade auditiva) dos 51 participantes com otite média crônica.

| | | Frequência da dificuldade auditiva | | | | | Total |
|------------------------------|---------|------------------------------------|-----------|----------|------------|--------|-------|
| | | Nunca | Raramente | Às vezes | Geralmente | Sempre | |
| Grau da dificuldade auditiva | Normal | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | Pequena | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 | 8 |
| | Média | 1 | 7 | 13 | 3 | 3 | 27 |
| | Grande | 0 | 0 | 1 | 3 | 6 | 10 |
| Total | | 8 | 12 | 16 | 6 | 9 | 51 |

Média via aérea x anos com sintomas. A média de via aérea da melhor orelha apresentou correlação positiva moderada com tempo de sintomas otológicos em anos ($r = 0,406$; $p = 0,003$), ou seja, quanto mais anos o indivíduo apresenta os sintomas otológicos, mais elevada tende a ser a média de via aérea da melhor orelha; a associação entre média de via aérea da pior orelha e anos com sintomas esteve próximo da significância ($r = 0,257$; $p = 0,069$).

Grau perda auditiva x dificuldade auditiva. A associação entre grau de perda auditiva da pior orelha esteve próxima da significância com o grau de dificuldade auditiva ($p = 0,067$). A associação entre grau de perda auditiva da melhor orelha esteve próxima da significância com a frequência da dificuldade auditiva ($p = 0,068$) pelo teste do qui-quadrado.

Não houve associação entre: a) sexo x idade no início dos sintomas, tempo de sintomas em anos e média de via aérea; b) escolaridade x fase da vida no início dos sintomas otológico; c) anos de estudo x idade no início dos sintomas; d) histórico de OMC (unilateral ou bilateral) x escolaridade; e) histórico de OMC x fase da vida no início dos sintomas; f) tipo de OMC na melhor ou na pior orelha x fase da vida no início dos sintomas; g) tipo de perda auditiva na melhor e pior orelha x fase da vida no início dos sintomas; h) grau da perda auditiva na melhor orelha e na pior orelha x fase da vida no início dos sintomas; i) grau de dificuldade auditiva x fase da vida no início dos sintomas; j) frequência de dificuldade auditiva x fase da vida no início dos sintomas; k) grau da perda auditiva na melhor orelha x grau de dificuldade auditiva; l) grau da perda auditiva na pior orelha x frequência de dificuldade auditiva.

Efeito do programa de reabilitação sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre os participantes com OMC

As informações contidas nesta seção correspondem ao objetivo específico **d** deste trabalho, que foi verificar a efetividade do programa de reabilitação na redução da restrição de participação auditiva e no aumento do uso de estratégias facilitadoras da comunicação para indivíduos com OMC.

Nesta seção, serão analisados os resultados de restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação dos 22 participantes do Grupo T (grupo passagem do tempo) e dos 16 participantes do Grupo E (grupo que participou da

reabilitação), quanto à diferença nas pontuações nos questionários HHIA e EC aplicados antes e após a passagem do tempo para o primeiro grupo, e antes e após a participação na reabilitação para o segundo grupo.

O Grupo T, entre a primeira e a segunda aplicação dos questionários, não participou da etapa intermediária deste trabalho, ou seja, o programa de reabilitação de cinco encontros em grupo. Assim, considera-se que as respostas obtidas na segunda aplicação com o Grupo T refletem a passagem do tempo. O Grupo E, entre a primeira e a segunda aplicação dos questionários, participou dos encontros da proposta de reabilitação auditiva descrita na seção Método. Assim, considera-se que as respostas obtidas na segunda aplicação com o Grupo E refletem a participação na reabilitação.

Restrição de participação e uso de estratégias de comunicação. Os valores absolutos das pontuações obtidas nos questionários HHIA e EC antes e após a passagem do tempo para o Grupo T e antes e após a participação nos encontros para o Grupo E estão descritos em duas tabelas (A e B), apresentadas no Anexo M, como leitura complementar.

Os valores médios e desvio padrão da pontuação no questionário HHIA (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário EC, antes e após a passagem do tempo para o Grupo T e antes e após a participação nos encontros para o Grupo E, encontram-se descritos respectivamente nas Tabelas 18 e 19, junto com os valores médios da diferença entre as duas aplicações, e os valores t e p obtidos por meio do teste t .

Tabela 18 – Valores médios e desvio padrão (dp) da pontuação no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) antes e depois da passagem do tempo, e valores médios da diferença entre as aplicações antes/depois, com os valores *t* e *p* do teste *t* para o Grupo T.

| Grupo T | Média das pontuações (dp) | | Diferença Antes - Depois | | |
|----------------|---------------------------|---------------|--------------------------|----------|----------|
| | Antes | Depois | Média | <i>t</i> | <i>p</i> |
| HHIA total | 36,55 (31,02) | 32,00 (32,08) | 4,54 | 2,377 | 0,027 |
| HHIA emocional | 19,64 (18,01) | 17,00 (16,81) | 2,64 | 2,096 | 0,048 |
| HHIA social | 16,91 (13,92) | 15,00 (15,87) | 1,91 | 1,551 | 0,136 |
| Restrição | 1,55 (1,40) | 1,36 (1,43) | 0,18 | 1,449 | 0,162 |
| EC | 29,91 (13,20) | 29,64 (14,72) | 0,27 | 0,233 | 0,818 |

Tabela 19 – Valores médios e desvio padrão (dp) da pontuação no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) antes e depois dos encontros em grupo, e valores médios da diferença entre as aplicações antes/depois, com os valores *t* e *p* do teste *t* para o Grupo E.

| Grupo E | Média das pontuações (dp) | | Diferença Antes - Depois | | |
|----------------|---------------------------|---------------|--------------------------|----------|----------|
| | Antes | Depois | Média | <i>t</i> | <i>p</i> |
| HHIA total | 48,38 (26,78) | 55,25 (24,60) | -6,87 | -2,227 | 0,042 |
| HHIA emocional | 26,38 (14,16) | 31,38 (14,04) | -5,00 | -2,430 | 0,028 |
| HHIA social | 22,00 (14,37) | 23,88 (11,60) | -1,87 | -1,117 | 0,281 |
| Restrição | 2,13 (1,26) | 2,50 (0,89) | -0,37 | -1,695 | 0,111 |
| EC | 36,25 (8,79) | 44,63 (6,31) | -8,37 | -5,595 | 0,000 |

No Grupo T, houve redução estatisticamente significativa na segunda pontuação (após a passagem do tempo) quando comparada à pontuação na primeira aplicação para o HHIA total e sua subescala emocional; não houve diferença estatisticamente significativa entre as pontuações antes e depois para a subescala social do HHIA, o nível de restrição e para a pontuação total do questionário EC.

No Grupo E, houve aumento estatisticamente significativo na segunda pontuação (após a participação na reabilitação) comparando com a pontuação na primeira aplicação para o HHIA total e sua subescala emocional, bem como para o questionário EC; não houve diferença estatisticamente significativa entre as pontuações antes e depois para a subescala social do HHIA e o nível de restrição.

Estes dados sinalizam que os participantes do Grupo T obtiveram redução na restrição de participação total e emocional, enquanto que os participantes do Grupo E obtiveram um aumento na restrição de participação. Por outro lado, somente o Grupo E obteve aumento significativo no uso de estratégias facilitadoras de comunicação.

Etapa complementar com o Grupo E. Em torno de oito semanas após a segunda aplicação dos questionários, os participantes do Grupo E responderam novamente aos questionários HHIA e EC, com o objetivo de verificar se o efeito observado um mês após a etapa intermediária se alterou com o passar do tempo.

Os valores absolutos da pontuação no questionário HHIA (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário EC, um mês e três meses após a participação nos encontros, encontram-se disponíveis para leitura complementar na terceira tabela (C) do Anexo M.

Os valores médios e desvio padrão da pontuação no questionário HHIA (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário EC, um mês e três meses após a participação nos encontros, encontram-se descritos respectivamente na Tabela 20, junto com os valores médios da diferença entre as duas aplicações, e os valores *t* e *p* obtidos por meio do teste *t*.

Tabela 20 – Valores médios e desvio padrão (dp) da pontuação no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) um mês e três meses depois dos encontros em grupo, e valores médios da diferença entre as aplicações antes/depois, com os valores *t* e *p* do teste *t* para o Grupo E.

| | Média das pontuações (dp) | | Diferença 1 mês - 3 meses | | |
|----------------|---------------------------|----------------|---------------------------|----------|----------|
| | 1 mês depois | 3 meses depois | Média | <i>t</i> | <i>p</i> |
| HHIA total | 55,25 (24,60) | 53,38 (24,49) | 1,87 | 0,834 | 0,417 |
| HHIA emocional | 31,38 (14,04) | 29,00 (13,21) | 2,37 | 1,268 | 0,224 |
| HHIA social | 23,88 (11,60) | 24,38 (13,43) | -0,50 | -0,393 | 0,700 |
| Restrição | 2,50 (0,89) | 2,44 (0,96) | 0,06 | 0,368 | 0,718 |
| EC | 44,63 (6,31) | 42,88 (7,26) | 1,75 | 1,139 | 0,273 |

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as medidas um mês e três meses depois da participação nos encontros para o Grupo E, ou seja, houve estabilização na pontuação dos questionários HHIA e EC, o que sinaliza que o aumento na restrição de participação e o aumento no uso de estratégias facilitadoras da comunicação alcançados ao final dos encontros em grupo se mantiveram ao longo do período de três meses.

O aumento no uso das estratégias facilitadoras da comunicação é um resultado favorável, pois indica que os participantes com OMC do Grupo E foram sensíveis ao conteúdo do programa de reabilitação. Por outro lado, o aumento na restrição de participação é um resultado aparentemente desfavorável, pois indica que os participantes pioraram na percepção do prejuízo causado pela dificuldade auditiva. Apesar do pior resultado na restrição de participação, os participantes com OMC demonstraram mudanças positivas relacionadas à participação nos encontros em grupo, e essas informações encontram-se no próximo item.

Outros achados. Diversos relatos dos participantes do Grupo E a respeito das dificuldades decorrentes das alterações otológicas e auditivas causadas pela OMC foram coletados nos encontros em grupo, e a partir das atividades realizadas em casa. Ao final dos encontros, e um mês e três meses após sua realização, os relatos a respeito da participação na reabilitação também foram registrados. Estas informações encontram-se descritas a seguir, após um breve histórico de cada participante, que pode ser útil na compreensão de alguns posicionamentos dos participantes em seus relatos.

Características dos participantes do Grupo E. A participante E1 atuava como cuidadora de acamados em uma casa de assistência, e durante os encontros costumava relatar demandas auditivas relacionadas a esse trabalho, como não ouvir ser chamada pelas colegas ou pelos pacientes sob sua responsabilidade.

Apesar de residir em um estado da região Nordeste, E2 aceitou o convite e participou de todos os encontros juntamente com uma irmã (Ac-E2), residente do Distrito Federal (DF), e uma filha de 20 anos, que compareceu em alguns encontros. No período de permanência no DF para participar da pesquisa, E2 conseguiu atendimento otorrinolaringológico para a filha, que também apresentava queixas auditivas, sendo diagnosticada com OMC simples unilateral e já incluída na lista de espera de cirurgia otológica.

E3 residia com o marido e três filhos, e atuava como chefe de cozinha, com participação frequente em treinamentos para aprender novos pratos a serem comercializados pelo estabelecimento. Durante o período dos encontros, relatou estar em processo de separação e mudança de residência.

E4 cursava faculdade e realizava estágio de docência em sala de aula. Compareceu aos encontros acompanhada por uma prima (Ac-E4) 19 anos mais velha, a qual atuava como professora em uma escola especial. Nos encontros, E4 se definia como uma pessoa com deficiência, e a prima demonstrava também a considerar assim.

E5 apresentava queixas constantes quanto à falta de paciência dos filhos com suas dificuldades auditivas. No período em que participou dos encontros, encontrava-se desempregada, e estava atuando como cuidadora da mãe.

E6 demonstrava ressentimento com a família em relação à evolução dos sintomas otológicos, os quais apresenta desde a infância. Por outro lado, demonstrava boa adaptação às dificuldades auditivas diárias.

E7 apresentava queixas constantes quanto à falta de paciência do marido ao conversar com ela, devido à necessidade constante de repetição. Estava frequentando aulas de cursinho no período noturno. Apesar de estar na lista de espera de cirurgia, em

sua última consulta médica foi tomada a decisão de não realizar cirurgia por enquanto, sendo planejado acompanhamento otorrinolaringológico e cuidados com a perfuração.

E8 residia em uma cidade do entorno do DF, e não trabalhava fora. Demonstrava apresentar poucas dificuldades auditivas no dia-a-dia.

A partir do segundo encontro, além da filha (Ac-E9), a esposa de E9 passou a frequentar os encontros em grupo, espontaneamente.

Familiares de E10, apesar de não comparecerem aos encontros, participaram à distância, por meio da execução de algumas atividades enviadas para casa. E10 estava aposentado, e não trabalhava fora.

E11 compareceu aos encontros acompanhada por um filho, mas uma nora compareceu em dois encontros, e um outro filho compareceu uma vez. Ela demonstrava apresentar muitas dificuldades auditivas no seu dia-a-dia, e relatava alteração de sensibilidade tátil (na região das orelhas, ambas já operadas) e gustativa.

Além da OMC, E12 apresentava alteração ocular, em tratamento há alguns anos, com relato de prejuízo na percepção visual. Atuava como autônoma no setor de vendas. Assim como E4, demonstrava percepção adequada de como lidar com as dificuldades auditivas.

E13 atuava em serviços gerais durante o dia e à noite frequentava faculdade. Residia com o marido e dois filhos pequenos. Nos encontros, costumava relatar desentendimentos com conhecidos pelo desconhecimento do próprio problema auditivo.

E14 relatou ter comparecido ao primeiro encontro sem a intenção de dar continuidade, uma vez que não sentia dificuldades auditivas relevantes. No entanto, decidiu continuar a participar.

E15 constantemente relatava frustração na conversa com o marido, pelo fato de ele se recusar a repetir o que disse. Durante o período dos encontros, foi diagnosticada com câncer e deu início ao tratamento, sem interromper sua participação nos encontros.

E16 relatava estar muito ocupada com consultas médicas e resolução de situação com a guarda de uma neta.

Relatos durante os encontros. Nos Quadros 4, 5, 6, 7 e 8 são apresentados exemplos de relatos de alguns participantes com OMC respectivamente nos Encontros 1, 2, 3, 4 e 5, acompanhados de uma análise funcional.

Durante o Encontro 1, quando foram abordados assuntos referentes a audição, perda auditiva, sistema auditivo em condições normais e na OMC, e outros (detalhados no Anexo G), os participantes expuseram seu histórico de sintomas otológicos e dificuldades enfrentadas. Em muitos relatos pôde-se notar que alguns participantes se encontram mais adaptados às dificuldades do que outros. Houve relatos de descoberta tardia da perfuração timpânica e, portanto, aprendizado tardio de cuidados com a perfuração. Ao serem questionados a respeito de dificuldades com características não auditivas da OMC, os participantes relataram necessidade de proteger o ouvido com algodão no banho e não poder frequentar praia e piscina devido à perfuração timpânica. Quanto à otorreia, alguns relatos mostraram adaptação à situação de escorrimento da secreção: manter a cabeça inclinada, e levar algodão consigo ao sair de casa. Tais relatos denotam limitações vivenciadas e enfrentadas em decorrência de sintomas da OMC. No Quadro 4 podem ser visualizados exemplos de relatos dos participantes no primeiro encontro.

Quadro 4 – Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E durante o Encontro 1 (temas principais: sistema auditivo e OMC).

| | Relato | Análise funcional |
|-----|--|--|
| E6 | “Eu acho que meu problema foi da falta de cuidado da minha mãe. A gente morava na roça, não tinha médico.” | Denota dificuldade de acesso a informação e cuidado médico. |
| E7 | “Um dia tive problemas com um spray de cabelo que estava estragado: a válvula concentrou o jato, e foi direto dentro do ouvido perfurado.” | Denota acontecimento acidental no ouvido com perfuração timpânica durante cuidados com a beleza pessoal. |
| E11 | “Por uns 4 meses, a cirurgia deu resultado, depois voltou de novo.” | Denota recorrência dos sintomas otológicos. |
| E11 | “Eu não trabalhei porque as pessoas não querem uma pessoa surda.” | Denota dificuldades de se colocar no mercado de trabalho devido às consequências auditivas da OMC. |
| E12 | “Peço pra pessoa olhar pra mim, peço pra falar mais alto. Não tenho vergonha: é chato, mas eu peço.” | Denota adaptação a situações difíceis de comunicação, por meio do uso de estratégias para facilitar leitura orofacial e melhora da audibilidade. Por outro lado, denota reconhecimento de aborrecimento ao interlocutor. |
| E12 | “Uma vez o cobrador falou alguma coisa, eu não entendi, e ele disse ‘você é surda?’; fiquei constrangida porque tinha muita gente.” | Denota constrangimento sofrido pela exposição de sua dificuldade auditiva pelo interlocutor. |
| E14 | “O primeiro item da lista de mercado era cotonete. Depois que o médico orientou, nem compro mais.” | Denota a importância da informação qualificada para evitar comportamentos inadequados no cuidado à saúde do ouvido. |

No início do Encontro 2, questões relativas às dificuldades enfrentadas na OMC foram exploradas a partir da atividade realizada em casa após o Encontro 1, com a seleção de uma figura que representasse a dificuldade para ouvir ou o problema do ouvido. No Anexo N estão listadas as figuras escolhidas pelos participantes com OMC e pelos acompanhantes, com a respectiva explicação do motivo de sua escolha.

Durante o Encontro 2, cujos assuntos estiveram em torno do estímulo sonoro e da percepção auditiva (para mais detalhes, vide o Anexo G), os participantes teceram comentários sobre a importância da atenção na percepção auditiva, dificuldade de detectar determinados sons, e sentimentos negativos relativos às dificuldades na percepção auditiva. No Quadro 5 podem ser visualizados exemplos de relatos dos participantes nesse segundo encontro.

Quadro 5 – Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E durante o Encontro 2 (temas principais: som e percepção auditiva).

| | Relato | Análise funcional |
|-----|---|---|
| E2 | “A pessoa que não ouve bem tem que ficar muito atenta, senão passa muita vergonha.” | Denota necessidade de manutenção da atenção para evitar situações embaraçosas. |
| E2 | “Se a pessoa pisa leve, a gente se assusta quando ela chega perto.” | Denota propensão a se assustar devido à dificuldade na captação de sons de alerta antecipatórios. |
| E12 | “Eu me sentia embaraçada, mas perdi a vergonha de dizer do meu problema do ouvido, porque eu preciso conviver, eu preciso trabalhar.” | Denota a importância de avisar ao interlocutor sobre o problema auditivo para possibilitar melhor convívio e condições para exercer seu trabalho. |
| E15 | “Quando meu ouvido tampava, sentia como se eu estivesse bagunçada.” | Denota sentimento de inadequação com o agravamento da condição auditiva nas ocasiões de piora dos sintomas otológicos da OMC. |
| E15 | “Não gosto de conversar no ônibus; passo por chata.” | Denota evitamento de situação corriqueira de comunicação devido à dificuldade auditiva somada à condição relação sinal/ruído desfavorável. |

Durante o Encontro 3, foram explorados assuntos relativos à cadeia de comunicação, quanto a fatores intervenientes no falante, ouvinte, ambiente e mensagem (em mais detalhes no Anexo G). Os participantes foram incentivados a comentar suas condutas em diferentes situações de comunicação, e posteriormente foram discutidas soluções para problemas envolvendo os quatro elementos da cadeia de comunicação. Exemplos de comentários dos participantes neste terceiro encontro podem ser visualizados no Quadro 6.

O Encontro 4 se prestou a fornecer elementos para compreender as características de diferentes situações de escuta que envolvem interação ou não, e planejar cuidados em cada situação para favorecer a comunicação e evitar solicitação de repetição (vide Anexo G). Os participantes foram solicitados a compartilhar situações vivenciadas e sua postura diante delas. Exemplos de comentários dos participantes neste quarto encontro encontram-se no Quadro 7.

Quadro 6 – Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E durante o Encontro 3 (tema principal: fatores intervenientes na percepção da fala considerando os componentes da cadeia de comunicação).

| | Relato | Análise funcional |
|-----|---|---|
| E1 | “Pra atravessar a rua, preciso de atenção redobrada, não dá pra confiar na minha audição” | Denota necessidade de aumento da atenção com situação em que sons de alerta podem passar despercebidos dada a reconhecida dificuldade auditiva. |
| E1 | “Isso de colocar a mão atrás da orelha é constrangedor, um sinal de velhice.” | Denota julgamento negativo de um recurso mecânico que pode auxiliar no aumento da audibilidade. |
| E3 | “Vivo fazendo isso: ‘é, é isso mesmo’, mesmo sem eu ter entendido.” | Denota comportamento de autoproteção, com uso de estratégia não promotora de comunicação. |
| E3 | “Se você tem um problema de saúde, melhor não esconder, porque a pessoa pode mudar e ser compreensiva com o meu caso.” | Denota reconhecimento de que o aviso ao interlocutor quanto ao problema auditivo pode leva-lo a apresentar empatia e mudar seu comportamento na comunicação. |
| E3 | “Quando eu vim marcar uma consulta (de retorno ao médico), o atendente não repetiu uma informação que ele me deu, e eu fiquei sem saber.” | Denota despreparo do profissional que lida corriqueiramente com indivíduos que apresentam dificuldades auditivas, bem como um comportamento não adaptativo da participante. |
| E6 | “Eu não me preocupo com a minha audição hoje, porque dá pra me virar. Eu me preocupo pra daqui a 20 anos, de estar totalmente surda, e daí não vou poder operar.” | Denota preocupação com a audição no futuro, apesar da condição auditiva atual ser contornável. Infere-se que essa preocupação provavelmente se deva ao fato da participante ter observado piora na audição entre a infância e a idade adulta. |
| E8 | “No ônibus, fica complicado conversar, então deixo esfriar a conversa.” | Mais uma participante apontando a dificuldade auditiva presente na situação de comunicação na qual a relação sinal/ruído é muito desfavorável. |
| E11 | “Eu não aviso que tenho a perda auditiva. Já levei muito na cabeça por causa disso.” | Denota desistência no uso de estratégia facilitadora devido a vivências negativas anteriores. |
| E13 | “Anos atrás (nem tinha feito audiometria ainda), uma amiga ficou com raiva porque eu não entendia o que ela falava; ficamos 2 dias sem conversar.” | Denota incompreensão do interlocutor quanto à dificuldade auditiva do indivíduo com OMC, que neste caso desconhecia o próprio problema auditivo. |
| E13 | “Na faculdade, eu gravo as partes mais importantes e escuto depois no celular.” | Denota uso de equipamento de apoio para gravar informações relevantes e acessá-las posteriormente. Infere-se que o acesso posterior à informação provavelmente ocorreria em um ambiente acusticamente mais favorável e em uma condição de maior audibilidade. |
| E15 | “Se uma pessoa puxa conversa no ônibus, eu faço de tudo pra não conversar. É muito barulho, muito ruim.” | Denota ênfase da participante a uma situação de comunicação estressante anteriormente já citada por ela. |

Quadro 7 – Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E durante o Encontro 4 (tema principal: características de situações de escuta que envolvem, ou não, interação; cuidados que podem ser tomados em cada situação).

| | Relato | Análise funcional |
|-----|---|--|
| E4 | Um dia servi de intérprete numa igreja: o pastor falava inglês, tinha um intérprete pra traduzir pro português, e eu fiquei traduzindo do português pra LIBRAS. Nesse dia cheguei bem cansada em casa.” | Denota cansaço relacionada a alta demanda cognitiva somada a situação de esforço para ouvir. |
| E9 | “Quando vou comprar uma passagem de ônibus, sempre olho se a poltrona é na janela ou no corredor, porque prefiro sentar de jeito que a pessoa fique do meu lado bom. Daí posso conversar durante a viagem.” | Denota comportamento de adaptação à dificuldade auditiva e domínio no uso de estratégia para facilitar conversação. |
| E10 | “Se eu fechar os olhos pra prestar mais atenção na conversa pelo telefone, vou acabar pensando em outra coisa.” | Denota reconhecimento de que uma das estratégias sugeridas para uso do telefone não funcionaria com ele. |
| E11 | “Sei que prejudico minhas netas quando aumento o volume da TV. Por isso, eu to deixando de ouvir TV e rádio.” | Denota que a participante abre mão do recurso de melhora da audibilidade, restringindo o próprio acesso a informações e/ou lazer em favor dos familiares. |
| E15 | “Prefiro quando a pessoa faz um áudio no whatsapp, porque daí ela fala mais explicado, e fica melhor pra entender.” | Denota que o uso de gravação de informação é favorável à percepção da fala na medida em que o interlocutor cuida da produção de fala, deixando-a mais clara na situação de gravação. |
| E15 | “Acordo mais cedo pra ouvir os CDs de estudo bíblico, porque tem menos barulho em casa e na rua.” | Denota uso adequado de estratégia facilitadora de comunicação em situação de recebimento de informação: seleção de horário do dia com uma relação sinal/ruído mais favorável. |

No último encontro, foram explorados assuntos referentes a cuidados com o ouvido e com a audição (maiores detalhes no Anexo G). Os participantes teceram comentários sobre cuidados tomados por eles ou situações referentes à OMC, e exemplos desses comentários foram registrados no Quadro 8.

Quadro 8 – Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E durante o Encontro 5 (tema principal: cuidados com ouvido e audição).

| e | Relato | Análise funcional |
|-----|---|--|
| E3 | “Durmo com algodão no ouvido porque a secreção incomoda, não consigo dormir.” | Denota uso inadequado da estratégia de tamponamento do ouvido, com a justificativa de reduzir o incômodo para possibilitar o sono. |
| E3 | “Os remédios não fazem mais efeito.” | Denota persistência dos sintomas otológicos apesar do uso da medicação. |
| E11 | “Eu uso algodão no ouvido pra proteger na hora de dormir quando é época de besourinho.” | Denota uso inadequado da estratégia de tamponamento do ouvido, com a justificativa de evitar danos pela entrada de insetos em determinada época do ano. |
| E11 | “Eu não sinto quando escorre o ouvido. Às vezes o que sinaliza é quando pousa uma mosca no ouvido e alguém me fala, porque eu também não sinto a mosca.” | Denota perda da sensibilidade tátil. Infere-se que tal fato decorre provavelmente de seqüela de procedimento cirúrgico anterior, ocasionando dependência de pista externa para autoproteção. |
| E15 | “As toucas de banho são muito curtas. Eu uso papel filme enrolado na cabeça cobrindo o ouvido pra tomar uma ducha.” | Denota adaptação de recomendação médica para proteção do ouvido durante o banho. |
| E15 | “Se eu coloco protetor no ouvido pra ir na piscina, não escuto, não dá pra conversar.” | Denota que o uso de estratégia de tamponamento do ouvido para uso da piscina apresenta efeito colateral na redução da audibilidade para a conversação. |
| E16 | “No rio, na praia, eu não tô nem aí, eu mergulho mesmo. Eu faço assim, ó (tampou os ouvidos e o nariz ao mesmo tempo), e mergulho. Pronto, não entra água de jeito nenhum.” | Denota adaptação e resolução de uma limitação de atividade devido à perfuração timpânica. |

Relatos extraídos das atividades. Outros relatos foram obtidos por meio das atividades designadas para serem realizadas em casa, as quais podem ser revistas nos Anexos H, I, J e K. As reflexões dos participantes com OMC podem ser acessadas nos Anexos O, P, Q e R, os quais corresponderam à transcrição literal dos registros gráficos dos participantes e acompanhantes nas tarefas dos Encontros 1, 2, 3 e 4, respectivamente.

Na Atividade do Encontro 1, os participantes foram solicitados a realizar um levantamento de situações de dificuldades auditivas que despertam sentimentos de irritação, constrangimento, aborrecimento e tristeza. Em termos gerais, os participantes registraram situações de competição sonora, incompreensão da fala do interlocutor, não detecção de sons de alerta, necessidade de solicitar repetição e conseqüente irritação do

interlocutor, dificuldade de acompanhar assunto de interesse, perda de privacidade pela necessidade de aumento da intensidade sonora, despreparo de profissionais que lidam com o público, deboche do interlocutor, mal entendidos na família, dependência do interlocutor em algumas situações de escuta.

Por outro lado, uma participante (E14) denotou, em seus registros, certa elaboração desses sentimentos (“nada que não consiga resolver”; sente-se deprimida, mas “logo passa”). Conforme mencionado acima, os registros podem ser vistos mais detalhadamente no Anexo O. Seis participantes não fizeram a atividade designada para realização em casa (E5, E6, E7, E9, E13 e E16).

A Atividade do Encontro 2 dos participantes estava atrelada à experiência dos acompanhantes com o uso de um *plug* auricular para simular a redução na sensibilidade auditiva causada pelas alterações no sistema auditivo, como a OMC. Os participantes deveriam conversar com os acompanhantes sobre as dificuldades experimentadas, comentar com eles sobre suas próprias dificuldades, e anotar suas observações.

As participantes E4 e E11 demonstraram compreensão adequada da atividade, e pelos seus registros, a atividade pode ter apresentado o efeito esperado no interlocutor: sensibilização em relação às dificuldades auditivas enfrentadas pelo participante com OMC. As participantes E3 e E16 realizaram a atividade com seus acompanhantes, mas não fizeram seus registros. E1 e E14 redigiram apenas sobre sua própria dificuldade, e E15 relatou dificuldades auditivas de dois membros da família. Os participantes E9 e E10 demonstraram não ter compreendido a atividade, e o registro de E2 estava ilegível. Seis participantes não fizeram esta atividade (E5, E6, E7, E8, E12 e E13). Os registros podem ser acessados no Anexo P.

Na Atividade do Encontro 3, antecipando os assuntos que seriam abordados no Encontro 4, aos participantes foi solicitado que se observassem em diferentes situações

de escuta e modificassem a situação a seu favor, para ouvirem melhor. Oito participantes (E1, E2, E3, E4, E6, E11, E14 e E15) demonstraram compreensão adequada da atividade, e sinalizaram uso de estratégias adequadas, como diminuição da distância da fonte sonora, reorientação espacial, direcionamento ou aumento da atenção, atenuação de sons competitivos, solicitação de mudança no modo de falar do interlocutor, alternativas para perceber sons de alerta, uso de leitura orofacial, uso de legendas. Os registros desses participantes mostraram potencial para uso de estratégias facilitadoras da comunicação.

Apenas uma estratégia mencionada pode ser considerada de pouca efetividade na comunicação (E6 mencionou solicitar que o interlocutor fale mais alto), e poderia ser substituída por outras (como solicitar que o interlocutor fale mais claro). Dois participantes não compreenderam a atividade (E9 e E10), e seis não realizaram a atividade designada para realização em casa (E5, E7, E8, E12, E13, E16). Os registros realizados podem ser vistos com mais detalhes no Anexo Q.

A Atividade do Encontro 4 se destinava a coletar depoimentos dos participantes em relação a efeitos da participação na reabilitação; se após os encontros passaram a identificar melhor entraves à comunicação, mudaram o comportamento nas situações que envolvem a audição, e se houve mudança nos sentimentos relacionados à dificuldade de ouvir.

Quanto aos entraves à comunicação, os participantes citaram um ou mais exemplos, a maioria em torno da competição sonora; uma participante mencionou apenas seu zumbido (E14).

Quanto às mudanças no comportamento, os participantes citaram estratégias facilitadoras da comunicação que passaram a ser utilizadas ou que tiveram seu uso

intensificado; os registros de dois participantes (E3 e E9) sinalizaram manutenção de um sentimento negativo, mas não responderam à questão.

Quanto às mudanças nos sentimentos, E3 e E9 mantiveram o mesmo padrão de resposta, enquanto que os demais registros apontaram reconhecimento de limitações do interlocutor, aumento da tranquilidade em situações de comunicação, retomada de atividades, e diminuição de estresse, desânimo, tristeza e sentimento de inferioridade. Seis participantes não realizaram a atividade (E2, E7, E8, E12, E15, E16). Os registros encontram-se detalhados no Anexo R.

Relatos ao final dos encontros. Ao final do último encontro, os participantes foram encorajados a relatar sua experiência pessoal com a participação na reabilitação. De uma maneira geral, o balanço da participação nos encontros foi positivo, pois possibilitou compartilhamento de informações, aprendizado de estratégias de comunicação (ou uma melhor compreensão de estratégias já utilizadas), redução de sentimentos negativos, aceitação da própria condição, e empatia por outras pessoas.

Por outro lado, houve participantes que sinalizaram resistência ao uso de determinadas estratégias, como avisar ao interlocutor sobre a dificuldade auditiva, utilizar a mão em concha atrás da orelha, realizar leitura orofacial (sob risco do interlocutor interpretar como paquera), e manutenção de sentimentos negativos, como mágoa da família. Alguns relatos foram anotados e estão disponibilizados no Quadro 9.

Quadro 9 – Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E ao final do último encontro.

| | Relato |
|--------------------|---|
| E1 | <p>“Fiz 52 anos esse ano. Foram 52 anos sem saber direito o problema do meu ouvido.”</p> <p>“Eu me sentia inferior; agora entendo melhor o meu problema”</p> |
| E2 | <p>“Ter pessoa da família acompanhando é bom porque a pessoa fica sabendo como a gente se sente, o que a gente passa.”</p> <p>“Eu me sinto mais feliz, mais à vontade nas conversas.”</p> <p>“Eu aprendi que é mais difícil pra todo mundo quando a gente fala de costas.”</p> |
| E3 | <p>“Outro dia mudei de lugar pra ouvir melhor numa reunião.”</p> <p>“Vamos levar conhecimento, aceitação, confiança, gratidão.”</p> |
| E4 | <p>“Eu me sentia inferior, mas agora não me sinto mais.”</p> |
| E5 | <p>“Aprendi a conversar melhor com a minha filha, peço pra ela virar de frente pra mim.”</p> <p>“Ainda não consigo dizer pras pessoas que não ouço bem.”</p> <p>“Eu me sentia pior que os outros, hoje não mais.”</p> <p>“O sentimento de nervoso diminuiu. Estou mais calma.”</p> <p>“Agora eu pergunto se não entendi.”</p> |
| E6 | <p>“Diminuí meu constrangimento em dizer que tenho problema de audição, mas nunca tive problemas assim com isso.”</p> <p>“Se minha irmã fala, diminuo a TV. Também vou pra perto da pessoa que está falando.”</p> <p>“Sinto mágoa da minha irmã, porque na época ela não aceitou fazer a cirurgia que o médico indicou, e acho que meu problema agravou por causa disso.”</p> |
| E7 | <p>Costumo pedir pros meus filhos irem junto comigo pra comprar alguma coisa, fechar algum negócio, porque eu posso não entender o que o vendedor vai me dizer.”</p> |
| E11 | <p>“Conseguo identificar um bocado de coisa que me atrapalha ouvir.”</p> <p>“Eu uso algodão no ouvido pra proteger na hora de dormir quando é época de besourinho.”</p> <p>“Eu não sinto quando escorre o ouvido. Às vezes o que sinaliza é quando pousa uma mosca no ouvido e alguém me fala, porque eu também não sinto a mosca.”</p> <p>“Me ajudou a aceitar mais a perda. Eu não aceitava, eu ignorava.”</p> <p>“Agora, além de olhar pra pessoa, eu presto mais atenção.”</p> <p>“Aprendi a ter mais paciência, pergunto se não entendi.”</p> |
| E13 | <p>“Não me retraio mais nas conversas.”</p> <p>“Como tenho vergonha de pedir pra repetir, foco no que a pessoa está falando.”</p> <p>“Me sinto mais à vontade, mais leve.”</p> |
| E14 | <p>“Se falam de longe, eu vou lá perto saber o que falou.”</p> <p>“Eu não tenho muita dificuldade pra ouvir, mas depois dos encontros, me sinto mais paciente, mais calma, mais relaxada.”</p> <p>“Descobri que não preciso ter vergonha do meu problema do ouvido.”</p> |
| E15 | <p>“Pra mim sempre foi muito difícil falar do problema auditivo, mas agora passei a falar com mais naturalidade.”</p> <p>“Ao invés de adiar a conversa, chamo a pessoa para um lugar mais calmo.”</p> <p>“Me dei conta de que posso ajudar outra pessoa a ouvir, porque às vezes o outro tem perda e a gente nem sabe.”</p> <p>“Nos encontros podia dar mais tempo pras pessoas falarem.”</p> <p>“Em grupo é melhor; outras pessoas mostram outras soluções úteis.”</p> |
| Outros comentários | <p>“Esses encontros serviram pra colocar as coisas de um jeito mais simples, traduzir o quadro que cada um tem.”</p> <p>“É bom a gente saber porque não consegue ouvir bem, porque ouve e não entende.”</p> <p>“A gente tem uma ideia de perda auditiva que é não ouvir. Saber o tamanho da perda... Por exemplo, perda moderada: isso é bom ou ruim?”</p> <p>“Em grupo é mais animado, a gente conhece outras pessoas com o mesmo problema, um aprende com o outro.”</p> <p>“No grupo a gente vê o problema do outro, ouve outras histórias, quebra o gelo pra gente ter coragem de perguntar.”</p> <p>“Como aprendi umas táticas, diminuí a irritação dos familiares.”</p> <p>“Trouxe paz pra gente e pra dentro de casa.”</p> <p>“Tantos anos fazendo errado, como não pensei nisso antes (as estratégias)!”</p> <p>“Eu ficava irritada porque não entendia o que as pessoas falavam.”</p> <p>“Bom pra gente se corrigir.”</p> |

Os participantes também foram solicitados a emitir sugestões quanto ao programa de reabilitação. Não houve unanimidade entre os participantes quanto a modificação da estrutura do programa de reabilitação em relação à periodicidade dos encontros, tempo de cada encontro, conteúdo abordado, práticas a serem realizadas. Alguns participantes alertaram para o custo de deslocamento de casa até o local dos encontros.

A maioria mencionou a importância da participação de familiares na reabilitação, apesar de alguns apontarem resistência deles em participarem. Uma participante (E8) não se posicionou a respeito, pois argumentou que ninguém da família participou junto para ela saber como seria.

Algumas sugestões foram apontadas pelos participantes, como possibilitar mais tempo para as pessoas do grupo falarem, entregar o conteúdo abordado em cada encontro por escrito, e oportunizar contato com outros profissionais (como o otorrinolaringologista, para explicações mais específicas sobre a OMC, cuidados com o ouvido e cirurgia, e como o psicólogo, para auxiliar a pessoa a lidar com as perdas decorrentes da OMC) e possibilitar interação com pessoas que já participaram da reabilitação.

Relatos pós-encontros. Na ocasião da reaplicação dos questionários HHIA e EC um mês e três meses depois do último encontro, os participantes foram questionados sobre o que aprenderam nos encontros em grupo, o que gostaram de saber que antes não sabiam, se houve mudanças nas situações de comunicação, se participariam caso houvesse continuidade, e se indicariam para outras pessoas.

Os relatos encontram-se descritos na íntegra no Anexo S, mas alguns foram destacados no Quadro 10. Tais relatos, assim como os coletados no último encontro, denotaram um saldo positivo na participação nos encontros, como a manutenção do uso

de estratégias de comunicação aprendidas e ampliação do uso das mesmas em diferentes ambientes, redução de sentimentos negativos, aceitação da própria condição e maior desenvoltura nas conversas. Por outro lado, também foram mencionados: manutenção do uso de solicitação de repetição; dificuldade para se lembrar das estratégias, resistência ao uso de algumas estratégias pelo fato de já ter costumes estabelecidos, evitamento de contato com outras pessoas quando há piora da audição, falta de interesse em participar caso houvesse continuidade, devido a outras atividades, distância de casa ou custo de deslocamento.

Quadro 10 - Exemplos de relatos dos participantes com OMC do Grupo E 1 mês ou 3 meses após o último encontro.

| | Relato |
|-----|--|
| E1 | “Tem coisa que é tão óbvia, mas eu não sabia, como colocar a mão na orelha pra aumentar o som, dizer que tenho dificuldade, chegar mais próximo.” |
| E2 | “Eu gostei, porque a gente fica mais atento.” |
| E3 | “Estou prestando mais atenção na fala da pessoa, peço pra repetir; antes, eu deixava passar, ou falava besteira.” “Mas em geral não consigo me lembrar das estratégias.” |
| E4 | “... eu aprendi nas palestras e passei a praticar, e me ajudaram a me sentir segura. E eu vi que a vergonha só me atrapalhava, eu tinha vergonha de pedir pra pessoa virar de frente, falar devagar.” |
| E5 | “Fico mais tranquila, não fico tão irritada com a dificuldade de ouvir; eu (antes) pedia pra não falar mais comigo.” |
| E6 | “Em todos os segmentos de saúde deveria ter esse tipo de aula (...) pra gente saber como lidar (...). Seria muito bom se fosse a criança com os pais, pra criança se cuidar, e os pais também cuidarem.” |
| E7 | “... (antes) eu estava ficando muito desligada da conversa com as pessoas, por causa da dificuldade de ouvir; eu deixava as pessoas falando sozinhas, não estava me importando em conversar.” |
| E8 | “Foi o chegar mais perto que eu passei a usar.” “Eu não teria interesse em participar de novos encontros por causa da distância e preço das passagens, mas se fosse perto de casa, eu iria sim.” |
| E9 | “Perdi mais a vergonha de dizer sobre minha audição.” |
| E10 | “Família hoje pergunta se eu entendi, antes não fazia isso. (...) Passei a ter mais calma na conversa.” “Se eu costume olhar pra pessoa ou pedir pra falar mais devagar? É uma boa ideia, mas o meu costume é antigo.” |
| E11 | “(...) não queria ser o que sou, esse problema de audição; estou mais conformada. Aprendi a ter paciência pra poder ouvir. (...) Aprendi a lidar com quem não tem paciência comigo.” |
| E12 | “Estou aprendendo a diminuir os barulhos ao invés de aumentar o volume da TV: fecho a janela, peço pra falarem baixo. (...) Antes, eu achava que por eu ter problema, eles(família) é que tinham que me entender.” |
| E13 | “Eu achava que meu problema era distração.(...) Vergonha é responder uma coisa que você não escutou.” “Eu tinha preconceito comigo mesmo (...). Fui me soltando, e vi que tem gente igual a mim.” |
| E14 | “Eu antes reclamava mais, ficava mais irritada; me sinto mais calma.” “Eu nem queria ir, mas quando já no primeiro dia vi como era meu ouvidinho por dentro, eu disse: ‘tenho que voltar pra saber mais’.” |
| E15 | “Eu achava que tinha hábitos anormais (como chegar perto da pessoa, ficar olhando pro rosto), e agora vejo que muita gente faz. Acho que por isso me isolava; agora não me isolo mais. (...) Não me fecho mais nas conversas no ônibus.” “Gostei por causa da questão de sentimento: eu era muito revoltada, porque eu sou a única pessoa da família com OMC. Identifiquei que não vale a pena se irritar, mas sim se programar para a situação. Ajudou até no tratamento do câncer; a médica disse que eu não neguei o problema.” |
| E16 | “Em casa, vou onde a pessoa tá falando pra evitar intriga. (...) Eu não participaria se tivesse continuidade porque minha vida tá muito corrida.” “No dia que eu tô muito ruim do ouvido não quero aproximação.” |

Restrição de participação auditiva sob o ponto de vista do parceiro de comunicação e seu uso de estratégias facilitadoras de comunicação

As informações contidas nesta seção correspondem ao objetivo específico **e** deste trabalho, que foi investigar o julgamento de parceiros de comunicação sobre a restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC, e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação por parceiros de comunicação.

Nesta seção, serão analisados os resultados dos 12 acompanhantes dos participantes com OMC (Grupo AP) quanto à restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC e uso de estratégias facilitadoras de comunicação ao conversar com o indivíduo com OMC, obtidos por meio das versões acompanhante dos questionários HHIA e EC. Estes 12 acompanhantes foram os que participaram da etapa inicial junto dos respectivos participantes com OMC (dos grupos P, T, E).

Os dados dos 12 acompanhantes quanto à idade e parentesco com os participantes com OMC encontram-se distribuídos nas Tabelas 1, 2 e 3 apresentadas na seção Método.

Os valores obtidos na pontuação total e das subescalas emocional e social do questionário HHIA, o nível de restrição de participação definido a partir da pontuação total do HHIA, bem como a pontuação total do questionário EC dos 12 acompanhantes estão descritos na quarta tabela (D) do Anexo M, como leitura complementar. Optou-se por descrever novamente as pontuações dos participantes com OMC correspondentes a cada acompanhante, a fim de facilitar a comparação entre eles.

Os valores médios e desvio padrão da pontuação no questionário HHIA (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário EC dos 12 acompanhantes e dos respectivos participantes com OMC encontram-se

descritos na Tabela 21, junto com os valores médios da diferença entre as pontuações de ambos, e os valores t e p obtidos por meio do teste t .

Tabela 21 – Valores médios e erro padrão (ep) da pontuação no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (total, emocional, social), do nível de restrição de participação, e da pontuação no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos 12 acompanhantes e respectivos participantes com OMC, e valores médios da diferença e erro padrão (ep) entre as pontuações de ambos, com os valores t e p do teste t .

| | Média das pontuações (ep) | | Acompanhante - Participante | | |
|----------------|---------------------------|---------------|-----------------------------|--------|--------|
| | Acompanhantes | Participantes | Média | t | p |
| HHIA total | 45,17 (7,99) | 52,33 (8,32) | -7,17 | 0,6212 | 0,5409 |
| HHIA emocional | 26,50 (4,16) | 26,50 (4,73) | 0,0 | 0,0 | 0,9999 |
| HHIA social | 18,67 (3,96) | 25,83 (3,86) | -7,17 | 1,294 | 0,2089 |
| Restrição | 1,92 (0,36) | 2,25 (0,35) | -0,33 | 0,6650 | 0,5130 |
| EC | 28,00 (5,28) | 35,50 (2,27) | -7,50 | 1,294 | 0,2089 |

Não houve diferença estatisticamente significativa nas pontuações entre acompanhantes e participantes, o que indica que parceiros de comunicação foram capazes, em média, de prever adequadamente a restrição de participação auditiva do parente com OMC, e que utilizam estratégias facilitadoras da comunicação na mesma medida, em média, que seus parentes com OMC.

Estes dados devem ser considerados com cautela, visto que houve acompanhantes que subestimaram e acompanhantes que superestimaram a restrição de participação auditiva real dos respectivos participantes com OMC, conforme pode ser visualizado na última tabela do Anexo M. A mesma cautela deve ser aplicada à análise dos pares acompanhante/participante quanto ao uso de estratégias facilitadoras da comunicação, pois há acompanhantes que utilizam estratégias facilitadoras em maior ou menor medida quando comparados aos respectivos participantes com OMC.

Influência de variáveis pessoais, otológicas e auditivas do participante com OMC sobre o julgamento da restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras de comunicação entre os parceiros de comunicação

As informações contidas nesta seção correspondem ao objetivo específico **f** deste trabalho, que foi verificar a influência de variáveis relacionadas a dados pessoais, otológicos e auditivos de indivíduos com OMC sobre o julgamento dos parceiros de comunicação quanto à restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC e sobre o uso de estratégias facilitadoras da comunicação por parceiros de comunicação.

Do conjunto de 12 acompanhantes, procurou-se conhecer a influência de variáveis pessoais, otológicas e auditivas dos indivíduos com OMC nas pontuações obtidas nas versões acompanhante dos questionários HHIA (total, subescala emocional, subescala social, nível de restrição) e EC. As variáveis estudadas foram: sexo, escolaridade, trabalho, histórico de OMC em uma ou em ambas as orelhas; tipo de OMC, tipo de perda auditiva, grau da perda auditiva, simetria entre as duas orelhas, classificação pessoal da dificuldade para ouvir. As análises encontram-se descritas a seguir.

Acompanhantes de participantes com OMC unilateral (9) obtiveram uma pontuação menor (média = 23,78; dp = 19,32) do que os acompanhantes de participantes com OMC bilateral (3) (média = 40,67; dp = 5,03) no questionário EC, com diferença significativa entre ambos ($t = -2,390$ gl = 10; $p = 0,038$; IC 95% = -32,65 a -1,13). Utilizado com cautela (devido ao número reduzido da amostra de acompanhantes), esse dado indica que interlocutores de indivíduos com OMC bilateral utilizam mais estratégias facilitadoras da comunicação ao conversar com eles do que interlocutores de indivíduos com OMC unilateral.

Houve diferença estatisticamente significativa na pontuação do questionário EC entre acompanhantes de acordo com a classificação do grau de perda auditiva da pior orelha dos participantes com OMC ($p = 0,039$), porém não foi possível estabelecer as diferenças por falta de participantes em uma das classificações de grau de perda auditiva.

Não houve correlação ou diferença estatisticamente significativa no julgamento da restrição de participação e no uso de estratégias de comunicação entre os acompanhantes em relação às demais variáveis estudadas.

Efeito do programa de reabilitação sobre o julgamento da restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras de comunicação entre os parceiros de comunicação

As informações contidas nesta seção correspondem ao último objetivo específico deste trabalho (objetivo **g**), que foi verificar a efetividade do programa de reabilitação na aproximação do julgamento do parceiro de comunicação sobre a real restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC, e no aumento do uso de estratégias facilitadoras da comunicação.

Nesta seção, serão analisados os resultados de julgamento de restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação dos quatro acompanhantes que participaram da etapa intermediária (junto dos respectivos participantes com OMC do Grupo E), quanto à diferença nas pontuações nos questionários HHIA e EC aplicados antes e após a participação na reabilitação.

Os valores absolutos das pontuações obtidas nos questionários HHIA e EC antes e após a reabilitação para os quatro acompanhantes que participaram da etapa intermediária encontram-se descritos na Tabela 22. Na mesma tabela também foram inseridos os valores absolutos das mesmas pontuações três meses após a reabilitação.

Tabela 22 – Pontuações no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (total, emocional, social), nível de restrição de participação, e pontuações no questionário Estratégias de Comunicação (EC) antes e após (1 mês e 3 meses depois) a participação na reabilitação para os 4 acompanhantes, e abaixo para os respectivos participantes com OMC.

| | HHIA total antes | HHIA total 1 mês depois | HHIA total 3 meses depois | HHIA emocional antes | HHIA emocional 1 mês depois | HHIA emocional 3 meses depois | HHIA social antes | HHIA social 1 mês depois | HHIA social 3 meses depois | Restrição antes | Restrição 1 mês depois | Restrição 3 meses depois | EC antes | EC 1 mês depois | EC 3 meses depois |
|----------------------|------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------|------------------------|--------------------------|----------|-----------------|-------------------|
| Acompanhantes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ac-E2 | 68 | 54 | 50 | 40 | 32 | 30 | 28 | 22 | 20 | 3 | 3 | 3 | 50 | 48 | 42 |
| Ac-E4 | 76 | 58 | 46 | 40 | 30 | 26 | 36 | 28 | 20 | 3 | 3 | 3 | 46 | 40 | 54 |
| Ac-E9 | 16 | 62 | 50 | 10 | 38 | 22 | 6 | 24 | 28 | 0 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 |
| Ac-E11 | 42 | 40 | 36 | 28 | 24 | 24 | 14 | 16 | 12 | 2 | 2 | 2 | 36 | 54 | 44 |
| Participantes | | | | | | | | | | | | | | | |
| E2 | 72 | 62 | 64 | 40 | 34 | 34 | 32 | 28 | 30 | 3 | 3 | 3 | 42 | 54 | 40 |
| E4 | 30 | 38 | 42 | 26 | 24 | 30 | 4 | 14 | 12 | 1 | 2 | 2 | 48 | 44 | 44 |
| E9 | 76 | 80 | 74 | 36 | 44 | 42 | 40 | 36 | 32 | 3 | 3 | 3 | 52 | 52 | 52 |
| E11 | 96 | 100 | 98 | 48 | 52 | 50 | 48 | 48 | 48 | 3 | 3 | 3 | 42 | 52 | 50 |

Considerando o número reduzido da amostra de acompanhantes que participou da reabilitação junto dos respectivos participantes com OMC, considerou-se não ser conveniente aplicar testes estatísticos para verificar o efeito da reabilitação sobre a diferença entre o julgamento do acompanhante sobre a real restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC antes e depois da reabilitação, bem como sobre a diferença no uso de estratégias facilitadoras da comunicação dos acompanhantes antes e depois da reabilitação. Mas, observando os valores absolutos, podem ser extraídas algumas observações, descritas a seguir.

Mesmo antes da participação da reabilitação, a acompanhante Ac-E2 apresentava pontuação equivalente no questionário HHIA à participante E2, o que indica que a irmã já apresentava uma percepção adequada da restrição de participação de E2, tanto no aspecto emocional como no aspecto social. Na pontuação do questionário EC, observou-se que a acompanhante Ac-E2 já utilizava estratégias facilitadoras da comunicação tanto quanto E2, e 3 meses após os encontros, diminuiu o

uso das estratégias (talvez pelo fato de não residirem na mesma cidade, e se encontrarem com pouca frequência).

Ac-E4 demonstrou superestimar a restrição de participação de E4, especialmente no aspecto social. Após os encontros, aproximou sua pontuação no HHIA da pontuação de E4, sinalizando melhor adequação no julgamento da restrição de participação da prima, mas ainda superestimando a restrição, principalmente no aspecto social. Durante os encontros, Ac-E4 demonstrava lidar com E4 como uma pessoa com deficiência. O uso de estratégias de comunicação se mostrou equivalente em ambas tanto antes como depois da reabilitação.

Na etapa inicial, Ac-E9 demonstrou subestimar a restrição de participação do pai, tanto no aspecto social como emocional. Após a reabilitação, apesar de ainda haver diferença considerável na pontuação no HHIA entre ambos, a filha passou a reconhecer mais adequadamente a restrição do pai. Antes da reabilitação, Ac-E9 já não utilizava estratégias facilitadoras da comunicação com o pai, e depois continuou sem utilizá-las, ao passo que E9 utilizava tais estratégias, mesmo antes da reabilitação.

Ac-E11, já na etapa inicial, demonstrou subestimar a restrição de participação da mãe, especialmente no aspecto social. Tal diferença não foi reduzida após a reabilitação, ou seja, o filho continuou subestimando as dificuldades enfrentadas pela mãe, apesar de seus relatos durante e após os encontros indicarem o contrário, como pode ser constatado na próxima seção. O uso de estratégias facilitadoras de comunicação entre Ac-E11 e E11 foi relativamente equivalente, sendo observado aumento no uso entre ambos após a reabilitação, e declínio no uso das mesmas três meses após a reabilitação apenas por Ac-E11.

Outros achados. Relatos dos quatro acompanhantes dos participantes do Grupo E a respeito das dificuldades decorrentes das alterações otológicas e auditivas causadas

pela OMC foram coletados nos encontros em grupo, e a partir das atividades realizadas em casa. Ao final dos encontros, e um mês e três meses após sua realização, os relatos a respeito da participação na reabilitação também foram registrados. Estas informações encontram-se descritas a seguir.

Relatos durante os encontros. No Quadro 11 são apresentados exemplos de relatos dos acompanhantes Ac-E2 e Ac-E11 nos Encontros 1, 2, 3, 4 e 5, acompanhados de uma análise funcional. As acompanhantes Ac-E4 e Ac-E9 se manifestaram menos durante os encontros em grupo, e nenhum relato das mesmas foi registrado.

Quadro 11 – Exemplos de relatos dos acompanhantes dos participantes com OMC do Grupo E durante os Encontros.

| | Relato | Análise funcional |
|--------|---|---|
| Ac-E2 | “O plug pra mim foi uma lição. Meu Deus, olha como é difícil pra pessoa ouvir! Eu pensava que ela não respondia pra me fazer de besta. Achava que ela não tinha atenção pra mim. A pessoa da família passa a ter mais cuidado, mais carinho.” | Denota reconhecimento das dificuldades auditivas, e sinaliza que neste caso a experiência com o plug auricular atingiu o objetivo de sensibilizar o acompanhante. |
| Ac-E2 | “Seria bom fazer uns cartazes pra pessoa colocar no guarda-roupa ou geladeira pra lembrar das dicas.” | Sugestão da acompanhante para proporcionar a lembrança das estratégias facilitadoras da comunicação. |
| Ac-E2 | “O surdo daqui é chique: estuda, trabalha. No interior não.” | Denota a diferença no tratamento da pessoa com deficiência em cidades menores em relação a cidades de maior porte. |
| Ac-E11 | “Nossa, agora está tudo claro! Entendi tudo! Não imaginava que minha mãe era tão surda. Eu sabia que ela tinha dificuldade pra escutar, mas não sabia que era tanto. Agora eu sei!” (ao ver o audiograma da mãe e a explicação quanto ao grau de perda auditiva no 1º encontro) | Denota esclarecimento quanto à condição auditiva da mãe a partir de informações quanto à audição e perda auditiva trabalhadas no Encontro 1. |
| Ac-E11 | “A falta de informação do empregador e do candidato prejudica a pessoa a conseguir o trabalho.” | Denota clareza do prejuízo à pessoa com perda auditiva na ausência de informação adequada quanto às reais possibilidades de atuação no trabalho. |
| Ac-E11 | O relacionamento dela com as pessoas caiu uns 60%; ela foi se afastando, por causa da perda auditiva.” | Denota reconhecimento do prejuízo causado pela perda auditiva no caso da mãe deste acompanhante. |

Relatos extraídos das atividades. Outros relatos foram obtidos por meio das atividades designadas para serem realizadas em casa, as quais podem ser revistas nos Anexos H, I, J e K. As reflexões dos acompanhantes podem ser acessadas nos Anexos O, P, Q e R, os quais corresponderam à transcrição literal dos registros dos participantes e acompanhantes nas tarefas dos Encontros 1, 2, 3 e 4, respectivamente. Adicionalmente aos registros dos quatro acompanhantes, foram disponibilizados nos anexos os registros de familiares que participaram eventualmente dos encontros e de familiares que não participaram dos encontros, mas concordaram em realizar as atividades levadas para casa pelo participante.

Na Atividade do Encontro 1, três acompanhantes demonstraram reconhecer no dia-a-dia situações em que a dificuldade para ouvir costuma deixar os participantes irritados, constrangidos, aborrecidos ou tristes: situações de competição sonora, necessidade de solicitar repetição, dificuldade de acompanhar assunto de interesse ou de acompanhar conversa em grupo, dificuldade de ouvir quando o interlocutor não fala com clareza ou quando é pessoa desconhecida, comparação de si mesmo com pares que não têm perda auditiva. Uma participante (Ac-E9) não realizou esta atividade.

Na Atividade do Encontro 2, que envolvia o uso do *plug* auricular, os acompanhantes registraram impressões auditivas e não auditivas. Dentre as impressões auditivas, observaram impaciência do interlocutor, necessidade de aumentar o foco atencional, necessidade de mais intensidade sonora para entender a mensagem, dificuldade de compreender com clareza, aumento da dificuldade de compreensão na presença de som competitivo, dificuldade de controlar a própria intensidade vocal, além de sentimentos de impaciência, irritação, aflição e agonia. Ac-E11 observou diminuição do barulho ao dormir, o que foi classificado por ele como um aspecto positivo; observou também maior sensibilidade ao som após a retirada do *plug*. Essa atividade não atingiu

o objetivo de sensibilização com Ac-E9, dado que ela não relatou dificuldades com o uso do *plug*. Dois familiares que participaram parcialmente dos encontros (filha de E2 e esposa de E9) e outros quatro familiares também realizaram a atividade; seus registros podem ser acessados no Anexo P, juntamente com os demais.

A Atividade do Encontro 3 foi realizada pela acompanhante Ac-E4, a qual sinalizou uso de estratégias de comunicação que foram utilizadas somente sob demanda da participante E4. Outros familiares (que não compuseram a amostra de acompanhantes) realizaram a atividade, e seus registros podem ser lidos no Anexo Q, abaixo do registro dos acompanhantes.

Na coleta de depoimentos na Atividade do Encontro 4, os acompanhantes se manifestaram em relação a efeitos da participação na reabilitação. Quanto à identificação de entraves à percepção auditiva dos participantes, os acompanhantes citaram exemplos relacionados à competição sonora, distância da fonte sonora, e posicionamento inadequado do interlocutor. Quanto às mudanças no comportamento, os acompanhantes citaram observar que os participantes passaram a utilizar estratégias facilitadoras da comunicação, como aumento do foco atencional, aproximação da fonte sonora, e direcionamento do olhar para o interlocutor, além de maior desinibição nas conversas. Ac-E11 notou que sua mãe passou a sorrir mais.

Quanto a mudanças nos sentimentos dos participantes, os acompanhantes mencionaram maior tranquilidade, respeito ao próprio ritmo, redução na vergonha em falar sobre o problema auditivo. A resposta de Ac-E11 esteve mais voltada para comportamento do que para sentimentos; segundo ele, a dificuldade auditiva da mãe permanece, mas ela aumentou a concentração nas situações de escuta. Outros nove parceiros de comunicação, sendo oito familiares de participantes, também realizaram a atividade, apresentando suas impressões.

Relatos ao final dos encontros. Ao final do último encontro, os acompanhantes foram encorajados a relatar sua experiência pessoal com a participação na reabilitação. De uma maneira geral, o balanço da participação nos encontros foi positivo, pois possibilitou aprendizado de estratégias de comunicação, e empatia em relação ao parente com OMC. Alguns relatos estão disponibilizados no Quadro 12.

Quadro 12 – Exemplos de relatos dos acompanhantes dos participantes com OMC do Grupo E ao final do último encontro.

| | Relato | Análise funcional |
|--------|--|--|
| Ac-E2 | “Eu aprendi muito, queria que todos da família tivessem vindo. A família vai ficar mais bondosa com a pessoa que tem problema no ouvido.” | Denota desejo de que outras pessoas da família se beneficiem da reabilitação. Denota também empatia em relação a problemas enfrentados pela pessoa com OMC. |
| Ac-E2 | “Ela já mudou, porque não fica mais de costas; ela fica de olho em quem está falando. Ela está mais à vontade pra conversar.” “Ela percebeu falhas nela. Por exemplo, saía falando de costas, mas não faz mais isso. Quem tem boa audição também tem dificuldade pra ouvir de costas.” | Denota observação de mudanças positivas no comportamento da participante com OMC em situações de comunicação. Denota reconhecimento de que pessoas sem perda auditiva também se beneficiam de estratégias de facilitadoras da comunicação. |
| Ac-E11 | “Ela ficou mais desinibida, pergunta se não entendeu. Ela está interagindo mais, quer saber o que a pessoa tá falando. Antes ela andava com a cabeça baixa, agora não mais.” | Denota observação de mudanças positivas no comportamento da participante com OMC em situações de comunicação. |
| Ac-E11 | “Numa reunião de família, ela estava num grupo de pessoas conversando. Perguntei em voz alta: ‘você tá ouvindo, mãe?’. Ela disse que não, e aí as pessoas mudaram o jeito de falar.” | Denota provocação de outros interlocutores a modificarem seu comportamento de fala em prol da participação da mãe na conversa. Note-se que neste caso o acompanhante estava atento às necessidades da mãe, mesmo estando fora da situação de conversa. |

Relatos pós-encontros. Na reaplicação dos questionários HHIA e EC um mês e três meses depois do último encontro, os acompanhantes foram questionados sobre o que aprenderam nos encontros em grupo, o que gostaram de saber que antes não sabiam, se houve mudanças nas situações de comunicação, se participariam caso houvesse continuidade, e se indicariam para outras pessoas. Os relatos encontram-se parcialmente descritos no Quadro 13, mas podem ser integralmente acessados no Anexo S.

Quadro 13 - Exemplos de relatos dos acompanhantes dos participantes com OMC do Grupo E 1 mês ou 3 meses após o último encontro.

| Participante | Relato |
|--------------|--|
| Ac-E2 | “Melhorou nossa conversa por telefone.” “A gente ficou mais orientada, mais ensinada, pra gente ficar mais atenta pra ajudar as pessoas que tem problema de audição.” |
| Ac-E4 | “Eu passei a me policiar pra falar de frente, porque eu falava muito de costas. (...) Falo dos conteúdos (dos encontros) com as pessoas da família, sempre, especialmente quem tem menos contato com ela.” |
| Ac-E9 | “Valeu a pena, porque a gente passou a entender melhor o problema dele.” “Ele tá mais comunicativo.” |
| Ac-E11 | “Pra mim também (foi útil), porque eu aprendi muito sobre o problema da minha mãe.” |

Tais relatos, assim como os coletados no último encontro, denotaram um saldo positivo na participação nos encontros, com indícios de manutenção do uso de estratégias facilitadoras da comunicação e da empatia adquirida quanto à restrição de participação do indivíduo com OMC. Alguns acompanhantes sinalizaram que os conteúdos abordados nos encontros foram levados ao conhecimento de outros familiares que não participaram dos encontros, o que indica disseminação da informação.

Redução na irritação e impaciência do interlocutor, maior atenção do interlocutor às necessidades auditivas do indivíduo com OMC nas situações de comunicação, melhora na fluidez da comunicação entre interlocutores e indivíduos com OMC e melhor compreensão das dificuldades decorrentes da OMC eram benefícios esperados com a participação de parceiros da comunicação na reabilitação de indivíduos com OMC, e os resultados apresentados nesta seção indicam que foram alcançados.

Discussão

Características pessoais, otológicas e auditivas, restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre os participantes com OMC

A média de idade dos participantes na ocasião do início dos sintomas otológicos (11 anos) e o tempo de convivência com tais sintomas (30 anos) mostra a longevidade de condições otológicas que levam ao quadro da OMC. Esses dados estão de acordo com a literatura, que aponta que a patologia da orelha média na OMC atravessa estágios evolutivos crescentes (Monsanto et al., 2017; Scheibe et al., 2002), e que a OMC com início na infância pode persistir na vida adulta (*World Health Organization*, 2004). Isso mostra que o adulto com OMC, em média, apresenta uma história pregressa de sintomas otológicos de muitos anos, atravessando diversas fases da vida, cada qual com sua particularidade: a fase escolar, com demanda importante de atenção auditiva para o aprendizado de conteúdos escolares, a fase adolescente, com relevantes mudanças de comportamento, e a fase laboral, com implicações para obtenção de trabalho e permanência no emprego.

Uma quantidade expressiva de participantes teve o início dos sintomas otológicos até os sete anos de idade (43%), considerada nesse estudo como fase pré-escolar. Esta é uma fase que engloba idades de plena aquisição de linguagem e desenvolvimento de habilidades linguísticas, dependentes de uma boa audibilidade dos sinais de fala recebidos pelo sistema auditivo. A redução na sensibilidade auditiva e a flutuação na audição causadas por otites médias em crianças interferem na recepção adequada de segmentos linguísticos, e podem levar a prejuízos como: maior lentidão para o desenvolvimento da combinação de vocábulos, menor desempenho na inteligência verbal, dificuldades significativas na leitura (Zinkus & Gottlieb, 1980); desenvolvimento de um sistema fonético em uma taxa mais lenta do que o esperado

(Robb et al., 1993); redução da atenção e aumento da dispersão durante episódios de otite (Feagan et al., 1994); atraso na percepção da fala, no processamento fonológico, na compreensão de sentenças com sintaxe complexa, na habilidade de armazenar e evocar palavras (Nittrouer & Burton, 2005); hiperatividade e desatenção (Timmerman et al., 2007); dificuldades no processamento auditivo temporal (Villa & Zanchetta, 2014); indícios de prejuízo na saúde psicossocial a longo prazo (Hogan et al., 2014).

Uma porcentagem também considerável de participantes apresentou os sintomas otológicos iniciais na fase escolar, entre os oito e 18 anos (37%). Esta é uma fase de aquisição e desenvolvimento de conteúdos cada vez mais abstratos conforme o avanço dos anos escolares, inseridos em um contexto ambiental de constante competição sonora. Prejuízos na fase escolar associados à ocorrência de otites médias são: hiperatividade (Lindsay et al, 1999); menor alcance acadêmico (Elemraid et al., 2010); problemas acadêmicos e sociais, com potencial impacto vitalício (Rance, 2014). A presença de alterações de orelha média na fase escolar não pode ser considerada algo trivial.

Houve maior porcentagem de participantes com ensino fundamental (47%) e ensino médio (39%), com uma média de oito anos de estudo, em relação à porcentagem de participantes com ensino superior completo ou incompleto (14%). A literatura aponta que o acesso intermitente a estímulos auditivos causado pela OMC pode gerar efeitos negativos no progresso educacional (*World Health Organization & CIBA Foundation*, 1996; *World Health Organization*, 2004). Apesar da possibilidade de haver um viés associado à maior dependência das pessoas de nível socioeconômico mais baixo do serviço público de saúde, não se pode descartar a contribuição da OMC no menor avanço do nível de escolaridade. A OMC e a vulnerabilidade social são fatores que, juntos, podem contribuir para encurtar o tempo dedicado à vida acadêmica.

Considerando a longevidade dos sintomas otológicos dos participantes, pode-se afirmar que pelo menos 80% apresentou histórico de otite média recorrente, que é um dos fatores de risco para a OMC, conforme a literatura (Zhang et al., 2014). Também há indicativos de outros fatores de risco associados à OMC entre os participantes da amostra, consistentes com achados na literatura: a) estado socioeconômico baixo (Lasisi et al., 2008; Zhang et al., 2014), considerando os relatos de muitos participantes quanto a residência na infância fora de centros urbanos, com recursos familiares limitados; b) dificuldade de acesso ao tratamento em saúde (*World Health Organization & CIBA Foundation*, 1996), dado o baixo índice de participantes que declararam ter se consultado com um médico (31%) ou utilizado medicação (39%) na ocasião do início dos sintomas. A dificuldade de acesso ao sistema público de saúde está associada também ao índice de complicações da OMC (Maranhão et al., 2013).

O uso de remédios caseiros e outros produtos entre os participantes na época dos sintomas iniciais (29%) pode sinalizar preferência por tratamento alternativo por questões culturais (Lin et al., 2009), tolerância de pais e cuidadores por desconhecimento da natureza da doença (Tiedt et al., 2013) ou dificuldade de acesso ao tratamento em saúde. Thakur e colaboradores (2017) encontraram um percentual de 14% de uso de remédios caseiros e outros produtos, como óleo.

O fato de haver relatos de conhecimento da existência da perfuração timpânica somente após consulta especializada em Otorrinolaringologia sinaliza alguma falha na passagem de alguns participantes por unidades de saúde não especializadas: subnotificação da perfuração timpânica ao indivíduo ou não identificação da perfuração timpânica por falta de instrumental adequado ou despreparo profissional. A literatura alerta para a disponibilidade limitada de serviços otorrinolaringológicos (Tiedt et al., 2013), e a demora na referência para os serviços de Otorrinolaringologia (Ramalho, et

al., 2013; Tiedt et al., 2013) como fatores desfavoráveis ao prognóstico da OMC. O desconhecimento da existência da perfuração timpânica levou alguns participantes a, inadvertidamente, deixarem de proteger o ouvido em situações de higiene e de lazer, e observarem piora dos sintomas otológicos e, conseqüentemente, da audição.

O não seguimento do tratamento indicado ou o abandono do tratamento, mencionados por alguns participantes da amostra, são outros fatores desfavoráveis ao prognóstico da OMC. Eles podem estar associados à cronicidade da doença: apesar dos cuidados tomados, da medicação utilizada, e de cirurgias realizadas, a persistência ou a reincidência de sintomas pode ser desanimadora. Outra explicação pode estar na dificuldade de acesso a exames solicitados, medicações indicadas e cirurgia recomendada pelo médico.

Trinta e nove por cento dos indivíduos com OMC que estavam na lista de espera de cirurgia otológica já haviam sido submetidos previamente a pelo menos uma cirurgia. Dada a necessidade de novo procedimento cirúrgico, pode-se supor que aspectos da OMC não foram satisfatoriamente resolvidos. A prática clínica e estudos mostram que, apesar de um índice considerável de casos de OMC serem solucionados com uma cirurgia, procedimentos cirúrgicos adicionais podem ser necessários (Cruz et al. 2003; Fukuchi et al., 2006; Lima, Marone, et al., 2011; Mendes Neto et al., 2008). Como uma nova cirurgia pode levar algum tempo para ser realizada, por uma diversidade de motivos, dificuldades auditivas decorrentes da OMC continuam sendo vivenciadas.

A porcentagem de participantes submetidos a cirurgia prévia nesta amostra seria maior que a mencionada acima se 29% dos indivíduos nunca submetidos a cirurgia, mas já chamados para tal, tivessem efetivamente concretizado o procedimento cirúrgico. No entanto, diversos fatores associados a não realização da cirurgia foram citados, alguns

fora do alcance dos indivíduos, como mudança nas condições de saúde para a cirurgia. Tais fatores prolongam a demora no alcance à resolução da OMC e à possibilidade de melhora na audibilidade, e reforçam a proposição do presente estudo de que um acolhimento da pessoa com OMC em relação às suas necessidades auditivas deve ser planejado.

A ocorrência de histórico de OMC em apenas uma orelha foi de 67%, enquanto que 33% dos indivíduos apresentavam histórico de OMC em ambas as orelhas. As orelhas sem OMC não necessariamente estavam isentas de alguma alteração, visto que nem todas as orelhas contralaterais apresentaram limiares auditivos aéreos ou ósseos dentro do padrão de normalidade (54% estavam dentro do padrão de normalidade). Estudos sinalizam que mais da metade de indivíduos com OMC apresentam probabilidade de ter alterações na orelha contralateral (Damghani & Barazin, 2013; Scheibe et al., 2002).

Considerando o tipo de OMC, 57% dos participantes apresentavam propensão à ocorrência de otorreia episódica ou constante, dadas as características da OMC na pior orelha (supurativa ou colesteatomatosa). É conhecido que a otorreia causa flutuação na sensibilidade auditiva (Robb et al., 1993), e sua presença é um fator dificultador da passagem do estímulo sonoro através do sistema auditivo, levando a uma redução ainda maior na sensibilidade auditiva.

Ainda quanto ao tipo de OMC na pior orelha, 25% dos participantes apresentava o tipo colesteatomatoso, considerado o ápice do processo evolutivo da OMC (Dornelles et al., 2005). Apesar do potencial de erosão sobre o tecido ósseo (Dornelles et al., 2006), a expressividade em termos de sensibilidade auditiva foi variável, com apresentação de grau de perda auditiva de leve a moderado grau 2.

Na pior orelha, enquanto 25% dos participantes apresentaram preservação dos limiares auditivos ósseos, 75% dos participantes apresentaram alteração, sinalizando comprometimento neurosensorial. Apesar de a perda auditiva condutiva ser tipicamente encontrada na OMC, alterações neurosensoriais podem ocorrer (Jensen et al., 2013; Nanda & Luthra, 2015; Monsanto et al., 2017; *World Health Organization & CIBA Foundation*, 1996; Yehudai et al., 2015), o que pode levar a prejuízos no reconhecimento da fala, mesmo com o aumento da intensidade sonora.

Apesar de não terem sido apontadas diferenças estatisticamente significativas na restrição de participação de indivíduos com perdas condutivas na melhor ou na pior orelha quando comparados a indivíduos sem perda auditiva ou com perda auditiva mista, a preservação dos limiares ósseos e a consequente melhora na audibilidade com o aumento da intensidade sonora nas perdas auditivas condutivas não isentam o indivíduo de apresentar dificuldades auditivas. Isso pode ser observado ao se analisar individualmente as pontuações no questionário HHIA dos participantes com perda auditiva condutiva: houve indivíduos com ausência de restrição de participação auditiva, mas houve casos de restrição de participação moderada ou severa.

A média dos limiares auditivos aéreos da pior orelha foi de 46 dB NA, e o índice de perda auditiva de grau leve ou moderado na pior orelha foi de 94%. Conforme a literatura, há tendência a grau de perda auditiva leve a moderado na OMC (Braga, 2014; *World Health Organization*, 2004). A literatura aponta que adultos com perdas auditivas leve ou moderada decorrentes de OMC apresentam dificuldades psicológicas mais acentuadas que indivíduos saudáveis (Bakir et al., 2013), e que, entre indivíduos com OMC unilateral ou bilateral, quanto maior a severidade da perda auditiva, menor a pontuação nas habilidades sociais, especialmente entre os casos de OMC bilateral (Bidadi et al., 2008).

Outra questão apontada na literatura é que dificuldades para entender a fala podem ser encaradas como situações desafiadoras capazes de levar o indivíduo a se afastar da participação social (Pichora-Fuller, 2016), mesmo nos casos de perdas auditivas de grau leve ou moderado, as quais podem levar o indivíduo a evitar situações sociais, como recusar um convite para ir a uma festa, ou a não participar das situações sociais, como permanecer calado enquanto as pessoas em volta conversam (Heffernan et al, 2016).

Comparando os tipos de OMC com a classificação de tipo e grau de perda auditiva (Tabelas 1, 2 e 3), observa-se que, independentemente do tipo de OMC, o tipo de perda auditiva pode ser condutivo ou misto, e o grau de perda auditiva pode ser de leve a moderado, em média. Não se pode prever, portanto, que a OMC com menos prejuízo otológico terá menos prejuízo audiológico, e nem que toda OMC em estágios mais avançados terá um prejuízo audiológico de porte equivalente.

Observando relatos dos participantes da amostra, verificaram-se limitações em atividades diárias, como redução do prazer em frequentar locais de lazer, devido à perfuração timpânica, e redução do tempo de permanência em determinados locais, devido ao risco de visibilidade e odor da otorreia, entre outros. A essas limitações, soma-se a restrição de participação causada pelas dificuldades auditivas.

As dificuldades auditivas apontadas por 82% dos participantes na ocasião da entrevista, assim como as dificuldades auditivas relatadas pelos participantes do Grupo E nos encontros em grupo, correspondem a dificuldades na percepção de sons complexos, envolvendo principalmente a percepção espacial e a percepção da fala (Schiffman, 2005). Muitas queixas relativas à dificuldade de percepção da fala em situações de competição sonora reforçam a situação de desvantagem de indivíduos com OMC em relação a ouvintes normais (Shetty & Koonoor, 2016).

A observação individual dos valores obtidos na pontuação total do questionário HHIA, em suas subescalas emocional e social, e na classificação do nível de restrição de participação auditiva (Tabelas 8, 9 e 10) mostra uma grande variabilidade entre os participantes, constatação encontrada em outros estudos que correlacionaram a perda auditiva com o nível de restrição de participação (Lima, Aiello et al, 2011; Yamamoto & Ferrari, 2012). Indivíduos com o mesmo grau de perda auditiva e limiares auditivos aéreos médios semelhantes apresentaram níveis de restrição de participação diferentes, o que também encontra correspondência na literatura: indivíduos com limiares iguais podem experimentar diferentes graus de dificuldades auditivas (Korsten-Meijer et al, 2006; Maile & Young, 2013; Menegotto et al, 2011). Por outro lado, foram observados indivíduos com pontuações semelhantes no HHIA, mas com grau de perda auditiva e limiares auditivos aéreos médios bem diferentes.

A variabilidade na restrição de participação auditiva está associada a aspectos não audiológicos (Araújo et al., 2010). Pode-se especular que esta variabilidade esteja associada a aspectos relacionados ao humor, resiliência, vivência de outras dificuldades de saúde, ou maturidade. Matthen (2016) presumiu que a motivação pessoal pode ser o cerne do enfrentamento de situações comunicativas desafiadoras: enquanto um indivíduo aproveita o desafio cognitivo da situação auditiva, outro pode se sentir ameaçado e tender a se afastar, restringindo, assim, sua participação em situações de demanda auditiva.

Apesar da variabilidade individual acima mencionada, em média, os indivíduos com OMC apresentaram nível de restrição de participação moderado, com contribuição semelhante de aspectos emocionais e sociais na composição da restrição de participação. Houve variabilidade também no uso de estratégias facilitadoras da comunicação, mas em média os participantes demonstraram subutilizá-las. As variáveis

que influenciaram o nível de restrição de participação e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre estes indivíduos foram os anos de estudo, características da OMC e da perda auditiva na melhor orelha, e a classificação pessoal da dificuldade de ouvir.

Características próprias da OMC e de problemas derivados dos seus sintomas otológicos e audiológicos tiveram representatividade, não só na entrevista e nos questionários aplicados, mas também nos relatos dos participantes com OMC durante os encontros em grupo do programa de reabilitação realizado com parte deles.

Influência de variáveis pessoais, otológicas e auditivas sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação dos participantes com OMC

A correlação negativa entre anos de estudo e a subescala social do HHIA apontou que quanto mais anos de estudo, menores as restrições sociais decorrentes da dificuldade auditiva na OMC. Mais anos de estudo podem oferecer ao indivíduo a oportunidade de ampliar seu repertório cognitivo e de habilidades sociais, os quais permitiriam ao indivíduo repertório mais diferenciado para lidar com dificuldades auditivas em situações sociais desafiadoras à audição. Essa constatação ganha força com a tendência a maiores pontuações na subescala social entre participantes deste estudo com ensino fundamental incompleto, quando comparados àqueles com ensino fundamental completo. Níveis de escolaridade e habilidades sociais significativamente menores são observados entre indivíduos com OMC quando comparados a indivíduos sem OMC (Bidadi et al., 2008) Os resultados do presente estudo apontam que a restrição social na OMC pode ser atenuada com o avanço da escolarização, apesar da própria condição da OMC ser um fator dificultador deste avanço.

A presença de OMC suprativa, perda auditiva mista, perda auditiva leve ou moderada grau I, e elevação da média de via aérea na melhor orelha são preditores de

maior nível de restrição de participação auditiva, tanto no aspecto emocional como no aspecto social. Estas correlações podem ser explicadas pela presença de otorreia na OMC supurativa (e conseqüente piora da sensibilidade auditiva), pelas alterações neurossensoriais na perda auditiva mista (e conseqüente piora no reconhecimento da fala), e pela perda de sensibilidade auditiva na perda auditiva de grau leve ou moderado grau I (e conseqüente dificuldade de detecção de sons de fraca ou moderada intensidade). Observou-se, portanto, que o nível de restrição de participação auditiva dos indivíduos com OMC da amostra foi dependente de características otológicas e audiológicas da melhor orelha. Esta constatação pode ser útil no planejamento da assistência à pessoa com OMC.

A classificação pessoal da dificuldade para ouvir, proposta apresentada na entrevista deste estudo, também pode ser utilizada como um indicador de que o indivíduo precisa de suporte às suas dificuldades auditivas enquanto a audibilidade não é resolvida por meio de cirurgia ou indicação de AASI. A classificação do grau ou da frequência de dificuldade auditiva possibilitou estimar a restrição de participação e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre os participantes com OMC da amostra, com potencial para estimá-los também em indivíduos com outras patologias que conduzem a perdas auditivas.

Correlações e comparações das variáveis pessoais, otológicas e auditivas entre si. Houve indícios de que a OMC de início na infância tem impacto sobre a educação, sendo preditora de dificuldade no avanço da escolarização. Tal associação pode ter explicação na influência da alteração da sensibilidade auditiva na qualidade do estudo, resultando em baixo aproveitamento escolar. Porém, deve-se lembrar que a condição socioeconômica permeia tanto a idade de início dos sintomas da OMC como a

escolaridade; deste modo, idade no início dos sintomas e escolaridade talvez não se relacionem diretamente, mas sejam consequências comuns à condição socioeconômica.

Maior probabilidade de ocorrência de otorreia torna indivíduos com OMC supurativa ou colesteatomatosa mais sujeitos a redução na sensibilidade auditiva e constrangimento social do que indivíduos com OMC simples, o que poderia explicar o dado de mais anos de estudo entre estes do que entre indivíduos com OMC supurativa ou colesteatomatosa.

A longevidade dos sintomas otológicos na OMC tende a aumentar a média dos limiares auditivos e, portanto o grau da perda auditiva: o tempo de ação da doença no complexo da orelha média se refletiu diretamente na sensibilidade auditiva. Esta associação foi evidenciada tanto na correlação positiva entre anos com sintomas e limiares médios de via aérea na melhor orelha (quanto mais tempo da doença, maiores os limiares), como na comparação entre anos com sintomas e grau de perda auditiva na melhor orelha (indivíduos com perda auditiva moderada grau I na melhor orelha tiveram mais tempo de sintomas que aqueles sem perda auditiva na melhor orelha).

A classificação pessoal da dificuldade de ouvir quanto ao grau e à frequência da dificuldade percebida apresentou correspondência com os limiares médios de via aérea na pior e na melhor orelha, respectivamente: maior grau de dificuldade auditiva foi declarado entre indivíduos com limiares mais altos na pior orelha; maior frequência da dificuldade auditiva foi declarada entre indivíduos com limiares mais altos na melhor orelha. No entanto, a existência de uma parcela de indivíduos com limiares altos que declararam ausência de dificuldade auditiva pode ter explicação em algum mecanismo de adaptação à condição auditiva.

Não houve associação significativa entre grau da perda auditiva e a classificação pessoal do grau e da frequência da dificuldade para ouvir, ou seja, não é possível

estimar a dificuldade auditiva do indivíduo a partir do grau de sua perda auditiva na melhor ou na pior orelha.

Efeito do programa de reabilitação sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre os participantes com OMC

O efeito mais expressivo do programa de reabilitação foi o aumento no uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre os participantes com OMC. Interpreta-se esse aumento como o uso de mais ferramentas para lidar com as dificuldades auditivas decorrentes da OMC, com potencial para melhorar o desempenho na comunicação com outras pessoas e no recebimento de informações na comunicação não interativa. Esse efeito comprova a hipótese 2 deste estudo, e indica que o instrumento utilizado para avaliar o uso de estratégias facilitadoras da comunicação foi pertinente.

Acredita-se que o uso constante de estratégias facilitadoras da comunicação e a ampliação desse uso a diversas situações e ambientes pode, na prática: a) diminuir a necessidade de repetição do que foi ouvido; b) atenuar o estresse na comunicação e conflitos entre o indivíduo com OMC e seus interlocutores, em especial os parceiros de comunicação mais frequentes, como familiares e colegas de trabalho; c) minimizar o impacto das dificuldades auditivas decorrentes da OMC; d) propiciar o desenvolvimento de maior habilidade para lidar com a redução da sensibilidade auditiva habitual com a presença da otorreia, e para lidar com a dificuldade auditiva adicional nas situações de competição sonora; e) diminuir comportamentos de aversividade nas situações de comunicação, como esquiva ou desistência da situação, e com isso prevenir o isolamento; f) facilitar o desempenho pessoal em atividades laborais.

Contrariando expectativas quanto ao efeito do programa de reabilitação sobre a restrição de participação auditiva, houve aumento no nível de restrição entre os indivíduos com OMC após participarem dos cinco encontros em grupo propostos na

reabilitação, com contribuição significativa de aspectos emocionais. Esse efeito refuta a hipótese 1, e ao mesmo tempo sinaliza maior conscientização dos sentimentos negativos vivenciados nas situações de dificuldade auditiva. Isso indica que o programa de reabilitação deve ser reformulado para permitir a incorporação de estratégias que promovam o fortalecimento emocional dos participantes e o desenvolvimento de repertório de enfrentamento. A partir do reconhecimento de sentimentos relacionados às dificuldades auditivas, os participantes devem ser conduzidos no processo de elaboração e controle desses sentimentos, em busca de maior resiliência na convivência com os sintomas auditivos da OMC enquanto se aguarda a resolução da audibilidade por meio da cirurgia ou por meio do uso de dispositivos auditivos. A inserção do psicólogo no programa de reabilitação, ou na equipe multidisciplinar de atendimento, poderia ajudar o indivíduo com OMC a elaborar tais conteúdos.

A ausência de melhora da audibilidade pode explicar a não redução na restrição de participação auditiva, significando que a reabilitação em grupos psicoeducativos não tem poder de reduzir a restrição de participação auditiva, a não ser que haja a possibilidade de melhora da condição auditiva concomitantemente.

A passagem do tempo, após o contato dos participantes com OMC com as questões levantadas nos questionários de restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação, teve efeito apenas sobre o nível de restrição de participação, reduzindo-o. Tal redução recebeu contribuição significativa de aspectos emocionais. A melhora no desempenho em um instrumento é um efeito esperado nas reaplicações, e no caso deste instrumento específico, pode sinalizar reflexão sobre a própria condição de dificuldade auditiva. A ausência de efeito da passagem do tempo sobre o uso de estratégias facilitadoras da comunicação reforça o efeito do programa de reabilitação sobre o aumento no uso de tais estratégias.

Já a passagem do tempo após a participação no programa de reabilitação não alterou significativamente o aumento obtido no uso das estratégias facilitadoras da comunicação e nem o aumento no nível de restrição de participação auditiva, demonstrando manutenção dos efeitos obtidos após a reabilitação.

A coleta de informação qualitativa ao final de um programa de reabilitação pode ser interessante para a análise dos resultados (Habanec & Kelly-Campbell, 2015) e, no presente estudo foi de grande utilidade para revelar benefícios que não foram captados pelo questionário de restrição de participação. Apesar da aparente piora no nível de restrição de participação auditiva entre os indivíduos que participaram da reabilitação, seus relatos no último encontro, e um mês e três meses após a reabilitação, sugerem uma melhora na qualidade da comunicação, na relação com o interlocutor, e em sentimentos negativos resultantes das dificuldades auditivas enfrentadas (inferioridade, nervosismo, irritação, constrangimento, vergonha, impaciência, tensão). A leitura dos relatos permite um melhor entendimento destes benefícios, e traz uma reflexão de que outros instrumentos de avaliação podem ser mais adequados para medi-los do que um questionário de avaliação da restrição de participação auditiva, como o HHIA.

Uma das estratégias facilitadoras mais citadas pelos participantes em seus relatos após a participação na reabilitação foi o de prestar atenção ao estímulo-alvo, demonstrando reconhecimento da importância desta habilidade cognitiva no processo de comunicação interativa e não interativa.

O desgaste pessoal com a limitação de atividades devido à perfuração timpânica ou à otorreia pode ser amenizado com a troca de informações entre indivíduos com OMC, especialmente quanto à forma como cada um lida com tais limitações; a participação em programas de reabilitação em grupo tem potencial para esta finalidade

também. O indivíduo passa a não se sentir o único com tal tipo de problema, o que pode levar a sensação de alívio e diminuição de sentimentos negativos.

Ao se observar os participantes do Grupo E individualmente, algumas considerações podem ser destacadas: a) a redução da sensibilidade auditiva em adultos com OMC pode ser um fator preocupante nos casos em que o indivíduo se ocupa do cuidado de pessoas em condição vulnerável (como em E1 e E5); b) o enfrentamento de problemas pessoais pode dificultar um melhor aproveitamento do programa de reabilitação (como em E3); c) até indivíduos sem restrição de participação auditiva se beneficiaram do programa de reabilitação (como em E6, E8 e E12), o que alerta para o fato de que a ausência de restrição não deve ser motivo para não convidar indivíduos com OMC a participar de programas como o deste estudo; d) a experiência pessoal com outros problemas de saúde crônicos pode tornar o indivíduo mais hábil para lidar com as dificuldades decorrentes da OMC (como em E12); e) o problema da invisibilidade da perda auditiva, especialmente nos casos em que o grau não é tão intenso, como na OMC, pode levar a julgamento inadequado do interlocutor quanto às reais dificuldades auditivas do indivíduo com OMC (como em E13); f) o conhecimento a respeito do próprio problema de saúde pode ser um atrativo à participação na reabilitação para indivíduos com OMC cujas dificuldades auditivas são pequenas (como em E14); g) a participação em um programa de reabilitação, como o proposto neste estudo, pode gerar benefícios em outros aspectos da vida do indivíduo, como o enfrentamento de novas condições do estado de saúde (como em E15).

A participação do indivíduo com OMC no programa de reabilitação auditiva pode ajudar a aliviar a intensidade de suas expectativas auditivas em relação à cirurgia otológica. Como pelo menos parte da audibilidade pode ser recuperada com a cirurgia otológica, o indivíduo com OMC demonstra apresentar uma expectativa constante de

melhora da audição, o que não é possível em alguns casos. A espera pela cirurgia pode ser emocionalmente mais saudável se houver uma diminuição do peso das limitações auditivas da OMC, e a prática de estratégias facilitadoras da comunicação ser um elemento facilitador nesse sentido.

A menção de aspectos negativos após a participação na reabilitação – manutenção de comportamentos pouco efetivos na comunicação, dificuldade para lembrar-se de conteúdos discutidos nos encontros, distância de casa e custo de deslocamento – apontou a necessidade de aprimorar o programa de reabilitação. Limitações e recomendações serão descritas mais à frente.

Parceiros de comunicação

A maioria dos participantes (76%) não obteve adesão de familiares que pudessem participar do estudo junto com eles, o que ocorreu também no Grupo E. Esse dado parece indicar indisponibilidade de familiares em acompanhar adultos em atendimentos relacionados à saúde; com isso, perde-se uma oportunidade importante de obter empatia de familiares a problemas de saúde enfrentados por pessoas adultas.

Em média, o conjunto dos 12 acompanhantes desse estudo demonstrou avaliar adequadamente a restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC, porém a análise dos resultados individuais mostra que familiares de indivíduos com OMC podem subestimar, superestimar ou equiparar seu julgamento quanto a real restrição de participação auditiva do parente com OMC, independentemente do tipo de parentesco.

O uso de estratégias facilitadoras da comunicação pelos acompanhantes se mostrou, em média, equivalente aos dos indivíduos com OMC, apesar de diferenças entre os pares serem observadas na análise individual. Familiares de indivíduos com OMC bilateral demonstraram utilizar mais estratégias facilitadoras da comunicação que familiares de indivíduos com OMC unilateral, o que faz sentido, considerando que a

orelha sem OMC consegue suprir o indivíduo com melhor audibilidade do que se ambas as orelhas estivessem alteradas sensorialmente. Esta diferença no uso de estratégias facilitadoras da comunicação não apareceu entre os próprios indivíduos com OMC uni ou bilateral, indicando que ambos utilizam estratégias na mesma medida.

No entanto, dada a pequena amostra de acompanhantes, não é possível fazer afirmações seguras sobre tendência de julgamento e uso de estratégias facilitadoras da comunicação, a não ser em análises intrasujeito.

Dada a ocorrência de uma amostra ainda menor de acompanhantes que participaram da reabilitação junto com seus parentes com OMC (quatro acompanhantes), o teste das hipóteses 3 e 4 ficou prejudicado, não sendo possível afirmar quanto ao impacto do programa de reabilitação sobre a aproximação do julgamento do acompanhante à real restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC e sobre o uso de estratégias de comunicação. Porém, na análise individual dos pares de acompanhantes e participantes, observou-se que dois acompanhantes foram sensíveis ao programa de reabilitação quanto à restrição, com adequação parcial do julgamento de restrição de participação, indicando que houve promoção de maior empatia às dificuldades auditivas enfrentadas pelo indivíduo com OMC, efeito semelhante ao encontrado por Preminger e Meeks (2010). Para os outros dois acompanhantes não houve efeito.

Três acompanhantes não foram sensíveis ao programa de reabilitação quanto ao uso de estratégias facilitadoras da comunicação, havendo aumento no uso das estratégias apenas por um acompanhante. A comunicação é um processo interativo, e tanto o ouvinte como o falante têm responsabilidade sobre ela; o uso de estratégias facilitadoras da comunicação tem potencial para melhorar o fluxo na comunicação entre o indivíduo com OMC e seu interlocutor, e o empenho de ambos pode resultar em uma

conversação livre de aborrecimentos. Mas, se pelo menos um deles se empenhar, a fluidez na comunicação pode ser melhorada.

Relatos de redução na irritação e impaciência, maior atenção às necessidades auditivas do indivíduo com OMC, melhora na fluidez da comunicação e melhor compreensão das dificuldades dos indivíduos com OMC mostraram que, apesar de efeitos parciais terem sido observados nos questionários, benefícios esperados com a participação dos acompanhantes foram alcançados.

A participação de familiares à distância, por meio das atividades enviadas para casa, parece ter oferecido alguma contribuição na obtenção de empatia às dificuldades auditivas do indivíduo com OMC. Por exemplo, a experiência de redução na sensibilidade auditiva por meio de tamponamento do ouvido com *plug* auricular demonstrou ser uma estratégia com potencial de promoção de empatia entre pessoas sem perda auditiva em relação às dificuldades enfrentadas por pessoas com perda auditiva.

Limitações

Características pouco homogêneas entre os participantes quanto aos aspectos pessoais, OMC, perda auditiva, nível de restrição de participação auditiva podem ter prejudicado a visibilidade de influências de variáveis sobre os parâmetros estudados.

O Questionário EC, nas suas versões participante e acompanhante, e a versão acompanhante do questionário HHIA não receberam tratamento psicométrico, o que pode ter dificultado a visibilidade de efeitos. Na literatura, não foram encontrados questionários, validados ou não, que avaliassem especificamente estratégias facilitadoras da comunicação. Apesar de ter sido encontrado questionário para avaliar o impacto da perda auditiva sobre o parceiro de comunicação (Preminger & Meeks,

2012), não foi encontrado um questionário em que o parceiro de comunicação avalia as dificuldades auditivas enfrentadas pelo indivíduo com perda auditiva.

Dificuldades de disponibilidade pessoal levaram a um quantitativo reduzido de acompanhantes, de modo a inviabilizar a testagem de hipóteses propostas no estudo.

Por fim, a coleta de relatos não foi anônima, o que pode ter limitado parcialmente a sinceridade na resposta dos participantes e acompanhantes, enviesando os dados obtidos.

Recomendações

O programa de reabilitação poderia contar com a participação de otorrinolaringologistas (ou residentes da área), a fim de contemplar o conhecimento de aspectos específicos da OMC e da cirurgia otológica. Psicólogos poderiam contribuir com ajuda especializada aos casos com dificuldades emocionais sem possibilidade de progresso apenas com a participação no indivíduo no grupo psicoeducativo.

Maior adesão de indivíduos com OMC na reabilitação, bem como de potenciais acompanhantes, deve receber maior atenção em estudos futuros no planejamento do recrutamento.

A pesquisa com parceiros de comunicação de diferentes graus de parentesco permitiria traçar um perfil de quais familiares demandam maior trabalho de sensibilização, ou seja, em quais deles o profissional deveria investir primeiramente.

A validação de um questionário de estratégias facilitadoras da comunicação como o do presente estudo poderia ser útil na mensuração de mudanças no uso das mesmas após a intervenção planejada.

Cartilhas e programas em mídias sociais com linguagem acessível poderiam ser úteis na disseminação de informação sobre dificuldades derivadas da OMC, com o

objetivo de sensibilizar mais pessoas ligadas aos indivíduos com OMC, principalmente seus interlocutores mais frequentes no ambiente familiar e laboral.

Implicações

Melhores condições de saúde à população, com o tratamento precoce de otites médias, poderiam conduzir a uma redução na ocorrência de OMC ou poderiam conter a evolução da OMC. Melhor qualificação e instrumentalização de profissionais de saúde quanto à identificação de perfurações timpânicas poderia levar o indivíduo com OMC a ser mais precocemente referenciado ao serviço de saúde especializado. Melhor acesso a informação sobre cuidados com sintomas característicos das otites em geral e da OMC poderia evitar o agravamento dos sintomas. Conseqüentemente, as conseqüências das alterações auditivas decorrentes desses quadros poderiam ser atenuadas. Por estarem caracteristicamente mais próximos da comunidade, os profissionais do atendimento de baixa complexidade encontram-se melhor posicionados no sistema de saúde pública para detecção precoce de alterações otológicas e orientações preventivas (Macharia, 2016).

Mesmo após uma cirurgia otológica bem sucedida, algum grau de comprometimento da audição pode permanecer (*World Health Organization*, 2004; Korsten-Meijer et al, 2006), e a indicação otorrinolaringológica para uso de um AASI pode ser necessária. A partir de então, o indivíduo com OMC passa a ser acompanhado também por um fonoaudiólogo, que planejará os recursos de amplificação adequados às suas necessidades auditivas, e providenciará suporte para o melhor aproveitamento do dispositivo auditivo. O contato do indivíduo com OMC com o fonoaudiólogo, profissional habilitado para lidar com as dificuldades na percepção auditiva, passa então a ser mais frequente.

A provocação que o presente estudo deseja apresentar é que a orientação fonoaudiológica deve ser disponibilizada ao indivíduo com OMC tão logo ele tenha contato com a unidade de saúde, especializada ou não. O conhecimento do fonoaudiólogo sobre audição e percepção de fala pode levar o indivíduo com OMC a aprimorar estratégias facilitadoras da comunicação que ele já utiliza, conhecer novas estratégias e explicitar as características da percepção auditiva que subsidiam as dificuldades auditivas percebidas. Tais orientações poderiam ajudar a aliviar as dificuldades enfrentadas na comunicação quanto à interação com outros indivíduos e quanto à recepção de informações. O benefício poderia ser potencializado com a participação de familiares, e outros parceiros de comunicação. Com isso, o indivíduo poderia conviver melhor com as dificuldades auditivas decorrentes da OMC enquanto aguarda o procedimento cirúrgico, e os familiares poderiam apresentar um comportamento mais colaborativo na comunicação com o indivíduo.

Intervenções em grupos psicoeducativos, como a do presente estudo, são de baixo custo, podem abranger um número maior de indivíduos do que em atendimentos individuais, e estão em consonância com políticas públicas de saúde (Murta, 2008a). Em serviços de saúde sem a possibilidade de oferecer reabilitação no formato de encontros seriados, pode-se planejar o aconselhamento ao indivíduo com OMC e seus familiares no acompanhamento audiológico, no qual é realizada avaliação auditiva de controle. Após a execução dos exames auditivos, por exemplo, pode-se explicar o significado perceptual dos limiares auditivos, e orientar sobre o uso de algumas estratégias facilitadoras da comunicação. Breves explicações sobre audição e estratégias de comunicação poderiam ser disponibilizadas em formato impresso também, ou as mesmas poderiam ser acessadas em algum meio virtual. Proposições semelhantes a essa

foram apresentadas em estudos anteriores (Geraldo, Ferrari & Bastos, 2011; Habanec & Kelly-Campbell, 2015).

Sob o alerta de Makhoba e Joseph (2016) de que o profissional pode não se sentir devidamente habilitado para oferecer opções adicionais ao indivíduo com perda auditiva em seu processo de reabilitação auditiva, as instituições de ensino superior em Fonoaudiologia devem estar atentas para oferecer na formação do futuro profissional o conhecimento técnico aliado ao conhecimento em aconselhamento de ajuste psicossocial e abordagens específicas com familiares. Adicionalmente, é responsabilidade de o fonoaudiólogo investir na sua qualificação para oferecer um atendimento ainda melhor aos indivíduos sob seus cuidados profissionais.

Alguns casos específicos sem previsão de melhora de algum aspecto da saúde que impede a realização da cirurgia (como otorreia, problemas de pressão arterial, coagulação sanguínea, etc.), poderiam ser adaptados provisoriamente com um dispositivo auditivo, como o AASI, com condução sonora por via aérea ou via óssea, dependendo das condições otológicas. Tão logo a cirurgia fosse realizada, o dispositivo poderia ser devolvido à unidade de saúde, a fim de compor um banco de dispositivos auditivos de empréstimo para estes casos específicos de OMC.

Mesmo com a resolução da audibilidade no sistema auditivo periférico, os profissionais devem compreender que a experiência auditiva flutuante, vivenciada nos episódios de otite média na infância ou ao longo dos anos de convivência com os sintomas otológicos da OMC, deixa sequelas no sistema auditivo central, como indicam as pesquisas sobre processamento auditivo e plasticidade cerebral. Isso mostra claramente a condição de desvantagem de pessoas com OMC comparadas a ouvintes normais. O atendimento interdisciplinar do indivíduo com OMC, aliando conhecimentos fonoaudiológicos e psicológicos aos conhecimentos médicos, pode

conduzir a melhor qualidade de vida na condição crônica vivida na OMC, tanto para o indivíduo que apresenta a doença, como para seus familiares.

A avaliação da restrição de participação auditiva é uma ferramenta que permite conhecer as dificuldades auditivas enfrentadas por pessoas com OMC unilateral ou bilateral, e poderia ser implementada na rotina de avaliação do indivíduo com OMC, com a finalidade de planejar soluções para suas dificuldades auditivas diárias, enquanto uma melhor audibilidade não é alcançada por meio de procedimento cirúrgico ou uso de dispositivo de amplificação sonora.

A implementação de programas de reabilitação como o do presente estudo em idades mais jovens, como crianças e adolescentes, com o consentimento e acompanhamento dos responsáveis, e adultos jovens, pode ajudar a prevenir evolução da OMC, bem como problemas pessoais e sociais derivados de limitações causadas pelas manifestações otológicas e auditivas da OMC.

Conclusões

Considerando os objetivos propostos, as conclusões do estudo são:

| Objetivo | Conclusão |
|--|--|
| Delinear um programa de reabilitação em grupos psicoeducativos para indivíduos com OMC, com a participação de seus parceiros de comunicação. | Foi desenvolvido um programa de reabilitação em grupos psicoeducativos para indivíduos com OMC, com a participação de seus familiares, e sua implementação se mostrou viável. |
| Identificar características pessoais, otológicas e auditivas, restrição de participação auditiva e uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre indivíduos com OMC. | Indivíduos com OMC tendem a apresentar um tempo longo de privação auditiva, mesmo já tendo sido submetidos a cirurgia otológica. Indivíduos com OMC apresentam tendência a um moderado nível de restrição de participação auditiva, e subutilizam estratégias facilitadoras da comunicação, apesar da variabilidade individual. |
| Verificar a influência de variáveis relacionadas a dados pessoais, otológicos e auditivos sobre a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre indivíduos com OMC. | A restrição de participação auditiva sofre a influência dos anos de estudo, e de características otológicas e audiológicas da melhor orelha do indivíduo com OMC. A classificação pessoal da dificuldade auditiva pode estimar a restrição de participação auditiva e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação. |
| Verificar a efetividade do programa de reabilitação na redução da restrição de participação auditiva e no aumento do uso de estratégias facilitadoras da comunicação para indivíduos com OMC. | O programa de reabilitação desenvolvido foi bem sucedido quanto à promoção de maior uso de estratégias facilitadoras da comunicação entre indivíduos com OMC, mas também sinalizou maior conscientização quanto a sentimentos negativos relacionados às dificuldades auditivas. |
| Investigar o julgamento de parceiros de comunicação sobre a restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC, e o uso de estratégias facilitadoras da comunicação por parceiros de comunicação. | Familiares tendem a avaliar adequadamente a restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC, e subutilizam estratégias facilitadoras da comunicação, apesar da variabilidade individual. |
| Verificar a influência de variáveis relacionadas a dados pessoais, otológicos e auditivos de indivíduos com OMC sobre o julgamento dos parceiros de comunicação quanto à restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC e sobre o uso de estratégias facilitadoras da comunicação por parceiros de comunicação. | Familiares de indivíduos com OMC bilateral utilizam mais estratégias facilitadoras da comunicação que familiares de indivíduos com OMC unilateral. |
| Verificar a efetividade do programa de reabilitação na aproximação do julgamento do parceiro de comunicação sobre a real restrição de participação auditiva do indivíduo com OMC, e no aumento do uso de estratégias facilitadoras da comunicação. | A participação de familiares no processo de reabilitação apresenta potencial para torná-los mais solidários às dificuldades otológicas e auditivas enfrentadas pelo indivíduo com OMC. |

Essa tese sinaliza a importância de um processo de intervenção com pessoas com OMC, no atendimento às suas dificuldades auditivas, enquanto a audibilidade não é alcançada por meio da cirurgia otológica ou outros meios.

Referências

- Aiello, C. P., Lima, I. I., & Ferrari, D. V. (2011). Validity and reliability of the hearing handicap inventory for adults. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77(4), 432-438. doi: 10.1590/S1808-86942011000400005
- Almeida, K. (1998). *Avaliação objetiva e subjetiva do benefício das próteses auditivas em adultos* (Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil). Retirado de <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/15935>
- Almeida, M. R., & Guarinello, A. C. (2009). Reabilitação audiológica em pacientes idosos. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(2), 247-255. doi: 10.1590/S1516-80342009000200017
- Anderson, S., White-Schwoch, T., Choi, H. J., & Kraus, N. (2013). Training changes processing of speech cues in older adults with hearing loss. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 7, article 97, 1-9. doi: 10.3389/fnsys.2013.00097
- Araújo, P. G. V., Mondelli, M. F. C. G., Lauris, J. R. P., Richiéri-Costa, A., & Feniman, M. R. (2010). Assessment of the auditory handicap in adults with unilateral hearing loss. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 76(3), 378-383. doi: 10.1590/S1808-86942010000300018
- Archana, G., Krishna, Y., Rajashekhar, B., & Bhargavi, P.G. (2016). Adult auditory training is part of aural rehabilitation? Focused group discussion. *Indian Journal of Otology* 22(1): 24-27. doi: 10.4103/0971-7749.176514
- Bakir, S., Kinis, V., Bez, Y., Gun, R., Yorgancilar, E., Ozbay, M., et al. (2013). Mental health and quality of life in patients with chronic otitis media. *European Archives in Otorhinolaryngology*, 270, 521-526. doi: 10.1007/s00405-012-2031-6

- Bastos, B. G., & Ferrari, D. V. (2011). Internet e educação ao paciente. *Arquivos Internacionais em Otorrinolaringologia*, 15(4), 515-522. doi: 10.1590/S1809-48722011000400017
- Baumann, I., Gerendas, B., Plinkert, P. K., & Praetorius, M. (2011). General and disease-specific quality of life in patients with chronic suppurative otitis media: a prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(48), 1-6. doi: 10.1186/1477-7525-9-48
- Bento, R. F., Miniti, A. & Marone, S. A. M. (1998). *Tratado de otologia*. São Paulo: EDUSP.
- Bidadi, S., Nejadkazem, M., & Naderpour, M. (2008). The relationship between chronic otitis media-induced hearing loss and the acquisition of social skills. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 139, 665-670. doi: [10.1016/j.otohns.2008.08.004](https://doi.org/10.1016/j.otohns.2008.08.004)
- Boechat, E. M. (1992). *Ouvir sob o prisma da estratégia* (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil).
- Bokari, S., Prepageran, N., & Raman, R. (2010). Visual analog scale in hearing loss. *Indian Journal of Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, 62(1), 40-43. doi: 10.1007/s12070-010-0004-x
- Braga, M. E. L. (2014). *Perfil audiométrico da otite média crônica: análise de 745 orelhas* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil). Retirado de <http://hdl.handle.net/10183/108327>
- Campbell, J., & Sharma, A. (2013). Compensatory changes in cortical resource allocation in adults with hearing loss. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 7, article 71, 1-9. doi: 10.3389/fnsys.2013.00071

- Cardemil, F., Aguayo, L., & Fuente, A. (2014). Auditory rehabilitation programmes for adults: What do we know about their effectiveness? *Acta Otorrinolaringologica Espanhola*, 65(4), 249-257. doi: [10.1016/j.otoeng.2013.10.017](https://doi.org/10.1016/j.otoeng.2013.10.017)
- Castro, S. S., Paiva, K. M., & César, C. L. G. (2012). Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais da saúde: uma questão de saúde pública. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(2), 128-134. doi: 10.1590/S1516-80342012000200005
- Choi, S. Y., Cho, Y.S., Lee, N. J., Lee, J., Chung, W.H., & Hong, S. H. (2012). Factors associated with quality of life after ear surgery in patients with chronic otitis media. *Archives Otolaryngology Head Neck Surgery*, 138(9), 840-845. doi: 10.1001/archoto.2012.1800
- Costa, S. S., & Dornelles, C. C. (2006a). Otite média crônica não-colesteatomatosa. Em Costa, S. S., Cruz, O. L. M., & Oliveira, J. A. A. (Orgs), *Otorrinolaringologia: princípios e prática* (pp.289-308). Porto Alegre: Artmed.
- Costa, S. S., & Dornelles, C. C. (2006b). Otite média crônica colesteatomatosa. Em Costa, S. S., Cruz, O. L. M., & Oliveira, J. A. A. (Orgs), *Otorrinolaringologia: princípios e prática* (pp.309-333). Porto Alegre: Artmed.
- Costa, S. S., Dornelles, C. C., Netto, L. F. S., & Braga, M. E. L. (2006). Aspectos gerais das otites médias. Em Costa, S. S., Cruz, O. L. M., & Oliveira, J. A. A. (Orgs), *Otorrinolaringologia: princípios e prática* (pp.254-273). Porto Alegre: Artmed.
- Costa, S. S., & Sousa, L. C. A. (2002). Otite média crônica não-colesteatomatosa. Em C. A. H. Campos, & H. O. O (Orgs.), *Tratado de otorrinolaringologia* (pp.72-92). São Paulo: Roca.

- Cruz, O. L. M., Kasse, C. A., & Leonhart, F. D. (2003). Efficacy of surgical treatment of chronic otitis media. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 128(2), 263-266. doi: [10.1067/mhn.2003.86](https://doi.org/10.1067/mhn.2003.86)
- Czechowicz, J. A., Messner, A. H., Alarcon-Matutti, E., Alarcon, J., Quinones-Calderon, G., Montano, S., et al. (2010). Hearing impairment and poverty: the epidemiology of ear disease in peruvian schoolchildren. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 142, 272-277. doi: [10.1016/j.otohns.2009.10.040](https://doi.org/10.1016/j.otohns.2009.10.040)
- Damghani1, M. A., & Barazin, A. (2013). Alterations in the contralateral ear in chronic otitis media. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 25(2), 99-102. doi: [10.22038/IJORL.2013.337](https://doi.org/10.22038/IJORL.2013.337)
- Dornelles, C., Costa, S. S., Meurer, L., & Schweiger, C. (2005). Algumas considerações sobre colesteatomas adquiridos pediátricos e adultos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(4), 536-546. doi: [10.1590/S0034-72992005000400023](https://doi.org/10.1590/S0034-72992005000400023)
- Dornelles, C., Meurer, L., Costa, S. S., & Schweiger, C. (2006). Descrição histológica de colesteatomas adquiridos: comparação entre amostras de crianças e de adultos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(5), 641-648. doi: [10.1590/S0034-72992006000500010](https://doi.org/10.1590/S0034-72992006000500010)
- Elemraid, M. A., Brabin, B. J., Fraser, W. D., Harper, G. Faragher, B., Atef, Z., et al. (2010). Characteristics of hearing impairment in Yemeni children with chronic suppurative otitis media: a case-control study. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 74, 283-286. doi: [10.1016/j.ijporl.2009.12.004](https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.12.004)
- Feagans, L. V., Kipp, E., & Blood, I. (1994). The effects of otitis media on the attention skills of day-care-attending toddlers. *Developmental Psychology*, 30(5), 701-708. doi: [10.1037/0012-1649.30.5.701](https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.5.701)

- Feitosa, M.A.G. (2001). Envelhecimento sensorial: a pesquisa básica e implicações para qualidade de vida. *Psychologica*, 28, 159-175.
- Ferguson, M. A., Henshaw, H., Clark, D. P. A., & Moore, D. R. (2014). Benefits of phoneme discrimination training in a randomized controlled trial of 50- to 74-year-olds with mild hearing loss. *Ear and Hearing*, 35(4), e110-e121. doi: 10.1097/AUD.0000000000000020
- Ferguson, M. A., & Henshaw, H. (2015). Auditory training can improve working memory, attention and communication in adverse conditions for adults with hearing loss. *Frontiers in Psychology*, 6, 556. doi:10.3389/fpsyg.2015.00556
- Francelin, M. A. S., Motti, T. F. G., & Morita, I. (2010). As implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 180-192. doi: 10.1590/S0104-12902010000100015
- Fukuchi, I., Cerchiari, D. P., Garcia, E., Rezende, C. E. B., & Rapoport, P. B. (2006). Timpanoplastias: resultados cirúrgicos e análise dos fatores que podem interferir no seu sucesso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(2), 267-271. doi: 10.1590/S0034-72992006000200020
- Gardner, E., Gray, D. J., & O'Rahilly, R. (2008). *Anatomia: estudo regional do corpo humano*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Geraldo, T., Ferrari, D. V., & Bastos, B. G. (2011). Orientação ao usuário de prótese auditiva: retenção da informação. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia* 15(4): 410-417.
- Glyde, H., Cameron, S., Dillon, H., Hickson, L., & Seeto, M. (2013). The effects of hearing impairment and aging on spatial processing. *Ear and Hearing*, 34(1), 15-28. doi: 10.1097/AUD.0b013e3182617f94

- Godinho, R. N., Gonçalves, T. M. L., Nunes, F. B., Becker, C. G., Becker, H. M. G., Guimarães, R. E. S., et al., (2001). Prevalence and impact of chronic otitis media in school age children in Brazil: first epidemiologic study concerning chronic otitis media in Latin America. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 61, 223-232. doi: [10.1016/S0165-5876\(01\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0165-5876(01)00579-1)
- Gopinath, B., Hickson, L., Schneider, J., McMahon, C. M., Burlutsky, G., Leeder, S. R., et al (2012). Hearing-impaired adults are at increased risk of experiencing emotional distress and social engagement restrictions five years later. *Age and Ageing*, 41, 618-623. doi: [10.1093/ageing/afs058](https://doi.org/10.1093/ageing/afs058)
- Gosselin, P. A., & Gagné, J. P. (2010). Use of a dual-task paradigm to measure listening effort. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology* 34(1), 43-51.
- Govender, N.G., Maistry, N., Soomar, N., & Paken, J. (2014). Hearing loss within a marriage: perceptions of the spouse with normal hearing. *South African Family Practice*, 56, 50-56. doi: [10.1080/20786204.2014.10844583](https://doi.org/10.1080/20786204.2014.10844583)
- Graydon, K., Rance, G., Dowell, R., & Dun, B. V. (2017). Consequences of early conductive hearing loss on long-term binaural processing. *Ear and Hearing* 28. doi: [10.1097/AUD.0000000000000431](https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000431)
- Grosskreutz, J. S. G. (2013). *Outcomes of an audiological rehabilitation programme for working adults with hearing impairment who do not wear amplification* (Thesis, Master of Audiology, University of Canterbury, Christchurch, New Zealand). Retirado de <http://hdl.handle.net/10092/7677>
- Habanec, O. L., & Kelly-Campbell, R. J. (2015). Outcomes of group audiological rehabilitation for unaided adults with hearing impairment and their significant others. *American Journal of Audiology* 24: 40–52. doi: [10.1044/2015_AJA-14-0030](https://doi.org/10.1044/2015_AJA-14-0030)

- Hallberg, L. R. M., Hallberg, U., & Kramer, S. E. (2008). Self-reported hearing difficulties, communication strategies and psychological general well-being (quality of life) in patients with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 30(3), 203-212. doi: 10.1080/09638280701228073
- Hanratty, B., & Lawlor, D. A. (2000). Effective management of the elderly hearing impaired: a review. *Journal of Public Health Medicine*, 22(4), 512-517. doi: 10.1093/pubmed/22.4.512
- Hasson, D., Theorell, T., Wallén, M. B., Leineweber, C., & Canlon, B. (2011). Stress and prevalence of hearing problems in the Swedish working population. *BioMed Central Public Health*, 11, 130. doi: 10.1186/1471-2458-11-130
- Hawkins, D. B. (2005). Effectiveness of counseling-based adult group aural rehabilitation programs: a systematic review of the evidence. *Journal of the American Academy of Audiology*, 16(7), 485-493. doi: 10.3766/jaaa.16.7.8
- Heffernan, E., Coulson, N.S., Henshaw, H., Barry, J. G., & Ferguson, M.A. (2016). Understanding the psychosocial experiences of adults with mild-moderate hearing loss: an application of Leventhal's self regulatory model. *International Journal of Audiology* 55: S3-S12. doi: 10.3109/14992027.2015.1117663
- Henderson-Sabes, J., & Bingea, B. (2014). A whole lot of hearing going on. *The ASHA Leader*, 19, 42-47. doi: 10.1044/leader.FTR1.19032014.42
- Henshaw, H., & Ferguson, M. A. (2013). Efficacy of individual computer-based auditory training for people with hearing loss: a systematic review of the evidence. *PLoS ONE*, 8(5): e62836. doi: 10.1371/journal.pone.0062836
- Hogan, A., Philips, R. L., Howard, D., & Yiengprugsawan, V. (2014). Psychosocial outcomes of children with ear infections and hearing problems: a longitudinal study. *BioMed Central Pediatrics*, 14, 65. doi: 10.1186/1471-2431-14-65

- Homøe, P., Kværner, K. Casey, J. R., Damoiseaux, R. A. M. J., van Dongen, T. M. A., Gunasekera, H., et al., (2017). Panel 1: Epidemiology and diagnosis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 156(4S): S1–S21. doi: 10.1177/0194599816643510
- Hornsby, B. W. Y., Naylor, G., & Bess, F. H (2016). A taxonomy of fatigue concepts and their relation to hearing loss. *Ear and Hearing* 37(supplement 1): 136S-144S. doi: 10.1097/AUD.0000000000000289
- Hull, R. H. (2011). Environmental design: an expanding role in hearing rehabilitation for older adults. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 48(5), xv-xviii.
- Hull, R. H. (2014). What is Aural Rehabilitation? *Communication Disorders, Deaf Studies & Hearing Aids* 2, 3. doi: 10.4172/2375-4427.1000116
- Iervolino, S. M. S., Castiglioni, M., & Almeida, K. (2003). A orientação e o aconselhamento no processo de reabilitação auditiva. Em K. Almeida & M.C.M. Iório (Orgs.), *Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas* (pp 411-435). São Paulo: Lovise.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). *Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: Autor.
- International Bureau for Audiophonology (1996). BIAP Recommendation 02/1: audiometric classification of hearing impairments. Liege, Bélgica. [file:///C:/Users/note/Downloads/Rec_02-1_en%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/note/Downloads/Rec_02-1_en%20(1).pdf). Acessado em 18/05/2017.
- Iório, M. C. M. (2011). Avaliação de resultados – estudos de qualidade de vida. Em M.C. Bevilacqua, M. A. N. Martinez, S.A. Balen, A.C. Pupo, A. C. M. B. Reis, & S. Frota (Orgs.), *Tratado de audiologia* (pp. 389-403). São Paulo: Santos.

- Jensen, R. G., Koch, A., & Homoe, P. (2013). The risk of hearing loss in a population with a high prevalence of chronic suppurative otitis media. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77, 1530-1535. doi: [10.1016/j.ijporl.2013.06.025](https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.06.025)
- Joia, A. C., Fioravanti, M. P., Tamashiro, I. A., Martins, R. H. G., & Montovani, J. C. (1997). Roteiro de acompanhamento e orientação fonoaudiológica em pacientes adultos deficientes auditivos após adaptação de aparelho de amplificação sonora individual. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 9(1), 62-65.
- Korsten-Meijer, A. G. W., Wit, H. P., & Albers, F. W. J. (2006). Evaluation of the relation between audiometric and psychometric measures of hearing after tympanoplasty. *European Archives in Otorhinolaryngology*, 263, 256-262. doi: [10.1007/s00405-005-0983-5](https://doi.org/10.1007/s00405-005-0983-5)
- Laplante-Lévesque, A., Hickson, L., & Worrall, L. (2010). Rehabilitation of older adults with hearing impairment: a critical review. *Journal of Aging and Health*, 22(2), 143-153. doi: [10.1177/0898264309352731](https://doi.org/10.1177/0898264309352731)
- Lasisi, A. O., Olayemi, O., & Irabor, A. E. (2008). Early onset otitis media: risk factors and effects on the outcome of chronic suppurative otitis media. *European Archives in Otorhinolaryngology*, 265, 765-768. doi: [10.1007/s00405-007-0544-1](https://doi.org/10.1007/s00405-007-0544-1)
- Lesicko, A. M. H., & Llano, D. A. (2017). Impact of peripheral hearing loss on top-down auditory processing. *Hearing Research* 343: 4-13. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2016.05.018>
- Li-Korotky, H. S. (2012). Age-related hearing loss: quality of care for quality of life. *The Gerontologist*, 52(2), 265-271. doi: [10.1093/geront/gnr159](https://doi.org/10.1093/geront/gnr159)
- Lima, I. I., Aiello, C. P., & Ferrari, D. V. (2011). Correlações audiométricas do questionário de handicap auditivo para adultos. *Revista CEFAC*, 13(3), 496-503. doi: [10.1590/S1516-18462010005000057](https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000057)

- Lima, J. C. B., Marone, S. A. M., Martucci, O., Gonçalves, F., Silva Neto, J. J., & Ramos, A. C. M. R. (2011). Evaluation of the organic and functional results of tympanoplasties through a retro-auricular approach at a medical residency unit. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77(2), 229-236. doi: 10.1590/S1808-86942011000200013
- Lin, F. R., Niparko, J. K., & Ferrucci, L. (2011). Hearing loss prevalence in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 171(20), 1851-1853. doi: [10.1001/archinternmed.2011.506](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.506)
- Lin, Y. S., Lin, L-C., Lee, F-P., & Lee, K. J. (2009). The prevalence of chronic otitis media and its complication rates in teenagers and adult patients. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 140, 165-170. doi: [10.1016/j.otohns.2008.10.020](https://doi.org/10.1016/j.otohns.2008.10.020)
- Lindsay, R. L., Tomazic, T., Whitman, B. Y., & Accairdo, P. J. (1999). Early ear problems and developmental problems at school age. *Clinical Pediatrics*, 38, 123-132. doi: 10.1177/000992289903800301
- Lopes, A. C. (2011). Audiometria tonal liminar. Em M. C. Bevilacqua, M. A. N. Martinez, S. A. Balen, A. C. Pupo, A. C. M. B. Reis, & S. Frota (Orgs.), *Tratado de audiologia* (pp. 63-80). São Paulo: Santos.
- Lopes Filho, O. C. (1994). Otite média crônica não colesteatomatosa. Em Lopes Filho, O. C., & Campos, C. A. H. (Orgs.), *Tratado de Otorrinolaringologia* (pp. 695-701). São Paulo: Roca.
- Lopes Filho, O. C. (1997). Deficiência auditiva. Em O. C. Lopes Filho (Ed), *Tratado de fonoaudiologia* (pp. 3-24). São Paulo: Roca.
- Macharia, I. M. (2016). Common ear conditions underdiagnosed at primary level. *Community Ear and Hearing Health* 13(17): 1-2.

- Mackersie, C. L., & Cones, H. (2011). Subjective and psychophysiological indices of listening effort in a competing-talker task. *Journal of the American Academy of Audiology*, 22(2), 113-122. doi: [10.3766/jaaa.22.2.6](https://doi.org/10.3766/jaaa.22.2.6)
- Maile, E. J., & Youngs, R. (2013). Quality of life measures in otitis media. *The Journal of Laryngology & Otology*, 127, 442-447. doi: [10.1017/S0022215113000509](https://doi.org/10.1017/S0022215113000509)
- Makhoba, M., & Joseph, N. (2016). Practices and views of audiologists regarding aural rehabilitation services for adults with acquired hearing loss. *South African Journal of Communication Disorders* 63(1), a155, 10 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/sajcd.v63i1.155>
- Manchaiah, V. K. C., Molander, P., Rönnberg, J., Andersson, G., & Lunner, T. (2014). The acceptance of hearing disability among adults experiencing hearing difficulties: a cross-sectional study. *BMJ Open* 4: e004066. doi:[10.1136/bmjopen-2013-004066](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004066)
- Manchaiah, V. K. C., Stephens, D., & Lunner, T. (2013). Communication partners' journey through their partner's hearing impairment. *International Journal of Otolaryngology* 2013, article ID 707910, 11 pages. doi: [10.1155/2013/707910](https://doi.org/10.1155/2013/707910)
- Manjuran, D. J., & Bahuleyan, B. (2016). Effect of middle ear and mastoid air space volume on acoustic transmission of sound in tympanic membrane perforation. *International Journal of Research in Medical Sciences* 4(7): 2611-2614. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20161918>
- Maranhão, A. S. A., Andrade, J. S. C., Godofredo, V. R., Matos, R. C., & Penido, N. O. (2013). Intratemporal complications of otitis media. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79(2), 141-149. doi: [10.5935/1808-8694.20130026](https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130026)
- Marques, A. C. O., Kozłowski, L., & Marques, J. M. (2004). Reabilitação auditiva no idoso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70(6), 806-811. doi: [10.1590/S0034-7299200400060001](https://doi.org/10.1590/S0034-7299200400060001)

- Marques, A.C.O., Polato, D., Mello, J.M., & Vieira, L.F. (2002). Programa de reabilitação auditiva ao idoso portador de presbiacusia. *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*, 3(13), 274-278.
- Martin, R. L., & Asp, C. W. (2012). Energizing and reactivating the geriatric brain's listening centers. *The Hearing Journal*, 65(11), 6-8. doi: 10.1097/01.HJ.0000422318.79288.e9
- Matthen, M. (2016). Effort and displeasure in people who are hard of hearing. *Ear and Hearing*, 37, supl 1, 28S-34S.
- Mendes Neto, J. A., Neiva, F. C., Brodskyn, F., Palumbo, M. N., Bittar, A. C. V., Petrilli, R. N. B., et al. (2008). Timpanoplastia com plugue de cartilagem na infância. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 74(6), 890-895. doi: 10.1590/S0034-72992008000600012
- Menegotto, I. H., Soldera, C. L. C., Anderle, P., & Anhaia, T. C. (2011). Correlação entre perda auditiva e resultados dos questionários Hearing Handicap Inventory for the Adults - Screening Version HHIA-S e Hearing Handicap Inventory for the Elderly - Screening Version - HHIE-S. *Arquivos Internacionais em Otorrinolaringologia*, 15(3), 319-326. doi: [10.1590/S1809-48722011000300009](https://doi.org/10.1590/S1809-48722011000300009)
- Menezes, P. L., Neto, S. C., & Motta, M. A. (2005). *Biofísica da audição*. São Paulo: Lovise.
- Miranda, E. C., Andrade, A. N., Gil, D., & Iório, M. C. M. (2007). A efetividade do treinamento auditivo formal em idosos usuários de próteses auditivas no período de aclimatização. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(4), 316-321. doi: 10.1590/S1516-80342007000400011.

- Miranda, E. C., Gil, D., & Iório, M. C. M. (2008). Treinamento auditivo formal em idosos usuários de próteses auditivas. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 74(6), 919-25. doi: 10.1590/S0034-72992008000600016
- Monsanto, R. C., Schachern, P., Paparella, M. M., Cureoglu, S., & Penido, N. O. (2017). Progression of changes in the sensorial elements of the cochlear and peripheral vestibular systems: the otitis media continuum. *Hearing Research*, <http://dx.doi.org/10.016/j.heares.2017.05.003>
- Murta, S. G. (2008a). A prática grupoterápica sob o enfoque psicoeducativo: uma introdução. Em Murta, S.G (Org.), *Grupos psicoeducativos: aplicações em múltiplos contextos* (pp 13-30). Goiânia: Porã Cultural.
- Murta, S.G (Org.) (2008b). *Grupos psicoeducativos: aplicações em múltiplos contextos*. Goiânia: Porã Cultural.
- Nanda, M. S., & Luthra, D. (2015). Sensorineural hearing loss in patients with unilateral safe chronic suppurative otitis media. *International Journal of Research in Medical Sciences* 3(3): 551-555. doi: 10.5455/2320-6012.ijrms20150304
- Newman, C. W., Weinstein, B. E., Jacobson, G. P., & Hug, G. A. (1990). The hearing handicap inventory for adults: psychometric adequacy and audiometric correlates. *Ear and Hearing*, 11(6), 430-433.
- Newman, C. W., Weinstein, B. E., Jacobson, G. P., & Hug, G. A. (1990). Test-retest reliability of the hearing handicap inventory for adults. *Ear and Hearing*, 12(5), 355-357. doi: 10.1097/00003446-199110000-00009
- Newman, C. W., Hug, G. A., Jacobson, G. P., & Sandridge, S. A. (1997). Perceived hearing handicap of patients with unilateral or mild hearing loss. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 106(3), 210-214. doi: 10.1177/000348949710600305

- Nittrouer, S., & Burton, L. T. (2005). The role of early language experience in the development of speech perception and phonological processing abilities: evidence from 5-year-olds with histories of otitis media with effusion and low socioeconomic status. *Journal of Communication Disorders*, 38, 29-63. doi: [10.1016/j.jcomdis.2004.03.006](https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.03.006)
- Noronha-Souza, A. E., & Russo, I. C. P. (1998). Um programa de reabilitação audiológica para idosos, novos usuários de aparelho de amplificação sonora individual. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 10(2), 16-22.
- Ozler, G. S., & Ozler, S. (2013). Quality of social and sexual life in males with hearing loss. *The Journal of International Advanced Otology*, 9(2), 211-218.
- Paparella, M. M., & Meyerhoff, W. L. (1982). Mastoidectomía y timpanoplastia. Em Paparella, M. M. & Shumrick, D. A. (Orgs.), *Otorrinolaringología: Oído* (Tomo 2) (pp. 1489-1516). Buenos Aires: Panamericana.
- Parvez, A., Khan, Z., Hashmi, S. F., & Khan, M. S. (2016). A cross sectional study of chronic suppurative otitis media and its associated factors among primary school children in rural and urban areas of Aligarh, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 3(8): 2150-2154. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20162561>
- Pichora-Fuller, M. K. (2016). How social psychological factors may modulate auditory and cognitive functioning during listening. *Ear and Hearing*, 37, supl 1, 92S-100S. doi: [10.1097/AUD.0000000000000323](https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000323)
- Phillips, J. S., Haggard, M., & Yung, M. (2014). A new health-related quality of life measure for active chronic otitis media (comq-12): development and initial validation. *Otology & Neurotology*, 35, 454-458. doi: [10.1097/MAO.0000000000000205](https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000000205)

- Phillips, J. S., Haggard, M., Spencer, H. & Yung, M. (2017). The Chronic Otitis Media Benefit Inventory (COMBI): Development and Validation of a Dynamic Quality of Life Questionnaire for Chronic Ear Disease. *Otology & Neurology* 38, doi:10.1097/MAO.0000000000001366.
- Popelka, M. M., Cruickshanks, K. J., Wiley, T. L., Tweed, T. S., Klein, B. E. K., & Klein, R. (1998). Low prevalence of hearing aid use among older adults with hearing loss: the epidemiology of hearing loss study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(9),1075-1078. doi: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb06643.x
- Preminger, J. E., & Meeks, S. (2010). Evaluation of an audiological rehabilitation program for spouses of people with hearing loss. *Journal of the American Academy of Audiology*, 21(5), 315-328. doi: 10.3766/jaaa.23.10.6
- Preminger, J. E., & Yoo, J. K. (2010). Do group audiologic rehabilitation activities influence psychosocial outcomes? *American Journal of Audiology* 19: 109-125. doi: 10.1044/1059-0889(2010/09-0027).
- Preminger, J. E., & Meeks, S. (2012). The hearing impairment impact-significant other profile (hii-sop): A tool to measure hearing loss-related quality of life in spouses of people with hearing loss. *Journal of the American Academy of Audiology* 23(10): 807-823. doi: 10.3766/jaaa.23.10.6.
- Ramalho, S., Costa, E., Guimarães, A., Leandro, J. P., & Veiga, G. (2013). Timpanoplastias: análise retrospectiva de resultados. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*, 51(1), 15-17.
- Rance, G. (2014). In children with chronic otitis media, auditory training is a challenge. *The Hearing Journal*, july, 18-19. doi: 10.1097/01.HJ.0000452251.32107.18
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde.

- Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup2), 2299-2306. doi: 10.1590/S1413-81232008000900034.
- Ribeiro, L. M., & Rasesa, E. F. (2008). Os idosos e o uso de próteses auditivas: identificando os repertórios interpretativos que justificam essa decisão. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 425-433. doi: 10.1590/S0102-71822008000300013
- Robb, M. P., Psak, J. L., & Pang-Ching, G. K. (1993). Chronic otitis media and early speech development: a case study. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 26, 117-127. doi: 10.1016/0165-5876(93)90017-W
- Rosa, M. R. D., Dante, G., & Ribas, A. (2006). Programa de orientação a usuários de prótese auditiva e questionários de auto avaliação: importantes instrumentos para uma adaptação auditiva efetiva. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 10(3), 220-227.
- Roubira, J., Cardouat, M., & Bonnessée, R. (2010). *Dixit*. Jogos Galápagos.
- Ruschel, C.V., Carvalho, C.R., & Guarinello, A.C. (2007). A eficiência de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares. *Revista da Sociedade Brasileira Fonoaudiologia*, 12(2), 95-98. doi: 10.1590/S1516-80342007000200005
- Russo, I. C. P., Lopes, L. Q., Brunetto-Borgianni, L. M., & Brasil, L. A. (2005). Logaudiometria. Em: T. M. Momenshon-Santos, & I. C. P. Russo (Orgs.), *Prática da audiológica clínica* (pp. 135-154). São Paulo: Cortez.
- Saito, H., Nishiwaki, Y., Michikawa, T., Kikuchi, Y., Mizutari, K., Takebayashi, T. et al (2010). Hearing handicap predicts the development of depressive symptoms after 3 years in older community-dwelling Japanese. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 93-97. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02615.x

- Sarmiento Jr., K. M. A., Tomita, S., & Kos, A. O. A. (2005). O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(3), 256-262. doi: 10.1590/S0034-72992005000300001
- Scheibe, A. B., Sith, M. M., Schmit, L. P., Schmidt, V. B., Dornelles, C., Carvalhal, L. H. S. K., Kruse, L., & Costa, S. S. (2002). Estudo da orelha contralateral na otite média crônica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(2), 245-249. doi: 10.1590/S0034-72992002000200014
- Schiffman, H. R. (2005). *Sensação e percepção*. Rio de Janeiro: LTC.
- Shetty, H. & Koonoor, V. (2016). Sensory deprivation due to otitis media episodes in early childhood and its effect at later age: A psychoacoustic and speech perception measure. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 90, 181-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.09.022>
- Sirena, E., Carvalho, B., Buschle, M., & Mocellin, M. (2010). Timpanoplastia tipo 1 e miringoplastia na residência: resultados cirúrgicos e audiométricos. *Arquivos Internacionais em Otorrinolaringologia / International Archives in Otorhinolaryngology*, 14(4), 417-421. doi: 10.1590/S1809-48722010000400006
- Sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia (2013). *Manual de procedimentos em audiometria tonal limiar, logaudiometria e medidas de imitância acústica*. Brasília, Distrito Federal.
- Smith, S. M. & Kampfe, C. M. (1997). Interpersonal relationship implications of hearing loss in persons who are older. *Journal of Rehabilitation*, 63(2),15-21.
- Smith, S. L., Saunders, G. H., Chisolm, T. H., Frederick, M., & Bailey, B. A. (2016). Examination of individual differences in outcomes from a randomized controlled clinical trial comparing formal and informal individual auditory training programs.

- Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 59: 876–886. doi: 10.1044/2016_JSLHR-H-15-0162
- Souza, V. C., & Lemos, S. M. A. (2015). Instrumentos para a avaliação da restrição à participação auditiva: revisão sistemática de literatura. *CoDAS* 27(4):400-406. doi: 10.1590/2317-1782/20152015008.
- Stevens, G., Flaxman, S., Brunskill, E., Mascarenhas, M., Mathers, C. D., & Finucane, M. (2011). Global and regional hearing impairment prevalence: an analysis of 42 studies in 29 countries. *European Journal of Public Health*, 23(1), 146-152. doi: 10.1093/eurpub/ckr176
- Sweetow, R. W. (2015). Aural rehabilitation builds up patients' communication skills. *The Hearing Journal*, April, 8-14. doi: 10.1097/01.HJ.0000464224.74169.ae
- Sweetow, R., & Palmer, C. V. (2005). Efficacy of individual auditory training in adults: a systematic review of the evidence. *Journal of the American Academy of Audiology*, 16(7), 494-504. doi: 10.3766/jaaa.16.7.9
- Sweetow, R. W., & Sabes, J. H. (2010). Auditory training and challenges associated with participation and compliance. *Journal of the American Academy of Audiology*, 21(9), 586-593. doi: 10.3766/jaaa.21.9.4
- Tadeu, P. (2012). *Novo puxa conversa: 135 perguntas para trocar ideias*. São Paulo: Urbana.
- Tegnoor, M. S., Ali, K., Mithun, S. (2017). Audiometric evaluation of type 1 tympanoplasty for hearing results. *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery* 3(2): 332-335. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/issn.2454-5929.ijohns20171188>.
- Thakur, S. K., Singh, S. K., Acharya, R., Anwar, A., & Ghimire, N. (2017). Sociodemographic profile and the associated factors of chronic otitis media in rural

- areas of eastern Nepal. *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery* 3(2):222-227. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/issn.2454-5929.ijohns20170905>.
- Thorén, E., S., Öberg, M., Wänström, G., Andersson, G., & Lunner, T. (2014). A randomized controlled trial evaluating the effects of online rehabilitative intervention for adult hearing-aid users. *International Journal of Audiology*, 53(7), 452-461. doi: 10.3109/14992027.2014.892643
- Tiedt, N. J., Butler, I. R. T., Hallbauer, U. M., Atkins, M. D., Elliott, E., Pieters, M., Joubert, G., & Seedat, R. Y. (2013). Paediatric chronic suppurative otitis media in the Free State Province: clinical and audiological features. *South African Medical Journal*, 103(7), 467-470. doi: 10.7196/samj.6636
- Timmerman, A., Meesters, C., Anteunis, L., & Chenault, M. (2007). Level of psychosocial adaptation in young school children with otitis media. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71, 1843-1848. doi: 10.1016/j.ijporl.2007.08.006
- Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2010). *Princípios de anatomia e fisiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Tschiedel, R. S. (2003). *Programa de reabilitação audiológica para idosos usuários de aparelhos de amplificação sonora individual e seus interlocutores mais frequentes* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil).
- Tsilis, N. S., Vlastarakos, P. V., Chalkiadakis, V. F., Kotzampasakis, D. S., & Nikolopoulos, T. P. (2013). Chronic otitis media in children: an evidence-based guide for diagnosis and management. *Clinical Pediatrics*, 52(9), 795-802. doi: 10.1177/0009922813482041

- Tye-Murray, N. (2009). *Foundations of aural rehabilitation: children, adults and their family members* (pp 247-283). New York: Delmar Cengage Learning.
- Tye-Murray, N., Spehar, B., Sommers, M., & Barcroft, J. (2016). Auditory training with frequent communication partners. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 59: 871–875. doi: 10.1044/2016_JSLHR-H-15-0171
- Uclés, P., Alonso, M. F., Aznar, E., & Lapresta, C. (2012). The importance of right otitis media in childhood language disorders. *International Journal of Otolaryngology, Article ID 818927*, doi:10.1155/2012/818927.
- Vieira, E. P., Miranda, E. C., Calais, L. L., Carvalho, L. M. A., Iório, M. C. M., & Borges, A. C. L. C. (2007). Proposta de acompanhamento em grupo para idosos protetizados. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 73(6), 752-758. doi: 10.1590/S0034-72992007000600006
- Villa, P. C., & Zanchetta, S. (2014). Habilidades auditivas temporais em crianças com histórico de otite média nos primeiros anos de vida e persistente nas idades pré-escolar e escolar. *CoDAS*, 26(6), 494-502. doi: 10.1590/2317-1782/20142014008
- Vlastos, I. M., Kandiloros, D., Manolopoulos, L., Ferekidis, E., & Yiotakis, I. (2009). Quality of life in children with chronic suppurative otitis media with or without cholesteatoma. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73, 363-369. doi: 10.1016/j.ijporl.2008.10.030
- Vu, S., Nagarkar, A. N., & Jindal, P. (2006). Can self assessment of communication predict hearing loss? *The Journal of Laryngology & Otology*, 121, 435-437. doi: [10.1017/S0022215106004324](https://doi.org/10.1017/S0022215106004324)
- Weinstein, B. E. (1989). Geriatric hearing loss: myths, realities, resources for physicians. *Geriatrics*, 44(4), 42-59.

- Wild, C. J., Yusuf, A., Wilson, D. E., Peelle, J. E., Davis, M. H., & Johnsrude, I. S. (2012). Effortful listening: the processing of degraded speech depends critically on attention. *The Journal of Neuroscience*, 32(40), 14010 -14021. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1528-12.2012
- World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual of classifications relating to consequences of disease*. Geneva.
- World Health Organization, & CIBA Foundation (1996). *Prevention of hearing impairment from chronic otitis media (report)*. London: The CIBA Foundation.
- World Health Organization (2004). *Chronic suppurative otitis media: burden of illness and management options (report)*. Geneva: World Health Organization.
- Yamamoto, C. H., & Ferrari, D. V. (2012). Relação entre limiares audiométricos, handicap e tempo para procura de tratamento da deficiência auditiva. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(2), 135-141. doi: 10.1590/S1516-80342012000200006
- Yehudai, N., Most, T., & Luntz, M. (2015). Risk factors for sensorineural hearing loss in pediatric chronic otitis media. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 79, 26-30. doi: 10.1016/j.ijporl.2014.10.025
- Zaidi, S. H., & Sinha, A. (2013). *Vertigo*. Heidelberg: Springer.
- Zekveld, A. A., Kramer, S. E., & Festen, J. M. (2010). Pupil response as an indication of effortful listening: the influence of sentence intelligibility. *Ear & Hearing*, 31(4), 480-490. doi: 10.1097/AUD.0b013e3181d4f251
- Zernotti, M. E., Di Gregorio, M., F., & Sarasty, A. C. B. (2012). Middle ear implants: functional gain in mixed hearing loss. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 78(1), 109-112. doi: 10.1590/S1808-86942012000100017

- Zemlin, W.R. (2000). *Princípios de anatomia e fisiologia em fonoaudiologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Zhang, Y., Xu, M., Zhang, J., Zeng, L., Wang, Y., & Zheng, Q. I. (2014). Risk factors for chronic and recurrent otitis media - a meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(1): e86397. doi:10.1371/journal.pone.0086397
- Zhuang, X., Sun, W., & Xu-Friedman, M. A. (2017). Changes in properties of auditory nerve synapses following conductive hearing loss. *The Journal of Neuroscience* 37(2):323–332. doi:10.1523/JNEUROSCI.0523-16.2017
- Zinkus, P. W., & Gottlieb, M. I. (1980). Patterns of perceptual and academic deficits related to early chronic otitis media. *Pediatrics* 66 (2), 246-253.

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: “Reabilitação auditiva para adultos com otite média crônica com a participação de seus parceiros de comunicação”. O objetivo da pesquisa é verificar se a reabilitação auditiva com a participação de parceiros de comunicação pode auxiliar a pessoa com perda auditiva e seu parceiro a gerenciar melhor dificuldades auditivas e de comunicação.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, e asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Todos os participantes serão solicitados a responder a questionários sobre dificuldades auditivas e situações de comunicação, antes, um mês depois e três meses depois das intervenções propostas, as quais serão explicadas no próximo parágrafo. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder aos questionários. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Uma parte dos convidados da pesquisa participará de cinco encontros em grupo por cinco semanas, quando serão abordados assuntos referentes às dificuldades auditivas e de comunicação. Outra parte dos convidados poderá participar destes encontros em torno de três meses depois da primeira aplicação dos questionários. Os participantes com perda auditiva que tiverem indicação do médico otorrinolaringologista para utilizar aparelho auditivo serão encaminhados ao serviço de Saúde Auditiva por meio do sistema de regulação da Secretaria de Saúde. Ao final de toda a coleta e análise dos dados, será agendada uma palestra para os participantes conhecerem os resultados do estudo.

Os resultados da pesquisa serão utilizados para apresentações em congressos e publicações científicas. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora. O sigilo de sua participação será assegurado. Sua participação é voluntária. É assegurado o seu direito de desistir da participação nesta pesquisa, mesmo tendo assinado o presente documento. Não há riscos potenciais em participar da pesquisa. Como benefício, você vai conhecer mais sobre perda auditiva e sobre como lidar com algumas dificuldades auditivas no dia-a-dia.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a fonoaudióloga Renata de Sousa Tschiedel, no Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital de Base do Distrito Federal, número (61) 3315-1354, no período matutino, ou celular (61) 99128-2946 (pode ligar a cobrar para este número).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). As dúvidas com relação à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias; uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o participante da pesquisa.

Participante (nome / assinatura)

Pesquisadora responsável (nome / assinatura)

Brasília, ____ de _____ de ____.

Anexo B

Entrevista

____/____/____

Dados pessoais

Nome: _____ Sexo: _____ DN: _____

Naturalidade: _____ Estado civil: _____ SES: _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Telefones: _____ Onde mora: _____

Pessoas com quem mora (nome, idade, parentesco): _____

Dados do ouvido e da audição

Fale sobre o problema do seu ouvido (1.quando começou, 2.como evoluiu, 3.como tratou e como vem tratando, 4. quando iniciou o tratamento no Hospital de Base)

Fale sobre dificuldades em geral que você enfrenta em casa, na rua, no trabalho, no lazer por causa do problema no ouvido:

Se eu pedisse pra você classificar sua audição, o que você marcaria dessas alternativas?

Audição normal Dificuldade para ouvir: pequena média grande enorme

Você diria que a dificuldade para ouvir atrapalha sua vida:

nunca raramente algumas vezes geralmente sempre

Você já passou por alguma cirurgia no ouvido ou está em fila de espera para cirurgia? Conte sobre isso.

Que tipo de informação você recebeu sobre possíveis resultados da cirurgia?

Qual a sua maior expectativa com a cirurgia do ouvido?

Dados do acompanhante (parceiro de comunicação)

Nome: _____ Sexo: _____ DN: _____

Naturalidade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Telefones: _____ Onde mora: _____

Disponibilidade dos participantes

Qual sua disponibilidade de horário junto com seu acompanhante para participar dos encontros em grupo semanais?

| | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Manhã | | | | | | | |
| Tarde | | | | | | | |

Outros comentários

Anexo C

Questionário HHIA (Adaptação) – Versão Participante com OMC

____ / ____ / ____

Instruções: O questionário a seguir contém 25 perguntas. 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 escolher aquela que julgar ser a mais adequada ao seu caso ou situação.

Nome: _____

Datas: _____

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

Anexo D

Questionário HHIA (Adaptação) – Versão Acompanhante

____ / ____ / ____

Instruções: O questionário a seguir contém 25 perguntas. 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 escolher aquela que julgar ser a mais adequada ao caso ou situação de _____ (nome do participante com OMC).

Nome: _____

Datas: _____

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

Anexo E

Questionário Estratégias de Comunicação – Versão Participante com OMC

____ / ____ / ____

Instruções: O questionário a seguir contém 14 perguntas. Não há resposta certa ou errada. Você deverá escolher aquela que julgar ser a mais adequada ao seu caso ou situação.

Nome: _____

Datas: _____

| | | Sim | Às vezes | Não |
|------------------|---|-----|-------------|-----|
| 1 | Você costuma avisar para a pessoa com quem vai conversar que você tem problemas de audição? | | | |
| 2 | Você costuma prestar atenção ao que a pessoa está falando? | | | |
| 3 | Você costuma desligar ou diminuir o volume da TV ou do rádio para conversar? | | | |
| 4 | Você costuma acender a luz ou ir para um lugar melhor iluminado para entender o que a pessoa está falando? | | | |
| 5 | Em um ambiente com muito barulho, você costuma ir para um lugar com menos barulho para conversar melhor? | | | |
| 6 | Se a pessoa com quem você está conversando estiver de costas ou de lado, você costuma pedir para ela virar de frente, ou você muda sua posição para ficar de frente para ela? | | | |
| 7 | Se a pessoa com quem você está conversando estiver longe, você costuma chegar perto dela ou pedir que ela chegue mais perto de você? | | | |
| 8 | Você costuma olhar para o rosto ou para a boca da pessoa com quem você está conversando? | | | |
| 9 | Se a pessoa estiver com a mão, ou um papel na frente da boca, você pede para ela tirar para você entender melhor o que ela está falando? | | | |
| 10 | Você costuma pedir para a pessoa falar mais devagar? | | | |
| 11 | Você costuma pedir para a pessoa dizer o assunto antes de começar a conversa? | | | |
| 12 | Se você estiver em um grupo de pessoas, costuma pedir para falarem um de cada vez? | | | |
| 13 | Você costuma deixar o seu melhor ouvido voltado para a pessoa que está falando? | | | |
| 14 | Você costuma colocar a mão atrás da orelha para aumentar o som e ouvir melhor? | | | |
| Pontuação: _____ | | | | |

Anexo F

Questionário Estratégias de Comunicação – Versão Acompanhante

____ / ____ / ____

Instruções: O questionário a seguir contém 14 perguntas. Não há resposta certa ou errada. Você deverá escolher aquela que julgar ser a mais adequada ao seu caso ou situação.

Nome: _____

Datas: _____

| | | Sim | Às vezes | Não |
|------------------|--|-----|-------------|-----|
| 1 | Você costuma se lembrar de que _____ tem problemas de audição? | | | |
| 2 | Você costuma pedir que _____ preste atenção ao que você está falando? | | | |
| 3 | Você costuma desligar ou diminuir o volume da TV ou do rádio para conversar com _____? | | | |
| 4 | Você costuma acender a luz ou chamar _____ para um lugar melhor iluminado para ele entender o que você está falando? | | | |
| 5 | Em um ambiente com muito barulho, você costuma chamar _____ para um lugar com menos barulho para conversar melhor? | | | |
| 6 | Se você estiver de costas ou de lado, costuma virar de frente para _____? | | | |
| 7 | Se você estiver longe, costuma chegar mais perto de _____ ou pedir que ele chegue mais perto de você? | | | |
| 8 | Você costuma pedir para _____ olhar para o seu rosto ou sua boca enquanto você está falando? | | | |
| 9 | Se você estiver com a mão, ou um papel na frente da boca, costuma tirar para _____ entender melhor o que você está falando? | | | |
| 10 | Você costuma falar mais devagar quando conversa com _____? | | | |
| 11 | Você costuma dizer o assunto para _____ antes de começar a conversa? | | | |
| 12 | Se você estiver em um grupo de pessoas, costuma pedir para falarem um de cada vez, a fim de que _____ possa participar melhor da conversa? | | | |
| 13 | Você costuma se posicionar ao lado do melhor ouvido de _____ para ele ouvir melhor o que você está falando? | | | |
| 14 | Você costuma sugerir para _____ colocar a mão atrás da orelha para ele ouvir melhor? | | | |
| Pontuação: _____ | | | | |

Anexo G

Detalhamento dos Encontros em Grupo do Procedimento Intermediário

Encontro 1

Atividades em grupo (60 minutos)

- Dinâmica de apresentação dos integrantes do grupo: identificar-se e responder a uma pergunta sorteada do jogo de cartas “Novo Puxa Conversa” (Tadeu, 2012).
- Conversa entre os participantes e os acompanhantes: 1) realizar levantamento da história do ouvido da pessoa com OMC, bem como as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia, considerando as infecções, a perfuração timpânica, a comunicação; 2) apresentar ao grupo. Fechamento da atividade pela pesquisadora, resumindo características em comum entre as dificuldades apontadas pelos participantes e acompanhantes.

Intervalo (10 minutos)

Informações com base na literatura científica (50 minutos)

- Aula expositiva com apoio de material audiovisual sobre os seguintes assuntos: importância da audição e implicações da perda auditiva, características e funcionamento do sistema auditivo periférico e central em condições normais e na OMC, caracterização das perdas auditivas e da OMC, relação entre OMC e audição, linguagem, aprendizagem e comportamento.

4. Entrega da Atividade do Encontro 1 (vide Anexo H) para ser realizada em casa

Encontro 2

Atividades em grupo (60 minutos)

- Seleção de uma carta do Jogo Dixit (Roubira, Cardouat & Bonnessée, 2010) para representar sentimentos envolvidos na dificuldade de ouvir. Em seguida, comentar o motivo de sua escolha, e os demais realizar comentários adicionais, a critério.
- Atividade do Encontro 1: comentários dos participantes e acompanhantes sobre suas reflexões a partir da atividade realizada em casa.
- Fechamento das atividades pela pesquisadora, a partir das falas dos participantes e acompanhantes, resumindo os sentimentos negativos relacionados à dificuldade de ouvir e as situações que os provocam, propondo aos integrantes do grupo transformar tais sentimentos a partir das informações recebidas e compartilhadas nos 5 encontros em grupo.
- Proposta de atividade com os acompanhantes: utilizar um tampão auricular (*plug*) durante o intervalo e observar eventuais dificuldades auditivas.

Intervalo (10 minutos)

- Relato dos acompanhantes quanto às dificuldades percebidas com a simulação de perda auditiva

Informações com base na literatura científica (50 minutos)

- Aula expositiva com apoio de material audiovisual sobre os seguintes assuntos: 1) atenuação de intensidade proporcionada pela perda auditiva; 2) som (características e transmissão) e percepção sonora (duração, mascaramento, adaptação); 3) complexidade da percepção auditiva quanto à percepção espacial, musical, de cena auditiva e da fala; 4) percepção da fala: produção e percepção dos sons da fala do Português, integração de pistas auditivas, visuais e contextuais.

Entrega da Atividade do Encontro 2 (vide Anexo I) para ser realizada em casa

Encontro 3

Atividades em grupo (60 minutos)

- Atividade do Encontro 2: comentários dos participantes e acompanhantes sobre suas reflexões a partir da atividade realizada em casa. Fechamento da atividade pela pesquisadora, informando a atenuação provocada pelo *plug* auricular, comparando com a atenuação provocada pela perda auditiva dos participantes.
- Sorteio de situações de escuta que precisam de modificação para possibilitar uma melhor comunicação (vide a seguir, ao final do parágrafo). Cada indivíduo deve dizer como resolveria a situação para melhorar a comunicação, e em seguida os demais integrantes do grupo podem mencionar se e o que fariam de diferente na mesma situação. Fechamento da atividade pela pesquisadora, mencionando que pode haver diferentes soluções para situações difíceis de escuta. Situações propostas nesta atividade:
 - a. “Na rua, uma pessoa pede uma informação, mas você não entende a pergunta. O que você pode fazer?”
 - b. “Você está assistindo televisão, e uma pessoa da sua família, que está em outro cômodo da casa, fala algo, e você não entende. O que você pode fazer?”
 - c. “Uma vizinha apresenta você a um parente que chegou para passar uns dias na casa dela. Já ao cumprimenta-lo, você percebe que ele tem um forte sotaque gaúcho. O que você pode fazer para entender melhor o que ele fala?”
 - d. “Há 3 dias sua audição piorou por causa de uma gripe, e você tem uma entrevista de emprego. O que você pode fazer para entender o que o entrevistador vai te perguntar?”

- e. “Dentro do ônibus, a pessoa do seu lado começa a puxar conversa. O que você faz para entender o que ela está falando?”
- f. “Você precisa falar por telefone com seu irmão sobre um problema de família a ser resolvido com urgência. Mas a sua casa está passando por uma reforma, e os pedreiros já chegaram e estão fazendo barulho. O que você pode fazer para entender o seu irmão ao telefone?”

Intervalo (10 minutos)

Informações com base na literatura científica (50 minutos)

- Aula expositiva com apoio de material audiovisual sobre os seguintes assuntos: fatores intervenientes na percepção da fala considerando os componentes da cadeia de comunicação (falante, ouvinte, ambiente, mensagem); características de um bom falante, um bom ouvinte, uma boa mensagem e um bom ambiente para a comunicação.

Entrega da Atividade do Encontro 3 (vide Anexo J) para ser realizada em casa

Encontro 4

Atividades em grupo (60 minutos)

- Atividade do Encontro 2: comentários dos participantes sobre suas reflexões a partir da atividade realizada em casa. Fechamento da atividade pela pesquisadora.
- Sorteio de situações de escuta corriqueiras (igreja, feira, telefone, parada de ônibus), devendo o indivíduo comentar que características cada situação apresenta que a torna desafiadora para compreender a mensagem. Fechamento da atividade pela pesquisadora.

Intervalo (10 minutos)

Informações com base na literatura científica (50 minutos)

- Aula expositiva com apoio de material audiovisual sobre os seguintes assuntos: características de situações de escuta que envolvem interação (conversar ao telefone, com desconhecidos, em um grupo de pessoas, com pessoas da família, com colegas de trabalho, em festas ou reuniões sociais, em restaurante/barzinho/lanchonete/compras) e que não envolvem interação (ouvir rádio ou música, ver programa na TV ou filme no cinema ou peça no teatro, assistir celebração em templo religioso), além de cuidados que podem ser tomados em cada situação para favorecer a comunicação e evitar solicitação de repetição.

Entrega da Atividade do Encontro 4 (vide Anexo K) para ser realizada em casa

Encontro 5

Informações com base na literatura científica (50 minutos)

- Aula expositiva com apoio de material audiovisual sobre os seguintes assuntos: saúde do ouvido na OMC, saúde auditiva (cuidados quanto à exposição a ruído, atenção a sinais de piora na audição).

Atividades em grupo (40 minutos)

- Atividade do Encontro 4: depoimentos dos participantes quanto a eventuais mudanças nos sentimentos relacionados à perda auditiva, nos comportamentos de comunicação e na identificação de fatores que dificultam o escutar.
- Sugestões dos integrantes do grupo quanto aos encontros: tempo de cada encontro, periodicidade, número de encontros, composição dos grupos, presença de outros profissionais.

Encerramento (30 minutos)

Anexo H

Atividade do Encontro 1

Versão Participante com OMC

Brasília, ____ de _____ de _____.

_____ (nome do participante com OMC)

Até o próximo encontro, por favor, observe no dia-a-dia situações em que a dificuldade para ouvir deixou você:

| Irritado ou nervoso | Constrangido, sem jeito ou sem graça | Chateado ou aborrecido | Triste ou deprimido |
|---------------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------|
| | | | |

Você pode anotar suas observações nos espaços do quadro acima.

Esperamos você no próximo dia ____ de _____ às _____ horas.

Muito obrigada por sua participação!

Versão Acompanhante

Brasília, ____ de _____ de _____.

_____ (nome do acompanhante)

Até o próximo encontro, por favor, observe no dia-a-dia situações em que a dificuldade para ouvir deixou _____
(nome do participante com OMC):

| Irritado ou nervoso | Constrangido, sem jeito ou sem graça | Chateado ou aborrecido | Triste ou deprimido |
|---------------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------|
| | | | |

Você pode anotar suas observações nos espaços do quadro acima.

Esperamos você no próximo dia ____ de _____ às _____ horas.

Muito obrigada por sua participação!

Anexo I

Atividade do Encontro 2

Versão Participante com OMC

Brasília, ____ de _____ de _____.

_____ (nome do participante com OMC)

Até o próximo encontro, por favor, converse com seu acompanhante e outros familiares sobre:

- as dificuldades que eles perceberam com o uso do plug
- as suas próprias dificuldades auditivas

Depois, anote suas observações nas linhas abaixo:

Esperamos você no próximo dia ____ de _____ às _____ horas.

Muito obrigada por sua participação!

Versão Acompanhante

Brasília, ____ de _____ de _____.

_____ (nome do acompanhante)

Até o próximo encontro, por favor, use o plug no seu ouvido em diferentes situações de escuta:

- Durante refeições
- No trabalho
- Na rua
- Nas compras
- Ao telefone
- Para ver TV
- Para ouvir rádio
- E em outros lugares e situações que você quiser

Depois, anote suas observações nas linhas abaixo:

Esperamos você no próximo dia ____ de _____ às _____ horas.

Muito obrigada por sua participação!

Anexo J

Atividade do Encontro 3

Versão Participante com OMC

Brasília, ____ de _____ de _____.

_____ (nome do participante com OMC)

Até o próximo encontro, por favor, observe-se em diferentes situações de escuta e mude a situação para você ouvir melhor. Depois, anote nos quadros abaixo algumas destas situações e como você as resolveu:

| | |
|----------|--------------------------------------|
| Situação | Como você resolveu para ouvir melhor |
| | |
| Situação | Como você resolveu para ouvir melhor |
| | |
| Situação | Como você resolveu para ouvir melhor |
| | |

Esperamos você no próximo dia ____ de _____ às _____ horas.

Muito obrigada por sua participação!

Versão Acompanhante

Brasília, ____ de _____ de _____.

_____ (nome do acompanhante)

Até o próximo encontro, por favor, observe você e _____ (nome do participante com OMC) em diferentes situações de escuta, e mude a situação para ele ouvir melhor. Depois, anote no quadro abaixo algumas destas situações e como você as resolveu:

| | |
|----------|--|
| Situação | Como você resolveu para _____ ouvir melhor |
| | |
| Situação | Como você resolveu para _____ ouvir melhor |
| | |
| Situação | Como você resolveu para _____ ouvir melhor |
| | |

Esperamos você no próximo dia ____ de _____ às _____ horas.

Muito obrigada por sua participação!

Anexo K

Atividade do Encontro 4

Versão Participante com OMC

Brasília, ____ de _____ de _____.

_____ (nome do participante com OMC)

Depois de ter frequentado estes encontros em grupo:

Você consegue identificar melhor o que atrapalha você a ouvir? O que, por exemplo?

Você percebeu alguma mudança no seu comportamento nas situações em que você precisa ouvir? O que, por exemplo?

Você percebeu alguma mudança nos seus sentimentos relacionados à dificuldade para ouvir? O que, por exemplo?

Esperamos você no próximo dia ____ de _____ às _____ horas.

Muito obrigada por sua participação!

Versão Acompanhante

Brasília, ____ de _____ de _____.

_____ (nome do acompanhante)

Depois de ter frequentado estes encontros em grupo,

Você consegue identificar melhor o que atrapalha _____ (nome do participante com OMC) a ouvir? O que, por exemplo?

Você percebeu alguma mudança no comportamento de _____ (nome do participante com OMC) nas situações em que ele precisa ouvir? O que, por exemplo?

Você percebeu alguma mudança nos sentimentos de _____ (nome do participante com OMC) relacionados à dificuldade para ouvir? O que, por exemplo?

Esperamos você no próximo dia ____ de _____ às _____ horas.

Muito obrigada por sua participação!

Anexo L

Comentários dos Participantes Durante a Aplicação dos Questionários

| Situação | Comentário |
|---|---|
| Telefone | P2 usa o telefone menos do que gostaria, porque quer "poupar o ouvido bom". |
| Televisão e/ou rádio | T6 declarou que não é possível assistir algum programa que passa mais tarde na noite, porque todos da casa estão dormindo, então não pode aumentar o volume. T22 assiste menos quando há pessoas em casa, para não incomodá-las com o volume alto. E15 usa menos do que gostaria, a fim de priorizar os sons de alerta (portão, celular). E16 só se sente à vontade para ver televisão em casa. |
| Família | P8 relatou que os familiares não querem repetir ("deixo pra lá"). T9 afirmou que os familiares se irritam porque pede pra repetir. E5 irrita-se porque não pode pedir para os familiares repetirem ("porque eles se aborrecem"). E3 disse que se não entende o que foi dito, os familiares riem e a chamam de surda. E7 se chateia muito porque o marido não gosta de repetir. E também porque os familiares reclamam: "tá surda, tá moca!" E6 fica chateada com a irmã, pois ela não tem paciência. E11 mencionou que quando responde ou faz algo diferente do que foi dito, e então começa o conflito com os familiares. E16 disse que a família acredita que ela não entende porque não quer. |
| Amigos | P3 às vezes se sente constrangida com amigos, porque as pessoas não gostam de repetir. |
| Desconhecidos | E4 tem medo de entendê-los errado. |
| Visitas | T9 se sente excluída por não ouvir. E3 não consegue acompanhar o que falam. E11 não visita as pessoas por causa da dificuldade pra ouvir. |
| Grupos de pessoas | T4 imita o que os outros fazem, mesmo sem ter entendido o que foi falado. E3 permanece no grupo e interage mesmo sem entender o que está sendo dito. |
| Trabalho | T11 frustrada ao conversar com colegas só quando o ouvido está infeccionado, porque precisa pedir pra falarem mais alto. E7 finge que está ouvindo as clientes do seu salão. E11 referiu que quando está trabalhando, tem medo de responder errado porque não ouviu corretamente. |
| Compras | E11 evita sair pra fazer compras porque em certa ocasião, ouviu o preço errado e causou muita confusão no mercado. |
| Festas | P8 evita contato com as pessoas ("fico mais na minha"). E6 afirmou que o som dificulta a interação. |
| Restaurante / bar / lanchonete | P12 referiu que não ouve nada ("deixo eles falarem sozinhos"). E3 relatou que se há muito barulho, só fica sorrindo. E13 disse que precisa ficar atenta para conseguir participar da conversa. |
| Sentimentos | P12 afirmou que a dificuldade de ouvir o deixa estressado e cansado. T4 sente-se muito constrangida, estressada, nervosa. |
| Limitações | T20 afirmou que a dificuldade para ouvir limita a vida, porque as pessoas não esticam a conversa. |
| Comunicação ao outro do problema auditivo | T4 jamais avisa do problema de audição; se for uma pessoa da família, apenas pede para falar mais alto. E6 não avisa, porque não quer comentar o problema ("acho que fujo"). E7 não avisa da audição, pois tenta "levar uma vida normal"; procura prestar muita atenção à pessoa que está falando. E11 parou de avisar, porque as pessoas diziam que estava fingindo ("a pessoa não acredita quando a gente fala que tem um problema"). |
| Estratégias diversas | Para P9, deixar o melhor ouvido voltado a quem está falando, "só se fosse bem disfarçado". E9 também declarou que tem vergonha de fazê-lo. T4 relatou que colocar a mão atrás da orelha só em casa, em público não. E13 considera falta de educação pedir para a pessoa afastar a mão ou algo da frente da boca. |
| Outros | T4: "Não gosto de pedir pra pedir; não deixo perceberem que não ouvi, finjo que ouvi. Tenho 2 frustrações na vida: envelhecer e não ouvir." T5: "Nossa, tem gente que tem todas essas dificuldades aí que você tá me perguntando?" T8 "Chateada não, mas fico preocupada com a audição no futuro." T16: "Essa dificuldade de ouvir me incomoda; eu não queria passar por isso." E1: "Pra dialogar, evito pedir pra repetir, daí a conversa fica comprometida." E3 "Prefiro ficar sozinha, porque sozinha não tem como me chatear." E4: "Quando o ouvido está mais tampado, fico mais sem jeito." E6: "O meu outro ouvido me salva muito." E10: "A gente tem que acostumar com o problema que Deus dá pra gente." E11: "Parei de andar de bicicleta, porque uma vez não ouvi o ônibus chegar perto e quase fui atropelada; e eu adoro andar de bicicleta." E16: "Quando a audição tá ruim, prefiro não ficar no meio de muita gente." T20: "Já sou acostumado com a audição que eu tenho. Não fujo de conversa. Se você pensar bem, todo ser humano tem um problema." |

Anexo M

Tabelas de Leitura Complementar

Tabela A – Pontuações no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (total, emocional, social), nível de restrição de participação, e pontuações no questionário Estratégias de Comunicação (EC) antes e após a passagem do tempo para os participantes do Grupo T.

| Participante | HHIA total antes | HHIA total depois | HHIA emocional antes | HHIA emocional depois | HHIA social antes | HHIA social: depois | Restrição antes | Restrição depois | EC antes | EC depois |
|--------------|------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|-----------------|------------------|----------|-----------|
| T1 | 48 | 48 | 26 | 26 | 22 | 22 | 3 | 3 | 40 | 28 |
| T2 | 12 | 4 | 4 | 2 | 8 | 2 | 0 | 0 | 24 | 18 |
| T3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 14 | 12 |
| T4 | 80 | 88 | 44 | 40 | 36 | 48 | 3 | 3 | 32 | 32 |
| T5 | 12 | 10 | 8 | 10 | 4 | 0 | 0 | 0 | 18 | 14 |
| T6 | 52 | 56 | 26 | 30 | 26 | 26 | 3 | 3 | 36 | 38 |
| T7 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 12 |
| T8 | 24 | 4 | 10 | 2 | 14 | 2 | 1 | 0 | 22 | 18 |
| T9 | 18 | 10 | 12 | 8 | 6 | 2 | 1 | 0 | 32 | 34 |
| T10 | 52 | 22 | 30 | 16 | 22 | 6 | 3 | 1 | 28 | 30 |
| T11 | 8 | 6 | 4 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 | 14 | 16 |
| T12 | 56 | 44 | 44 | 26 | 12 | 18 | 3 | 3 | 56 | 46 |
| T13 | 22 | 20 | 8 | 10 | 14 | 10 | 1 | 1 | 22 | 22 |
| T14 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 | 4 |
| T15 | 60 | 60 | 28 | 28 | 32 | 32 | 3 | 3 | 46 | 50 |
| T16 | 80 | 64 | 44 | 32 | 36 | 32 | 3 | 3 | 48 | 56 |
| T17 | 80 | 80 | 46 | 42 | 34 | 38 | 3 | 3 | 48 | 50 |
| T18 | 60 | 64 | 34 | 40 | 26 | 24 | 3 | 3 | 40 | 48 |
| T19 | 14 | 20 | 2 | 4 | 12 | 16 | 0 | 1 | 40 | 42 |
| T20 | 20 | 8 | 8 | 2 | 12 | 6 | 1 | 0 | 16 | 24 |
| T21 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 | 22 |
| T22 | 100 | 96 | 52 | 52 | 48 | 44 | 3 | 3 | 32 | 36 |

Tabela B – Pontuações no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (total, emocional, social), nível de restrição de participação, e pontuações no questionário Estratégias de Comunicação (EC) antes e após a participação nos grupos psicoeducativos para os participantes do Grupo E.

| Participante | HHIA total antes | HHIA total depois | HHIA emocional antes | HHIA emocional depois | HHIA social antes | HHIA social: depois | Restrição antes | Restrição depois | EC antes | EC depois |
|--------------|------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|-----------------|------------------|----------|-----------|
| E1 | 46 | 52 | 22 | 28 | 24 | 24 | 3 | 3 | 40 | 48 |
| E2 | 72 | 62 | 40 | 34 | 32 | 28 | 3 | 3 | 42 | 54 |
| E3 | 58 | 52 | 36 | 36 | 22 | 16 | 3 | 3 | 34 | 38 |
| E4 | 30 | 38 | 26 | 24 | 4 | 14 | 1 | 2 | 48 | 44 |
| E5 | 46 | 46 | 30 | 30 | 16 | 16 | 3 | 3 | 36 | 38 |
| E6 | 10 | 50 | 6 | 28 | 4 | 22 | 0 | 3 | 30 | 38 |
| E7 | 38 | 34 | 16 | 16 | 22 | 18 | 2 | 2 | 28 | 36 |
| E8 | 12 | 12 | 6 | 8 | 6 | 4 | 0 | 0 | 20 | 40 |
| E9 | 76 | 80 | 36 | 44 | 40 | 36 | 3 | 3 | 52 | 52 |
| E10 | 48 | 64 | 24 | 40 | 24 | 24 | 3 | 3 | 28 | 40 |
| E11 | 96 | 100 | 48 | 52 | 48 | 48 | 3 | 3 | 42 | 52 |
| E12 | 14 | 34 | 4 | 18 | 10 | 16 | 0 | 2 | 34 | 46 |
| E13 | 60 | 58 | 42 | 38 | 18 | 20 | 3 | 3 | 36 | 50 |
| E14 | 20 | 26 | 12 | 8 | 8 | 18 | 1 | 1 | 26 | 38 |
| E15 | 88 | 96 | 40 | 52 | 48 | 44 | 3 | 3 | 36 | 48 |
| E16 | 60 | 80 | 34 | 46 | 26 | 34 | 3 | 3 | 48 | 52 |

Tabela C - Pontuações no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (total, emocional, social), nível de restrição de participação, e pontuações no questionário Estratégias de Comunicação (EC) um mês e três meses após a participação nos grupos psicoeducativos para os participantes do grupo E.

| Participante | HHIA total depois | HHIA total 3 meses depois | HHIA emocional depois | HHIA emocional 3 meses depois | HHIA social depois | HHIA social: 3 meses depois | Restrição depois | Restrição 3 meses depois | EC depois | EC 3 meses depois |
|--------------|-------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------|-----------|-------------------|
| E1 | 52 | 54 | 28 | 28 | 24 | 26 | 3 | 3 | 48 | 48 |
| E2 | 62 | 64 | 34 | 34 | 28 | 30 | 3 | 3 | 54 | 40 |
| E3 | 52 | 44 | 36 | 32 | 16 | 12 | 3 | 3 | 38 | 42 |
| E4 | 38 | 42 | 24 | 30 | 14 | 12 | 2 | 2 | 44 | 44 |
| E5 | 46 | 28 | 30 | 16 | 16 | 12 | 3 | 1 | 38 | 32 |
| E6 | 50 | 60 | 28 | 32 | 22 | 28 | 3 | 3 | 38 | 38 |
| E7 | 34 | 48 | 16 | 28 | 18 | 20 | 2 | 3 | 36 | 32 |
| E8 | 12 | 6 | 8 | 0 | 4 | 6 | 0 | 0 | 40 | 32 |
| E9 | 80 | 74 | 44 | 42 | 36 | 32 | 3 | 3 | 52 | 52 |
| E10 | 64 | 54 | 40 | 22 | 24 | 32 | 3 | 3 | 40 | 44 |
| E11 | 100 | 98 | 52 | 50 | 48 | 48 | 3 | 3 | 52 | 50 |
| E12 | 34 | 24 | 18 | 16 | 16 | 8 | 2 | 1 | 46 | 52 |
| E13 | 58 | 48 | 38 | 36 | 20 | 12 | 3 | 3 | 50 | 36 |
| E14 | 26 | 38 | 8 | 12 | 18 | 26 | 1 | 2 | 38 | 44 |
| E15 | 96 | 90 | 52 | 42 | 44 | 48 | 3 | 3 | 48 | 48 |
| E16 | 80 | 82 | 46 | 44 | 34 | 38 | 3 | 3 | 52 | 52 |

Tabela D – Pontuações no questionário *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) (total, emocional, social), nível de restrição de participação, e pontuações no questionário Estratégias de Comunicação (EC) dos 12 acompanhantes comparados com as pontuações dos respectivos participantes com OMC.

| Acompanhante - participante | Acompanhante- parentesco | Acompanhante- idade | HHIA total participante | HHIA total acompanhante | HHIA emocional participante | HHIA emocional acompanhante | HHIA social participante | HHIA social acompanhante | Restrição participante | Restrição acompanhante | EC participante | EC acompanhante |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|-----------------|-----------------|
| Ac-P1 | Cônjuge | 40 | 8 | 24 | 2 | 16 | 6 | 8 | 0 | 1 | 30 | 12 |
| Ac-P4 | Mãe | 56 | 14 | 48 | 6 | 32 | 8 | 16 | 0 | 3 | 30 | 44 |
| Ac-P5 | Tia | 29 | 54 | 28 | 32 | 20 | 22 | 8 | 3 | 1 | 44 | 8 |
| Ac-P13 | Mãe | 55 | 50 | 28 | 20 | 16 | 30 | 12 | 3 | 1 | 30 | 40 |
| Ac-T6 | Mãe | 57 | 52 | 70 | 26 | 40 | 26 | 30 | 3 | 3 | 36 | 30 |
| Ac-T8 | Cônjuge | 53 | 24 | 0 | 10 | 0 | 14 | 0 | 1 | 0 | 22 | 0 |
| Ac-T22 | Cônjuge | 46 | 100 | 94 | 52 | 48 | 48 | 46 | 3 | 3 | 32 | 46 |
| Ac-E2 | Irmã | 39 | 72 | 68 | 40 | 40 | 32 | 28 | 3 | 3 | 42 | 50 |
| Ac-E4 | Prima | 38 | 62 | 76 | 40 | 40 | 22 | 36 | 3 | 3 | 44 | 46 |
| Ac-E7 | Cônjuge | 48 | 38 | 48 | 16 | 28 | 22 | 20 | 2 | 3 | 28 | 20 |
| Ac-E9 | Filha | 25 | 58 | 16 | 26 | 10 | 32 | 6 | 3 | 0 | 46 | 4 |
| Ac-E11 | Filho | 26 | 96 | 42 | 48 | 28 | 48 | 14 | 3 | 2 | 42 | 36 |

Anexo N

Figuras do Jogo Dixit Escolhidas Pelos Participantes em Atividade Durante o Encontro 2

A cada participante foram entregues 10 figuras para que, dentre elas, selecionasse uma que representasse a dificuldade para ouvir ou o problema do ouvido. A figura selecionada era retirada do conjunto, para que não houvesse repetição de figuras entre os participantes de outros grupos. Houve participantes e acompanhantes que não selecionaram figura alguma. Abaixo estão listadas as figuras escolhidas pelos indivíduos com OMC ou pelos acompanhantes, com a respectiva explicação do motivo de sua escolha:

| N. | Figura | Motivo da escolha |
|----|--|---|
| 1 | Ampulheta | “Escolhi por causa do tempo pra responder. Assim que perguntam, já tenho que responder. A pessoa não espera a gente pensar pra responder.” |
| 2 | Caracol com lençol | “Se eu pudesse, fugia das dificuldades de ouvir.” |
| 3 | Castelo voando no balão | “Tem muita gente no castelo, difícil para entender o que as pessoas querem dizer.” |
| 4 | Coelho cavaleiro diante de 3 portas | “Indecisão sobre o que foi que a pessoa falou; está tentando adivinhar o que a pessoa falou, porque não ouviu muito bem.” |
| 5 | Duas crianças na sombra de um lobo | “Por não ouvir direito, eu me assusto, dá uma sensação ruim.” |
| 6 | Duas lesmas | “Como uma lesma, demoramos muito pra buscar o tratamento.” |
| 7 | Flor branca entre várias vermelhas | “Isolamento; como se eu estivesse só, e as pessoas em volta não entendem meu problema.” |
| 8 | Flor se despetalando | “Às vezes dá um desespero, porque o problema do meu ouvido não consegue resolver.” |
| 9 | Gotas de chuva | “Dificuldade pra ouvir o som da chuva.” |
| 10 | Homem e mulher à mesa jogando xadrez | “O companheiro fala, e a gente não entende um recado, uma brincadeira... No desenho, a moça tá sorrindo; eu acho que ela tá distraída, o que também acontece comigo.” |
| 11 | Mão com rios no lugar das linhas | “Me lembrou água e que não posso tomar banho de piscina.” |
| 12 | Menino dentro da lâmpada com uma vela | “Dificuldade de captar informações do mundo externo, e de se comunicar com o mundo externo também.” |
| 13 | Menino e menina voando | “O menino está falando e ela não ouve.” |
| 14 | Menino na escada e passarinho | “Ele não ouve o passarinho.” |
| 15 | Mesa grande cheia de alimentos | “Lembra muita gente junto, muito barulho.” |
| 16 | Mulher com um homem como brinco em cada orelha | “Ela encosta bem na pessoa pra ouvir.” |
| 17 | Mulher olhando o mar | “Parece meio aérea, pensativa, distraída. Quando estou assim, não escuto o que a pessoa falou.” |
| 18 | Pessoa abrindo a cabeça com chave | “A pessoa tá com um olhar perdido, não tá ouvindo a chave; a chave cai e ela não percebe.” |
| 19 | Pierrô triste | “Como a pessoa se sente quando o outro não entende seu problema.” |
| 20 | Sol vendo os guarda-sóis | “De onde veio o barulho? Ele não sabe. Às vezes eu também não sei.” |



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



11



12



13



14



15



16



17



18



19



20

Anexo O

Transcrição Literal dos Registros dos Participantes e Acompanhantes na Atividade do Encontro 1

PARTICIPANTE: observe no dia-a-dia situações em que a dificuldade para ouvir deixou você...

| | Irritado ou nervoso | Constrangido, sem jeito ou sem graça | Chateado ou aborrecido | Triste ou deprimido |
|-----|--|--|---|--|
| E1 | “Quando muitas pessoas falam ao mesmo tempo e em voz alta. Não consigo entender.” | (em branco) | (em branco) | (em branco) |
| E2 | “Por que ouvi não entendi” | “constrangida” | “aborrecida” | “depressida” |
| E3 | “Querer ouvir um determinado assunto e não poder” | “Ouvir uma palavra e interpretar outra” | “Os outros rirem de você ou seja de mim por ter ouvido errado” | “Querer ouvir e não poder” |
| E4 | “Cinema: me deixou irritada por causa do barulho do show que estava havendo no shopping. Muitas pessoas falando juntas me deixou nervosa” | “Mal entendimento de assuntos conversados entre família.” | “Quando pedi para algumas pessoas repetiram o que falou e elas repetiram grosseiramente.” | “O fato de ter que depender de alguém e não compreender coisas simples me deixa triste.” |
| E5 | Não fez a atividade | - | - | - |
| E6 | Não fez a atividade | - | - | - |
| E7 | Não fez a atividade | - | - | - |
| E8 | “O meu marido falou comigo e eu não ouvir eu pedir para falar de novo ele repetiu mais falou muito nervoso” | “Eu estava na igreja uma pessoa falou comigo e o som estava alto e eu não ouvir” | (em branco) | (em branco) |
| E9 | Não fez a atividade | - | - | - |
| E10 | “ficou intreçado quando cinto dor” | “ficou muito alegre ou triste” | “aborrecido” | “normal” |
| E11 | “quando eu falo alto as pessoa manda eu cala a boca quando o telefone toca eu não escuto Quando doi a cabeça ou ouvido ou sai secreção” | “Eu fico com vergolha atende o telefone enpubrico E tenho vergolha de tudo” | “Quando as pessoa fala comigo eu não escuto Queredo resposta sobre alguma coisa que me perguntaram e eu não escutei” | “Eu sinto depremida ou envalida Quando eu não consigo enprego Quando as pessoa descobre que eu não escuto” |
| E12 | (em branco) | “no mercado, padaria quando estou nestes lugares e o caixa não olha para mim e fala baixo. Tenho que pedir para falar mais alto ou olhar para mim” | (em branco) | “família quando peço algo as vezes eles dizem que estou falando alto de mais ou qdo eles me pedem e eu não ouço eles reclamam” |
| E13 | Não fez a atividade | - | - | - |
| E14 | “as vezes as pessoas falam e eu não escuto ai eu tenho que perguntar outra vez. ai a pessoa fica irritada tambem” | “Não eu não fico contrajida muito porque eu escuto um pouco isso ajuda um pouco” | “as vezes cheteada mais nada que eu não consingo resolver quando eu não escuto pergunto mesmo” | “deprimida so num momento logo passa” |
| E15 | “Neste período, 100% das situações de comunicação c/ meu esposo em que pedi p/ ele repetir a pergunta ou comentário, e ele ficou com raiva por isso” | (em branco) | “Idem” | (em branco) |
| E16 | Não fez a atividade | - | - | - |

ACOMPANHANTE: observe no dia-a-dia situações em que a dificuldade para ouvir deixou _____ (nome do participante)...

| | Irritado ou nervoso | Constrangido, sem jeito ou sem graça | Chateado ou aborrecido | Triste ou deprimido |
|--------|---|---|---|--|
| Ac-E2 | “Quando tem que molhar o cabelo. E Também quando ela fala as coisas e as pessoas não entende o que ela fala” | “Quando tem que perguntar as coisas mais de duas vez. Para as pessoas que convive no seu dia dia. As vezes ela não sabe se ta falando alto ou baixo.” | “Quando as vezes fala no telefone.” | “Quando vai a piscina ou qualquer água parada porque tem que colocar o algodão no ovido” |
| Ac-E4 | “O fato de as vezes não entender o que leu, ou algo que ouviu no noticiário. As mensagens subentendidas as vezes são difíceis” | “Em conversas com muitas pessoas, onde alguém fala baixo ou não articula as palavras direito.” | “Ela não gosta do fato de precisar de mais ajuda dos outros do que as pessoas que ela convive.” | “Ela sempre fica muito triste quando não entende os assuntos estudados na faculdade, porque os colegas aprendem rápido e ela demora mais.” |
| Ac-E9 | Não fez a atividade | - | - | - |
| Ac-E11 | Fez a atividade, mas não registrou. Comentou verbalmente: “Dificuldade de conversar com pessoas novas; ela disfarça, finge que ouve; com mais gente precisa ter alguém do lado pra explicar (se falar sem explicar, ela fica neutra, não participa). Outras pessoas da família e amigos não se importam em cuidar da forma como falar com ela”. | | | |

OUTROS (relatos gráficos de outros familiares que não participaram da reabilitação, mas que concordaram em realizar a Atividade do Encontro 1):

| | Irritado ou nervoso | Constrangido, sem jeito ou sem graça | Chateado ou aborrecido | Triste ou deprimido |
|---------------|--|--|---|---|
| Filha de E2 | “Muitas vezes ela ficar nervosa i estresa as outras pessoas que ficar com ela. Porque as pessoa não entende o que acontecer com ela” | “Na minha opinião ela fica sem graça i um pouco constragida porque as pessoas fala com ela e ela não consegue entender ela, fica um pouco sem graça” | “Eu acho que ela fica chateada i muito aborrecida. Porque si a gente não fazer o que ela quer ela fica muita aborrecida i chateada” | “quando a pessoa não entende o (ilegível) ela ficar muito triste. Porque tei pessoas que pensa que ela é louca” |
| Esposa de E10 | “vareia as vezes fica muinto irritado as vezes nervoso” | “normal” | “as vezes se aborrece por besteira fica chateado quando não dá certo o que fazer” | “normal” |

Anexo P

Transcrição Literal dos Registros dos Participantes e Acompanhantes na Atividade do Encontro 2

PARTICIPANTE: converse com seu acompanhante e outros familiares sobre as dificuldades que eles perceberam com o uso do *plug*, e as suas próprias dificuldades auditivas, e anote suas observações.

| | |
|-----|---|
| E1 | <p>“A cabeça fica mais cansada, pois, o esforço para ouvir é maior. Ouço frases pela metade. Se não ouvir meu nome tenho dificuldades para entender o falante. Na rua com o barulho dos carros tenho dificuldade para distinguir a distância e direção A cabeça cansa de ouvir várias pessoas ao mesmo tempo. Se não estiver de frente para o falante não consigo ouvir bem, pois, preciso ler os lábios.”</p> |
| E2 | (ilegível) |
| E3 | (em branco) |
| E4 | <p>“1- Ela se sentiu dentro de uma concha e ouviu zumbidos. 2- Não consegui definir o nível de altura da voz; 3- Não ouviu com clareza, causou irritação, agonia e desconforto. *Escola: vários barulhos ao mesmo tempo; *Casa: TV e o bebê assustado com o tom da voz. *Rua: vários barulhos, fechado e abafado (o barulho ficou mais abafado e para identificar o barulho e entender foi pior). Pelas dificuldades que eu percebi na Y, a maioria eu sinto como: irritação se não entender o barulho que está sendo apresentado, zumbido no ouvido, não conseguir perceber se a voz está alta.”</p> |
| E5 | Não fez a atividade |
| E6 | Não fez a atividade |
| E7 | Não fez a atividade |
| E8 | Não fez a atividade |
| E9 | <p>“Durante esses dias tudo ocorreu normal de terça até sexta-feira Sabado – sabado eu cheguei com dor de cabeça devido o barulho e o esforço Domingo – normal porém ainda estou com dor de cabeça e fico estresado e continuo assim até hoje segunda”</p> |
| E10 | <p>“eu ficou feliz as vezes triste ou alegre meio abobardor (abobalhado) alguniado atenção no progama de macelo (programa Cidade Alerta) as vez sim as vez não não ligo as vez feliz ou alegreio”</p> |
| E11 | <p>“Minha filha X achou difícil a comunicação, locomoção, se sentiu isolada, ficou constrangida por não ouvi os familiares. alta dificuldade de aceitação e não ficou muito tempo com o plug disse que realmente começou a compreender meu problema somente após o teste e se sentiu constrangia pois julgava mal minha falta de compreensão e atenção. Tenho dificuldade ao atravessar a rua pois ainda forço minha audição e por algumas vezes não ouvi os carros se aproximar. dificuldade em conversas familiares, pois falam baixo muita dificuldade para fala e ouvi o telefone para assitir ou ouvi música os demais moradores se retiram pois fica muito alto.”</p> |
| E12 | Não fez a atividade |
| E13 | Não fez a atividade |
| E14 | <p>“Na verdade, eu nem preciso porque já escuto um pouco menos que o normal, mas escuto um pouco tem dia melhor outro pior mais já estou acostumada com situação pouco chata. Como minha chefe fala ai eu não ouvir as vezes tenho que ir perto dela para ouvir melhor eu que e isso.”</p> |
| E15 | <p>“Mãe: tem problema de audição mas não admite. Fica irritada quando não escuta da 1ª vez e fala em voz alta p/ todos se calarem p/ ela ouvir o que foi dito. “W (esposo) também c/ dificuldade auditiva e pergunta 2 a 3 vezes o que não entendeu, mas continua sem paciência quando peço p/ repetir a informação.”</p> |
| E16 | <p>Fez a atividade com a neta, mas não registrou. Relatou comentário da neta de que agora sabe porque a avó não ouve quando as pessoas falam.</p> |

ACOMPANHANTE: use o plug no seu ouvido em diferentes situações de escuta (durante refeições, no trabalho, na rua, nas compras, ao telefone, para ver TV, para ouvir rádio, outros lugares e situações que você quiser) e depois anote as dificuldades observadas.

| | |
|--------|---|
| Ac-E2 | <p>“-Durante as refeições. Foi muito rui parece perder o sabor dos alimentos.</p> <p>-No trabalho, teve que ficar bem atento para não passa vergonha.</p> <p>-Nas compras muita atenção na hora de passa no caixa.</p> <p>-Ao telefone, muita atenção para a pessoa do outro lado da linha não ter que falar muito alto, e mim chamar de surda.</p> <p>-Para ver TV teve que altiar bem o volume.</p> <p>-Para ouvir rádio a mesma coisa que a TV. volume bem alto.</p> <p>Tudo foi muito agonizante. No onibus, no carro. conversar com as pessoas tudo orível.”</p> |
| Ac-E4 | <p>“Utilizei o plug nas seguintes situações: no trabalho (escola), assistir TV, dentro do ônibus, em casa, conversando com outras pessoas. Em todas as situações foi muito difícil compreender com clareza, o som chegou abafado, como se a gente estivesse dentro de uma cocha, bolha, sei lá. Quando comecei a conversar com o plug, não sabia como estava o tom de minha voz, não sabia se estava falando alto ou baixo, muito ruim sem ter como perceber a altura certa. Quando o ambiente tem muito barulho é ainda mais difícil porque mistura tudo e fica ainda mais confuso. Senti impaciência, irritação, aflição; Muito ruim a situação.”</p> |
| Ac-E9 | <p>“Para mim foi normal Percebi que a minha audição da esquerda é melhor que a direita Senti um zum durante o uso do plug e nas outras ocasiões foi normal.”</p> |
| Ac-E11 | <p>Fez a atividade, mas não registrou. Comentou verbalmente: “Aumentei a atenção pra ouvir, foi bom diminuir o barulho ao dormir. Quando tirei o plug depois de um tempo, achei o som muito alto. Senti falta de paciência das pessoas. Se você ignorar o que o outro falou, você vai ser ignorado de novo.”</p> |

OUTROS (relatos gráficos de outros familiares que não participaram da reabilitação, mas que concordaram em realizar a Atividade do Encontro 2)

| | |
|--------------|--|
| Filha de E1 | <p>“- Nas refeições: Senti um incômodo, pois ouvia mais forte o movimento da mastigação;</p> <p>- Rua: me assustei várias vezes, pois por exemplo o barulho dos carros se aproximando era mais forte só quando estavam perto.</p> <p>- Telefone: dificuldade de entender as frases completas, sempre pedia para repetir.</p> <p>-TV: a pior sensação era ver que o volume está no 23 e eu não entendia nada.</p> <p>Realmente a dificuldade é muito grande em qualquer lugar.”</p> |
| Filha de E2 | <p>“Durante as refeições é orível, porque a gente fica com uma agonia i as outras opções é muinto ruim por agente escuta muito baixo i ficamos contragida de pergunta.”</p> |
| Filho de E3 | <p>“Os sons ficaram mais baixos, e por isso me deixou distraido, E também exposto ao perigo, por não ouvir, principalmente na rua, onde os carros modernos tem o som dos motores silêncioso.”</p> |
| Filha de E3 | <p>“Os sons ficaram mais baixos. Tive que aumentar o som da TV, do meu celular, e também pedir pras pessoas repetirem o que tinham falado porque ficou muito confuso.</p> <p>Então fiquei nervosa e tirei o que estava tampando o meu ouvido. É muito ruim não poder ouvir, ou ouvir e não entender por não ter ouvido direito.”</p> |
| Esposa de E9 | <p>“-Encontrei dificuldade para engolir com o plug;</p> <p>-No trabalho foi tranquilo, na rua, nas compras;</p> <p>-No telefone foi difícil; Para ver tever foi normal e rádio também.”</p> |
| Filho de E10 | <p>“As dificuldades são tem pouca audição, com dificuldades de ouvir, principalmente do lado Esquerdo que conciste a maior perda de audição.</p> <p>Os plug ajudão mais em situações de muito barulho com obra a situação parecida mais no uso do dia dia, teve certa dificuldade de ouvir com precisão, principalmente pelo lado esquerdo.”</p> |

Anexo Q

Transcrição Literal dos Registros dos Participantes e Acompanhantes na Atividade do Encontro 3

PARTICIPANTE: observe-se em diferentes situações de escuta e mude a situação para você ouvir melhor; depois anote:

| | S (situação) | R (resolução) | |
|-----|--|---|---|
| E1 | S: “Estou na cozinha. Z me chama e conversa algo. Não escuto por causa da distância.” R: “Peço para esperar e quando posso vou para perto dela e peço para repetir.” | S: “Alguém fala algo, mas, não menciona meu nome” R: “Pergunto se falou comigo, se a resposta for sim. Peço p/ repetir novamente.” | S: “Se estou vendo filme e perco falas” R: “Coloco legendas” |
| E2 | S: “Conversas” R: “Cheguei mais perto da pessoa. Para ouvir melhor” | S: “Conversas” R: “Olhei bem pra pessoa para observar o modo da conversa” | S: “Conversas” R: “Pedir para a pessoa chegar mais perto de mem” |
| E3 | S: “perguntaram para me onde ficava o colégio da 306” R: “pedi para repetir a pergunta e olhei para a pessoa com mais atenção” | S: “no treinamento feve muito barulho de pessoas conversando” R: “cheguei mais perto da pessoa que estava dando o treinamento” | S: “em casa queria ouvir o noticiário mas tinha muito barulho” R: “fechei a porta da sala e almentei o som da TV.” |
| E4 | S: “Em uma roda de conversa” R: “Procurei ficar de frente para as duas pessoas” | S: “Na faculdade” R: “Um colega estava assoviando. Pedi que paresse para eu escutar melhor a aula” | S: “Em casa assistindo o jogo” R: “Cheguei o ouvido esquerdo próximo da tv” |
| E5 | Não fez a atividade | - | - |
| E6 | S: “falando no telefone” R: “pedindo para a pessoa falar mais alto, pois a ligação estava muito baixa” | S: “televisão ligada e conversando com minha irmã” R: “pedi para falar mais alto e diminui o som da televisão, e pedi p/ falar mais devagar” | S: “assistindo missa” R: “centando na frente e prestando mais atenção na fala” |
| E7 | Não fez a atividade | - | - |
| E8 | Não fez a atividade | - | - |
| E9 | “Quarta-feira conversei com meus amigos de trabalho sobre meu problema de audição, muitos relataram não ver nenhuma dificuldade; Quinta-feira passaram a me observar mais, não me incomodei.” | “Sexta-feira observei que em casa minha família me deu mais atenção. Sabado fiquei em casa teve um dia tranquilo. Domingo dia tranquilo e agradável.” | “Segunda-feira alguns amigos de trabalho me perguntaram sobre o meu problema, expliquei do que se tratava, que eu tinha feito uma cirurgia e tinha dificuldade para escutar.” |
| E10 | S: ouvi a noite melho porque mais (ilegível).” R: “aprendendo a participa da palesta.” | (em branco) | (em branco) |
| E11 | S: “Eu fui uma entrevista de emprego pra consegui uma vaga de trabalho” R: “fiquei olhando na boca da pessoa para ovi ok ela estava falando comigo” | S: “como eu figo mais em casa tei pessoa que chama do lado de fora” R: “eu observo o movindo do cachorro” | S: “meu marido falam comigo” R: “cologo a ma atrás do ovido pra eles observa que eu não estou escutando” |
| E12 | Não fez a atividade | - | - |
| E13 | Não fez a atividade | - | - |
| E14 | S: “na igreja” R: “eu fui mais perto do padre” | S: “no ônibus” R: “eu fiquei prestando bem atenção” | S: “numa lanchonete” R: “eu sair de lá” (muito barulho) |
| E15 | S: “Culto na igreja sempre fiquei sentada nos últimos bancos mas nao ouvia direito” R: “Passei a sentar no 2º banco com meu lado direito voltado p/ frente” | S: “Atender a porta” R: “Pretendo colocar campainha e pensei a pedir que liguem p/ avisar que estão chegando” | S: “ficar sozinha em casa” R: “adquiri 2 cachorrinhos” (quando mudou de casa há algum tempo; explicou que o latido sobressai ao som da máquina de costura) |
| E16 | Não fez a atividade | - | - |

ACOMPANHANTE: observe você e _____ (nome do participante) em diferentes situações de escuta, e mude a situação para ele ouvir melhor; depois, anote:

| | S (situação) | R (resolução) |
|--------|---|--|
| Ac-E2 | Não fez a atividade | - |
| Ac-E4 | S: “Às vezes falo baixo demais” R: “Ela avisa que eu estou falando baixo e aumento o tom de voz” | S: “Às vezes quando assistimos TV, ela não entendeu tudo” R: “Ela pergunta a parte que não entendeu e eu repito, às vezes explico melhor” |
| Ac-E9 | Não fez a atividade | - |
| Ac-E11 | Não fez a atividade | - |

OUTROS (relatos gráficos de outros familiares que não participaram da reabilitação, mas que concordaram em realizar a Atividade do Encontro 3)

| | S (situação) | R (resolução) |
|----------------|---|--|
| Filha de E2 | S: “Ela ouvi um pouco i não pede para repeti” R: “Pedi ela para coloca a mão atrás da orelha ou pergunta de novo” | S: “Si uma pessoa pede uma infomação i ela não entende” R: “Ela chama a pessoa para perto i pode pedi para fala mas alto i fala que tem perda alditiva” |
| Esposa de E9 | “Essa semana não teve nenhuma situação em que o deixou alterado. A semana foi tranquila ele permaneceu calmo.” | “Falei com ele sempre de frente um para o outro ele me ouviu bem, em nenhum momento mostrando dificuldade. Permanecendo sempre calmo.” |
| Filha de E11 | S: “Quando eu ligo pra milha mãe ela não atedi o celula” R: “eu ligo no outro celula e mando mensagem” | S: “eu sei que não e faz pra ela escuta” R: “so teim um seindo pra ela escuta falando mais alto” |
| Vizinha de E16 | S: “Estávamos conversando de lado. Não conseguimos ouvir uma a outra bem” R: “Viramos uma de frente pra outra e assim ouvimos melhor, olhando nos olhos e na boca” | (em branco) |

Anexo R

Transcrição Literal dos Registros dos Participantes e Acompanhantes na Atividade do Encontro 4

PARTICIPANTE: depois de ter frequentado os encontros em grupo...

| | ...você consegue identificar melhor o que atrapalha você a ouvir? | ...você percebeu alguma mudança no seu comportamento nas situações em que você precisa ouvir? | ...você percebeu alguma mudança nos seus sentimentos relacionados à dificuldade para ouvir? |
|-----|--|---|---|
| E1 | “Sim. Quando estou caminhando e há vários barulhos, me perco a direção do barulho de carros” | “Sim. Quando uma pessoa fala comigo presto mais atenção e quando posso faço leitura labial” | “Sim. Agora entendo que as dificuldades das outras pessoas se assemelham as minhas no contato comigo e minhas limitações auditiva. Precisam se esforçar mais e também prestar atenção” |
| E2 | Não fez a atividade | - | - |
| E3 | “Sim. O barulho de muita gente conversando e o barulho de motores ligado, de crianças brincando e som de musicas com muito instrumentos” | “Sim. Fico nervosa quando não entendo ou ouço mal, quando troco as palavras por não ouvir, e ai viro motivos de piadas” | “Sim, mais agitada, nervosa principalmente quando tem que perguntar mais de uma vez” |
| E4 | “Sim, os lugares com grande concentração de barulho, se eu estiver conversando com quem está de costa para mim, se ela não articula bem os lábios na hora de falar e se quando vou estudar e tiver pessoas conversando no ambiente atrapalha o meu entendimento” | “Sim, a minha forma de falar claramente sem alterar o tom de voz, procuro sempre ficar de frente para quem estou conversando, não tenho vergonha de pedir para repetir se eu não entendo e não tenho vergonha de falar sobre minha deficiência” | “Sim, o estresse com os barulhos estão diminuindo, o desanimo, o sentimento de inferioridade e a tristeza diminuíram também, pois com os encontros ficou mais claro o que devo fazer para lidar com as minhas dificuldades e viver de forma leve e feliz em meio a sociedade” |
| E5 | “As vezes sinto coceira no ouvido fica difícil pra ouvir quando estou assistindo TV e alguém está conversando comigo” | “Sim, aproximo mais de quem estiver falando com migo para que eu possa escutar melhor” | “Conseguo ficar um pouco mais tranquila ao pedir para as pessoas repetirem o que falam” |
| E6 | “sim, televisão, som ligado, liquidificador, som alto” | “sim, aproximando das pessoas, desligando o som, a televisão” | “sim, passei a aceitar mais a doença e fiquei mais tranquila em falar para as pessoas que tenho problemas de audição” |
| E7 | Não fez a atividade | - | - |
| E8 | Não fez a atividade | - | - |
| E9 | “Barulhos, multidões ou quando a pessoa fala comigo de costas” | “Sim fico agitado, impaciente, nervoso” | “Eu fico nervoso com muita raiva, agitado” |
| E10 | “Quando eu vou atender o telefone esta muito longe A ligação eu tenho um pouco de problema” | (em branco) | (em branco) |
| E11 | “onibus, caro, moto anda na rua, cinema sim atrapalha muita coisa tem muita gente conversando” | “tem prestado mais atenção para ouvi o que as pessoa fala comigo” | “tem aceitado mais da perda da audição mais ainda dor para anta mais socinha na rua ou no mercado ou en outro lugares que não conseguin ouvi” |
| E12 | Não fez a atividade | - | - |
| E13 | “Sim, quando alguem fala de costas ou longe” | “Sim, agora quando alguém vai falar, logo falo o meu problema e presto mais atenção quando falam” | “Sim, me sinto mais avontade com meus amigos e familiares” |
| E14 | “O que atrapalha e o zumbido a ouvir melhor para ouvir melhor só si não estivesse esse barrulho contino” | “eu agora presto mais atenção no rosto da pessoa, não sei explica mais eu acho que fiquei mais calma eu acho” | “descobri que não precisa ficar triste quando não ouvi melhor não tenho porque ficar deprimida. Por causa disso” |
| E15 | Não fez a atividade | - | - |
| E16 | Não fez a atividade | - | - |

ACOMPANHANTE: depois de ter frequentado os encontros em grupo...

| | ...você consegue identificar melhor o que atrapalha ___ a ouvir? | ...você percebeu alguma mudança no comportamento de ___ nas situações em que ele precisa ouvir? | ...você percebeu alguma mudança nos sentimentos de _____ relacionados à dificuldade para ouvir? |
|--------|--|---|---|
| Ac-E2 | “falar longe, ou de costa virada pra ela” | “Ela perdeu um pouco da timidez, para falar com as pessoas, chega mais proximo das pessoas para falar” | “Ela se sente mais a vontade, mais liberal, mas feliz” |
| Ac-E4 | “Sim, consigo. Situações de muitos problemas com barulho. Muitas pessoas falando ao mesmo tempo, falar em tom de voz muito baixo, falar com ela de costa, sem que ela possa ouvir direito” | “Ela fica mais atenta, senta na frente para facilitar a compreensão. E pergunta quando não entende” | “Ela está mais tranquila em relação ao próprio quadro, tendo a compreensão que ela tem seu próprio ritmo e que é necessário respeitá-lo. Que a própria situação necessita sempre de alguns ajustes” |
| Ac-E9 | “multidão muito barulho, pessoas conversando tudo ao mesmo tempo percebo que ele tem um pouco de dificuldade ao falar no telefone” | “percebi que agora olha para as pessoas ao conversa e que quando estamos conversando ele escuta mas do que fala” | “percebi que agora quando estamos reunidos conversando ele se abre mas não tem mais vergonha de falar que tem problema no ouvido” |
| Ac-E11 | “locais muito movimentado, dentro do ônibus, feira livre, locais e época que venta muito.” | “Sim! Acho que ela esta mais esperta e observe melhor. Tenta acompanhar as conversações, desinibiu mais com o publico, além de sorrir muito mas.” | “Sim! A dificuldade para ouvir não mudou, mais ela almentou a concentração para entender e ouvir.” |

OUTROS (relatos gráficos de outros familiares que não participaram da reabilitação, mas que concordaram em realizar a Atividade do Encontro 4)

| | ...você consegue identificar melhor o que atrapalha ___ a ouvir? | ...você percebeu alguma mudança no comportamento de ___ nas situações em que ele precisa ouvir? | ...você percebeu alguma mudança nos sentimentos de _____ relacionados à dificuldade para ouvir? |
|----------------|--|--|--|
| Filha de E1 | “Ao falar com ela, preciso manter o tom da voz o tempo todo, para que ela não se perca no assunto” | “Não, pois o problema de audição dela já tem muitos anos” | “Como citei acima, desde muito tempo ela tem esse problema, e acredito que ela sabe lidar com isso muito bem” |
| Filho de E3 | “Sim, ela fica muito distraida quando tem muita gente conversando.” | “Sim, nervosa e agitada e fala alto e pergunta mais de uma vez.” | “alheio as conversas, muito distraída.” |
| Filha de E5 | “Quando tem pessoas falando ao mesmo tempo. Percebi que sempre aumenta o volume da TV” | “Ela se desloca para perto da pessoa que esta falando com intuito de ouvir melhor” | “Fica mais tranquila para conversar com outras pessoas. E também pede para que repitam caso não tenha entendido algo direito” |
| Esposa de E9 | “percebi que quando falamos com ele de costas ele não escuta, mais quando de frente pra ele, ele entende” | “percebi que falando de frente ele entende” | “percebi que ele fica triste, pois muitas vezes não consegue ouvir” |
| Filho de E10 | “Mais atrapalhou em pouco foi o plug no inicio ate a adptação mais depois ficou tudo certo, o telefone também ele tem dificuldade para ouvir um pouco” | “Sim ele tinha mais dificuldades para escutar agora melhorou um pouco, por exemplo com uma certa distancia” | “Não ate que ele não se emporta muito com esses tipos de situação não” |
| Filha de E11 | “O que atrapalha para ouvi onibus, carro, moto parulho de som alto e televisão Muita pessoas conversando junto ao mesmo tempo” | “Ela tem se esforço na leitura labial, para compreender melhor o que as pessoas falam com ela ou em uma conversa em grupo” | “Ela tem aceitado mais a perda da audição, porém ainda é perceptível sua tristeza e negação perante algumas situações” |
| Nora de E11 | “sim onibus, caro, muito barrulho ela isso atrapalha muito ela muita gente comvessando de mais ao mesmos tempo atrapalha bastante ela comvessa muito alto ou som alto fais ela sentir dor no ouvido” | “ela tem prestado mais atemção para ouvir o que nos falamos para ela emtender tem vez que ela pom a mão atraz do ouvido para ouvir melhor tem vez que nos lembrar que ela não escuta bem na para nos falar mais alto para ela ouvir” | “Ela tem aceitação mais da perda da audição mais ainda dar para notar a sua tristeza sobre algumas coisas ela sentir muita falta de sentir o cheiro e gosto coisa que ela perdeu ela sentir muita falta disso” |
| Marido de E14 | (em branco) | “Ele falou situações como falar comigo estando dentro do banheiro e eu não ouvir mais que eu melhorei um pouco como ficar mais calma prestar atenção quando ele fala” | “Não. Porque ela e muito nervosa” |
| Vizinha de E16 | “Na hora que ela vira as costas já não escuta, temos que conversar uma de frente pra outra e falar alto” | “Sim, logo no início ela pedia pra falar mais alto, agora ela “tá” mais calma, conseguimos conversar mais camalmente” | “Percebi no comportamento. No sentimento, ela tá se aceitando mais, que mesmo com a cirurgia não escuta bem” |

Anexo S

Registro dos Relatos dos Participantes e Acompanhantes Sobre a Participação na Reabilitação

PARTICIPANTES

| | 1 mês pós encontros | 3 meses pós encontros |
|----|--|--|
| E1 | “Muita coisa ajudou a esclarecer, ensinou muita coisa que eu não sabia. Não teve mudança nas conversas, porque as pessoas são as mesmas. Aviso quando não estou entendendo, e com algumas pessoas preciso usar aqueles meios (estratégias). Sempre faço leitura labial, fico de frente. Se tivesse material pra ler, ia ser bom pra lembrar. Minha irmã teve crise de rinite e falou que agora sabia o que eu passo por conta da dificuldade de ouvir.” | “Me ajudou bastante. Tem coisa que é tão óbvia, mas eu não sabia, como colocar a mão (atrás da) na orelha pra aumentar o som, dizer que tenho dificuldade, chegar mais próximo. Me deu mais clareza de melhorar a comunicação. Não gosto de pedir pra repetir, porque às vezes a pessoa repete com mau gosto, não gosta de repetir. Mas tudo ajudou a diminuir a quantidade de vezes que não entendo o que a pessoa fala.” |
| E2 | (coleta inviabilizada por dificuldades no contato telefônico) | “Teve melhora na situação de comunicação, presto mais atenção, aviso do problema de audição, peço pra pessoa chegar mais perto. Gostaria de continuar os encontros, se estivesse em Brasília. Eu gostei porque a gente fica mais atento.” |
| E3 | “Estou prestando mais atenção na fala da pessoa, peço pra repetir; antes, eu deixava passar, ou falava besteira. O que me chamou mais a atenção nesses encontros, foi outras pessoas que tem problema como o meu. Sua aura é muito boa, e transmitiu muita paz pra mim, me ajudou espiritualmente.” | “Foi muito útil, porque conheci mais pessoas com problema até pior que o meu, e tive experiência de conhecer estratégias de ouvir. Mas em geral não consigo me lembrar das estratégias. Gostei de saber por exemplo do cone atrás da orelha; é impressionante como dá pra ouvir melhor. Eu não conhecia outras pessoas com esse problema de ouvido. Eu pensei que eram raras as pessoas com perda auditiva; não só os que nascem, mas os que começam a perder a audição.” |
| E4 | “A maioria dessas coisas (estratégias de comunicação) eu aprendi nas palestras e passei a praticar, e me ajudaram a me sentir segura. E eu vi que a vergonha só me atrapalhava, eu tinha vergonha de pedir pra pessoa virar de frente, falar devagar. Só não tinha vergonha com as pessoas da família. Colegas e professores que sabem do meu caso pedem (para eu prestar) atenção. A minha prima já tem mais cuidado de falar claro, perto e de frente; minha tia também. Diminuiu a quantidade de vezes que preciso pedir pra pessoa repetir.” | “Sim, mudou muito. Peço pra falar mais devagar, olho pro rosto, eu aviso que não escuto bem e peço pra falar alto ou mais perto de mim, saio de perto do barulho, busco melhor iluminação – eu não sabia disso -, diminuí a quantidade de vezes pra pedir repetição porque já resolve estar perto e ficar de frente. Tudo isso em casa, na faculdade, em todos os ambientes.” |
| E5 | “Aprendi a pedir pras pessoas falarem mais alto. Fico mais tranquila, não fico tão irritada com a dificuldade de ouvir; eu pedia pra não falar mais comigo.” | “Não fico mais irritada, porque com as reuniões aprendi muito. Aprendi a não ficar nervosa quando converso com a família, não fico mais irritada, presto mais atenção no rosto e na boca da pessoa. Diminuí eu pedir pra repetir, e eu me aproximo se estiver longe. Peço pra minha filha falar mais devagar.” |
| E6 | “Percebi que estou mais atenta às instruções que foram dadas. O que mais me chamou a atenção foi conhecer o ouvido por dentro. Fiquei surpresa com o que a otite média crônica faz com o ouvido. Isso ajuda a gente a lidar melhor com a doença. Se eu soubesse como lidar com a doença desde os 12 anos, talvez não tinha agravado tanto. Avalio como maravilhoso, amei o curso.” | “Foi muito útil, mas teria sido melhor se eu tivesse tido acesso a essas informações ainda quando criança, porque meu caso não tinha agravado. Fui ao otorrino com 12 anos, e na época ele não falou que eu não podia mergulhar; ouvi isso recente do médico. Eu não conhecia os cuidados com a audição e o ouvido, as técnicas pra ouvir melhor. Em todos os segmentos de saúde deveria ter esse tipo de aula, como pra trombose, problema renal, pra gente saber como lidar com o problema, pra evitar certos produtos. Seria muito bom se fosse a criança com os pais, pra criança se cuidar, e os pais também cuidarem.” |
| E7 | “Depois das reuniões, estou mais atenta pra ouvir melhor.” | “Passei a prestar mais atenção ao que a pessoa está falando, mesmo o assunto não sendo aparentemente tão importante. Não teve diferença sobre a quantidade de vezes que preciso pedir pra repetir. Peço pro meu marido repetir, ele não quer, continua ruim. Foi útil participar das reuniões, porque eu estava ficando muito desligada da conversa com as pessoas, por causa da dificuldade de ouvir; eu deixava as pessoas falando sozinhas, não estava me importando em conversar.” |
| E8 | “Ajudou sim. Eu tinha mais dificuldade de ouvir, e com o grupo diminuí a dificuldade de ouvir. Eu uso as dicas, eu chego mais perto, quase não preciso pedir pra repetir. Foi o chegar mais perto que eu passei a usar. A família percebeu que não preciso pedir pra repetir.” | “Se eu lembro alguma coisa das reuniões? Lembro sim, como se portar pra ouvir melhor. Foi útil participar porque tinha muita coisa que eu não sabia. Não preciso desligar a televisão, eu passo a prestar mais atenção no que a pessoa está falando. Eu não teria interesse em participar de novos encontros por causa da distância e preço das passagens, mas se fosse perto de casa, eu iria sim.” |
| E9 | “Ajudou muito, foi muito importante. Perdi mais a vergonha de dizer sobre minha audição.” | “Mudou muito. Perdi a vergonha, agora peço pras pessoas falarem mais devagar. Agora conto do meu problema de audição.” |

| | 1 mês pós encontros | 3 meses pós encontros |
|-----|--|--|
| E10 | <p>“As pessoas da família entenderam meu problema, porque eles faziam aquelas tarefas que eu levava pra casa. Família hoje pergunta se eu entendi, antes não fazia isso. Parei de usar água oxigenada no ouvido. Uso pano ao invés de cotonete quando o ouvido tá purgando. Peço pras pessoas da família falar mais devagar. Passei a ter mais calma na conversa. Eu não recomendaria (os encontros) pra outras pessoas, porque talvez não querem ir ou não podem ir. Fiquei mais calmo, presto mais atenção, e a família tá melhor. Acho que eles (a família) entenderam melhor, porque parece que achavam que eu ficava de brincadeira quando não estava entendendo.</p> <p>Se eu costume olhar pra pessoa ou pedir pra falar mais devagar? É uma boa ideia, mas o meu costume é antigo.”</p> | <p>“Gostei, achei bom, aprendi mais. A família está com mais paciência (mesmo não tendo participado dos encontros, fizeram as tarefas dos encontros que ele levou pra casa). Aprendi a evitar mais o cotonete. Passei a prestar mais atenção, pedir pra chegar mais perto, falar mais alto. Diminuí ter que pedir pra repetir. Foi bom conhecer outras pessoas com o problema igual do meu ouvido, eu não conhecia. É bom saber que outras pessoas tem problema como a gente, que passa as mesmas dificuldades.”</p> |
| E11 | <p>“Me ensinou muitas coisas, me deu exemplos muito bons. Eu ignorava, não queria ser o que sou, esse problema de audição; estou mais conformada. Aprendi a ter paciência pra poder ouvir, avisar que não escuto, habilitar com a família pra entender o problema. Aprendi a lidar com quem não tem paciência comigo. Se eu perder a audição, vou atrás de saber aprender como comunicar com as pessoas. Melhorou com 3 dos meus 5 filhos, porque entenderam mais; com 2 não teve efeito.”</p> | <p>“Me ajudou a me regenerar. Eu ignorava muitas coisas, deu pra eu me conformar com a minha dificuldade, entender. Lá em casa mudou com algumas pessoas (marido e irmãs), porque o Léo e a Brenda ajudaram a falar pra não sair falando de costas, que era o mesmo que nada. Gostei de conhecer outras pessoas com o mesmo problema, notei que não sou só eu, tem mais gente. Eu pensava que só tinha eu e o caso das pessoas que não ouvem nada e não falam. Aprendi a prestar atenção no latido do cachorro, porque pode ser que tenha alguém me chamando lá fora. Aviso que tenho problema de audição, peço pra pessoa falar mais calmo ou mais alto; eu tinha vergonha de avisar e de pedir pra repetir.”</p> |
| E12 | <p>“Muitas, muitas mudanças mesmo. Eu acompanhei minha sobrinha internada no hospital, e ela estava falando baixo, porque estava fraca. Ela falava, eu não ouvia e dizia “äh?”. Então combinei um sinal quando ela quisesse conversar comigo: pedi pra ela levantar a mão, pra só então falar o que ela queria, porque eu podia olhar pra ela e entender melhor.</p> <p>Estou aprendendo a diminuir os barulhos externos ao invés de aumentar o volume da TV: fecho a janela, peço pra falarem baixo. Também estou olhando pra boca da pessoa, especialmente no mercado. Peço pra moça do caixa olhar pra mim. É cansativo (pedir pra pessoa olhar pra mim) pra eu poder ouvir melhor, por isso acho melhor meu marido ir no mercado. Diminuí a quantidade de vezes que preciso pedir pra repetir; chego mais perto, peço pra pessoa sentar perto de mim. É difícil eles entenderem, então eu estou fazendo a minha parte, fica melhor.</p> <p>Antes, eu achava que por eu ter problema, eles é que tinham que me entender. Quando a gente conhece os nossos limites, fica mais fácil da gente se auto-ajudar.</p> <p>Podia ser legal depoimentos de outras pessoas que passaram pelos encontros, saber o que melhorou em casa.”</p> | <p>“Algumas técnicas que você passou que me ajudou. Por exemplo, pedir pra pessoa falar devagar, ir para um lugar mais claro, pedir pra pessoa me avisar que vai falar comigo pra eu não prestar atenção em outra coisa. Não se perdeu o que aprendi, estou exercendo.”</p> |
| E13 | <p>“Aprendi coisas que eu não sabia. Eu achava que tinha eu, quem ouve, e o surdo; não sabia que tinha pessoas como eu, não conhecia pessoas com o mesmo problema. Eu achava que o meu problema era distração. Aprendi a pedir pra pessoa falar devagar; antes, eu achava que era um problema meu, o de não ouvir, e não da pessoa, que era o jeito dela falar. Também aprendi a não ter vergonha de falar do meu problema, me sinto bem melhor. Vergonha é responder uma coisa que você não escutou. Na faculdade, diminuí meu constrangimento nas conversas em grupo, eu me aproximo mais das pessoas.”</p> | <p>“Fo muito bom, porque eu aprendi várias coisas. Eu tinha preconceito comigo mesmo, tinha vergonha. Fui me soltando, e vi que tem gente igual a mim. Eu não sabia que tinha meio-termo em termos de audição. Gostei de saber sobre falar devagar, pôr a mão na orelha. Na faculdade, encontrei um outro grupo, menos exibido, com quem consigo conversar melhor, me sinto mais à vontade de falar. Meu marido não mudou, não tem jeito; ele não tem paciência.”</p> |
| E14 | <p>“Mudou eu prestar mais atenção, chegar mais perto... Eu aprendi mais, gostei muito de conhecer o ouvido. Descobri que tem gente pior que eu. Eu antes reclamava mais, ficava mais irritada; me sinto mais calma. Gostei de saber mais dos cuidados com o ouvido, eu não sabia que era tão grave usar o cotonete (o médico só falou que não era pra mexer no ouvido com cotonete). Eu recomendaria (os encontros) inclusive pras pessoas que ouvem, pra entender melhor quem não ouve. Queria levar meu esposo.”</p> | <p>“Eu nunca tive uma palestra tão explicativa. Antes eu não sabia, eu ficava irritada. Melhorou a comunicação com minha patroa; vou perto, pergunto, fico de frente. Foi maravilhoso, aprendi muita coisa, a ir mais perto quando não escuto, olhar de frente pra ouvir melhor. Eu não conhecia outras pessoas com esse problema de ouvido. No meu caso, não posso me lamentar, porque o caso de D. é muito pior; eu escuto bem comparando com D. Aprendi que a cirurgia é importante pra proteger o ouvido da poeira, não ter infecção. Não tô usando mais cotonete, só compro porque meus filhos não aceitam não usar. Eu nem queria ir, mas quando já no primeiro dia vi como era meu ouvindo por dentro, eu disse ‘tenho que voltar pra saber mais’.”</p> |
| | | |

| | 1 mês pós encontros | 3 meses pós encontros |
|-----|---|---|
| E15 | “Me ajudou a ver que não caminho só com essa falta de audição. Eu achava que tinha hábitos anormais (como chegar perto da pessoa, ficar olhando pro rosto), e agora vejo que muita gente faz. Acho que por isso me isolava; agora não me isolo mais. Fico mais desenvolta pra falar com as pessoas. Se fosse só eu que fizesse aqueles hábitos, eu ia patentear, mas tem muita gente que faz. Não me fecho mais nas conversas no ônibus; antes eu fingia que estava dormindo. Já procuro assento em que a pessoa vai ficar do lado do meu melhor ouvido. No grupo, você dava oportunidade da gente falar e ouvir outras histórias.” | “Descobri realmente o que eu tinha, identifiquei que não era só eu com otite média crônica. Entendi onde meu problema se localiza (no ouvido). Não conhecia outras pessoas com esse problema, conheci lá (nos encontros). Gostei por causa da questão de sentimento: eu era muito revoltada, porque eu sou a única pessoa da família com otite média crônica. Identifiquei que não vale a pena se irritar, mas sim se programar para a situação. Ajudou até no tratamento do câncer, quando descobri que estava com câncer; a médica disse que eu não neguei o problema, que fui simplesmente atrás de me tratar. Passei a prestar mais atenção. Só uso (mão em concha atrás da orelha) pra sinalizar que não ouvi o que a pessoa falou.” |
| E16 | “Muitas coisas eu aprendi: a ficar mais paciente – antes eu ficava mais valente -, peço pra repetir ou já chego mais perto. Em casa, vou onde a pessoa tá falando pra evitar intriga. Muitas coisas que eu ouvi na reunião eu tô fazendo. Diminuí um pouco a quantidade de vezes que peço pra repetir. As pessoas ainda reclamam que eu falo alto; isso não melhorou. Eu não participaria se tivesse continuidade porque minha vida tá muito corrida.” | “Eu aprendi muitas coisas que não sabia: olhar pra boca da pessoa, pedir pra ficar de frente ou eu ir pra frente dela. Facilitou bem mais pra conversar. E também falar que tenho perda auditiva, e algumas pessoas entendem. Eu já conhecia outras pessoas com esse problema de ouvido, mas foi bom conversar. Mesmo se fosse perto da minha casa, eu não participaria de novo, porque sou muito ocupada; corro muito pras minhas coisas e da minha neta. No dia que eu tô ruim do ouvido não quero aproximação (com grupos de pessoas). Quando a audição tá ruim, prefiro não ficar no meio de muita gente.” |

ACOMPANHANTES

| | 1 mês pós encontros | 3 meses pós encontros |
|-------|--|---|
| Ac-E2 | “O que a gente aprendeu, continua, tá na memória, tá registrado. Melhorou nossa conversa por telefone; ela estava ouvindo bem, e eu também fico ligada. Josiene está querendo voltar pra Brasília, pra consultar, se interessou (eu conversei bastante com ela). Ela se arrependeu de não ter ido no último dia.” | “A gente ficou mais orientada, mais ensinada, pra gente ficar mais atenta pra ajudar as pessoas que tem problema de audição. Ter mais paciência, mais amor com as pessoas que a gente convive. Pra mim foi tudo bom. Outras pessoas da família teriam gostado bastante também. Passei a saber que o ouvido tem uma pele sensível, que não dá pra colocar cotonete pra não perfurar essa proteção. Isso foi muito legal saber. Quando eu vejo alguém fazendo, eu oriento que não pode. Fico muito triste de saber que ela (Cre) não pode entrar no mar.” |
| Ac-E4 | “Compreendi melhor o quadro clínico dela. Eu nunca tinha estudado sobre melhorar situações de escuta, os recursos que a gente pode fazer pra ajudar. Presto mais atenção pra não ficar de costas.” | “Melhorou a compreensão de como e o que ela escuta, os níveis de dificuldades. Ter participado fez ela perceber que não é a única, que outras pessoas tem dificuldades e precisam conviver com ela. Eu passei a me policiar pra falar de frente, porque eu falava muito de costas. Diminuí a quantidade de vezes que ela precisa pedir pra repetir. Falo dos conteúdos dos encontros com as pessoas da família, sempre, especialmente quem tem menos contato com ela.” |
| Ac-E9 | “Valeu a pena, porque a gente passou a entender melhor o caso dele. Ele passou a falar mais sobre o problema, a não sentir tanta vergonha do problema de audição.” | “Ele tá mais comunicativo. Pra gente também foi muito bom, ele se abriu mais, a gente passou a dar mais atenção pro problema dele. Minha mãe é que tem mais paciência e cuida de falar melhor com ele. Ela sentiu muita melhora.” |
| AcE11 | “Antes ela ficava pra baixo, ficava envergonhada de falar do problema do ouvido. Agora ela avisa e pede pra repetir, se for o caso. Como ela passou a informar do problema de audição, as pessoas deixaram de ignorar e falar melhor. Em casa, aprenderam a abaixar o volume pra conversar com ela (quando viram que eu tava fazendo isso e a Brenda também). Aumentou a quantidade de vezes que ela pede pra repetir, porque agora ela não deixa passar. Minha mãe mudou muito. Apesar da audição, minha mãe não deixa de usar o telefone, porque é um meio de comunicação muito viável pra ela.” | “Minha mãe aprendeu muito, muitas coisas que ela não fazia e passou a fazer, como avisar pras pessoas do problema auditivo. Pra mim também (foi útil), porque eu aprendi muito sobre o problema da minha mãe. Eu não conhecia outras pessoas com esse tipo de problema no ouvido, mas conhecia pessoas com audição pior que a da minha mãe.” |

OUTROS

| | 1 mês pós encontros | 3 meses pós encontros |
|--------------|---|--|
| Filha de E2 | “Foi bom, interessante. Aprendi algumas coisas que eu não sabia: chegar mais perto, e outras, como ficar do outro lado da luz.” | “Melhorou depois dos encontros, porque a gente se irritava quando ela não entendia, e agora todo mundo entende, porque a gente explicou pra eles (a família). Aprendi a entender quando ela fica constrangida.” |
| Esposa de E9 | “Ajudou a entender o problema dele. Aprendi a falar com ele de frente. Ele fica menos irritado ou nem se irrita. Foi uma bênção.” | “Mudou o jeito dele conversar, da gente conversar. Aprendi a lidar com ele. Ele não fica mais irritado, ele tirou a mania de falar com a mão na frente da boca. Tô com saudade, queria ir de novo. Já passei pras minhas colegas o que aprendi nas palestras. Mudou maravilha, foi tudo muito bom. Pode chamar, que a gente vai de novo se tiver.” |

Querida mamãe

Estou orgulhosamente orgulhoso
pelo seu desempenho na
tese, porque não desistiu e não
teve medo de lutar, por todos os
suplomas que você passou
porque não desistiu, se você
for reprovada eu espero
que não seja da próxima
vez que você for trabalhar
em outra tese eu sou ten-
tando colaborar mais não
não pedir para você fazer
qualquer coisa para mim.

Meus parabéns!

Assé Tarcísio

Tarcísio (7 anos), em 18/07/2017