

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

IVANILDO INACIO DE LIMA

**Modelo Transteórico de aconselhamento (MTT) no período de pré-
adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI)**

BAURU
2011

IVANILDO INACIO DE LIMA

Modelo Transteórico de aconselhamento (MTT) no período de pré-adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI)

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Dagma Venturini Marques Abramides

Versão corrigida

BAURU
2011

I1m Inacio-Lima, Ivanildo
Modelo Transteórico de aconselhamento (MTT)
no período de pré-adaptação de Aparelho de
Amplificação Sonora Individual (AASI) / Ivanildo
Inacio de Lima. – Bauru, 2011.
117 p. : il. ; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de
Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Prof^a Dr^a Dagma Venturini
Marques Abramides

Nota: A versão original desta dissertação/tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 103/2009
Data: 24/06/2009

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Luzia, e meus irmãos João Ítalo e Ingrid Luzia por acreditarem em mim e caminhar passo a passo ao meu lado. Mãe... sua simplicidade e suas lições de amor seguem comigo e faz parte de toda ação que realizo, estou tentando ser importante como você gostaria que eu fosse, dando sequência nos seus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus que tudo criou, nossa força fundamental, aquele que tudo vê, que se esqueceu um pouco em nós e por nós, não se importando com o que fazemos de ruim, mas sim com o bem que ainda vamos fazer. Foi olhando para os seus, Senhor, que também são meus, pois a mim foram confiados, que fiz esse trabalho. Criaste-nos a tua imagem e semelhante, assim fomos feitos. Por isso, resolvi olhar para o meu próximo, para a tua imagem, e buscar a tua semelhança, a força, a vontade de ir além, o amor de cada dia, a misericórdia. Obrigado meu Senhor pelas noites de reflexão e pelos dias de recomeço. Cada manhã despertada foi, é e sempre será uma nova oportunidade de ser melhor, de reinauguração. Perdoai-me, Senhor, pelas minhas misérias, aumentai a minha sensibilidade e o meu amor por ti no meu próximo para que, ao final desta caminhada, possa te ver face a face e saber que já te conhecia.

À minha família que pouco conhece do meu eu pesquisador, porém muito sabem do meu humano com minhas fragilidades, rispidez, meus medos, insatisfações, incertezas e inseguranças e mesmo assim acreditam em mim, me apóiam. Mãe, Ita e Guinguinha, que o meu coração não seja ingrato em nenhum momento da vida e que vocês estejam sempre dentro dele onde quer que eu vá. Aos demais familiares, o meu apreço a cada um pelo que cada um representa na minha vida independente da distância, que eu não os decepcione, ao contrário, que o orgulho que sentem por mim seja cultivado a cada dia. Muito obrigado pela força, amor e vida dispensados por mim.

Aos meus amigos, família que eu escolhi e escolho com o decorrer do tempo. Vocês são fundamentais na minha vida e também responsáveis por este patamar alcançado. Neste agradecimento, quero incluir todos os que passaram por mim durante a minha jornada, que estiveram presentes na minha vida, se alegrando com as minhas vitórias e chorando comigo as minhas quedas. Todos que deixaram algo bom em mim e que levaram um pouquinho de mim. Depois do nosso encontro não fomos mais os mesmos. Não vou citar nomes para não esquecer ninguém, todos são muito importantes para mim e faço questão de dizer, de uma forma ou de outra, presencialmente. Muito obrigado pela lealdade, cumplicidade e amor.

À XVI Turma de Fonoaudiologia e à II Turma de Mestrado em Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru. Tornei-me fonoaudiólogo com a primeira e mestre com a segunda. É verdade que poucos foram os que de fato estavam comigo e é a esses que direciono o meu agradecimento. Alguns se tornaram meus amigos e outros, colegas. Muito obrigado por caminharem comigo.

Aos professores do departamento de fonoaudiologia da FOB que formaram o profissional que hoje sou. Em especial aos que me orientaram: Prof^a Dr^a Maria Inês Pegoraro-Krook, Prof^a Dr^a Deborah Viviane Ferrari e Prof^a Dr^a Dagma Venturini Marques Abramides. Sendo a Prof^a Deborah a que deu sentido a fonoaudiologia em minha vida, me mostrou o que é o amor ao paciente e, com certeza, se tornou o meu referencial como profissional, além de ter intercedido junto à Prof^a Dagma quanto à orientação no meu mestrado. A Prof^a Dagma, minha orientadora no mestrado, nesse período foi minha amiga e psicóloga e, em muitos momentos, uma mãe, sabendo me compreender, me dando limites e me direcionando. Muito obrigado a vocês por terem tamanha participação na minha vida, por me fazer seguir em frente, por serem gigantes a me ceder os ombros para que eu possa subir e crescer observando melhor os novos horizontes.

Aos funcionários da FOB e da Divisão de Saúde Auditiva. Vocês foram essenciais para que este trabalho ocorresse. Muitos se tornaram meus amigos, os quais levarei comigo para onde for. Muito obrigado pelo sorriso, gentileza e cordialidade de todos os dias.

Aos participantes deste estudo que tornaram o mesmo possível. Todos confiaram em mim e se doaram buscando o bem maior. Muito obrigado por me entender e permitir o desenvolvimento deste estudo. Jamais esquecerei nossos encontros.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos que possibilitou o meu mestrado.

*“(...) Todo mundo ama um dia,
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
E no outro vai embora*

*Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz*

*(...) É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir (...)”
Almir Sater e Renato Teixeira*

*“(...) A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passaram por suas vidas.”
Clarice Lispector*

RESUMO

A deficiência auditiva pode ter impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo interferindo nas esferas das atividades e participação. O Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) é uma alternativa viável de tratamento para grande parte desta população. Entretanto, a simples aquisição de AASI não garante a resolução da deficiência. Estudos vêm apontando benefícios do aconselhamento de ajuste pessoal ao usuário de AASI desde a etapa de diagnóstico audiológico, favorecendo o processo de adaptação. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar o modelo transteórico de aconselhamento (MTT) que tem permitido uma abordagem mais ampla do indivíduo de maneira a englobar o sistema de crenças e aspectos motivacionais em candidatos a uso de AASI. Participaram deste estudo 20 candidatos (10 homens e 10 mulheres), com idades entre 25 e 64 anos (média = 52,95 anos) e deficiência auditiva neurossensorial bilateral de grau variando entre leve e severa. As estratégias utilizadas para o aconselhamento foram: a Escala de Prontidão (EP) e a Balança Decisória (BD), ambas propostas pelo *Ida Institute*, e as Proposições de Babeu et al. (2004). O aconselhamento foi realizado em três sessões: após o diagnóstico audiológico; no retorno para o teste com AASI, mas antes do mesmo; e após, ao menos, uma semana de utilização do AASI. Em cada sessão eram aplicadas as três ferramentas. As atitudes dos participantes foram avaliadas nos três momentos por meio do Questionário de Atitudes frente à Deficiência Auditiva (ALHQ). Como resultado, os participantes de modo geral mostraram por meio da EP, nos três momentos, que consideravam ser muito importante a melhora da audição e percebiam-se preparados para o uso do AASI. A BD indicou os elementos a serem trabalhados e que levaram os participantes a atribuírem valores na EP e a escolha nas Proposições de Babeu et al. (2004) por meio de reflexões quanto às vantagens e desvantagens com relação à audição prejudicada e ao uso de AASI. Tanto a BD quanto as Proposições de Babeu et al. (2004) possibilitaram a discriminação do estágio de mudança a que cada participante se encontrava. A maioria dos participantes indicou o estágio de ação para a sua condição motivacional nos três momentos. Comparando as atitudes dos participantes nesses três momentos, foram evidenciadas diferenças estatisticamente significantes somente com a influência da experiência com AASI (subescalas de “Negação da perda auditiva” e “Estratégias negativas de enfrentamento”). Embora

não tenham sido evidenciadas diferenças estatisticamente significantes sem esta influência, a diminuição na amplitude do desvio padrão nas subescalas de “Estima Relacionada à Audição” e “Associações Negativas” sugere uma tendência maior à disposição para mudanças a qual pode ser atribuída ao aconselhamento uma vez que nesta etapa o participante ainda não utilizava AASI. Conclui-se que, o MTT aplicado às etapas iniciais do processo de adaptação do AASI constitui em uma proposta objetiva e factível para que este processo englobe aspectos importantes tais como o sistema de crenças, ideias, sentimentos e a condição motivacional do candidato, permitindo identificar as diferenças individuais bem como organizar as próximas etapas do processo de adaptação.

Palavras-chave: Perda Auditiva. Auxiliares de Audição. Aconselhamento

ABSTRACT

Transtheoretical Model of counseling (MTT) in the pre-fitting of Hearing Aids (HA)

Hearing loss can negatively impact the quality of life of individuals, interfering their activities and participation. Hearing aids (HA) can be a viable treatment alternative for most of this population. However, the mere acquisition of HA does not guarantee the resolution of hearing loss. Researchers have emphasized the benefits of personal adjustment counseling for hearing aid users from audiology diagnostic step, facilitating the fitting process. This study, in particular, analyzed the transtheoretical model of counseling (MTT), which allows a broad approach to each individual, encompassing a system of beliefs and motivational aspects of the candidates who will begin using HA. This study included 20 volunteers (10 men and 10 women) aged between 25 and 64 years (mean = 53 years) with bilateral sensorineural hearing loss varying between mild and severe. Three strategies were employed for counseling the volunteers, (1) the Readiness Scale (RS) strategy and (2) the Decisional Balance (DB) strategy, both from the Ida Institute, and (3) the Propositions of Babeu *et al.* (2004) strategy. Counseling was conducted during three sessions, (1) after the audiological diagnosis, (2) just prior to the first test with HA, and (3) after at least one week of using HA. During each session, the three strategies were applied. The attitudes of the participants were also evaluated over these three time periods using the Attitudes towards Loss of Hearing Questionnaire (ALHQ). Under the context of the RS strategy, the subjects demonstrated during the three sessions that was very important to improve one's hearing and perceived themselves prepared for hearing aid use. The BD strategy indicated elements to be improved, allowing participants to assign the values of the RS and chose the propositions of Babeu *et al.* (2004) by analyzing the advantages and disadvantages in relation to impaired hearing and the use of HA. Both the BD strategy and the propositions of Babeu *et al.* (2004) strategy allowed the discrimination of the stages of change that each participant experienced. Most participants indicated the action stage for their motivational condition during the three sessions. When comparing the attitudes of participants during these three sessions, significant differences were found only after using HA (subscales of "denial of hearing loss" and "negative coping strategies").

Although no statistically significant differences without this influence were found, the decrease in the amplitude of the standard deviation in the subscales of “hearing-related esteem” and “negative associations” might suggest that patients with out HA are more willing to change after counseling . It is concluded that when the MTT is applied to the initial steps of the hearing aid fitting process that an objective and feasible proposal can incorporate important aspects such as beliefs, ideas, feelings and motivational conditions of candidates, to identify their individual differences and organize the next steps of the fitting process, facilitating this process.

Key words: Hearing Loss. Hearing Aids. Counseling.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1.	<i>BASES DO ACONSELHAMENTO EM PSICOLOGIA</i>	25
2.2.	<i>O ACONSELHAMENTO EM AUDIOLOGIA</i>	28
	<i>MODELO TRANSTEÓRICO (MODELO DE ESTÁGIOS DE</i>	
2.2.1.	<i>MUDANÇA</i>	32
2.2.1.1.	<i>ESTÁGIOS DE MUDANÇA</i>	33
2.2.1.2.	<i>PROCESSOS DE MUDANÇA</i>	34
2.2.1.3.	<i>BALANÇA DECISÓRIA</i>	37
2.2.1.4.	<i>AUTO-EFICÁCIA</i>	37
	<i>ATITUDE FRENTE À DEFICIÊNCIA AUDITIVA E O APARELHO</i>	
2.3.	<i>DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL</i>	40
3.	OBJETIVO	43
3.1	<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	45
4.	MATERIAL E MÉTODOS	47
4.1.	<i>PARTICIPANTES</i>	49
4.2.	<i>PROCEDIMENTO</i>	53
	<i>APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO “ATITUDES FRENTE ÀS</i>	
4.2.1.	<i>PRÓTESES AUDITIVAS” ALHQ v 3.0</i>	54
4.2.2.	<i>ACONSELHAMENTO DE AJUSTE PESSOAL</i>	55
4.2.2.1.	<i>PRIMEIRA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO</i>	58
4.2.2.2.	<i>SEGUNDA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO</i>	63
4.2.2.3.	<i>TERCEIRA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO</i>	64
	<i>SELEÇÃO, VERIFICAÇÃO E ADAPTAÇÃO DO APARELHO DE</i>	
4.2.3.	<i>AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL</i>	64
4.3.	<i>ANÁLISE DOS DADOS</i>	70
5.	RESULTADOS	71
5.1.	<i>PRIMEIRA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO</i>	73
5.2.	<i>SEGUNDA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO</i>	78
5.3.	<i>TERCEIRA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO</i>	82
5.4	<i>QUESTIONÁRIO DE ATITUDES FRENTE À DEFICIÊNCIA</i>	86

	<i>AUDITIVA (ALHQ)</i>	
6.	DISCUSSÃO	89
7.	CONCLUSÕES	99
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICES	111
	ANEXOS	115

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva neurossensorial (DANS) afeta primariamente as estruturas da orelha interna tendo como conseqüência a diminuição da sensibilidade auditiva a qual poderá interferir nas esferas das atividades (execução de uma tarefa ou ação pelo indivíduo) e participação (envolvimento nas situações de vida), apresentando impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo. Este impacto está presente em todos os grupos etários, no entanto, parece ser um fator de particular influência na saúde geral e bem estar de adultos e idosos.

Em adultos, faixa etária foco deste estudo, além deste impacto, a DANS contribui para o atraso do desenvolvimento econômico de uma comunidade por afetar a habilidade de obter, realizar e manter um trabalho produtivo devido a problemas psicológicos e de comunicação associados a esta deficiência. Ao longo da vida, estas pessoas são estigmatizadas e isoladas (WHO, 2001).

Mesmo diante desses problemas, segundo Shelton e Faucette (1999), o indivíduo com perda auditiva neurossensorial freqüentemente decide procurar contrariado a ajuda profissional. Geralmente, esta busca é decorrente a cônjuges incomodados, amigos preocupados, ou circunstâncias desconfortáveis que comumente instigam o indivíduo quanto ao uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI).

O AASI é uma alternativa viável de tratamento para grande parte das DANSs. Desde o ano 2000, estes dispositivos são concedidos gratuitamente no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, foi a partir de 2004, com a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (Portaria MS/GM nº 2.073) que o atendimento integral à pessoa com deficiência auditiva foi contemplado com ações que visam à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da deficiência auditiva com atendimento multiprofissional e interdisciplinar de responsabilidade pública e da sociedade.

O número de dispositivos concedidos pelo SUS tem aumentado ano a ano - em 2009, de acordo com os dados fornecidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS), foram concedidos pouco mais de 157 mil AASIs, representando um gasto de cerca de R\$116 milhões. A simples aquisição de um AASI, por meio de serviços públicos ou privados, não garante o uso efetivo deste dispositivo. Dependendo de vários aspectos como o grau, o tipo e a própria

aceitação da deficiência auditiva, há indivíduos que não encontram tanta dificuldade no processo de seleção e aquisição de AASI, se adaptando e obtendo sucesso com a amplificação. Porém, há outros casos em que a aquisição não é suficiente, podendo levar ao abandono do AASI (RUSSO; ALMEIDA; FREIRE, 2003). Esta é uma das razões pelas quais se tem enfatizado que o aconselhamento não pode ser dissociado do processo de seleção e aquisição do AASI para que haja a adaptação satisfatória do indivíduo.

Segundo a visão rogeriana, na teoria de aconselhamento centrado no cliente, o homem possui a capacidade de conhecimento reflexivo, o que torna possível a auto-valorização e a auto-correção que são fundamentais para a sua auto-compreensão e a resolução de problemas de forma a lhe dar a satisfação e a eficácia necessária para o seu funcionamento adequado. Essa capacidade de compreensão é suficiente para cada etapa de adaptação e de integração vital. Porém, o grau em que esta se realiza depende das condições oferecidas pelo ambiente e requer um contexto de relações humanas favoráveis, despidas de ameaças psicológicas e de restrições que possam impedir a emergência de atributos pessoais autênticos e de um conceito relativo à própria maneira de ser e ao próprio eu (SCHEEFFER, 1979).

O aconselhamento consiste em proporcionar oportunidades para receber e fornecer informações, ou seja, criar uma atmosfera adequada de modo a facilitar o entendimento, no caso de candidatos a uso de AASI, sobre e a deficiência auditiva e o AASI, propiciar ajuste a esta situação e promover a integração sócio-ambiental. Em audiologia, o aconselhamento pode ser dividido em dois tipos: ajuste pessoal, que envolve o desenvolvimento de mecanismos e sistemas de suporte emocional para o indivíduo lidar com a deficiência auditiva; e o informativo ou “orientação”, o qual aborda a fisiologia da audição, resultados dos exames audiológicos e plano de tratamento (MARGOLIS, 2004).

Na prática clínica fonoaudiológica é frequentemente adotado o modelo médico de atendimento, no qual o paciente desempenha um papel passivo e o profissional foca seu olhar na patologia deixando de considerar o paciente como um todo. Acrescente-se a essa postura, a falta de capacitação profissional adequada e a existência de metas (financeiras) a serem alcançadas. Sendo assim, é realizado, na maior parte dos casos, apenas o aconselhamento no formato informativo, ou seja, a orientação, o que pode limitar a realização de um atendimento integral ao paciente,

resultando em intervenções insuficientes para que o mesmo faça uso efetivo do AASI, não melhorando sua audição, comunicação e conseqüentemente a qualidade de vida.

No entanto, em 2001, a *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) publicou o documento *Scope of Practice* que inclui a educação e aconselhamento de indivíduos, famílias, colegas, educadores e outras pessoas da comunidade com relação à aceitação, adaptação e tomada de decisão sobre a comunicação ou outras alterações dos sistemas auditivo, linguagem e fala. Neste documento, o aconselhamento na área dos distúrbios da comunicação foi descrito como “a construção de relacionamento, fornecendo informações e escuta diferenciada (ouvido solidário)”. Seguindo estes preceitos, é inadmissível ao fonoaudiólogo uma postura estrita voltada para sintomas e orientações e o obriga a ampliar o seu escopo de atuação onde possa ser incluído o aconselhamento de ajuste pessoal em sua prática.

Em 2002, o termo aconselhamento foi utilizado no documento oficial “Áreas de Competência do Fonoaudiólogo no Brasil” onde o Conselho Federal de Fonoaudiologia explica a área de competência “Orientar pacientes, clientes externos e internos, familiares e educadores”. Esta área de atuação, segundo o mesmo documento, é constituída por ações que envolvem a escuta profissional, a explicação, a instrução, a demonstração, a proposição de alternativas e a verificação da eficácia das ações propostas. Para orientar o paciente ou cliente, o fonoaudiólogo deve escutá-lo, esclarecer os problemas existentes e suas conseqüências, propor alternativas de comportamento e realizar aconselhamento fonoaudiológico. Portanto, tal área de atuação afirmada neste documento de 2002 e reafirmada em 2007 pelo mesmo conselho, preconiza a atribuição do aconselhamento na prática clínica fonoaudiológica. Aconselhamento este que pode ser entendido como informativo e também de ajuste pessoal uma vez que o profissional irá propor mudança de comportamento.

Pelo Código de Ética da Fonoaudiologia (2004), aprovado pela Resolução CFFa n. 305/2004, o aconselhamento ainda não é apontado dentre as competências e atribuições do fonoaudiólogo, porém, no capítulo III, dos direitos gerais, artigo 5º, parágrafo III, traz a orientação com um sentido mais amplo, não se restringindo a fornecimento de informação, porém não atribuindo ainda a postura de escuta e desenvolvimento de suporte emocional a este profissional. No capítulo V, do

relacionamento, seção I, das responsabilidades do fonoaudiólogo para com o cliente, no artigo 9º, parágrafo III, diz que o fonoaudiólogo deve orientar o cliente adequadamente acerca dos propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento e, complementando este mesmo artigo, no parágrafo IV, esclarecer o cliente apropriadamente sobre os riscos, as influências sociais e ambientais dos transtornos fonoaudiológicos e sobre a evolução do quadro clínico, bem como sobre os prejuízos de uma possível interrupção do tratamento fonoaudiológico. Neste formato, o fonoaudiólogo se abstém de qualquer responsabilidade sobre a decisão do cliente, sendo de total responsabilidade do cliente o sucesso ou não no tratamento e prognóstico. Enquanto que, ao inserir o aconselhamento de ajuste pessoal, o mesmo assume o papel de coadjuvante na relação cliente e profissional.

Apesar da importância do aconselhamento de ajuste pessoal na busca da adaptação no processo de saúde e conseqüentemente da qualidade de vida, o mesmo, além de não estar inserido pelo código de ética da fonoaudiologia, não consta também em políticas públicas. Porém, em 2003, o SUS instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) que tem como uma de suas propostas o acolhimento como postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos, implicando em uma abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, mudando de objeto (da doença para o sujeito), bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010). Esta política tem conduzido questionamentos muito fortes quanto à necessidade de mudança de postura no atendimento por parte de todos os profissionais e serviços de saúde.

Este estudo tem o intuito de propor a necessária mudança de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde como publicado pela Política Nacional de Humanização. Além de ser uma oportunidade para se discutir a reabilitação auditiva inerente a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no tocante a fonoaudiologia clínica. E, para tanto, traz um novo formato de atendimento incluindo o aconselhamento de ajuste pessoal desde o momento do diagnóstico audiológico até o início do processo de reabilitação, sendo este um estudo exploratório. Desta maneira, visa inclusive à quebra de paradigmas no formato de atendimento e, por conseguinte, anular a visão

cultural tecnicista e assistencialista dos usuários de serviços de saúde quanto ao profissional, proporcionando um atendimento integral ao cliente e a garantia de melhora na qualidade de vida do mesmo.

2. Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. BASES DO ACONSELHAMENTO EM PSICOLOGIA

Segundo Scheffer (1980), historicamente, o aconselhamento surgiu em uma conexão com os seguintes movimentos:

- 1) Fundação de Centros de Orientação Infantil e Juvenil (para pais e filhos) no início do século XX, com finalidade maior de fornecer diagnóstico que de aconselhamento propriamente dito;
- 2) Aparecimento da Orientação Profissional inicialmente fornecendo ao cliente informações relativas ao mundo profissional não havendo preocupação com as técnicas de relacionamento, posteriormente evoluindo para uma dinâmica de processo assistindo o indivíduo a encontrar uma profissão adequada às suas características pessoais onde predominava a aplicação de testes psicológicos, e por fim, maior importância foi atribuído à relação entre orientador e orientando na situação de aconselhamento neste processo;
- 3) A criação de Serviços de Higiene Mental para adultos, inclusive de Centros de Aconselhamento Pré-Matrimonial e Matrimonial, nos EUA, oferecendo campo para o desenvolvimento das técnicas de aconselhamento;
- 4) As instituições de Assistência Social que necessitavam dar aos clientes, além de assistência médica e financeira, oportunidade de expressão e alívio de suas cargas emocionais constituindo um outro setor em que floresceu o aconselhamento psicológico;
- 5) O desenvolvimento dos serviços de assistência psicológica nas empresas oferecendo um novo campo de aplicação dos aconselhamento.

A prática do aconselhamento nasceu na área da Psicologia como intervenção psicológica e emergiu dentro da mesma como uma especialidade após a 2ª Guerra Mundial, com raízes na abordagem centrada na pessoa como proposto por Carl Rogers (1942). Esta abordagem enfatiza, sobretudo, as atitudes do conselheiro (e não a sua ação) como condições necessárias e suficientes para que o processo de auto-exploração e crescimento ocorra no cliente. Tal condição de suficiência das atitudes (empatia, congruência e aceitação) do psicoterapeuta permite distinguir o aconselhamento psicológico centrado na pessoa das terapias focais, que consideram estas atitudes necessárias, mas não suficientes. Daí o

porquê de recorrerem a estratégias mais ativas e diretivas. Nesta perspectiva, o aconselhamento psicológico se apresenta como modelo clínico (mais amplo que o psicoterapêutico), aplicável em diferentes situações institucionais (SCHMIDT, 1999).

No aconselhamento, segundo Steffler e Grant (1960 apud KINRA, 2008), o objetivo do conselheiro é recolher informações sobre as habilidades, talentos, interesses e capacidades do cliente, além de recolher informações sobre o seu ambiente, e auxiliá-lo na modificação do seu comportamento. Para isso, o conselheiro utiliza-se de variadas técnicas, testes psicológicos, faz perguntas para clarear o entendimento do comportamento e acelerar o processo de auto-compreensão; ouve atentamente o cliente e faz sugestões quando necessárias; fornece informações sobre o cliente ao mesmo relatando traços de personalidade, valores sociais, ambiente social; o conselheiro pode também agir como um consultor.

Aconselhar não é dar conselhos, fazer exortações nem encorajar a disciplina ou prescrever condutas que deveriam ser seguidas. Pelo contrário, trata-se de ajudar a pessoa a compreender a si própria e a situação em que se encontra e ajudá-la a utilizar competências específicas para lidar mais eficazmente com a sua vida (ROWLAND, 1992). Conforme Trindade e Teixeira (2000), a finalidade principal do aconselhamento é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas. Difere da psicoterapia, pelo caráter situacional, a focalização no presente e na resolução de problemas do sujeito, a duração mais curta e a orientação para a ação voltada a facilitar a mudança de comportamento e ajudar a mantê-la.

Patterson (1990) analisou as diversas teorias de aconselhamento e psicoterapia, apontando semelhanças e divergências entre as várias abordagens e destacou que a questão fundamental é a atitude do conselheiro. Ou seja, faça o que fizer, o conselheiro deve permanecer no quadro de referência do cliente vendo as coisas a partir de seu ponto de vista, tentando compreender o que ele está lhe dizendo; faça o que fizer, ele deve manter seu respeito e seu carinho para com esse cliente.

O aconselhamento como intervenção psicológica está reservada a psicólogos, desejavelmente com formação e treino específicos. Entretanto, desde 1998, Altmaier, Johnson e Paulsen sinalizavam quanto à necessidade de que outros profissionais de saúde desenvolvessem algumas competências de aconselhamento

sem que, com isto, substituíssem os psicólogos uma vez que o desenvolvimento do profissional inclui a intervenção com sujeitos e famílias, o trabalho cooperado em equipes multidisciplinares de saúde, a investigação e a formação de outros profissionais de saúde.

Neste sentido, princípios de varias teorias que apóiam o objetivo geral de ajudar as pessoas a fazer mudanças positivas em suas habilidades comunicativas e seus comportamentos, podem ser integradas na medida adequada com estabelecimento de uma relação interpessoal eficaz dentro da qual o crescimento pessoal e as mudanças são favorecidos (SHIPLEY e ROSEBERRY-MCKIBBIN, 2006).

Vários modelos teóricos de intervenção para o aconselhamento têm sido propostos ao longo dos últimos anos, tais como o cognitivo-comportamental, emocional-racional, informativo educacional, sistêmico e o modelo centrado no cliente ou pessoa.

Para Trindade e Teixeira (2000), a perspectiva cognitivo-comportamental é a mais adequada aos contextos de saúde e doença, pois, segundo os autores, é a que melhor se adapta ao contexto e ritmo próprio da prestação dos cuidados de saúde, quer nos Centros de Saúde quer nos hospitais gerais e especializados. Além disto, em saúde requer-se intervenções de ajuda limitadas no tempo, diretivas, práticas e eficientes, que promovam a efetiva mudança de comportamentos e a obtenção de ganhos de saúde individuais e de grupo. Fazer uso da perspectiva cognitivo-comportamental, ainda para os mesmos autores, implica em transmitir informação personalizada; construir a capacidade de auto-ajuda focando nas competências sociais do sujeito podendo envolver técnicas diversas (competências de confronto, manejo do stress, relaxamento muscular, treino da assertividade); acreditar nas capacidades do sujeito para lidar com as dificuldades focalizando na percepção de controle pessoal e nas expectativas de auto-eficácia; ajudar a resolver problemas centrado no comportamento, implicando na identificação de problemas, criação de soluções alternativas possíveis, escolha da solução melhor, planejamento da sua implementação e revisão do progresso obtido; e facilitar um ambiente encorajador da mudança, focando no suporte social, tendo em conta que a família é o grande contexto onde a doença ocorre e a saúde é mantida.

De qualquer maneira, o processo de aconselhamento compreende o uso de técnicas apropriadas que motivem a adesão à prática preventiva, de promoção

da saúde ou como parte de estratégia maior de intervenção (FLASHER e FOGLE, 2004).

2.2. O ACONSELHAMENTO EM AUDIOLOGIA

Segundo Shipley e Roseberry-McKibbin (2006) os fonoaudiólogos, de maneira consciente ou não, freqüentemente usam uma variedade de métodos que têm suas raízes em aconselhamento e psicoterapia para atingir suas metas. A aplicabilidade destas técnicas abrange praticamente todas as classificações de distúrbios de comunicação, ou seja, podem ser empregadas em todo e qualquer tratamento fonoaudiológico, independente da alteração a que se refere. Afinal, o fonoaudiólogo não trata de um distúrbio de comunicação, mas sim trabalha com pessoas que apresentam um transtorno relacionado à comunicação.

Por conseguinte, embora alguns professem ser desconfortável entrar no reino dos valores humanos, sentimentos e crenças, não é possível esperar mudanças duradouras, se ignorarmos os aspectos pessoais de um problema de comunicação (LUTERMAN, 2001; ENGLISH, 2002; FLASHER E FOGLE, 2004; SHIPLEY e ROSEBERRY-MCKIBBIN, 2006).

As obras do notável Audiologista americano David Luterman e do terapeuta de casal e de família Walter Rollin desde a década de 60 até a atualidade, na área dos distúrbios da comunicação, destacam que para aliviar a preocupação potencial de alguns fonoaudiólogos sobre a possibilidade de cruzar as fronteiras profissionais, é útil analisar algumas das características de orientação para esta área. Primeiro, o aconselhamento nesta área é centrado na pessoa e não na doença e/ou distúrbio. Ou seja, não se projeta e implementa a intervenção para a deficiência, mas sim para atender às necessidades de determinada pessoa e família. Este não é um conceito novo. A recente ênfase no uso de linguagem em primeira pessoa como, por exemplo, "a pessoa com deficiência auditiva" em vez de "deficiente auditivo", reflete a crença na importância fundamental da pessoa sobre a deficiência.

Assim, o aconselhamento não é empregado para "consertar" a deficiência auditiva e o distúrbio de comunicação, por si só, mas como um apoio aos clientes a determinar como eles podem gerir mais eficazmente os desafios pessoais que são colocados pela deficiência. Assim, o aconselhamento pode elencar o rol de

atividades do fonoaudiólogo, mas é importante ressaltar que ele deve resistir à tentação de firmar-se como o "expert" onipotente e permitir que os clientes participem ativamente na definição das metas e na escolha de tarefas para trabalhar com questões difíceis.

Segundo Rollin (2000), as técnicas de aconselhamento que os fonoaudiólogos empregam são projetadas para promover a independência para que os clientes e suas famílias possam, eventualmente, ser capazes de funcionar sem ajuda.

A característica mais importante da natureza das relações de aconselhamento na intervenção fonoaudiológica é que eles são específicos para o distúrbio de comunicação. Na medida em que o aconselhamento é o foco principal, ou complemento, a intervenção depende da pessoa, do problema, e do estágio de tratamento. No entanto, é sempre focado em assuntos relacionados à comunicação. Geralmente, se o cliente é funcional em atividades diárias e relacionamentos, os fonoaudiólogos podem incorporar técnicas de aconselhamento em intervenção para facilitar um melhor funcionamento. O aconselhamento que aborda questões mais amplas de vida, como depressão crônica, discórdia conjugal e expressão de pensamentos suicidas é reservado para os profissionais, como psicólogos, terapeutas de família, ou psiquiatras que são especificamente treinados para ajudar as pessoas a trabalhar com esses tipos de problemas.

Assim, psicólogos e fonoaudiólogos podem trabalhar em parceria na busca de promoção do bem estar da clientela fonoaudiológica e ajustar mútua e flexivelmente o papel de cada um ao longo do processo de diagnóstico e reabilitação.

Marques, Kozlowski e Marques (2004), relatam que para minimizar as reações psicossociais do paciente decorrentes da deficiência auditiva, é necessário selecionar, indicar e adaptar os AASI, bem como inserir o mesmo em programas de reabilitação auditiva, que o auxiliem juntamente com seus familiares a lidarem de forma positiva frente às dificuldades de comunicação. E, por meio destes programas é possível reduzir a percepção da restrição de participação da população, que irá refletir na promoção de contatos sociais, diminuindo o isolamento e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida destes indivíduos.

Chartrand (1999) bem como Inacio-Lima, Aiello e Ferrari (2009) apontam falhas na prática clínica frequentemente baseada em limiares auditivos. O primeiro

afirma ainda que, o profissional com a atenção voltada para audiogramas, medidas reais na orelha e targets na programação, pode deixar de notar os perigos ocultos a sua frente como um resultado de desmotivação, relações disfuncionais e expectativas irreais. Para ele, o sucesso na adaptação só pode ocorrer quando o indivíduo caminha passo a passo com o profissional, não se escondendo em negações ou excesso de expectativa e nem assumindo o papel de espectador.

O cérebro humano age como um sistema de auto-organização: se prende em dados e categorias sistematicamente dentro de exemplos maiores ou descobertas perceptivas. Neste sistema, uma vez que o mesmo associa qualquer informação com um modelo particular, este modelo pode ser fixado. Muitos indivíduos caminham para o consultório com um modelo negativo de pensamento sobre sua perda auditiva e a necessidade de AASI já adotado que pode até mesmo, inconscientemente, sabotar todo o processo de adaptação. Eles provavelmente manterão este modelo negativo se o fonoaudiólogo não os ajudar a descobrir caminhos alternativos de pensamento (SHELTON e FAUCETTE, 1999).

English (2005) aponta que o profissional deve lidar com os seguintes aspectos dos indivíduos candidatos ao AASI: 1) o desencorajamento frente à realidade de que eles têm um problema; 2) o fato incômodo de que necessitam pedir ajuda; 3) a decepcionante notícia de que a ajuda vem na forma de AASIs; 4) as mudanças na imagem corporal e auto-conceito; 5) a decisão de não se preocupar com o que os outros pensam sobre estas mudanças e 6) adequação das expectativas com as inerentes limitações do AASI. A autora refere que o sucesso da reabilitação não ocorre sem o processo de aconselhamento apropriado.

Segundo Sousa e Wieselberg (2005) o aconselhamento em audiologia é de extrema importância, pois: ajuda os indivíduos e suas famílias a serem sujeitos ativos e participantes no processo de reabilitação auditiva, propicia familiarização, aceitação e uso efetivo do AASI, bem como, ajuda-os a superar as suas dificuldades de comunicação e tornarem-se sujeitos independentes e integrados socialmente.

Há dois tipos de aconselhamento utilizados na área de Audiologia: o aconselhamento informativo e o aconselhamento de ajuste pessoal. O aconselhamento informativo é aquele pelo qual são sanadas as dúvidas do paciente, fornecidas informações acerca dos resultados dos exames realizados, anatomia da orelha, uso do AASI, estratégias de comunicação, entre outros. O aconselhamento de ajuste pessoal é utilizado para ajudar o paciente a expressar, compreender e

aceitar suas reações emocionais e psicológicas frente à perda da audição, visando como resultados que a pessoa se veja separadamente do seu problema, tendo uma auto-imagem positiva para, desta forma, estar disposto a participar ativamente do processo de reabilitação (ENGLISH, 2008).

Elkayam e English (2003) realizaram o aconselhamento de ajuste pessoal em 15 adolescentes usuários de AASI e pessoas mais significativas do seu círculo de amizades também adolescentes, fazendo uso de um questionário de auto-avaliação adaptado para esta faixa etária para facilitar neste processo. Os AASIs e as dificuldades na comunicação foram temas recorrentes durante a discussão com os participantes do grupo com deficiência auditiva. As respostas dos adolescentes mascararam as emoções e atitudes que puderam ser descobertas somente por meio do diálogo. Os adolescentes aparentaram estar lutando, com variados graus de sucesso, com os efeitos da sua perda auditiva na comunicação, socialização, identidade e auto-conceito. Eles foram relutantes ou incapazes para discutir sua perda auditiva e sentimentos associados, mesmo com as pessoas que eles consideraram suas amigas. Os adolescentes foram unânimes em seu sentimento de aversão frente a estranhos ou conhecidos casuais que fazem perguntas sobre sua perda auditiva ou seu AASI. Essas convicções conflitantes provavelmente contribuem para o sentimento de frustração, ira ou tristeza que foi expresso na sessão de aconselhamento. Oitenta por cento dos estudantes relataram se beneficiar da sessão de aconselhamento e apenas 27% indicaram uma mudança de comportamento em relação à deficiência auditiva. Segundo as autoras, a implementação de estratégias de aconselhamento pode realmente economizar tempo focando em questões que são importantes para o paciente. O uso de um questionário de auto-avaliação como instrumento de aconselhamento pode fornecer ao paciente e ao fonoaudiólogo um meio relativamente não invasivo de estimular a conversa, aumentar o interesse em auto-reflexões, maior capacidade para pensar nas questões que envolvem a perda auditiva e aumentar a habilidade de resolver problemas.

A constatação da deficiência auditiva em indivíduos adultos bem como a indicação para uso do AASI implica numa série de mudanças em suas vidas. Muitas vezes, precisam aprender novas estratégias de comunicação ao usar a nova tecnologia assistiva. Os prejuízos na comunicação e as intervenções subsequentes

podem afetar o funcionamento psicológico requerendo o ajuste pessoal e da família (IMIG, 2005).

Importante salientar que a tecnologia de apoio que deve ser aprendida, mantida, ou reparada implica que o indivíduo tome a decisão de mudar, opere uma mudança efetiva de comportamento e mantenha o novo comportamento em longo prazo o que implica em focalizar também o grupo social da pessoa (BEUKELMAN e MIRENDA, 2005).

A utilização do aconselhamento convencional como parte do rol de atividades do fonoaudiólogo, no qual o indivíduo pode revelar sobre como ocorreu a perda auditiva bem como os seus sentimentos, pensamentos e o que deseja fazer. Entretanto, é possível que ele não tenha a percepção desta conversa como ensinamento que o habilite para tomada de decisão e, ao contrário, o mantenha em um papel passivo neste processo. Ao se utilizarem de um método de aconselhamento centrado no cliente, segundo Babeu et al. (2004), os profissionais da saúde podem ajudar o mesmo a tomar decisões para buscar e fazer uso de cuidados para com a saúde auditiva.

Assim sendo, o aconselhamento na área da Audiologia pode ser utilizado na adaptação psicológica a alterações do estado de saúde (confronto com a doença e a deficiência), em tudo o que isto possa envolver de mudança pessoal, ajustamento a uma nova situação, interação com profissionais de saúde, adesão a tratamentos e medidas de reabilitação.

2.2.1. *MODELO TRANSTEÓRICO (MODELO DE ESTÁGIOS DE MUDANÇA)*

O Modelo Transteórico (MTT), também conhecido como modelo de estágios de mudança, foi desenvolvido no final da década de setenta pelos pesquisadores Prochaska e DiClemente, a partir de estudos realizados com tabagistas. Os pesquisadores analisaram as teorias cognitivo-comportamentais, existencial humanista, psicanálise e *gestalt* experiencial, verificando que todas as teorias exibiam limitações sendo que nenhuma delas podia explicar totalmente o processo de motivação para mudança (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). Desta forma propuseram uma combinação de teorias de mudança intencional sendo que o foco primário está sobre os estágios de mudança e os processos envolvidos na mesma (DICLEMENTE, 1993).

2.2.1.1. ESTÁGIOS DE MUDANÇA

De acordo com o MTT a mudança comportamental acontece ao longo de um processo pelos quais as pessoas passam por diferentes níveis de motivação (estágios) para a mudança (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992).

Babeu et al. (2004) afirma que cada estágio representa um período de tempo, bem como um conjunto de tarefas a serem realizadas a fim de avançar para a próxima fase.

Para Prochaska e DiClemente (1992 apud Babeu et al., 2004), o tempo em que uma pessoa permanece em um estágio varia, mas as tarefas a serem realizadas não. A dimensão temporal é bastante dinâmica podendo regredir e avançar entre os estágios (PROCHASKA e DICLEMENTE, 1982).

Os estágios de mudança estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 – Estágios de Mudança

Estágio de Mudança	Definição
Pré-Contemplação	Não há intenção de mudança do comportamento em um futuro previsível neste estágio (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). Não há a consciência do problema. No caso da pessoa com deficiência auditiva, a mesma pode não acreditar que tem a DA ou acreditar que tem dificuldades auditivas apenas em algumas situações não precisando, desta forma, de ajuda profissional (BABEU et al., 2004). Para Prochaska e DiClemente (1992 apud Babeu et al., 2004), afim de avançar com relação aos estágios de mudança, o indivíduo precisa reconhecer o seu problema, tomar posse do mesmo e/ou aumentar sua consciência dos aspectos negativos advindos pelo mesmo.
Contemplação	Este é o estágio no qual as pessoas estão conscientes que têm um problema e estão pensando seriamente em superá-lo, mas ainda não assumiram o compromisso de tomar medidas (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). A pessoa com deficiência auditiva estará começando a se preocupar com a sua DA e se questionando sobre como seria se ele tivesse o AASI, pensando mais sobre os aspectos negativos e positivos de uma mudança de comportamento (Babeu et al., 2004).
Preparação	O estágio de preparação é o que combina intenção e critérios comportamentais (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992).

Ação	<p>O indivíduo apresenta uma prontidão para a mudança, a qual envolve atitudes bem como comportamento e busca, por si mesmo, ajuda profissional, e informações sobre DA, AASI e saúde auditiva (BABEU et al., 2004). Há pequenas mudanças comportamentais (DICLEMENTE et al., 1991).</p> <p>Neste estágio, o indivíduo modifica o seu comportamento, experiências ou ambiente, a fim de superar seus problemas. É o estágio que envolve as mudanças mais evidentes de comportamento e exige um considerável compromisso de tempo e energia (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). Para Babeu et al. (2004), quanto à audiologia clínica, indivíduos neste estágio adquirem os AASIs e devem passar pela reabilitação para receber informações sobre sua DA, uso do AASI, e como conviver com ambos. Neste estágio, o apoio do fonoaudiólogo e familiares é fundamental.</p>
Manutenção	<p>As pessoas, neste estágio, trabalham para prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante a ação. Segundo Babeu et al. (2004) e Toral (2006), o indivíduo já modificou o seu comportamento e o manteve há mais de 6 meses. Na audiologia, o indivíduo integrou o uso do AASI em seu estilo de vida e se sente confortável quanto à sua DA, utilizando-se de estratégias de comunicação e pedindo ajuda quando necessário.</p>
Recaída	<p>É um evento que encerra o estágio de ação ou manutenção, solicitando um movimento cíclico de volta por meio dos estágios iniciais de pré-contemplação ou contemplação (DICLEMENTE et al., 1991). Na manutenção, sustentar um novo comportamento intencional é difícil. Após seis meses o problema pode não ter desaparecido completamente e também haver recaída.</p>
Término	<p>Neste estágio, a tentação de retornar ao comportamento antigo é nula e há 100% de auto-eficácia. Não importa a situação que enfrente, o indivíduo estará confiante de que continuará com seu comportamento saudável e não alternativas de recaída (PROCHASKA, 2008).</p>

2.2.1.2. PROCESSOS DE MUDANÇA

Para Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), os estágios de mudança representam uma dimensão de tempo que indica quando uma mudança de atitude em particular ocorreu, enquanto que os processos de mudança descrevem os mecanismos pelos quais ocorrem as mudanças de atitude.

Segundo Babeu et al. (2004), se o profissional tem uma compreensão dos dez processos de mudança e segue uma intervenção educacional adequada, o mesmo pode promover a mudança de atitude frente ao comportamento problemático. De acordo com Bandini (2006), os processos de mudança compreendem as ações e estratégias, conscientes ou não, que o indivíduo usa para progredir por entre os estágios. Há duas principais categorias de processos de mudança: cognitiva e comportamental.

Para Prochaska et al. (1994 apud Babeu et al., 2004), os processos cognitivos estão focados internamente, no que o indivíduo está pensando e/ou sentindo sobre o comportamento. Os processos cognitivos que são eficazes principalmente durante os estágios de pré-contemplação e contemplação são: conscientização, catarse, avaliação sócio-ambiental, auto-avaliação e liberação social.

Tabela 2 – Processos Cognitivos de Mudança

Processos Cognitivos	Definição
Conscientização	Esforço para aumentar o nível de sensibilização do problema por meio de observação, confrontação, interpretação, feedback e material informativo (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). Neste processo o fonoaudiólogo pode fornecer informações individuais sobre a perda auditiva, seu impacto na qualidade de vida, bem como as causas da mesma (BABEU et al., 2004).
Catarse	Neste processo está incluso a experimentação e expressão de sentimentos sobre os problemas e soluções (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). Por mais ouvir que falar, o fonoaudiólogo capacitará o indivíduo para articular seu ponto de vista sobre sua condição auditiva e soluções para o seu problema (BABEU et al., 2004).
Avaliação sócio-ambiental	Consiste na avaliação de como um problema afeta um ambiente físico (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). No caso da DA, avalia-se seus efeitos sobre o ambiente social e físico, bem como o custo financeiro e emocional da perda auditiva para a sociedade e para a família (BABEU et al., 2004).
Auto-avaliação	Esta auto-avaliação deve focar sobre como o indivíduo sente e pensa sobre si mesmo a respeito do seu comportamento, envolvendo clareza de valores, imagens internas e experiências

Liberação social	<p>emocionais a respeito do problema comportamental (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992).</p> <p>A liberação social foca o aumento de alternativas para comportamentos não problemáticos na sociedade (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). Neste processo o indivíduo conscientiza-se ou percebe que a sociedade em geral está começando a ser mais compreensiva e aceitando-o (BABEU et al., 2004)</p>
-------------------------	--

Os processos comportamentais incidem diretamente na mudança de comportamento. São atitudes que o indivíduo pode ter para lidar com o seu problema. Os processos comportamentais os quais são eficazes principalmente durante os estágios de preparação, ação e manutenção são: auto-liberação, reforço, contra-condicionamento, controle de estímulos e apoio social (PROCHASKA et al. 1994 apud Babeu et al., 2004).

Tabela 3 – Processos Comportamentais de Mudança

Processos Comportamentais	Definição
Auto-liberação	<p>O foco deste processo é a escolha e o compromisso de agir ou de crença na capacidade de mudar (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992).</p> <p>Neste processo o indivíduo recompensa-se a si mesmo ou é recompensado pelos outros devido ao esforço realizado para a mudança de comportamento (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992).</p>
Reforço	<p>O reforço deve ser continuado quanto ao uso do AASI fornecendo informações sobre a necessidade de expectativas realistas, estratégias de comunicação para o novo usuário de AASI e seus amigos, familiares e parceiros (BABEU et al., 2004).</p>
Contra-condicionamento	<p>O contra-condicionamento envolve alternativas substituindo comportamentos problema (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). Por exemplo, quando uma pessoa está chateada com os problemas de comunicação causados pela perda auditiva, o uso de técnicas de relaxamento pode ajudar a reduzir a ansiedade (BABEU et al., 2004).</p>
Controle de estímulos	<p>No controle de estímulos o indivíduo evita ou se opõe aos estímulos que eliciam comportamentos problema (PROCHASKA,</p>

Apoio social

DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). Compreende a este processo a reestruturação ambiental para minimizar a exposição ao problema. Para Prochaska, Prochaska e Levesque (2001), essa reestruturação será para eliciar um novo comportamento e inibir o comportamento prévio.

Envolve a formação de relacionamentos de ajuda com pessoas que compreendem e apóiam o esforço realizado frente à mudança de comportamento (DICLEMENTE e SCOTT, 1997). Neste processo há a capacitação do indivíduo com o fornecimento de mais opções e recursos (PROCHASKA, PROCHASKA e LEVESQUE, 2001).

2.2.1.3. BALANÇA DECISÓRIA

Prochaska, Prochaska e Levesque (2001) afirma que a balança decisória deriva de um trabalho de Janis e Mann (1977) que consiste em duas escalas, a de “prós” e a de “contras” a respeito da mudança de comportamento. Prochaska et al. (1994) constatou que a balança de “prós e contras” foi sistematicamente relacionados com o estágio de mudança em todos os comportamentos analisados: os “contras” superando os “prós” no estágio de pré-contemplação havendo um cruzamento entre eles nos estágios intermediários (contemplação e preparação) e os “prós” compensando os “contras” no estágio de ação.

2.2.1.4. AUTO-EFICÁCIA

A auto-eficácia envolve a confiança que o indivíduo tem em si mesmo para superar situações de desafios em sua mudança comportamental e a habilidade de enfrentar as tentações contrárias a esta mudança (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992). Bandura (1982) propôs a teoria de que a percepção pessoal de confiança a respeito das habilidades de modificar comportamentos está relacionada ao sucesso de realmente modificá-los.

Desde a sua criação, muitos estudos têm sido realizados utilizando este modelo de intervenção em vários âmbitos tais como: uso de drogas, tabagismo,

etilismo, prevenção de injúrias, atividade física, alimentação e controle de peso, sono, gerenciamento do stress e aderência ao uso de anti-hipertensivos.

Na área de Fonoaudiologia a aplicação do modelo transteórico é ainda recente e os estudos ainda são escassos.

Van Leer, Hapner e Connor (2008) aplicaram o MTT no processo terapêutico vocal para fornecer um quadro organizado para a compreensão da mudança de comportamento na terapia de voz, explicar como os problemas de aderência ao tratamento podem surgir e fornecer estratégias para avaliar informalmente a prontidão do paciente e facilitar a mudança de comportamento. Neste estudo, o clínico, por meio de entrevista usando uma abordagem motivacional centrada no cliente, segue o processo terapêutico no MTT. As autoras concluíram que o MTT fornece um modelo prático de mudança de comportamento intencional que pode ter relevância para a terapia de voz. Para elas, o modelo ilustra a busca da mudança de comportamento em formato de estágios a partir da conceituação inicial de mudanças internas para a integração a longo prazo de um novo comportamento visível. Concluíram ainda que os processos de mudança apropriados para os estágios e o apoio da auto-eficácia ao longo do tratamento podem fornecer orientações para os fonoaudiólogos que visam melhorar a adesão ao tratamento bem como a sua eficácia.

Floyd, Zebrowski e Flamme (2007) analisaram a medida a qual as respostas dadas por 44 adultos com disfluência a um questionário de estágios de mudança modificado produzem interrelações entre os itens deste questionário que são compatíveis com a interpretação baseada em estágios. Os achados deste estudo indicaram que o questionário modificado aplicado foi relativamente bem adaptado e que, analisando os resultados da correlação entre os estágios, os de contemplação e ação se correlacionaram positivamente com os seus adjacentes. Os indivíduos tenderam a se mover em sequência por entre os estágios. Os resultados sugeriram que um questionário incorporando itens que refletem melhor as variáveis comportamentais, cognitivas e afetivas que caracterizam a disfluência pode discriminar melhor os estágios de mudança em pessoas com disfluência, como elas caminham com a terapia ou estão envolvidos na mudança auto-dirigida.

Raymond e Lusk (2006) investigaram a utilidade do MTT para pesquisa com operários usuários de protetor auricular focando especialmente no modelo de suposições relatadas para os constructos da balança decisória e auto-eficácia.

Neste estudo participaram 1.245 operários de uma fábrica automotiva que eram expostos a altos níveis de ruído durante a jornada de trabalho. Todos responderam a três perguntas sobre o uso do protetor auricular usando uma escala de pontuação variando de 0 a 100: qual a porcentagem de uso do protetor auricular na semana anterior quando exposto a altos níveis de ruído; qual a porcentagem de uso do protetor auricular no mês anterior quando exposto a altos níveis de ruído; e qual a porcentagem de uso do protetor auricular o indivíduo desejaria alcançar no ano seguinte quando exposto a altos níveis de ruído. Por meio destas questões foram levantados os estágios de mudança nos quais cada indivíduo se encontrava. Para o levantamento de dados para a balança decisória e a auto-eficácia foi utilizado o Modelo Preditor de Uso de Proteção Auditiva. Os escores encontrados para a auto-eficácia no estágio de manutenção indicaram maior confiabilidade na habilidade para o uso regular do protetor auricular, sendo esses escores significativamente maiores que os encontrados nos estágios anteriores. Quanto à balança decisória, os valores sugeriram que os participantes perceberam maiores barreiras para o uso de protetor auricular em estágios anteriores e menores nos posteriores e maiores benefícios nos estágios posteriores. Os autores concluíram que, como primeira aplicação do MTT em operários usuários de protetor auricular, houve suporte para a identificação dos estágios no uso de protetor auricular expressando características distintas consistente com muitas precedidas pelo MTT. Para eles, outras pesquisas com este quadro pode oferecer oportunidades para intervenções sob medida. Concluem ainda que a exposição generalizada das populações de trabalhadores a altos níveis de ruído e a dificuldade em conseguir que os trabalhadores utilizem o protetor auricular também apontam para a necessidade de esforços contínuos para aumentar o uso do protetor auditivo para prevenir a PAIR.

Babeu et al. (2004) a fim de relacionar o MTT na área de reabilitação audiológica e compreender as mudanças de comportamento dos candidatos ao uso de AASI, sugerem uma validação na área, pois é possível aumentar a adesão ao uso deste dispositivo tão importante.

Lesner e Kricos (2003), em seu estudo teórico, analisam o MTT no que se refere ao reconhecimento e ajuste à perda auditiva. Os autores propõem identificar o estágio de mudança em que o paciente se encontra para poder ajudá-lo a mover-se por entre os estágios aplicando também os processos de mudança. Para esses autores, o profissional deve desempenhar o papel de facilitador e de “*expert*”. Os

mesmos concluem que o MTT facilita esse reconhecimento e ajuste do indivíduo que com perda auditiva.

2.3. ATITUDE FRENTE À DEFICIÊNCIA AUDITIVA E O APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL

Atitude, segundo Ajzen (2005), é uma disposição para responder favoravelmente ou desfavoravelmente para um objeto, pessoa, instituição, ou evento por meio de respostas mensuráveis. Respostas essas dirigidas ao próximo e respostas direcionadas a si mesmo, comportamentos realizados em público e comportamentos realizados consigo mesmo, entre ações e reações.

Essas respostas estão classificadas em três categorias: cognitivas, afetivas e conativas. A cognitiva reflete a percepção do indivíduo frente à atitude almejada enquanto que na afetiva, as atitudes podem ser inferidas tendo relação com a avaliação do sentimento frente a essas atitudes almejadas. As respostas de natureza conativas são inclinações comportamentais, intenções, compromissos e ações com respeito à atitude objetivada.

Brooks (1989) conclui que a atitude é um determinante importante de uso do AASI e também sugere que atitudes aberrantes podem, em muitos indivíduos, ser modificadas por meio de aconselhamento de forma a melhorar os resultados alcançados.

Alguns instrumentos vêm sendo desenvolvidos a fim de mensurar as atitudes das pessoas com deficiência auditiva frente à deficiência ou proposta de intervenção, como, por exemplo, o uso do AASI. Em geral, os pacientes avaliam sua dificuldade auditiva em um número de situações específicas por meio de uma escala numérica ou classificatória, a partir da qual é calculada a pontuação quanto à restrição de participação e a limitação de atividade. Os questionários são utilizados freqüentemente para avaliar o benefício do AASI comparando a pontuação pré e pós-adaptação (SAUNDERS e CIENKOWSKI, 1996).

O questionário “Atitudes Frente à Deficiência Audtiva” (*Attitudes Towards Hearing Loss Questionnaire – ALHQ*) é um questionário que foi refinado e validade estatisticamente por Saunders e Cienkowski (1996). O mesmo, no início desse estudo, era formado por 39 afirmações, das quais 33 respondidas no formato “sim” ou “não”, quatro respondidas numa escala de 3 pontos e duas em uma escala de 2

pontos. Passando a ser formado, ao término do mesmo, por 24 questões, sendo 23 no formato “sim” ou “não” e uma respondida em uma escala de três pontos. Essas questões eram divididas em cinco subescalas: 1) impacto social e emocional da perda auditiva; 2) aceitação e ajuste à perda auditiva; 3) percepção de apoio de pessoas significativas; 4) estigma do AASI; e 5) consciência da perda auditiva. Os achados desse estudo mostrou que os dados audiométricos pouco explicaram a variação na pontuação de atitude, idade e outros dados demográficos não se correlacionaram com as atitudes também. Além disso, os traços de personalidade de extroversão, auto-estima e ansiedade desempenhou um maior papel na determinação da atitude. Os autores concluíram que o ALHQ é psicometricamente aceitável, além de considerá-lo uma potencial ferramenta de uso clínico. Concluíram ainda, que o mesmo poderia ser usado como base para o aconselhamento e acompanhamento de mudanças de atitudes nos pacientes ao longo do tempo.

Em 2000, Cienkowski e Saunders, com o objetivo de revisar o ALHQ a fim de melhorar a sua confiabilidade estatística e, ao mesmo tempo, investigar a possibilidade de acrescentar ou substituir subescala, criaram o R-ALHQ (Revised Attitudes Towards Hearing Loss Questionnaire) passando a ter 25 questões no formato “sim” ou “não”, “falso” ou “verdadeiro” e “concordo” ou “discordo”, divididas nas seguintes subescalas: 1) impacto social da perda auditiva; 2) ajuste à perda auditiva; 3) negação da perda auditiva; 4) destreza; e 5) estigma.

Cinco anos depois, em Saunders et al. (2005) é lançada a versão 3.0 agora composta por 22 questões cujas respostas seguem uma escala de cinco pontos: “a” discordo totalmente, “b” discordo, “c” não concordo nem discordo, “d” concordo e “e” concordo totalmente. Essas questões também eram divididas em cinco subescalas: 1) negação da perda auditiva; 2) associações negativas; 3) estratégias negativas de enfrentamento; 4) destreza manual e visual; e 5) estima relacionada a audição. Esta versão apresentou uma boa consistência interna e está melhor que a última versão e apresenta sensibilidade clínica, alta confiabilidade teste-reteste e baixa correlação interescala o que mostra que cada escala mede um diferente constructo. Saunders, Forsline e Jacobs (2007) disponibilizou além do formato papel e caneta, a versão eletrônica do questionário.

A partir da revisão de literatura conclui-se que até o momento não foram encontrados estudos sobre a utilização do modelo transteórico em pessoas com deficiência auditiva que passam pelo processo de seleção e adaptação do AASI.

Desta forma este estudo foi delineado de maneira a explorar as possibilidades do aconselhamento nos moldes deste modelo, na primeira etapa deste processo.

3. Objetivo

3. OBJETIVO

Analisar o MTT aplicado ao aconselhamento para indivíduos com deficiência auditiva candidatos ao uso de AASI.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as atitudes em relação à deficiência auditiva e uso do AASI em pessoas com esta deficiência e que são candidatas ao uso da amplificação antes e após a concessão do AASI;
- Comparar as atitudes de candidatos frente à deficiência auditiva e uso da amplificação antes e após a sessão de aconselhamento;
- Caracterizar o estágio de mudança em que o paciente se encontra durante o período de pré e pós concessão do AASI.

4. Material e Métodos

4. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo clínico analítico experimental foi realizado na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP) e na Divisão de Saúde Auditiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), ambas credenciadas pelo Ministério da Saúde para oferecer serviços de alta complexidade em saúde auditiva, gratuitamente, para a população.

O projeto foi, juntamente com um termo de aquiescência da coordenação da Divisão de Saúde Auditiva autorizando a sua realização naquele estabelecimento, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB-USP, sendo aprovado pelo mesmo (Processo nº 103/2009).

4.1. PARTICIPANTES

Todos os participantes estavam regularmente matriculados ou na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP ou na Divisão de Saúde Auditiva do HRAC-USP e participaram como voluntários recebendo uma carta de informação e assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com os preceitos éticos de realização de pesquisas com seres humanos.

Vinte indivíduos (10 do gênero feminino e 10 do gênero masculino) com idades variando entre 25 e 64 anos participaram do estudo. Os participantes apresentavam deficiência auditiva neurossensorial pós-lingual bilateral simétrica (n= 13, 65%) ou assimétrica (n= 7, 35%). Todos os indivíduos não possuíam experiência prévia com uso do aparelho de amplificação sonora individual, com exceção de um deles que havia feito teste e recebeu AASI em outro serviço há mais de cinco anos, mas que abandonou o tratamento em função do AASI “incomodar muito”.

A Tabela 4 mostra os dados demográficos, audiométricos e o aparelho de amplificação sonora individual dos participantes. Para a classificação do grau da perda auditiva foi considerada a média dos limiares audiométricos da melhor orelha nas frequências de 500, 1k, 2k e 4 kHz (média ISO) e, de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (1991), os participantes apresentaram perda auditiva leve (n= 9, 45%), moderada (n= 10, 50%) e severa (n= 1, 5%).

Os AASIs adaptados aos participantes eram digitais com compressão de área dinâmica ampla multicanal sendo o número de canais igual a dois (n= 1, 5%), três (n= 1, 5%), quatro (n= 8, 40%), cinco (n= 2, 10%), seis (n= 2, 10%), oito (n= 2, 10%) e dezesseis (n= 4, 20%). Todos os dispositivos apresentaram algoritmos de redução de ruído e de feedback. Os AASIs open fit deste estudo (n= 11, 55%) não possuíam bobina telefônica, os demais AASI a possuíam.

Para a determinação da duração da deficiência auditiva foi considerado o relato do indivíduo durante a anamnese. A Classificação Sócio-Econômica (CSE) (Graciano et al., 1997) bem como a escolaridade foram obtidas nos prontuários dos participantes.

Tabela 4 - Dados demográficos, audiométricos e dos aparelhos de amplificação sonora individuais dos participantes

Participante	Idade (anos)	Gênero	Escolaridade	Nível Sócio-Econ.	Duração DA (meses)	Média ISO Limiares Audiométricos (dB NA)		Tipo de AASI
						OD	OE	
P1	62	Masc.	Fund. Inc.	Baixa Superior	624	57,5	57,5	Retroauricular
P2	33	Fem.	Médio C.	Baixa Superior	48	42,5	40	Open Fit
P3	48	Masc.	Fund. C.	Baixa Superior	120	36,25	40	Open Fit
P4	63	Masc.	Fund. Inc.	Baixa Superior	24	45	47,5	Retroauricular
P5	63	Fem.	Fund. Inc.	Baixa Superior	96	33,75	50	Intra-canal
P6	51	Masc.	Fund. Inc.	Baixa Superior	8	35	38,75	Open Fit
P7	58	Fem.	Fund. Inc.	Baixa Superior	9	73,75	57,5	Retroauricular
P8	64	Fem.	Fund. Inc.	Baixa Superior	240	62,5	52,5	Retroauricular
P9	55	Masc.	Fund. Inc.	Baixa Superior	612	67,5	57,5	Intra-canal
P10	59	Masc.	Médio Inc.	Baixa Superior	36	37,5	36,25	Open Fit
P11	58	Fem.	Fund. Inc.	Baixa Superior	336	73,75	75	Retroauricular
P12	64	Fem.	Analfabeto	Baixa Superior	120	45	46,25	Open Fit
P13	34	Fem.	Médio C.	Baixa Superior	12	48,75	52,5	Micro-canal
P14	62	Fem.	Fund. C.	Baixa Superior	36	51,25	47,5	Open Fit
P15	29	Fem.	Sup. C.	Baixa Inferior	276	38,75	41,25	Open Fit
P16	50	Masc.	Médio Inc.	Baixa Superior	120	51,25	50	Open Fit
P17	59	Masc.	Fund. C.	Baixa Inferior	24	30	26,25	Open Fit
P18	60	Masc.	Fund. Inc.	Baixa Superior	636	50	46,25	Micro-canal
P19	62	Masc.	Fund. C.	Baixa Superior	120	42,5	35	Open Fit
P20	25	Fem.	Médio C.	Baixa Superior	60	35	30	Open Fit

Média ± dp	52,95±12,60	177,85±212,66	47,88±13,20	46,38±11,16
------------	-------------	---------------	-------------	-------------

Legenda:

Masc.= Masculino

Fem. = Feminino

Fund. Inc. = Fundamental Incompleto

Fund. C. = Fundamental Completo

Médio Inc. = Médio Incompleto

Médio C. = Médio Completo

Sup. C. = Superior Completo

4.2. PROCEDIMENTO

A coleta de dados foi realizada após o pesquisador entrar em contato com os participantes para obter a autorização para a realização da pesquisa.

A ilustração das principais etapas percorridas nessa fase do trabalho está na Figura 1, abaixo. A descrição detalhada de cada etapa é apresentada em seguida.

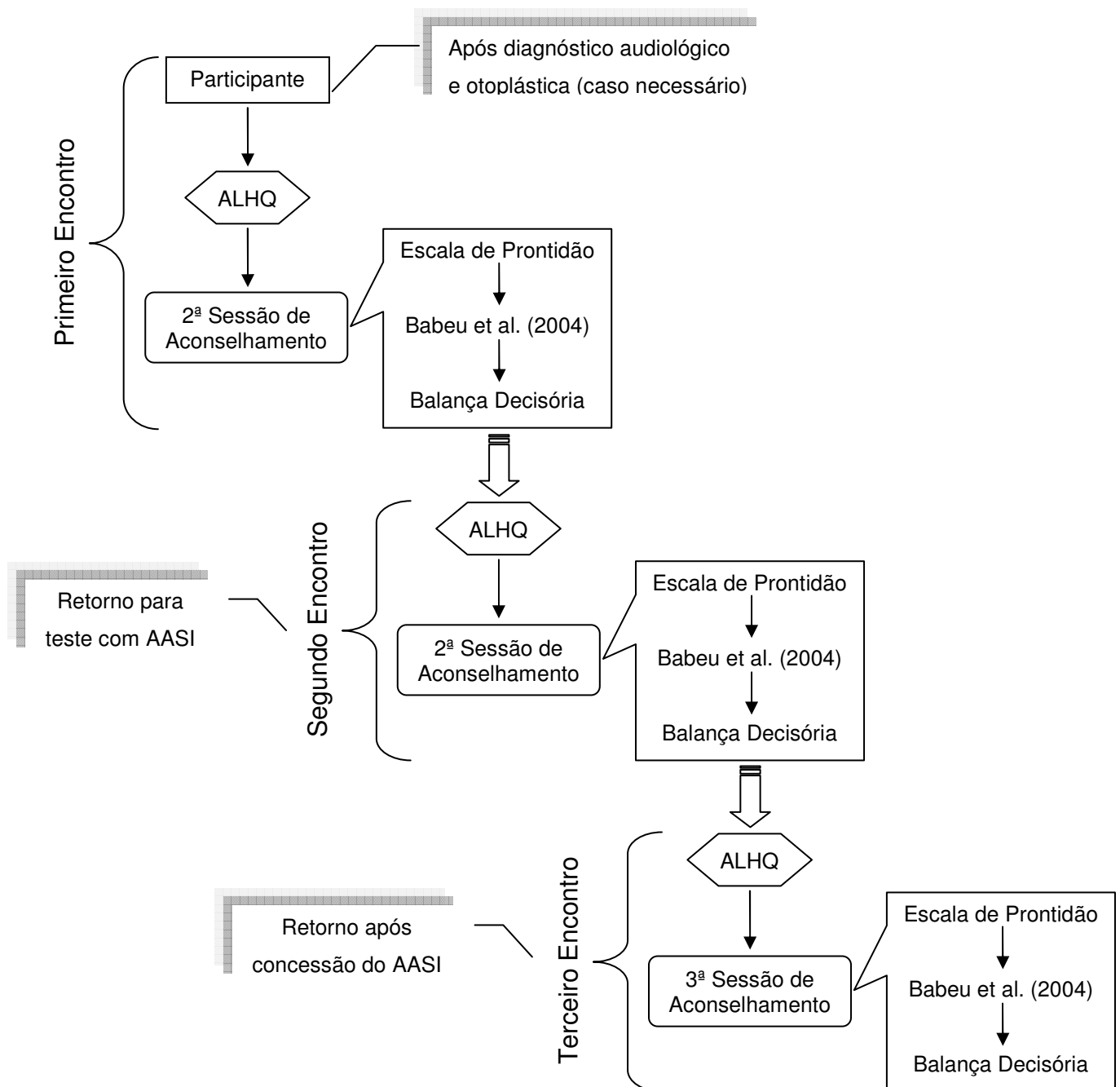


Figura 1 – Fluxograma do atendimento

4.2.1. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO “ATITUDES FRENTE ÀS PRÓTESES AUDITIVAS” ALHQ v 3.0

Após a avaliação audiológica e antes do início da sessão de aconselhamento, os participantes responderam ao “Questionário – Atitudes Frente à Deficiência Auditiva” (ALHQ) versão 3.0 para candidatos, elaborado por Saunders et al. (2005) traduzido por Bastos et al. (2009). Trata-se de um questionário desenvolvido para elucidar algumas das questões psicossociais subjacentes à recusa em adquirir ou utilizar a amplificação e também foi utilizado neste estudo para auxiliar no aconselhamento neste período de pré-adaptação do AASI. O ALHQ (Anexo A) é composto por 22 itens divididos em cinco subescalas:

(a) Negação da perda auditiva (itens 1, 2, 3, 7, 13 e 16): aborda questões relacionadas à aceitação e reconhecimento da perda auditiva. Três questões estão relacionadas ao reconhecimento das dificuldades auditivas e as outras três se referem à aceitação da necessidade de uso do AASI;

(b) Associações negativas (itens 4, 9, 11 e 18): avalia se o indivíduo associa o AASI ao envelhecimento ou considera este dispositivo constrangedor;

(c) Estratégias negativas de enfrentamento (itens 1, 5, 10, 12, 15, 17, 19 e 22): três itens são diretamente relacionados ao impacto da perda auditiva nas interações sociais, quatro relacionam-se às reações emocionais frente à perda auditiva e uma se refere à percepção do indivíduo sobre a opinião dos outros acerca da sua perda auditiva;

(d) Destreza manual e visão (itens 8, 14 e 20): avalia a habilidade do indivíduo de manipular o AASI;

(e) Estima relacionada à audição (itens 6 e 21): verifica o impacto da perda auditiva na autoconfiança do indivíduo.

Neste questionário, cada afirmativa é respondida por meio de uma escala de cinco pontos, onde o participante pode responder desde “a” = Discordo totalmente até “e” = Concordo totalmente, passando por “b” = Discordo, “c” = Nem discordo e nem concordo, e “d” = Concordo.

A pontuação do questionário foi realizada manualmente, da seguinte forma: 1 ponto para a alternativa “a”, 2 pontos para “b”, 3 pontos para “c”, 4 pontos para “d” e 5 pontos para “e”. Nas subescalas de negação da perda auditiva e estima relacionada à audição, os itens 1, 2, 6 e 21 foram pontuados de forma reversa, ou

seja, 1 ponto para “e”, 2 pontos para “d”, 3 pontos para “c”, 4 pontos para “b” e 5 pontos para “a”. Deve-se ressaltar que a pontuação reversa para os itens 6 e 21 seguiu a orientação de Bastos et al. (2009).

A pontuação em uma dada subescala é obtida pela média aritmética, sendo assim a pontuação mínima é igual a “um” e a pontuação máxima é igual a “cinco”. Pontuações mais próximas de cinco estão relacionadas com uma atitude mais negativa, por exemplo: negação ao invés de aceitação da perda auditiva, associações negativas ao AASI, estratégias de enfrentamento ruins, pouca destreza manual e acuidade visual e baixa estima relacionada à audição (SAUNDERS et al., 2005).

A aplicação do questionário foi realizada pelo pesquisador, utilizando-se do formato de entrevista. A administração do ALHQ durou, aproximadamente, 10 minutos. Foi solicitado aos participantes que acompanhassem a leitura do questionário e assinalassem a letra correspondente à resposta que mais se parecia com o seu julgamento.

O ALHQ foi aplicado também pelo pesquisador em outros dois momentos: no retorno do participante para o teste do aparelho de amplificação sonora individual e pelo menos uma semana após a concessão do AASI. Cabe ressaltar que, para cada momento, foi utilizado um questionário em branco, ou seja, os participantes não tiveram contato com o respondido no encontro anterior.

4.2.2. ACONSELHAMENTO DE AJUSTE PESSOAL

As sessões de aconselhamento foram iniciadas logo após a avaliação audiológica. Todas as sessões, para todos os participantes, foram realizadas pelo pesquisador. O aconselhamento seguiu pressupostos do MTT e estratégias propostas por Babeu et al. (2004), além de materiais gerados pelo *Ida Institute*.

O *Ida Institute* (www.idainstitute.dk) é uma organização educacional independente sem fins lucrativos localizada em Copenhague, Dinamarca. Seu objetivo é proporcionar maior conhecimento e uma compreensão mais holística da complexa jornada da pessoa com deficiência auditiva de forma a fornecer subsídios para os profissionais da audiolgia, visando melhor assistência ao cliente. Este instituto tem como compromisso gerar e transmitir conhecimento inovador, prático e factível organizado em torno de conceito de aprendizagem colaborativa que melhora

e facilita o intercâmbio entre pensamentos, lideranças, profissionais, educadores e grupos de apoio profissional.

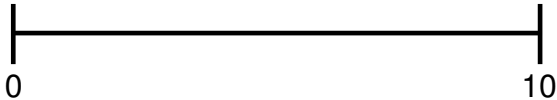
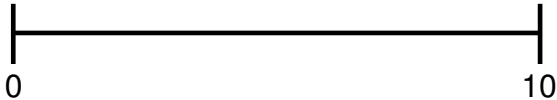
Dentre os materiais gerados pelo *Ida Institute* estão a “Escala de Prontidão” e a Balança Decisória as quais foram utilizados neste estudo.

A “Escala de Prontidão” é uma adaptação da proposta de Rollnick et al. (1999). Ela é utilizada para esclarecer onde o paciente se vê no processo de mudança e foca a importância da mudança de comportamento desejado, a autoconfiança do paciente e crença na sua própria capacidade para alcançar esta mudança. Duas escalas são utilizadas na proposta do *Ida Institute* (Figura 2):

- Primeira: usada para identificar o objetivo, o quanto é importante para o paciente melhorar a sua audição naquele momento.
- Segunda: usada para identificar o processo e investigar a crença na autoeficácia, como o paciente classifica a sua vontade de chegar a uma solução específica.

Os pacientes são convidados a responder cada questão em uma escala de zero a 10 (Bundesen, 2010).

Figura 2 – “Escala de Prontidão”

1. O quanto é importante para você melhorar a sua audição agora? 
2. Quanto você acredita estar preparado para usar, por exemplo, aparelhos auditivos ou estratégias de comunicação? 

A Balança Decisória (Figura 3), por sua vez, é uma adaptação de Janis e Mann (1977). Usada em combinação com a “Escala de Prontidão”, auxiliará o paciente a tornar-se consciente de suas próprias questões negativas e positivas em torno da perda auditiva e proporcionar uma melhor imagem do que o motiva e o apóia para a mudança. Ao preenchê-la, o paciente faz uma imagem clara de si mesmo de sua ambivalência – indicando seus motivos para a continuação de um

comportamento indesejável e seus motivos para querer mudar esse comportamento. A mesma é projetada para abrir um profundo diálogo com o paciente podendo levá-lo a convencer-se a mudar o seu comportamento (Bundesen, 2010).

Figura 3 – Balança Decisória

1. Quais as vantagens em continuar como está? Sem usar aparelhos auditivos.	2. Quais as desvantagens em continuar como está? Sem usar aparelhos auditivos.
3. Quais as desvantagens em usar aparelhos auditivos?	4. Quais as vantagens em usar aparelhos auditivos?

Todas as sessões de aconselhamento foram filmadas por meio de uma câmera Sony Handycam DCR-SR45 com o auxílio de um tripé semi-profissional Goldship. Exceções ocorreram para um participante (P14) que não foi filmado na primeira sessão e outro (P9) que se recusou a ser filmado na segunda e terceira sessão de aconselhamento. O tempo de duração, em minutos, das sessões filmadas com cada participante pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 – Tempo de duração, em minutos, de cada sessão de aconselhamento

Participante	1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão
P1	41	15	23
P2	34	27	54
P3	46	23	23
P4	29	14	17
P5	22	30	49
P6	35	26	22
P7	35	12	10
P8	48	41	66

P9	15	-	-
P10	38	35	30
P11	28	25	51
P12	29	29	20
P13	45	37	73
P14	-	22	17
P15	54	33	43
P16	19	29	27
P17	18	30	51
P18	27	26	32
P19	29	31	15
P20	44	28	28
Maior duração	54	41	73
Menor duração	15	12	10
Média ± dp	33,47 ± 10,98	27,00 ± 7,54	34,26 ± 18,30

4.2.2.1. *PRIMEIRA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO*

A primeira sessão de aconselhamento variou em torno de 15 a 54 minutos. Pelo fato da primeira sessão ocorrer logo após os procedimentos de diagnóstico audiológico e, na Divisão de Saúde Auditiva, os procedimentos de otoplastica (quando necessários, apesar de que os mesmos deveriam ser realizados após a sessão de aconselhamento como ocorreu na Clínica de Fonoaudiologia) e aplicação do ALHQ, o aconselhamento geralmente se iniciava com o pesquisador questionando o participante sobre quais informações o mesmo gostaria de receber a respeito do diagnóstico da deficiência auditiva.

De acordo com a resposta do participante a esta questão era realizado o aconselhamento informativo a respeito da deficiência auditiva e/ou aparelho de amplificação sonora individual fazendo uso de uma linguagem simples para melhor entendimento e com o apoio de informações visuais e animações contidas no software eCaps (Oticon, 2006). Este momento foi direcionado à conscientização do indivíduo, aumentando o nível de sensibilização do mesmo quanto à sua perda auditiva e a necessidade do uso do AASI. O participante também foi questionado

quanto à comunicação e convívio social de modo a permitir uma breve auto-avaliação sócio-ambiental quanto aos efeitos negativos do seu problema de audição.

Pelo fato de todos os participantes apresentarem perda auditiva do tipo neurosensorial, a alternativa de tratamento indicada pelo otorrinolaringologista era a utilização do aparelho de amplificação sonora individual. Em virtude de a pesquisa ser realizada em um serviço de saúde auditiva os participantes puderam observar nas salas de espera outros indivíduos com deficiência auditiva usuários de AASI, assim o pesquisador aproveitou-se desta observação para levá-lo a uma reflexão sobre como a sociedade está reagindo à pessoa com deficiência auditiva e ao uso do aparelho de amplificação sonora individual, propiciando uma breve reflexão quanto o processo de liberação social.

Ainda nesta primeira parte da sessão, o pesquisador questionou os participantes a respeito de seus sentimentos com relação ao diagnóstico recebido, sua dificuldade de audição e possibilidade do uso do AASI.

Na segunda parte da sessão foi utilizada a “Escala de Prontidão”. Foi solicitando ao participante indicar de 0 (nem um pouco) a 10 (muito), o quanto era importante melhorar sua audição e, em seguida, utilizando uma escala idêntica, o quanto o mesmo acreditava estar preparado para utilizar o AASI ou estratégias de comunicação.

Nesta ocasião, após o participante responder a cada pergunta, o pesquisador questionava-o quanto a sua nota. O que o levou a dar determinada nota. Quando a nota era próxima a nota máxima, o pesquisador questionava “Por que não 10?” e quando essa nota ficava próxima ao meio da escala, a pergunta era “Por que não 0?”. Essas informações auxiliavam oportunamente para uma reflexão quanto à auto-eficácia, a confiança que o indivíduo tinha em si mesmo para superar o seu problema de audição e enfrentar o desafio da mudança que é o uso do AASI. O pesquisador questionava o participante se em algum momento, em sua vida, o mesmo ou alguma pessoa próxima teve que tomar alguma decisão a qual exigisse persistência, tais como uso de óculos, prótese dentária ou alguma outra parecida e que após persistir, havia se tornado um hábito e, por meio da resposta, comparava com o uso do AASI.

Posteriormente o participante foi solicitado a responder qual das proposições de Babeu et al. (2004), como apontado no Quadro 1, melhor descrevia

a sua situação naquele momento. Cada afirmativa das que se segue reflete um estágio de mudança o qual o indivíduo, indiretamente, apontou ao pesquisador.

Quadro 1 – Estágios de Mudança (proposições de Babeu et al., 2004)

Estágio de Mudança	Proposições
Pré-contemplação	No momento não estou preparado para usar aparelhos auditivos.
Contemplação	Tenho pensado que eu possa precisar de aparelhos auditivos.
Preparação	Comecei a procurar informações sobre aparelho auditivo.
Ação	Eu estou pronto para usar aparelhos auditivos se eles forem recomendados.
Manutenção	Eu estou confortável com a idéia de usar aparelhos auditivos.

Colocar todas essas proposições para que o participante optasse por a que melhor se identificava foi importante para identificar o estágio de mudança em que o mesmo está para delinear a melhor estratégia para o aconselhamento. Babeu et al. (2004), como indicado na Tabela 6, põe como marca do estágio de mudança de ação a aquisição do AASI e o de manutenção o uso do AASI. Propondo uma adaptação dessas proposições para este estudo, foi classificada proposição que se refere ao estágio de manutenção como sendo também referente ao estágio de ação uma vez que, para o estágio de manutenção, o participante teria que, segundo Babeu et al. (2004), estar usando o AASI e o novo comportamento desejado e adquirido há pelo menos seis meses.

Tabela 6 – Estágios de mudança e processos envolvidos em cada estágio

Estágio de mudança	Processos de mudança	Exemplo de atividade
Pré-contemplação e Contemplação	Conscientização	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações sobre a sua perda auditiva, o impacto da mesma na qualidade de vida, bem como as causas da perda auditiva que se referirem a este indivíduo; • Listar as vantagens e desvantagem

		em buscar ajuda quanto à perda auditiva.
	Catarse	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir sobre o impacto da falha de comunicação na vida indivíduo; • Tentar providenciar os AASIs.
	Avaliação sócio-ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Devem ser ilustrados os efeitos negativos que a DA não tratada pode ter sobre uma pessoa, tais como ansiedade, sintomas de depressão, frustração, insegurança e redução da interação social, além de afetar negativamente também a vida familiar.
	Liberação social	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir os caminhos que a sociedade de modo geral está assistindo os indivíduos com DA.
	Auto-avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir os estigmas, mitos e crenças a respeito da perda auditiva e/ou do AASI.
Preparação	Auto-liberação	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir sobre o aproveitamento máximo do AASI; • Fazer uma escala de balanço decisório listando os “prós e contras” quanto ao uso do AASI.
Ação	Reforço do gerenciamento	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir o AASI; • Participação do indivíduo e do outro significante do treino de uso do AASI; • Pedir para que o paciente registre, durante este primeiro mês, as suas principais experiências com o AASI.
	Contra-	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencias experiências de

Manutenção	condicionamento	<p>detalhes positivos sobre o uso diário do AASI;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar técnicas de relaxamento quando experienciado a ansiedade devido à perda auditiva bem como ao uso do AASI.
	Controle de estímulos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consulta de acompanhamento na qual serão fornecidas instruções adicionais sobre o uso do AASI se necessário.
	Apoio social	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximar ainda mais pessoas significativas do processo de reabilitação auditiva o qual o paciente está passando.

Finalmente, foi solicitado ao participante preencher a balança decisória, com o objetivo de analisar as crenças do paciente quanto à sua audição e ao uso do AASI, auxiliando-o no processo de mudança de auto-avaliação, para que o mesmo pudesse tomar decisões adequadas frente a este novo desafio. Por meio da Balança Decisória é possível tornar consistente visivelmente os prós e contras da audição prejudica e do uso do AASI, permitindo a percepção da ambivalência, ou seja, do querer e não querer a mudança comportamental.

O pesquisador aplicou a balança decisória no formato de entrevista para que, após refletir sobre cada pergunta, os participantes pudessem preencher a balança. Dois participantes, P11 e P12, não conseguiram preencher, P11 não era alfabetizado e P12 alegou não saber mais escrever, sendo necessário que o pesquisador, após momento de reflexão, peça para que o participante dite suas respostas para que o profissional possa registrar.

As informações que os participantes escreveram na balança decisória constituíam uma síntese de suas elocuções. Desta forma, a fim de obter maiores informações, foi avaliada também a filmagem da sessão de cada participante, ou seja, do momento da reflexão após cada pergunta o qual foi transcrito. Com exceção

do participante P14 que não tem a filmagem da primeira sessão, neste caso foram utilizadas as suas respostas escritas na balança decisória. As respostas dadas na balança decisória proporcionaram também a inferência do estágio de mudança em que o participante se encontrava por meio de análise das mesmas proposta por Prochaska et al. (1994) onde “prós e contras” estão sistematicamente relacionados com o estágio de mudança: os “contras” superando os “prós” no estágio de pré-contemplação havendo um cruzamento entre eles nos estágios intermediários (contemplação e preparação) e os “prós” compensando os “contras” no estágio de ação.

Ao término desta sessão o pesquisador solicitava ao participante que realizasse uma reflexão sobre os aspectos discutidos e, caso surgissem outras questões, estas poderiam ser abordadas no próximo encontro.

Além dos processos de mudança cognitivos citados durante a explanação da primeira sessão de aconselhamento, os outros processos comportamentais também foram abordados de acordo com as questões levantadas pelo paciente, as quais o pesquisador se portou seguindo a Tabela 6.

Mesmo tendo participantes que haviam passado pelo processo de otoplática antes do aconselhamento, o pesquisa perguntou a todos se estavam dispostos, depois da primeira sessão de aconselhamento, a ir para o teste com o AASI e todos responderam que sim, que estavam preparados para teste.

4.2.2.2. SEGUNDA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO

A segunda sessão de aconselhamento ocorreu no retorno para testes com AASI havendo uma variação de tempo entre a primeira e a segunda sessão que pode ser observada na Tabela 7. Porém, antes dos testes e após a segunda aplicação do questionário ALHQ, com duração variando entre 12 e 41 minutos. O pesquisador iniciava a sessão perguntando como o participante passou entre a primeira e a segunda sessão, se havia surgido alguma dúvida e a esclarecia caso houvesse alguma. Em seguida, pedia para que o participante contasse o que ele mais se lembrava da conversa anterior e o convidava a retomar o conteúdo discutido na sessão anterior.

Nessa retomada, eram apresentadas ao participante a Escala de Prontidão, as Proposições de Babeu et al. (2004) e a Balança Decisória preenchidas

no primeiro encontro para que o mesmo pudesse rever e apontar qualquer mudança que pudesse ter ocorrido ou apenas confirmar o que havia escrito anteriormente.

4.2.2.3. TERCEIRA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO

A terceira sessão de aconselhamento ocorreu ao menos sete dias após a concessão do AASI, com duração entre 10 e 73 minutos. Inicialmente, o pesquisador solicitava ao participante que respondesse ao questionário ALHQ v3.0 no formato “usuário”.

A sessão era iniciada com o pesquisador perguntando ao participante como foi a sua experiência com o AASI e se havia surgido alguma dúvida decorrente à sua perda auditiva e/ou ao uso do AASI e, caso houvesse, elas eram esclarecidas pontualmente pelo pesquisador, ou seja, seria feito o aconselhamento informativo com uma escuta direcionada aos interesses dos participantes. Em seguida, o pesquisador convidava o participante a revisar a Escala de Prontidão, as Proposições de Babeu et al. (2004) e a Balança Decisória respondidas na primeira sessão e alteradas ou não na segunda.

Porém, agora observando o relato da sua experiência comparado ao benefício esperado com a mudança. Foram permitidas novas elaborações no sentido de uso do AASI.

4.2.3. SELEÇÃO, VERIFICAÇÃO E CONCESSÃO DO APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL

Após o diagnóstico audiológico, os participantes seguiram o protocolo de atendimento de acordo com o estabelecimento no qual cada um estava matriculado. Todos passaram pela seleção, verificação e concessão de AASI. Vale ressaltar que, tanto na Clínica de Fonoaudiologia quanto na Divisão de Saúde Auditiva, os fonoaudiólogos que realizavam o diagnóstico foram orientados para, na devolutiva ao participante, se aterem a dar somente o diagnóstico e informá-los que em seguida teriam um profissional, neste caso o pesquisador, que responderia a todas as suas dúvidas quanto ao AASI e sua audição.

Na Clínica de Fonoaudiologia, os participantes (n= 7, 35%), após o diagnóstico, eram encaminhados ao pesquisador para a sessão de aconselhamento.

O pesquisador, juntamente com o fonoaudiólogo que realizou o diagnóstico da deficiência auditiva, antes da primeira sessão, definia o tipo de AASI apropriado a cada participante levando em consideração os dados audiométricos e anamnéticos. E, a partir de então, o aconselhamento era direcionado ao indivíduo enfocando também o tipo de AASI selecionado e a sua perda auditiva. Após o término desta primeira sessão, todos aceitaram passar pelo teste de AASI e quatro participantes foram para a otoplástica com o pesquisador ou o mesmo fonoaudiólogo responsável pelo diagnóstico.

No retorno para teste de AASI, ainda na Clínica de Fonoaudiologia, com exceção do participante o qual foi concedido AASI intracanal, o pesquisador fez testes com três diferentes AASIs para cada participante, porém ambos eram do mesmo tipo. Por exemplo, se para o participante, foi selecionado um AASI retroauricular, o mesmo testaria três AASIs diferentes, no entanto, todos retroauriculares e assim por diante. Cada AASI era programado segundo a perda auditiva do participante. Após ser programado, o AASI era colocado no participante que testaria em ambientes diferentes (dentro da clínica e nos seus arredores) e também conversando com o pesquisador em ambiente clínico e, em seguida, era realizado o teste de medidas objetivas com o microfone sonda. Durante o teste com microfone sonda, o pesquisador poderia realizar ajustes finos na programação do AASI conforme necessidade apontada tanto pelo participante quanto pelo que demonstravam as medidas. Depois de ter testado os três, o participante julgava o qual lhe foi melhor, ou seja, com qual se sentiu mais confortável e, com este, seguia para a audiometria em campo livre para verificação das medidas funcionais ou subjetivas e teste de percepção de fala (TPF).

O participante que teve como indicação o AASI intracanal veio para o teste quando seu AASI foi enviado pelo fabricante à clínica com a capsula personalizada e fez todas as medidas e o TPF com o mesmo, não sendo testado nenhum outro e saiu com o ele já concedido. Exceto este, os demais participantes tiveram que retornar à Clínica de Fonoaudiologia para receber seus AASIs quando os mesmos viessem após solicitação ao SUS. Neste retorno, o AASI era programado conforme registro do teste e eram realizadas as medidas com microfone sonda e em campo livre além do TPF e, em seguida, o mesmo era concedido a participante.

Quanto aos participantes matriculados na Divisão de Saúde Auditiva (n= 13, 65%), após o diagnóstico audiológico, todos eram encaminhados para um segundo fonoaudiólogo que fez a seleção do AASI. Esta seleção ocorreu com base nos dados audiométricos e anamnéticos, além da opinião do participante, ou seja, o profissional mostrava imagens dos tipos de AASI, informava o que mais era compatível com a DA em questão e o participante opinava sobre qual tipo lhe agradava. Geralmente, o tipo de AASI adotado para teste foi o indicado pelo participante, independente de ser ou não o mais apropriado para a perda auditiva. Dos 13 participantes, cinco precisaram realizar otoplastica a qual foi feita pelo fonoaudiólogo da seleção. Em seguida, os participantes eram encaminhados ao pesquisador para a sessão de aconselhamento.

A Divisão de Saúde Auditiva mantém um estoque variado de AASI, o que viabiliza de forma mais rápida a concessão do AASI. Os participantes, no retorno para teste, com exceção dos que optaram por intra e micro-canal, o fizeram com três AASIs igualmente aos da Clínica de Fonoaudiologia, porém receberam o AASI no mesmo dia. Bem como na Clínica de Fonoaudiologia, os participantes colocaram os três AASIs e testaram em ambientes diferentes (dentro da clínica e nos seus arredores) e também conversando, neste caso, não com o pesquisador, mas sim com um terceiro fonoaudiólogo. E, após os testes, com o AASI que o participante julgava ser o mais confortável, eram feitas as medidas objetivas com microfona sonda, as funcionais ou subjetivas por meio da audiometria em campo livre e o TPF. O profissional, durante a realização das medidas, poderia fazer alguns ajustes finos quanto à programação do AASI. Como na Clínica de Fonoaudiologia, os participantes que receberam AASI intra ou micro-canal, testaram somente o seu personalizado quando o mesmo foi enviado à Divisão de Saúde Auditiva após confecção da cápsula.

Na Tabela 7, pode-se observar o tempo entre a primeira e segunda sessão de aconselhamento, teste e concessão de AASI, bem como o período de experiência de cada participante com a amplificação. É possível notar que há uma variação considerável quanto ao tempo entre a primeira e segunda sessão e entre o teste e a concessão de AASI. Isto se deve a diferença do funcionamento de ambos os estabelecimentos.

Quando se trata de participantes que receberam AASI intra ou micro-canal (P5, P9, P13 e P18), em ambos os serviços, o tempo entre a primeira e

segunda sessão de aconselhamento é maior, pois tanto em um quanto no outro há a dependência das empresas de AASI para a confecção da cápsula. No entanto, os participantes que receberam retroauricular e open fit, na Divisão de Saúde Auditiva, precisaram aguardar somente o tempo para vaga e agendamento para teste e concessão de AASI no mesmo dia, enquanto que os da Clínica de Fonoaudiologia, o agendamento para o teste foi rápido, porém tiveram que aguardar um longo tempo para que o AASI solicitado ao SUS fosse providenciado e então concedido ao mesmo. Isto explica o tempo maior no período entre o teste e a concessão de AASI para os participantes deste serviço.

Tabela 7 - Período entre as sessões de aconselhamento, teste e adaptação e experiência com de AASI

Participante	Período entre a 1ª e 2ª sessão de aconselhamento	Período entre teste e concessão de AASI	Período entre 2ª e 3ª sessão de aconselhamento	Período de experiência com AASI
	(dias)	(dias)	(dias)	(dias)
P1	9	127	134	7
P2	8	106	114	8
P3	13	92	99	7
P4	8	76	83	7
P5	98	0	7	7
P6	8	70	77	7
P7	15	51	58	7
P8	27	0	7	7
P9	45	0	7	7
P10	25	0	8	8
P11	36	0	17	17
P12	36	0	12	12
P13	56	0	7	7
P14	35	0	28	28
P15	40	0	7	7
P16	39	0	12	12
P17	39	0	20	20
P18	55	0	7	7
P19	26	0	9	9

4. Material e Métodos

69

P20	15	0	7	7
Média ± dp	31,65 ± 21,93	26,10 ± 43,21	36,00 ± 41,84	9,90 ± 5,61

4.3. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados resultantes da Escala de Prontidão, Proposições de Babeu et al. (2004) e da Balança Decisória foi realizada de forma descritiva por meio do software Pacotico (v. 5.0). Os resultados do ALHQ foram analisados por meio do teste não paramétrico de Friedman comparando cada subescala nos três momentos. Para este caso, adotou-se um nível de significância de 5% foi adotado.

5. Resultados

5. RESULTADOS

5.1. PRIMEIRA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO

As respostas dos participantes para a Escala de Prontidão e Proposições de Babeu et al. (2004) obtidas na primeira sessão de aconselhamento encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8 – Respostas para Escala de Prontidão e Proposições de Babeu et al. (2004) na primeira sessão de aconselhamento

Participante	Escala de Prontidão		Proposição*
	Questão 1	Questão 2	Babeu et al. 2004
P1	9	5	2
P2	10	10	4
P3	10	10	4
P4	10	10	4
P5	9	10	4
P6	10	10	4
P7	10	10	4
P8	10	10	4
P9	10	6	1
P10	10	10	4
P11	10	10	4
P12	10	10	4
P13	8,5	10	4
P14	10	10	4
P15	10	10	4
P16	9	10	4
P17	10	10	4
P18	10	10	4
P19	10	10	4

P20	10	10	4
Máximo	10	10	10
Mínimo	8,5	5	1
Mediana	10	10	4

*1= Pré-contemplação; 2= Contemplação; 3= Preparação; 4= Ação

O Quadro 2 mostra as respostas do grupo de participantes para a balança decisória.

Quadro 2 – Balança Decisória na primeira aplicação

<p>1. Quais as vantagens em continuar como está? Sem usar aparelhos auditivos.</p> <p>Não vêem benefício (n = 19)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) não vejo vantagem (...); - (...) não tem vantagem (...); - (...) não tem benefício (...). <p>Estética (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) o aparelho mostra muito (...). <p>Comodidade (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) é melhor para dormir (...). 	<p>2. Quais as desvantagens em continuar como está? Sem usar aparelhos auditivos.</p> <p>Dificuldade auditiva (n = 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) desvantagem de não ouvir (...); - (...) não escuto direito (...); - (...) não escuto nada (...); - (...) prejuízo na audição (...); - (...) porque não escuto (...); - (...) quero ouvir direito e não ficar perguntando (...); - (...) não ouvir (...); - (...) ter que aumentar o volume (...); - (...) ter que apelar para recursos para ouvir (...); - (...) perda de informação (...); - (...) necessidade de aumentar o volume (...); - (...) ficar perguntando (...); - (...) não ouvir bem (...); - (...) dificuldade em ouvir de longe (...); - (...) sem aparelho se escuta bem pouco (...);
---	--

	<p>- (...) não escutar o telefone tocar (...).</p> <p>Restrição de participação (n = 11)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) desvantagem em conversar (...); - (...) problemas de comunicação (...); - (...) desvantagem na comunicação (...); - (...) difícil conversar com os outros, escutar o que os outros falam (...); - (...) dificuldade em se comunicar (...); - (...) não saber o que os outros estão falando, ver os outros conversar, olhar e rir; não escutar o que falam (...); - (...) não entender o que os outros falam (...); - (...) não entender direito (...); - (...) continuar não podendo conversar (...); - (...) não poder se comunicar (...); - (...) desvantagem no trabalho (...) <p>Receio de que a DA seja progressiva (n= 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) ruim porque vou perdendo mais a audição (...); - (...) perdendo ainda mais a audição (...); - (...) medo da minha perda ser progressiva”). <p>Dificuldade no relacionamento (n= 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) uma possível até separação (...); - (...) conversar com meu filho e falar com meu marido pela manhã (...). <p>Questões de ordem emocional (n= 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) para mim é triste (...); - (...) não quero mais ser rotulada de surda (...);
--	---

	<p>Limitação de atividade (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) desvantagem no trabalho; ouvir de longe no trabalho (...).
<p>3. Quais as desvantagens em usar aparelhos auditivos?</p> <p>Não vêem desvantagem (n = 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) não vejo desvantagem (...); - (...) não tem desvantagem (...); - (...) não tem custo nenhum (...). <p>Manuseio (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) devido à minha visão (...). <p>Funcionalidade do AASI (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) pode aumentar o barulho no meu serviço e me irritar (...). 	<p>4. Benefícios da mudança. De tomar medidas para melhorar a sua audição.</p> <p>Melhorar a audição (n= 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) vantagem de ouvir (...); - (...)melhorar a audição (...); - (...) escutar direito (...); - (...) ouvir melhor (...); - (...) ouvir os passarinhos (...); - (...) ouvir sem precisar de repetições (...); - (...) melhorar a audição nos sons que tenho dificuldade e não precisar apelar para recursos para ouvir (...); - (...) não vou precisar ficar perguntando (...); - (...) ouvir mais; mais rapidez em assimilar as coisas (...); - (...) ouvir sem pedir pra repetir (...); - (...) escutar bem melhor - (...) escutar melhor” (...) <p>Melhorar quanto à restrição de participação (n= 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) melhorar a comunicação (...); - (...) melhorar a minha qualidade no serviço (...); - (...) poder me comunicar melhor (...); - (...) ouvir melhor para me comunicar e

	<p>ouvir quando me chamam (...);</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) escutar as pessoas me chamarem (...);- (...) comunicação maior com as pessoas (...);- (...) assistir filmes que não seja apenas dublado (...);- (...) atender e entender melhor os clientes (...);- (...) se comunicar; conversar mais (...);- (...) não vou ficar perguntando “ahn?” (...). <p>Melhorar no relacionamento (n= 5)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) vantagem na família (...);- (...) melhorar no relacionamento (...);- (...) até para ouvir a minha família (...);- (...) relacionar (...);- (...) judar na questão do relacionamento (...). <p>Melhorar quanto à limitação de atividade (n= 3)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) melhor para atender o telefone (...);- (...) melhorar na produção (...);- (...) vantagem de ensinar (...). <p>Qualidade de vida (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) melhora no bem-estar (...). <p>Questão de ordem emocional (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) não vou ficar irritada por não entender (...).
--	--

5.2. SEGUNDA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO

As respostas da Escala de Prontidão e das Proposições de Babeu et al. (2004) encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9 – Escala de Prontidão e Proposições de Babeu et al. (2004) na segunda sessão de aconselhamento

Participante	Escala de Prontidão		Proposição*
	Questão 1	Questão 2	Babeu et al. 2004
P1	9	5	2
P2	10	10	4
P3	10	10	4
P4	10	10	4
P5	10	10	4
P6	10	10	4
P7	10	10	4
P8	10	10	4
P9	10	6	4
P10	10	10	4
P11	10	10	4
P12	10	10	4
P13	8,5	10	4
P14	10	10	4
P15	10	10	4
P16	10	10	4
P17	10	10	4
P18	10	10	4
P19	10	10	4
P20	10	10	4
Máxima	10	10	4
Mínima	8,5	5	2

Mediana	10	10	4
---------	----	----	---

*1= Pré-contemplação; 2= Contemplação; 3= Preparação; 4= Ação

O Quadro 3 mostra as respostas do grupo de participantes para a balança decisória.

Quadro 3 – Balança Decisória na segunda aplicação

1. Quais as vantagens em continuar como está? Sem usar aparelhos auditivos.	2. Quais as desvantagens em continuar como está? Sem usar aparelhos auditivos.
<p>Não vêem benefício (n = 19)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) não vejo vantagem (...); - (...) não tem vantagem (...); - (...) não tem benefício (...). <p>Estética (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) o aparelho mostra muito (...). <p>Comodidade (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) é melhor para dormir (...). 	<p>Dificuldade auditiva (n= 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) desvantagem de não ouvir (...); - (...) não escuto direito (...); - (...) não escuto (...); - (...) continuar com a audição prejudicada (...); - (...) não vou ouvir (...); - (...) ter que aumentar o volume (...); - (...) ter que procurar subterfúgio para ouvir (...); - (...) questão de não ouvir bem (...); - (...) perda de informação (...); - (...) necessidade de aumentar o volume (...); - (...) ter que ficar perguntando(...). <p>Restrição de participação (n= 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) desvantagem em conversar (...); - (...) problemas na comunicação (...); - (...) desvantagem na comunicação (...); - (...) desvantagem no emprego (...); - (...) difícil conversar com os outros e não entender (...); - (...) não tem como conversar (...);

	<ul style="list-style-type: none"> - (...) não entender o que estão falando (...); - (...) não entender o que os outros falam (...); - (...) não entender direito o que falam (...). <p>Dificuldade no relacionamento (n= 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) na questão do relacionamento (...); - (...) escutar o que os outros falam inclusive o marido (...); - (...) não poder se relacionar com as pessoas (...); - (...) ao falar com o filho e com o marido pela manhã (...). <p>Limitação de atividade (n= 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) problema em atender o telefone (...); - (...) ouvir a TV (...); - (...) desvantagem ao telefone (...).
<p>3. Quais as desvantagens em usar aparelhos auditivos?</p> <p>Não vêem desvantagem (n = 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) não vejo desvantagem (...); - (...) não tem desvantagem (...); - (...) não tem custo nenhum (...). <p>Manuseio (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) devido à minha visão (...). <p>Funcionalidade do AASI (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) pode aumentar o barulho no meu serviço e me irritar (...). 	<p>4. Benefícios da mudança. De tomar medidas para melhorar a sua audição.</p> <p>Melhorar a audição (n= 11)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) vantagem de ouvir (...); - (...) escuta melhor (...); - (...) melhorar a audição (...); - (...) não vou precisar pedir para repetir (...); - (...) ouvir meus passarinhos (...); - (...) assimilar mais rápido as coisas (...); - (...) ouvir melhor (...); - (...) escutar bem melhor. <p>Melhorar quanto à restrição de participação (n= 9)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) melhorar na comunicação (...); - (...) melhor comunicação à distância (...);

	<ul style="list-style-type: none">- (...) melhorar ouvindo as pessoas (...);- (...) se comunicar melhor (...);- (...) poder ir no congresso e ouvir bem onde estiver (...);- (...) ouvir a palavra na igreja (...);- (...) ver se alguém está falando alguma coisa (...);- (...) entender melhor o que falam (...);- (...) atender melhor; conversar mais (...). <p>Melhorar no relacionamento (n= 4)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) qualidade na família (...);- (...) se relacionar melhor e conviver bem (...);- (...) melhorar no relacionamento (...);- (...) melhorar o convívio familiar (...). <p>Melhorar quanto à limitação de atividade (n= 3)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) qualidade no serviço (...);- (...) poder ouvir bem durante o estudo que dirijo (...);- (...) ouvir mais a TV (...). <p>Qualidade de vida (n= 3)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) sair mais (...);- (...) vou poder sair (...);- (...) melhora no bem-estar. <p>Questão de ordem emocional (n= 2)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) fico irritada quando meu marido me chama de surda (...);- (...) não vou ficar mais irritada por causa da audição (...)
--	---

5.3. TERCEIRA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO

As respostas da Escala de Prontidão e das Proposições de Babeu et al. (2004) encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10 – Escala de Prontidão e Proposições de Babeu et al. (2004) na terceira sessão de aconselhamento

Participante	Escala de Prontidão		Proposição*
	Questão 1	Questão 2	Babeu et al. 2004
P1	10	10	4
P2	10	10	4
P3	10	10	4
P4	10	10	4
P5	10	10	4
P6	10	10	4
P7	10	10	4
P8	10	10	4
P9	10	10	4
P10	10	10	4
P11	10	10	4
P12	10	10	4
P13	8,5	10	4
P14	10	10	4
P15	10	10	4
P16	10	10	4
P17	10	10	4
P18	10	10	4
P19	10	10	4
P20	10	10	4
Máxima	10	10	4
Mínima	8,5	10	4

Mediana	10	10	4
---------	----	----	---

*1= Pré-contemplação; 2= Contemplação; 3= Preparação; 4= Ação

O Quadro 4 mostra as respostas do grupo de participantes para a balança decisória.

Quadro 4 – Balança Decisória na terceira aplicação

<p>1. Quais as vantagens em continuar como está? Sem usar aparelhos auditivos.</p> <p>Não vêem benefício (n = 19)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) não vejo vantagem (...); - (...) não tem vantagem (...); - (...) não tem benefício (...). <p>Comodidade (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) é melhor para dormir (...). 	<p>2. Quais as desvantagens em continuar como está? Sem usar aparelhos auditivos.</p> <p>Dificuldade auditiva (n= 11)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) desvantagem em ouvir (...); - (...) prejuízo na audição (...); - (...) não ouço a campainha (...); - (...) não ouço o telefone (...); - (...) não ouvir (...); - (...) não ouvir as coisas mínimas (...); - (...) ter que aumentar o volume (...); - (...) aumentar o som (...); - (...) não escutava direito (...); - (...) perda de informação (...); - (...) necessidade de aumentar o volume (...); - (...) necessidade de pedir para repetir (...); - (...) sem o aparelho não escuta bem (...); - (...) fiquei sem escutar nada (...). <p>Restrição de participação (n= 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) desvantagem de não ouvir a fala (...); - (...) na comunicação (...); - (...) desvantagem na comunicação (...); - (...) desvantagem no emprego (...); - (...) não escutava direito o que falavam
---	---

	<p>(...);</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) na comunicação (...); - (...) entender (...); - (...) realizar os meus trabalhos (...); - (...) as coisas não rendem (...); - (...) as pessoas falavam e eu não ouvia e de costas viradas era pior (...); - (...) não entender o que falam (...); - (...) não ser capaz de entender (...). <p>Dificuldade no relacionamento (n= 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) problema no relacionamento (...); - (...) não poder se relacionar (...); - (...) entender o meu filho (...). <p>Limitação de atividade (n= 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) ruim para atender o telefone (...); - (...) não ouvir a televisão (...); - (...) dificuldade em atender o telefone(...)
<p>3. Quais as desvantagens em usar aparelhos auditivos?</p> <p>Não vêem desvantagem (n = 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) não vejo desvantagem (...); - (...) não tem desvantagem (...); - (...) não tem custo nenhum (...). <p>Manuseio (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) devido à minha visão (...). <p>Funcionalidade do AASI (n= 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) desvantagem em escutar barulho (...). 	<p>4. Benefícios da mudança. De tomar medidas para melhorar a sua audição.</p> <p>Melhorar a audição (n= 15)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) vantagem de ouvir (...); - (...) melhorar a audição (...); - (...) ouvindo melhor (...); - (...) ouvir os pássaros (...); - (...) agora estou ouvindo direito (...); - (...) não precisar de repetição (...); - (...) ouvir o vento batendo na porta (...); - (...) estou escutando tudo (...); - (...) assimilar mais rápido as coisas (...); - (...) ouvir melhor (...); - (...) agora seleciono o que quero ouvir (...); - (...) ouvir (...);

	<ul style="list-style-type: none">- (...) escutar melhor (...);- (...) escutei muitas coisas que não ouvia mais (...). <p>Melhorar quanto à restrição de participação (n= 11)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) melhorar na comunicação (...);- (...) na comunicação à longa distância (...);- (...) poder conversar no meio do povo (...);- (...) melhorou no banco (...);- (...) ouvir melhor para se comunicar (...);- (...) me deixou mais ativo e tranquilo no trabalho (...);- (...) ouvir as pessoas (...);- (...) comunicação com as pessoas (...);- (...) poder atender melhor os clientes (...);- (...) entender as conversar (...);- (...) posso conversar (...);- (...) trabalhar melhor (...);- (...) se comunicar mais (...). <p>Melhorar no relacionamento (n= 4)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) qualidade na família (...);- (...) se relacionar (...);- (...) melhorar no relacionamento (...);- (...) melhorou o convívio familiar (...). <p>Melhorar quanto à limitação de atividade (n= 2)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) qualidade no serviço (...);- (...) ouvir a TV (...). <p>Questão de ordem emocional (n= 2)</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) ficava irritada (...);- (...) não fiquei mais irritadas (...)
--	---

	<p>Qualidade de vida (n= 1) - (...) melhora o bem-estar (...).</p> <p>Prevenção de acidentes (n= 1) - (...)ouve o trem e o ônibus evitando perigo (...).</p> <p>Melhora nos aspectos vocais (n= 1) - (...) minha voz ficou mais calma, mais baixa (...).</p>
--	---

5.4. QUESTIONÁRIO DE ATITUDES FRENTE À DEFICIÊNCIA AUDITIVA (ALHQ)

A média e o desvio padrão quanto à pontuação em cada subescala nas três aplicações do ALHQ encontram-se no Gráfico 1. Os resultados foram analisados por meio do teste não paramétrico de Friedman comparando cada subescala nos três momentos.

Houve diferença estatisticamente significativa entre as aplicações nas subescalas “Negação da perda auditiva” e “Estratégias negativas de enfrentamento”. Na primeira, essa diferença foi constatada entre a 2ª e 3ª aplicação, enquanto que na segunda, entre a 1ª e 3ª e entre a 2ª e 3ª aplicação. Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma das subescalas entre a 1ª e 2ª aplicação.

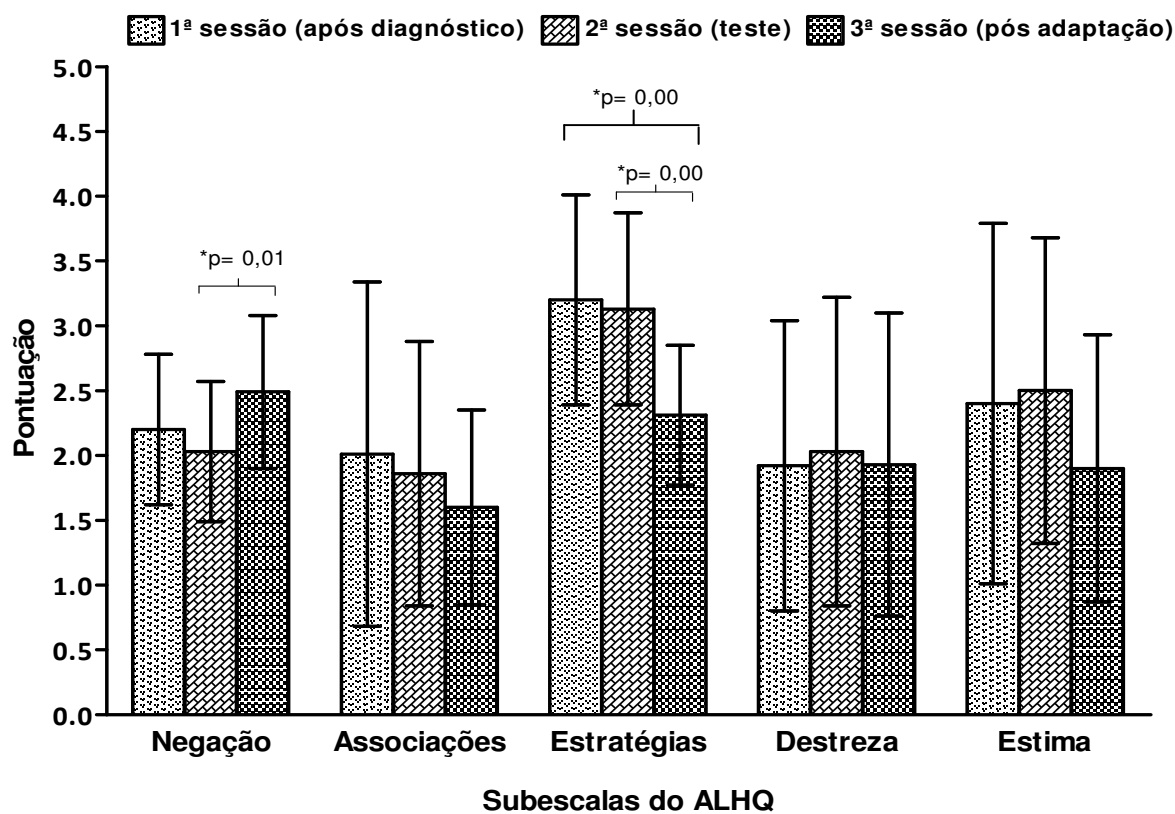


Gráfico 1 – Média \pm desvio padrão das subescalas do ALHQ nas três aplicações (n=20)

6. Discussão

6. DISCUSSÃO

Estudos como o de Elkayam e English (2003) mostram os benefícios do aconselhamento de ajuste pessoal ao usuário de AASI bem como a sua indicação já no período do diagnóstico audiológico de maneira a preparar o indivíduo para o uso da amplificação e, assim, favorecer a aderência e sucesso do tratamento (BASTOS et al. , 2009).

Entretanto, não há pesquisas até a atualidade investigando a utilização do aconselhamento, nos moldes do MTT, na etapa inicial deste processo de maneira a explorar os aspectos inerentes a este momento. Este estudo demonstrou que o modelo adotado para abordagem inicial propiciou que aspectos relacionados a sentimentos, pensamentos e crenças do usuário de AASI pudessem ser verbalizados e registrados de maneira a subsidiar o diálogo entre paciente-terapeuta para os ajustes necessários. Ampliou a investigação quanto à maneira como o indivíduo trata as informações recebidas. E, além disso, evidenciou a exequibilidade clínica do MTT, uma vez que o mesmo não demanda muito tempo para a sua aplicação como aponta a Tabela 5, onde a média de duração foi de 33,47 minutos para a primeira sessão, 27 minutos para a segunda e 34,26 minutos para a terceira e pode resultar em uma adaptação satisfatória em menor tempo de uso do AASI.

Para melhor compreensão sobre esta contribuição foram analisados os dados obtidos a partir das estratégias utilizadas nesta pesquisa: Escala de Prontidão (EP) e Balança Decisória (BD) gerados pelo *Ida Institute* e as Propostas de Babeu et al. (2004).

A utilização da Escala de Prontidão, ao atribuir uma nota a determinadas questões (“Achar importante melhorar a audição” e “Estar muito preparado para usar AASI”) permitiu ao participante estabelecer um juízo de valor que, imediatamente, remete o usuário à condição de participante ativo neste processo, devendo exercitar a auto-percepção nos três diferentes momentos do aconselhamento.

O grupo de participantes apresentou-se, de modo geral, pronto para a mudança desde o primeiro até o terceiro momento de aconselhamento como pode ser observado nas Tabelas 7, 8 e 9. A mediana encontrada em ambos os momentos foi 10. Shelton e Faucette (1999) afirmam que o indivíduo com perda auditiva neurossensorial freqüentemente decide procurar contrariado a ajuda profissional. Nessas condições os achados deste estudo parecem contraditórios com a literatura,

porém, vale lembrar que esses participantes são pacientes de um serviço público gratuito. Cox, Alexander e Gray (2005) afirmam que a configuração da saúde pública na prestação de serviço é diferente em vários aspectos fundamentais da maioria das configurações de prestação de serviço privado e que os pacientes de serviço público são sistematicamente diferentes quanto à auto-percepção quando comparados de serviço privado. Em seus estudos, os autores concluíram que pacientes do serviço público tendem a apresentar maiores expectativas antes da concessão do AASI e maior benefício e satisfação após essa concessão quando comparados com os do serviço privado. Os autores afirmam ainda que há necessidade de outras pesquisas para explorar as razões para essa diferença.

Conforme Cox, Alexander e Gray (2005), a alta expectativa dos pacientes do serviço público pode ocorrer pela ausência de uma relação comercial, envolvendo a compra e venda para a aquisição do AASI. No presente estudo, outro fator que também pode ter contribuído para o resultado da EP, refere-se ao sentimento de gratidão inerente à cultura assistencialista em nosso país, na qual o usuário do sistema SUS não tem a devida consciência de que custeia, por meio de taxas de impostos, tanto os serviços de saúde quanto os demais. Outro fator pode ser atribuído à crença de que o participante tema ser considerado como uma pessoa não colaboradora, e correr o risco de não ser contemplado com o fornecimento do AASI, caso expresse sentimentos e críticas negativas em relação ao sistema.

Além disso, dentre as variáveis não controladas neste estudo está a jornada percorrida pelo indivíduo até tornar-se participante deste. Alguns deles podem ser procedentes de outros serviços de saúde, em centros de diferentes níveis de complexidade e com variações de tempo entre a percepção da perda auditiva e a procura desse centro; ou ainda participantes que tenham procurado pela primeira vez um serviço de saúde auditiva. Estes dados poderiam ser coletados por meio da anamnese, porém, em cada um dos dois estabelecimentos onde esta pesquisa foi realizada tem um protocolo de anamnese padronizado, o qual não traz ênfase quanto a esta jornada.

Quanto às variáveis controladas neste estudo tais como gênero, idade, escolaridade, nível sócio-econômico, tempo transcorrido com a perda auditiva, média dos limiares auditivos e tipo do AASI, não foram realizadas análises estatísticas inferenciais desses dados em virtude das respostas não terem variado na maioria dos casos.

Analisando os resultados da EP de forma individualizada, observou-se que, na primeira questão, a nota mais baixa (8,5) foi a de P13, nota esta que perdurou durante as três sessões de aconselhamento. Isto se deve ao fato de que este participante era portador de Retinose Pigmentar, doença genética de caráter progressivo que afeta tanto a visão quanto à audição; quando questionado sobre o quanto era importante melhorar a sua audição, a nota dada refletia uma comparação entre os dois sentidos afetados, sendo para o participante mais importante melhorar a sua visão, não deixando de ser importante melhorar a sua audição.

Quanto à segunda pergunta da EP, dois participantes (P1 e P9) divergiram do grupo apresentando as notas 5 e 6, respectivamente, para a mesma a qual se refere quanto a acreditar estar preparado para o uso do AASI tanto no primeiro quanto no segundo momento de aconselhamento. Ambos alegaram estar diante do desconhecido e não saber se estavam preparados para tal mudança. Cabe ressaltar que o participante P1 advém de outro serviço de saúde auditiva no qual fez teste e recebeu AASI há mais de cinco anos, mas que não fez uso da amplificação devido ao fato de, segundo ele, se sentir muito incomodado com “os barulhos” que o AASI produzia, além de sentir que os sons estavam amplificados em demasia.

Tanto P1 quanto P9 indicaram alta importância quanto à melhora da audição, mas apresentaram baixa confiança a respeito do uso do AASI que era percebido como uma promessa além do seu alcance. Ao verificar a crença e a expectativa sobre as quais o participante operava mentalmente, o pesquisador utilizou-se da análise conjunta sobre a auto-eficácia, o que permitiu alcançar uma pontuação mais elevada como indicado também no estudo de Bundesen (2010).

Esses dois participantes vivenciavam o fenômeno da ambivalência, apontado pela literatura (Miller e Rollnick, 2002) como uma experiência bastante comum e uma fase normal no processo de mudança, o que não significa que o terapeuta deva forçar a resolução em uma direção específica (como por persuasão ou pela punição direta crescente de uma ação). Na terceira sessão de aconselhamento, após a experiência com AASI, ambos apresentaram alta importância quanto à melhora da audição e alta confiança a respeito do uso do AASI.

A mudança ocorrida na EP destes dois participantes na terceira sessão de aconselhamento com certeza tem influência do AASI, tendo em vista que a

mudança da nota ocorreu apenas após amplificação. Porém, P1 e P9 responderam de forma diferente as Proposições de Babeu et al. (2004), o primeiro apontou, tanto na primeira quanto na segunda sessão de aconselhamento, proposição referente ao estágio de contemplação enquanto que o segundo, na primeira sessão apontou a de pré-contemplação e na segunda, avançou para a de ação.

Neste estudo, a EP pode ter contribuído para a reflexão a respeito da importância da mudança, auto-confiança e crença do participante na sua capacidade de alcançar a mudança. Ao passo que as Proposições de Babeu et al. (2004) permitiram ao participante a tomada de consciência quanto ao momento em que se situava desde a reflexão na EP. De maneira geral, o grupo de participantes indicou o estágio de ação como compatível à sua condição motivacional, por meio das referidas proposições, em ambas as sessões de aconselhamento.

Outra ferramenta utilizada foi a Balança Decisória a qual trouxe à tona os elementos que levaram os participantes a atribuir o valor para o EP e a posição em Babeu et al. (2004). A BD foi analisada conforme proposto por Prochaska et al. (1994), sendo que os “prós e contras” foram sistematicamente relacionados com o estágio de mudança: os “contras” superando os “prós” no estágio de pré-contemplação havendo um cruzamento entre eles nos estágios intermediários (contemplação e preparação) e os “prós” compensando os “contras” no estágio de ação. De modo geral, o grupo de participantes estava, desde o primeiro até o terceiro momento de aconselhamento, no estágio de ação. O único participante que indicou uma posição de transição entre o estágio de contemplação e preparação foi P1, reforçando a vivência da ambivalência.

A utilização da Balança Decisória permitiu que participantes refletissem sobre os “prós” e “contras” de continuar com a audição prejudicada e o uso de AASI e elencassem os diferentes elementos referentes à dificuldade auditiva, restrição de participação, limitação de atividade, relacionamento, questões emocionais, qualidade de vida, prevenção de acidentes e aspectos vocais. Possibilitou ainda, ao pesquisador juntamente com cada participante atribuir um peso para essas vantagens e desvantagens, umas em detrimento das outras, promovendo o processo de mudança.

O modelo transteórico, como modelo centrado na pessoa, aplicado com as estratégias nesta pesquisa é uma proposta objetiva e factível para que o processo de reabilitação contemple, registre e opere com aspectos, por vezes,

considerados subjetivos e, assim, fora do alcance do fonoaudiólogo. Por meio dele foi possível, ao pesquisador, identificar as diferenças entre os participantes deste estudo e organizar o raciocínio clínico e o fluxo dos atendimentos posteriores.

Esta abordagem inicial servirá de base, até mesmo comparativa, para as próximas etapas do processo de adaptação uma vez que este processo deve ser contínuo tendo em vista que, entre os estágios de mudança, pode haver recaídas até atingir o estágio de término no qual, segundo Prochaska (2008), não importa a situação que enfrente, o indivíduo estará confiante de que manterá um comportamento saudável.

Além disso, esta abordagem vem instituir o momento de escuta durante o processo de diagnóstico da perda auditiva e adaptação de AASI. Trata-se de uma escuta diferenciada, mais apurada e que exige uma mudança de postura profissional no sentido de romper com práticas convencionais arraigadas no modelo médico, o qual reforça o papel passivo do paciente. Exige também o exercício e treino de habilidades do terapeuta que promovam atitudes e comportamentos pró-ativos do usuário que perceber-se então como participante ativo e co-responsável pelo processo.

Neste estudo, o ALHQ foi utilizado para avaliar as atitudes dos participantes antes de cada sessão de aconselhamento, ou seja, após o diagnóstico audiológico, no retorno para teste com AASI e após experiência de, ao menos, sete dias com o AASI. Esses três momentos foram comparados entre si como pode ser observado no Gráfico 1. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a primeira e segunda aplicação, ou seja, uma única sessão de aconselhamento não gerou diferença estatisticamente significativa quanto às atitudes dos participantes frente à deficiência auditiva e uso do AASI.

Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre a primeira e segunda aplicação do ALHQ, é possível observar, no Gráfico 1, uma tendência a maior homogeneidade nas subescalas de Associações Negativas e Estima com relação à audição devido à diminuição do desvio padrão entre uma aplicação e a outra. Do ponto de vista clínico, esta diminuição permite inferir sobre a maior disposição do indivíduo para as mudanças que se fazem necessárias no processo de adaptação do AASI uma vez que a subescala Estima denotou que o grupo de participantes retomou sua capacidade de autoconfiança para aqueles níveis prévios antes da detecção da perda, bem como a capacidade de expressão

positiva de pensamentos e idéias, ao passo que a subescala Associações Negativas apontou a diminuição na percepção negativa quanto à utilização do AASI como um sinal de envelhecimento e amenizando os sentimentos de vergonha.

Além disso, Saunders et al. (2005) avaliaram a confiabilidade teste-reteste do ALHQ por meio do coeficiente de correlação de Pearson obtendo os seguintes valores para cada subescala: Negação da perda auditiva, $r = 0,85$; Associações Negativas, $r = 0,84$; Estratégias Negativas de Enfrentamento, $r = 0,88$; Destreza Manual e Visão, $r = 0,79$; e Estima relacionada a audição, $r = 0,65$. Ou seja, a confiabilidade teste-reteste variou de boa (0,6 até 0,8) a excelente (acima de 0,8). Aplicando o mesmo coeficiente de correlação de Pearson nos participantes deste estudo, entre a primeira e segunda aplicação, obteve-se o seguinte resultado: Negação da perda auditiva, $r = 0,29$; Associações Negativas, $r = 0,49$; Estratégias Negativas de Enfrentamento, $r = 0,40$; Destreza Manual e Visão, $r = 0,33$; e Estima relacionada à audição, $r = 0,66$. Portanto, a única subescala que obteve o resultado semelhante ao do estudo de Saunders et al. (2005) foi a de Estima relacionada à audição. Nas demais subescalas, essa diferença encontrada no valor de “r” pode ser atribuída ao aconselhamento que possibilitou uma maior variação nas respostas entre a primeira e segunda aplicação. Porém, vale ressaltar que estes achados do estudo de Saunders et al. (2005) são da versão do ALHQ em inglês e aplicada na população norte-americana, não há estudos que comprovem os mesmos resultados para a versão em português e aplicada no Brasil.

Diferenças estatisticamente significante ocorreram na subescala de “Negação da perda auditiva”, entre a segunda e terceira aplicação ($p = 0,01$), e na de “Estratégias negativas de enfrentamento” entre a primeira e terceira ($p = 0,00$) e entre a segunda e terceira ($p = 0,00$) aplicação, ou seja, houve diferenças estatisticamente significantes entre a aplicação do ALHQ quando os participantes eram candidatos de quando eram usuários. No entanto, não há estudos que tenham comparado os resultados do ALHQ em pacientes antes e depois da concessão do AASI. Na literatura comparam-se os resultados do ALHQ de indivíduos candidatos a uso de AASI com indivíduos que fazem uso da amplificação, ou seja, pessoas diferentes (Bastos et al., 2009; Cienkowski e Saunders, 2000; Saunders et al., 2005). Bastos et al. (2009) encontrou diferença estatisticamente significante entre candidatos e usuários na subescala “Estratégia negativas de enfrentamento”, porém na subescala de “Negação da perda auditiva”, não. Cienkowski e Saunders (2000) e Saunders et

al. (2005) encontraram diferença estatisticamente significativa na subescala de “Negação da perda auditiva” entre candidatos e usuários. Há a necessidade de estudos com maior número de participantes e que contemple os mesmos nesses dois momentos, pré e pós concessão, para compará-los e avaliar possíveis mudanças.

Observando o Gráfico 1, a subescala “Negação da perda auditiva”, mostra um aumento da pontuação na terceira aplicação (usuário) o que levou a diferença estatisticamente significativa. Em Cienkowski e Saunders (2000) e Saunders et al. (2005), a pontuação do usuário nesta subescala é menor que a do candidato, o inverso do que aconteceu neste estudo. Esse aumento pode ser explicado pela ambigüidade quanto à interpretação de quatro das seis questões que a compõe quando o participante responde como usuário de AASI:

- “Minha família e amigos provavelmente acham que é um esforço conversar comigo”: neste caso, a maior parte dos participantes respondeu discordando, pois com o AASI já não enfrentava tal problemática, no entanto, respondendo desta forma e tendo uma pontuação reversa, contribui para o aumento da pontuação. É como se o indivíduo estivesse negando a perda. Porém, o que de fato acontece é que o mesmo está reconhecendo o benefício do AASI.
- “Eu estou certo de que necessito de ajuda com minha audição”: sendo usuário de AASI, o indivíduo pode concordar dizendo que o AASI é essa ajuda de que ele necessita ou discordar afirmando que, com o AASI, não precisa mais de ajuda;
- “Minha perda de audição não é um problema sério”: ao usar AASI, houve participantes que entenderam que, com a ajuda do AASI, a sua DA passa a não ser mais um problema sério e outros que, agora que fazem uso do AASI, percebem que sua perda de audição é um problema sério;
- “Minha audição não é um problema”: nesta questão vale a mesma dupla interpretação da anterior, com o AASI o participante pode não mais encarar a sua audição como um problema ou encará-la como tal uma vez que percebe o benefício do AASI.

Quanto à pontuação do ALHQ, vale ressaltar que, embora Saunder et al. (2005) tenha aumentado a escala de resposta para cinco alternativas buscando um aumento da sensibilidade, como em Bastos et al. (2009), os participantes

encontraram dificuldade para lidar com esse aumento. Na maioria das vezes, preenchendo o questionário, o participante limitava-se a responder a alternativa “a” (discordo totalmente), “c” (não concordo e nem discordo) e “e” (concordo totalmente) ou ainda, limitava-se a “b” (discordo), “c” (não concordo e nem discordo) e “d” (concordo). Raramente foram utilizadas as cinco alternativas.

Quanto à subescala de Destreza Manual e Visão, como era esperado, não houve mudança uma vez que não há como melhorar esse fator com o uso do AASI. É possível somente prever se o participante terá ou não dificuldade em manusear o seu AASI.

Assim como em Bastos et al. (2005), de modo geral, os candidatos ao uso da amplificação apresentaram atitudes mais negativas do que os usuários. Para essas autoras, esse fato reforça a necessidade de iniciar o aconselhamento de ajuste pessoal já no momento do diagnóstico audiológico.

Apesar deste estudo não ter demonstrado diferença estatisticamente significativa na pontuação do ALHQ entre a primeira e segunda aplicação, ou seja, após uma sessão de aconselhamento realizada como seguimento do diagnóstico audiológico, seria interessante a realização de um estudo futuro longitudinal incluindo grupo controle (que não recebesse o aconselhamento) para verificar se há diferença entre os participantes de ambos os grupos no que se refere ao período de pré-adaptação e um período de seis meses após a concessão do AASI.

Finalizando, todos os participantes deste estudo foram atendidos pelo serviço do Sistema Único de Saúde. O SUS tem instituído, desde 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS). A proposta deste estudo, além do acolhimento proposto pela política de humanização, sugere a inclusão do aconselhamento como parte da mesma uma vez que o aconselhamento, como afirma Trindade e Teixeira (2000), além de promover a autonomia no confronto com as dificuldades e os problemas que é um dos alvos do acolhimento, promove também o bem-estar psicológico. O aconselhamento ajudará, segundo Rowland (1992), a pessoa a compreender a si própria e a situação em que se encontra e ajudá-la a utilizar competências específicas para lidar mais eficazmente com a sua vida.

7. Conclusões

7. CONCLUSÕES

Conclui-se que o MTT aplicado às etapas iniciais do processo de adaptação do AASI, constitui-se uma proposta objetiva e factível para que este processo englobe aspectos importantes tais como o sistema de crenças, as idéias, os sentimentos e a condição motivacional do candidato, permitindo identificar as diferenças individuais bem como organizar as próximas etapas do processo de adaptação.

Antes e após a concessão do AASI, todos os participantes apresentaram atitudes positivas com relação à deficiência auditiva e o uso do mesmo, crendo ser muito importante a melhora da audição e que estavam preparados para o uso do AASI.

Não houve variação estatisticamente significativa quando comparadas as atitudes dos participantes antes e depois da concessão do AASI com relação ao aconselhamento. Essa diferença ocorreu com a influência do AASI.

Quanto ao estágio de mudança, a maioria dos participantes chegou ao serviço público de saúde no estágio de ação, o qual representa uma iniciativa concreta em relação à busca de uma mudança real.

Referências

REFERÊNCIAS

Altmaier E, Johnson BD, Paulsen JS. Issues in professional identity. In Sari Roth-Roemer, Sharon Robinson Kurpius, & Cheryl Carmin (Eds.), *The emerging role of counselling psychology in health care*. New York: Norton. 1998; p. 7-29.

American Speech-Language-Hearing Association. *Scope of practice in speech-language pathology*. Rockville, MD: Author. 2001 [cited 2011 jun 14]. Available from: http://www.nslha.org/media/Scope_of_Practice_SLP.pdf.

Ajzen I. *Attitudes, personality and behavior*. 2nd ed. Milton-Keynes, England: Open University Press; 2005.

Babeu LA, Kricos PB, Lesner SA. Application of the stages-of-change model in audiology. *J Acad Rehabil Audiol* [serial on the internet]. 2004 [cited 2011 jan 15];37:41-56. Available from: <http://www.clas.ufl.edu/users/pkricos/ApplicationsStagesOfChangeModel.pdf>.

Bandini M. Impacto de ações de promoção da saúde incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional de empresa do ramo alimentício [tese na internet]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006 [acesso em 2011 jan 15]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-01062007-133255/publico/marciabandini.pdf>.

Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol* [serial on the internet]. 1982 [cited 2011 jan 15];37(2):122-47. Available from: <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura1982AP.pdf>.

Bastos BG, Amorim RB, Ferrari DV. Atitudes frente às próteses auditivas. *Rev CEFAC* [revista na internet]. 2009 [acesso em 2011 jan 15];11 Supl 1:116-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s1/43-08.pdf>.

Beukelman D, Mirenda P. *Augmentative and alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs*. 3rd ed. Baltimore: Paul H. Brookes; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) [acesso em 2010 dez 27]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/ggbr.def>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 2.073 de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva [acesso em 2011 jan 17]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>.

Brooks DN. The effect of attitude on benefit obtained from hearing aids. *Br J Audiol*. 1989 Feb;23(1):3-11.

Bundesen LL. Motivate clients with a line, box and circle: simple techniques can give control and ownership to your patients. *Advance for Hearing Practice Management*. 2010 [cited 2011 jun 14]. Available from:

<http://audiology.advanceweb.com/Editorial/Content/Editorial.aspx?CC=231258>.

Chartrand MS. Psychosocial dynamics: preventing failed fittings before they begin. *Hear J*. 1999;52(9):44-5.

Cienkowski KM, Saunders GH. Client-attitude questionnaire provides data that can help shape counseling strategies. *Hear J*. 2008 Sep;53(9):42-9.

Conselho Federal de Fonoaudiologia. Áreas de competência do fonoaudiólogo no Brasil. Documento oficial. 2 ed. mar 2007. p. 1-19 [acesso em 2011 jun 14].

Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/epacfbr.pdf>.

Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFF^a nº 305/2004 de 06 de março de 2004. Código de ética da fonoaudiologia [acesso em 2011 jun 14]. Disponível em: http://www.fonoaudiologia.org.br/paginas_internas/pdf/codeport.pdf.

Cox RM, Alexander GC, Gray GA. Hearing aid patients in private practice and public health (Veterans Affairs) clinics: are they different? *Ear Hear*. 2005 Dec;26(6):513-28.

DiClemente CC. Changing addictive behaviors: a process perspective. *Curr Dir Psychol Sci* [serial on the internet]. 1993 [cited 2011 jan 16];2(4):101-6. Available from: <http://www.istor.org/stable/pdfplus/20182215.pdf?acceptTC=true>.

DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol*. 1991 Apr;59(2):295-304.

DiClemente CC, Scott CW. Stages of change: interactions with treatment compliance and involvement. *NIDA Res Monogr* [serial on the internet]. 1997 [cited 2011 jan 16];165:131-56. Available from:

http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/monograph165/131-156_DiClemente.pdf.

Elkayam J, English K. Counseling adolescents with hearing loss with the use of self-assessment/significant other questionnaires. *J Am Acad Audiol*. 2003 Nov;14(9):485-99.

English, K. Counseling for diagnosis and management of auditory disorders. In: Valente M, Hosford-Dunn H, Roeser RJ. *Audiology treatment*. 2nd ed. New York: Thieme; 2008. p. 198-211.

English, K. Get ready for the next big thing in audiologic counseling. *Hear J* [serial on the internet]. 2005 [cited 2011 jan 16];58(7):10-5. Available from:

http://journals.lww.com/thehearingjournal/Fulltext/2005/07000/Get_ready_for_the_Next_Big_Thing_in_audiologic.3.aspx.

-
- English K. Psychosocial aspects of hearing impairment and counseling basics. In: Schow R, Nerbonne M. Introduction to aural rehabilitation. 4th ed. p. 226-46). Boston, MA: Allyn & Bacon; 2002.
- Flasher L, Fogle P. Counseling skills for speech-language pathologists and audiologists. Clifton Park, NY: Thomson; 2004.
- Floyd J, Zebrowski PM, Flamme GA. Stages of change and stuttering: a preliminary view. J Fluency Disord. 2007;32(2):95-120. Epub 2007 Mar 14.
- Graciano MIG, Lehfel'd NAS, Neves A Filho. Instrumental de classificação sócio-econômica. Serv Social Realid. 1999;5(1):109-28.
- Imig DR. Family paradigms, interpersonal relationships, and family systems. Venice, CA:ETEXT.net Electronic Textbook Publishing; 2005.
- Inacio-Lima I, Aiello CP, Ferrari DV. Correlações audiométricas do questionário de handicap auditivo para adultos. Rev CEFAC [acesso em 2011 jan 16]. No prelo 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/203-09.pdf>.
- Kinra AK. Guidance and counseling. Dorling Kindersley, India; 2008.
- Lesner S, Kricos P. Acknowledgement of and adjustment to hearing loss: applications of the Transtheoretical Stages-of-Change Model. Perspectives on Gerontology. 2003;8(1):13-5.
- Lopes ES. Pacotinho estatístico. Versão 5.0 [software]. Pacotico
- Luterman D. Counseling persons with communication disorders and their families. 4th ed. Austin, TX: Pro-Ed; 2001.
- Marques ACO, Kozlowski L, Marques JM. Reabilitação auditiva no idoso. Rev Bras Otorr. 2004; 70(6):806-12.
- Margolis RH. What Do Your Patients Remember? Hear J [serial on the internet]. 2004[cited 2011 jan 16].57(6):10-7. Available from: http://journals.lww.com/thehearingjournal/Fulltext/2004/06000/What_do_your_patients_remember_.3.aspx.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.
- Oticon eCaps. Version 1.4.1 [software in CD-ROM]. Oticon; 2006.
- Patterson, CH. C. H. Patterson on client-centered career counseling: an interview Suzanne C. Freeman. Career Dev Q. [serial on the internet]. 1990[cited 2011 jun 20].38:291-301. Available from: http://www.sageofasheville.com/pub_downloads/C_H_PATTERSON_ON_CLIENT_CENTERED_CAREER_COUNSELING.pdf.

- Prochaska JO. Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med Decis Making*. 2008 Nov-Dec;28(6):845-9. Epub 2008 Nov 17.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen M, Eisler R, Miller PM. *Progress in Behavior Modification*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company, 1992.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychol Psychother Theor Res Pract*. 1982; 19 (3):276-88.
- Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good: A revolutionary six stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: Avon Books; 1994 apud Babeu LA, Kricos PB, Lesner SA. Application of the stages-of-change model in audiology. *J Acad Rehabil Audiol* [serial on the internet]. 2004 [cited 2011 jan 15];37:41-56. Available from: <http://www.clas.ufl.edu/users/pkricos/ApplicationsStagesOfChangeModel.pdf>.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* [serial on the internet]. 1992 [cited 2011 jan 17];47(9):1102-14. Available from: <http://psycnet.apa.org/journals/amp/47/9/1102.pdf>.
- Prochaska JM, Prochaska JO, Levesque DA. A transtheoretical approach to changing organizations. *Adm Policy Ment Health* [serial on the internet]. 2001 [cited 2011 jan 17];28(4):247-61. Available from: <http://www.springerlink.com/content/l461598u104223g8/fulltext.pdf>.
- Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, Fiore C, Harlow LL, Redding CA, Rosenbloom D, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol*. 1994 Jan;13(1):39-46.
- Raymond DM 3rd, Lusk SL. Testing decisional balance and self-efficacy applied to workers' use of hearing protection. *Nurs Res*. 2006 Sep-Oct;55(5):328-35.
- Rogers C. *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1942.
- Rollin WJ. *Counseling individuals with communication disorders: Psychodynamic and family aspects*. 2nd ed. Boston: Butterworth Heinemann; 2000.
- Rowland N. *Counselling and counselling skills*. In: Mike, S. *Counselling in general practice*. London: Royal College of General Practitioners, Clinical Series; 1992.
- Russo ICP, Almeida KE, Freire KGM. Seleção e adaptação da prótese auditiva para o idoso. In: Almeida KE, Iorio MCM. *Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas*. 2 ed. São Paulo: Lovise; 2003. p. 385-410.
- Saunders GH, Cienkowski KM. Refinement and psychometric evaluation of the Attitudes Toward Loss of Hearing Questionnaire. *Ear Hear*. 1996 Dec;17(6):505-19.
- Saunders GH, Cienkowski KM, Forsline A, Fausti S. Normative data for the Attitudes towards Loss of Hearing Questionnaire. *J Am Acad Audiol*. 2005 Oct;16(9):637-52.

-
- Saunders G, Forsline A, Jacobs P. The Attitudes towards Loss of Hearing Questionnaire (ALHQ): a comparison of paper and electronic formats. *J Am Acad Audiol*. 2007 Jan;18(1):66-77.
- Scheeffer R. Teorias de aconselhamento. São Paulo, Atlas, 1979.
- Scheeffer R. Aconselhamento psicológico: teoria e prática. 7 ed. São Paulo, Atlas, 1980.
- Schmidt MLS. Aconselhamento Psicológico e Instituição: algumas considerações sobre o serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP. In: MORATO HTP. Aconselhamento Psicológico centrado na pessoa: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- Shelton CW, Faucette R. Preparing the Patient for Amplification. In: Sweetow RW. *Counseling for Hearing Aid Fittings*. United States of America: Thomson Learning, 1999. p. 23-54.
- ShIPLEY K, ROSEBERRY-McKIBBIN C. Interviewing and counseling in communicative disorders: Principles and procedures. Austin: TX: Pro-Ed; 2006.
- Sousa MCF, Wieselberg MB. Aconselhamento em Audiologia. In: Lopes Filho O. C. *Tratado de Fonoaudiologia*. 2 ed. São Paulo: Rocca; 2005. p. 23-39.
- Toral N. Estágios de mudança de comportamento e a sua relação com o consumo alimentar de adolescentes [dissertação na internet]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006 [acesso em 2011 jan 17]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-10052006-160248/publico/dissertoral.PDF>.
- Trindade I, Teixeira JAC. Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica* [acessado em 2011 jun 20] 2000, 1 (XVIII): 3-14. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n1/v18n1a01.pdf>.
- van Leer E, Hapner ER, Connor NP. Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. *J Voice*. 2008 Nov;22(6):688-98. Epub 2007 Dec 21.
- World Health Organization. Guidelines for hearing aids and services for developing countries. Geneva: WHO; 2001.
- World Health Organization. Report of the Informal Working Group of Deafness and Hearing Impairment Programme Planning. Geneva: WHO; 1991.

Apêndices

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo atendido(a) na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB – USP) devido à sua queixa auditiva. Neste atendimento foi detectada uma Perda Auditiva em ambas as orelhas. Visando o bem estar e a qualidade de vida, você será encaminhado(a) para a Clínica de Dispositivos Eletrônicos Aplicados a Surdez afim de receber orientações sobre as formas de tratamento.

Os objetivos deste estudo é caracterizar as atitudes em relação à deficiência auditiva (DA) e uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) em deficientes auditivos candidatos ao uso da amplificação sonora; comparar as atitudes em relação à DA e uso do AASI de candidatos ao uso da amplificação em indivíduos que receberam e não receberam aconselhamento; e comparar as atitudes de candidatos frente à DA e uso do AASI antes e após a sessão de aconselhamento que consiste em esclarecer sobre os seus sentimentos, crenças e atitudes frente à DA e uso do AASI.

Caso você concorde em participar do mesmo, lhe será solicitado(a) a ler e responder o questionário “Atitudes frente à deficiência auditiva” (Attitudes Toward Hearing Loss Questionnaire - ALHQ) contendo 22 questões de múltipla escolha e, após respondê-lo, você passará por uma sessão de aconselhamento de acordo com o protocolo proposto por Babeu et al. (2004), que será conduzido pelo fonoaudiólogo treinado, autor deste estudo. No próximo retorno, você responderá novamente ao ALHQ e passará por outra sessão de aconselhamento seguindo o mesmo protocolo. Os dados sócio-demográficos, do diagnóstico audiológico e do processo de reabilitação (se existente) serão coletados do seu prontuário.

Os dados de identificação pessoal não serão divulgados sendo que os participantes do estudo serão identificados por meio de um número. Sua participação no estudo é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem lhe trazer algum prejuízo. Também lhe será garantido o direito a respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com o estudo. Em caso de dúvidas, entre em contato com os responsáveis pela pesquisa: Prof^ª Dr^ª Dagma Venturini Marques Abramides e Fonoaudiólogo Ivanildo Inacio de Lima na Clínica de Fonoaudiologia localizada na Al. Dr. Octavio Pinheiro Brisolla, 9-75 ou pelos telefones: (14) 3235-8332; 32358470; 32237765 ou 9166-8035 ou pelos e-mails: dagmapsi@fob.usp.br ou ivan.fono@usp.br. Caso queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da FOB-USP, pelo endereço Al. Dr. Octavio Pinheiro Brisolla, 9-75 (sala do prédio da Biblioteca, FOB/USP) ou pelo telefone (14) 3235-8356.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29o do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Autor

Anexos

Anexo A – Questionário de Atitudes frente à Deficiência Auditiva versão 3.0

(ALHQ v3.0)

QUESTÕES	Discordo Totalmente		Não Concordo Nem Discordo		Concordo Totalmente
(1) Minha família e amigos provavelmente acham que é um esforço conversar comigo.	a	b	c	d	e
(2) Eu estou certo de que necessito de ajuda com minha audição <i>*Eu estou certo de que realmente preciso usar meus aparelhos de auditivos.</i>	a	b	c	d	e
(3) Minha perda de audição é muito leve para precisar de aparelhos auditivos. <i>*Minha perda de audição é tão leve que eu consigo me sair muito bem sem meus aparelhos auditivos.</i>	a	b	c	d	e
(4) A idéia de usar aparelhos auditivos faz com eu me sinta mais velho. <i>*Usar aparelhos auditivos faz com eu me sinta mais velho.</i>	a	b	c	d	e
(5) Se eu estou em uma situação onde várias pessoas estão conversando, eu desisto de tentar acompanhar a conversação.	a	b	c	d	e
(6) Eu sou tão autoconfiante quanto eu era quando minha audição era normal	a	b	c	d	e
(7) Eu tenho certeza de que não necessito de aparelhos auditivos <i>*Eu não acho que necessito dos meus aparelhos auditivos</i>	a	b	c	d	e
(8) Atualmente eu tenho dificuldade em lidar com pequenas coisas como botões ou zíperes	a	b	c	d	e
(9) Eu estou preocupado em ser visto usando aparelhos auditivos <i>*Eu não gosto que as pessoas me vejam usando meus aparelhos auditivos</i>	a	b	c	d	e
(10) Eu tenho medo de conhecer novas pessoas desde que minha audição se tornou ruim	a	b	c	d	e
(11) Aparelhos auditivos fazem as pessoas parecerem mais velhas	a	b	c	d	e
(12) Minha audição prejudicada me faz sentir inadequado	a	b	c	d	e
(13) Minha perda de audição não é um problema sério	a	b	c	d	e
(14) Eu acredito que teria dificuldade em colocar um parafuso pequeno em um buraco	a	b	c	d	e
(15) Em uma conversação eu geralmente me mantenho calado para evitar dizer algo errado	a	b	c	d	e
(16) Minha audição não é um problema	a	b	c	d	e
(17) Eu tento evitar conversas devido à minha dificuldade de audição	a	b	c	d	e
(18) Eu fico envergonhado só de pensar em ser visto usando um aparelho auditivo <i>*Eu fico envergonhado quando sou visto usando meus aparelhos auditivos</i>	a	b	c	d	e
(19) Minha perda de audição é um fardo para mim	a	b	c	d	e
(20) Eu acho que derrubo pequenos objetos com facilidade	a	b	c	d	e
(21) Eu sou tão extrovertido e falante como eu era antes de ter dificuldade de audição	a	b	c	d	e
(22) Eu estou sempre consciente do quão prejudicada é minha audição	a	b	c	d	e

*itens que compõem a versão para usuários de aparelhos de amplificação sonora individuais.