

**ATA DO FÓRUM DE APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA
INDIVIDUAL – 27º. ENCONTRO INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA,
BAURU – SÃO PAULO - 15 DE ABRIL DE 2012**

1 O Fórum de AASI iniciou-se às 10:30hs do dia 15 de abril de 2012, no Teatro
2 Universitário da Universidade do Sagrado Coração durante do 27º Encontro
3 Internacional de Audiologia, tendo como convidadas Dra. Katia Almeida, Dra.
4 Katya Freire e Dra. Deborah Ferrari, coordenado por Thelma Costa, Dra. Sonia
5 Bortholuzzi e Dra. Maria Cecilia Bevilacqua e secretariado por mim, Dra.
6 Wanderleia Q. Blasca. Participaram do fórum fonoaudiólogos inscritos no
7 evento, em grande numero. A Dra. Sonia Bortholuzzi iniciou as atividades,
8 relatando que o objetivo do fórum era trazer uma definição dos protocolos de
9 adulto e de idosos enfatizando definições pendentes de aprovação da ABA.
10 Outro tema a ser apresentado seria a nova classificação dos AASI para o
11 Ministério da Saúde. Em seguida, a Dra. Katia Almeida apresentou o
12 documento encaminhado ao Ministério da Saúde sobre a solicitação de
13 mudança na classificação da tecnologia dos AASIs nas diferentes categorias
14 do SUS, salientando que o documento foi elaborado por um grupo de trabalho
15 como uma proposta de revisão das categorias de recursos eletroacústicos
16 mínimos. No sub-ítem 5.4 do Anexo IV da portaria 587 de 2004. Substituir por:
17 5.4. Os aparelhos selecionados devem estar classificados segundo as
18 categorias e sistemas apresentados no quadro abaixo sintetizando as
19 características **MÍNIMAS** para classificação: TIPO A: digital, 2 canais, controle
20 de volume manual ou automático, compressão WDRC, entrada de áudio nos
21 retroauriculares (se houver espaço no dispositivo), redução de ruído,
22 gerenciamento de microfone ativo sem redução de ganho, bobina telefônica (se
23 houver espaço no dispositivo), microfone omni ou direcional; TIPO B: digital
24 programável, 4 canais, controle de volume manual ou automático, compressão
25 WDRC, 2 programas de áudio (manual ou automático), entrada de áudio nos
26 retroauriculares, bobina telefônica manual ou automática (se houver espaço no
27 dispositivo), redução de ruído, gerenciador de microfonia ativo sem redução de
28 ganho, microfone omni ou direcional fixo (se houver espaço no dispositivo),
29 registro de dados de uso; TIPO C: digital programável, 6 canais, controle de
30 volume manual ou automático, compressão WDRC, 3 programas de áudio
31 manual ou automático, entrada de áudio nos retroauriculares, bobina telefônica
32 manual ou automática (se houver espaço no dispositivo), redução de ruído,
33 gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho, microfone omni e

34 direcional adaptativo, registro de dados de uso. No documento também foram
35 incluídos os sistemas: Sistema de Adaptação por Via Óssea: digital, 1 canal,
36 controle de volume manual ou automático, compressão, entrada de áudio (q.
37 do retroauricular convencional), sistema de sustentação (arco ajustável ou
38 banda elástica), vibrador ósseo, fio simples 3 pinos; Sistema de Adaptação
39 CROSS: digital programável, 2 canais, controle de volume manual ou
40 automático, compressão, entrada de áudio (q. do retroauricular convencional),
41 conectividade sem fio, adaptador CROSS; Sistema de Conectividade sem Fio:
42 digital programável, 6 canais, controle de volume manual ou automático,
43 compressão WDRC, 3 programas de áudio (manual ou automático), entrada de
44 áudio nos retroauriculares, bobina telefônica manual ou automática (se houver
45 espaço no dispositivo), redução de ruído, gerenciador de microfonia ativo sem
46 redução de ganho, microfone omni e direcional adaptativo. Outras tecnologias
47 avançadas poderão ser incorporadas gerando novas categorias ou sistemas.
48 Em seguida, a Dra. Katya Freire apresentou as sugestões quanto as
49 modificações no protocolo adulto e idoso, seguindo as definições prévias do
50 grupo de não criar um protocolo novo para idosos, mas sim, acrescentar
51 apenas algumas modificações direcionadas. Na introdução, do protocolo de
52 adulto já existente, a modificação seria na substituição da palavra *handicap*
53 pela palavra limitação de atividade e restrição de participação e seria
54 acrescentado cognição e aspectos do envelhecimento do sistema auditivo. Na
55 parte de formação profissional a sugestão seria de acrescentar os aspectos
56 psicossociais em decorrência da deficiência auditiva, o processo do
57 envelhecimento e suas implicações, o envelhecimento do sistema auditivo (a
58 presbiacusia), avaliação do processamento auditivo central, não pensar
59 somente na parte periférica (este último item, deveria ser inserido também no
60 protocolo de adultos). Outro aspecto importante esta relacionado a substituição
61 do item Orientação e Aconselhamento para fazer parte da Reabilitação Auditiva
62 – Programas de Reabilitação Auditiva – adaptação do AASI, treinamento
63 auditivo, treinamento de leitura oro facial, estratégias de comunicação,
64 aconselhamento e orientação. O AASI estaria dentro da reabilitação. No item 3
65 acrescentar na anamnese dados otológicos e audiológicos, aspectos do
66 zumbido no idoso, hipersensibilidade, histórico de exposição ao ruído, doenças
67 de maneira geral, questão de prática clinica, como por exemplo: artrose, uso

68 de prótese dentária para possíveis encaminhamento para o dentista ou algum
69 outro profissional . Aspectos sociais, familiares e estilo de vida, o que ele faz,
70 os ambientes que ele frequenta, o dia a dia, pontuar na anamnese,
71 necessidades auditivas, internet, aqueles que querem assistir uma televisão ou
72 conversar com o vizinho e conhecer a expectativa em relação ao uso da
73 amplificação. Outro fator importante é a realização de uma bateria mínima de
74 triagem dos testes de processamento auditivo em perda auditiva simétrica,
75 como sugestão: teste dicótico de dígitos, DPS, PPS, Memória para sons
76 verbais em sequência de 3 instrumentos, localização sonora. Nas perdas
77 auditivas assimétricas, não realizar o Dicótico de Dígitos. Acrescentar ao
78 protocolo, os testes de sentenças no silêncio e no ruído. Foi sugerido também,
79 a realização de uma avaliação informal, tais como: visão, destreza manual
80 proximal e distal e a coordenação motora. Outro aspecto sugerido foi avaliar
81 os idosos quanto as atitudes: Tipo I, II, III, IV. A utilização dos questionários de
82 auto avaliação também foram pontuadas, para uma análise de como o idoso
83 enfrenta a sua perda auditiva, acrescentar o HHIE-S (versão screening),
84 questionários de qualidade de vida como SF 36, WHOQOL (World Health
85 Organization Quality of Life), Depressão: GDS, Alzheimer: ADAS- cog. Função
86 Cognitiva: Mini-exame do estado mental – MEM. No item de pré seleção do
87 AASI, na parte de seleção das características físicas dar preferência por
88 programas automáticos eliminando ou desativando os botões de volume. Nas
89 questões relacionadas ao molde auricular, devido ao número de adaptações
90 aberta estar aumentando e nem sempre conseguimos uma adaptação sem a
91 ocorrência da microfonia, então, foi sugerido que fosse considerado, em casos
92 específicos, a substituição das olivas e tulipas pelo micro molde. Quanto a
93 determinação das características eletroacústicas um maior cuidado na escolha
94 da compressão dinâmica em relação ao tempo de ataque e tempo de
95 recuperação, os mesmos devem ser mais lentos. Como sugestão retirar a
96 compressão de frequência, optando pelo sistema de transposição de
97 frequência. A Dra. Katya Freire encerrou sua fala, mencionando a importância
98 de ofertar ao paciente um material educacional gráfico de apoio, com letras
99 maiúsculas, com orientações sobre o uso e manuseio do AASI e, ainda fazer
100 uso de recursos tecnológicos. Em seguida, a Dra. Katya Freire voltou ao
101 primeiro slide para as discussões. A Dra Deborah Ferrari fez um breve

102 comentário sobre o Fórum de AASI dos anos de 2010 e 2011 e que as
103 resoluções podem ser encontradas no site da ABA. A Dra. Maria Cecilia
104 Bevilacqua mencionou que a adaptação do AASI deve estar dentro da
105 Reabilitação e a mudança da nova portaria passa a chamar reabilitação do
106 deficiente auditivo. Definido, nessa primeira discussão, que não existe a
107 necessidade de um protocolo específico de idoso, mas sim a inserção de
108 questões específicas referentes aos idosos no protocolo de adultos, como
109 recomendação. No Item 3 desmembrar a anamnese com questões mais
110 específicas, colocando o histórico do paciente, questões relacionadas a saúde
111 do idoso, como dores em geral. Outro item bastante discutido foi a importância
112 da avaliação do processamento auditivo no idoso na etapa de pré seleção do
113 AASI, sendo definido a realização de uma triagem com procedimentos
114 específicos. Em continuidade ao processo, a realização dos testes de
115 percepção de fala no silêncio e no ruído, sem mencionar qual instrumento
116 deveria ser utilizado, ficando a critério do profissional. Quanto aos
117 questionários de auto avaliação, como HHIE-S, SF 36, WHOQOL (World
118 Health Organization Quality of Life) são apenas recomendações entre outros
119 que poderão ser utilizados pelo serviço. A Dra Débora Ferrari concordou com a
120 Dra Katya Freire quanto ao uso clínico do Mini Exame do Estado Mental, no
121 entanto, disse que embora este seja o mais clinicamente utilizado, há
122 atualmente uma discussão acerca de quem será o profissional habilitado para
123 aplicação deste instrumento – se qualquer profissional da saúde (já que é um
124 instrumento de rastreio) ou se ficará restrito aos psicólogos e neurologistas.
125 Desta forma, sugeriu que este teste seja colocado como um exemplo e não
126 como recomendação, ficando a critério do serviço usar este ou outro
127 instrumento equivalente. No item 5.3 Analisando os aspectos relacionados a
128 adaptação aberta com o uso de olivas ou micro molde, tirar o termo preferencia
129 e colocar oferecer a possibilidade de utilização do micro molde ou oliva e tulipa.
130 Quanto ao aspecto da compressão de frequência foi discutido sobre o cuidado
131 na utilização do algoritmo e a utilização do termo manipulação do espectro de
132 frequência. Finalizando as discussões foi colocado sobre a importância da
133 elaboração de materiais educacionais impressos e também em outras mídias
134 para a orientação do paciente sobre o uso da amplificação, salientando que
135 essas mesmas orientações possam ser direcionadas aos seus familiares,

136 cuidadores, profissionais da saúde, atenção básica, comunidade em geral. Não
137 havendo mais nada a tratar, o fórum foi encerrado pela coordenadora as
138 12:30hs.