

Guias de aconselhamento para pacientes com comprometimento auditivo e cognitivo e seus parceiros comunicativos

Counseling guides for patients with hearing and cognitive impairment and their communicative partners

Douglas Thuller¹ , Luciana Macedo de Resende^{1,2} , Michele Gomes Ferreira³ , Thais Helena Machado^{1,2} 

RESUMO

Objetivo: Descrever o desenvolvimento de dois guias de orientações sobre comunicação ao paciente com perda auditiva e comprometimento cognitivo, com e sem adaptação de aparelhos auditivos, e ao seu acompanhante. **Métodos:** Os guias foram idealizados para orientar sessões de aconselhamento em grupo sobre a comunicação do público-alvo. Realizou-se levantamento bibliográfico sobre as adaptações mais adequadas a esse público e principais estratégias comunicativas utilizadas. A estrutura e conteúdo do material foram adaptados às principais dificuldades dos idosos, como as visuais e cognitivas. **Resultados:** Foram desenvolvidos dois guias de orientações, conforme planejado, inserindo-se estratégias mnemônicas para melhor fixação do conteúdo, como sumário, ilustrações e um diário. Abordaram-se conceitos sobre comunicação, relacionando-os às dificuldades auditivas e cognitivas e seus elementos, como as perdas auditivas e demências. Tratou-se de parceiros comunicativos e estratégias de comunicação. Um dos guias abordou conteúdo sobre aparelhos auditivos e seus cuidados. Assim, a apresentação do material buscou favorecer o aprendizado por meio da previsibilidade do conteúdo, além de sinalização e posicionamento claros e intuitivos. **Conclusão:** Indivíduos com dificuldades auditivas e cognitivas requerem diversos cuidados ao longo do processo de reabilitação. O aconselhamento é uma importante etapa nesse processo de adaptação aos aparelhos auditivos, juntamente com o uso de estratégias de comunicação. A utilização de material educativo impresso torna-se uma ferramenta viável e facilitadora do tratamento.

Palavras-chave: Comprometimento cognitivo; Perda auditiva; Comunicação; Aconselhamento; Educação em saúde

ABSTRACT

Purpose: To describe the development of two communication guides for patients with hearing loss and cognitive impairment, with and without hearing aid fittings, and their companions. **Methods:** The guides were designed to guide group counselling sessions on communication for the target population. A bibliographical survey was carried out on the most suitable adaptations for this population and the main communication strategies used. The material's structure and content were adapted for the main difficulties of older adults, such as visual and cognitive challenges. **Results:** Two communication guides were developed as planned. Mnemonic strategies were used to improve content retention, such as summaries, illustrations, and a diary. Concepts about communication were addressed, relating them to hearing and cognitive difficulties and their elements, such as hearing loss and dementia. They addressed communication partners and communication strategies. One of the guides dealt with hearing aids and their care. Therefore, the text's presentation aimed to encourage learning through content predictability, as well as clear and intuitive signposting and layout. **Conclusion:** Individuals with hearing and cognitive difficulties require a variety of care throughout the rehabilitation process. Counselling is an important step in the process of adapting to hearing aids, along with the use of communication strategies. The use of printed educational material is a viable and reasonably cost-effective tool for these individuals and their communication partners.

Keywords: Cognitive impairment; Hearing loss; Communication; Counselling; Health education

Trabalho realizado no Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

¹Programa de Pós-graduação em Ciências Fonoaudiológicas, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Grupo de Pesquisa em Neurologia Cognitiva e do Comportamento, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: DT foi responsável pelo delineamento do estudo, da busca, seleção e análise dos artigos incluídos, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; LMR foi responsável pela concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada; MGF foi responsável pela concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada; THM foi responsável pela concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Nenhum dado de pesquisa foi utilizado.

Financiamento: Nada a declarar.

Autor correspondente: Thais Helena Machado. E-mail: thaismachado@ufmg.br

Recebido: Dezembro 26, 2024; **Aceito:** Abril 20, 2025

Editor-Chefe: Maria Cecília Martinelli.

Editor Associado: Ana Cláudia Mirândola Barbosa Reis.

INTRODUÇÃO

A atual estrutura etária da população brasileira evidencia uma tendência de envelhecimento populacional⁽¹⁾, que também se estende à população mundial⁽²⁾. As demências destacam-se como a principal causa de morbidade e dependência em idosos, sendo definida por declínio cognitivo e/ou comportamental, cujos sintomas interferem nas atividades de vida diárias (AVDs) do indivíduo, levando a prejuízo funcional em relação a níveis prévios e não explicáveis, por *delirium* ou transtorno psiquiátrico maior⁽³⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente mais de 55 milhões de pessoas no mundo vivem com demência e estima-se que esse número poderá dobrar até 2050, com o aumento da população idosa nos países, sendo a maior parte dela residente em países de baixa e média renda^(2,4,5).

Prejuízos na linguagem e na comunicação, independentemente de déficit auditivo, são frequentes nas demências. Ademais, podem ocorrer dificuldades de memória, de atenção, raciocínio, julgamento e resolução de problemas, além de déficits na percepção visual não relacionados a problemas de visão. Essas ocorrências podem contribuir para a perda de autonomia, sobrecarga do cuidador e estresse geral⁽⁶⁾.

As habilidades linguísticas, motoras e cognitivas, como a memória e atenção, integram a comunicação, processo que envolve troca de informações, ideias, necessidades e desejos. Quando há maior esforço auditivo para compreensão da fala, há maior necessidade de se acessar habilidades cognitivas globais, como a memória e atenção. Na presença de déficit cognitivo, menos recursos estão disponíveis para a compreensão da informação⁽⁷⁾.

A perda auditiva é mais frequente em pessoas com comprometimento cognitivo, sendo identificada como um dos maiores fatores de risco modificáveis para demência⁽⁸⁾. Assim como a demência, a perda auditiva apresenta alta prevalência em idosos, representando dois terços em adultos maiores de 70 anos e mais de 80% naqueles maiores de 80⁽⁵⁾.

O controle de fatores de risco modificáveis é crucial para a prevenção da demência, uma vez que 40% dos quadros demenciais poderiam ser prevenidos por meio da eliminação de seus fatores de risco⁽⁹⁾. Com a perda auditiva, a dificuldade de compreensão da fala pode gerar dificuldades de socialização, diminuição de atividade física e fragilidade, levando ao isolamento social, interações sociais deficientes e até depressão, o que prejudica a qualidade de vida geral do indivíduo e favorece o risco de desenvolvimento de demência^(7,10).

Nesse sentido, a reabilitação auditiva por meio da adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) pode melhorar a compreensão de fala, diminuindo o isolamento social, mantendo o idoso socialmente ativo, prevenindo, retardando ou diminuindo os impactos da demência⁽⁷⁾. Porém, há pouca adesão à intervenção, principalmente em países de baixa renda, onde menos de dez por cento dos indivíduos utilizam aparelhos auditivos^(5,10). Além disso, as razões para o sucesso da reabilitação auditiva em pessoas com demência são complexas, principalmente em relação ao prejuízo das habilidades cognitivas, falta de consciência da perda auditiva, e apatia⁽⁸⁾. Assim, é importante identificar as barreiras e as necessidades individuais envolvidas na reabilitação de pessoas com demência e, logo, utilizar intervenções personalizadas para esse público^(8,11).

A intervenção fonoaudiológica pode atenuar os impactos sociais da demência por meio de orientações, aconselhamento e estratégias facilitadoras da comunicação. Esse tratamento pode ser realizado em grupos e é, normalmente, intermediado por um facilitador, que

é o fonoaudiólogo e/ou psicólogo⁽⁶⁾. O treinamento comunicativo também se estende aos acompanhantes, evidenciados na literatura como parceiros comunicativos, peças essenciais na melhora da qualidade de vida e da comunicação de pacientes com demência^(8,12).

Os parceiros comunicativos são, comumente, amigos, familiares ou cuidadores formais. A compreensão e manejo do comprometimento cognitivo evita a estigmatização e barreiras nos cuidados, favorecendo a socialização e a mitigação dos impactos pessoais dos quadros demenciais^(2,7,11). Nesse contexto, é importante o uso de ferramentas de educação em saúde, tanto para o paciente, quanto para seu parceiro comunicativo, que considerem as especificidades do público-alvo⁽¹³⁾.

O objetivo deste trabalho foi descrever o desenvolvimento de dois guias de orientações sobre comunicação ao paciente com perda auditiva e comprometimento cognitivo, com e sem adaptação de aparelhos auditivos, e ao seu acompanhante. Ressalta-se que materiais similares são escassos na literatura, o que evidencia a importância da pesquisa em questão⁽¹³⁾.

MÉTODOS

O desenvolvimento dos guias deu-se em um projeto de pesquisa do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição, sob parecer no. 5.626.511.

Os guias foram idealizados para orientar sessões de aconselhamento em grupo sobre a comunicação de pacientes com perda auditiva e comprometimento cognitivo, e de seus acompanhantes, sendo as sessões parte de outro estudo, não descrito no presente trabalho. Todos os pacientes e acompanhantes envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), respectivamente.

Inicialmente, realizou-se um levantamento bibliográfico para identificar as características para a produção e organização mais adequadas ao público-alvo da pesquisa⁽¹⁴⁾ e principais estratégias comunicativas utilizadas⁽¹⁵⁾. Ressalta-se que não há literatura mais atual referente à busca realizada. Também não foram encontrados instrumentos específicos para indivíduos com comprometimento auditivo e cognitivo. Por isso, o desenvolvimento dos guias baseou-se, principalmente, no conteúdo de três materiais: Guia para Usuários de Prótese Auditiva e para os Parceiros Comunicativos, do Grupo de Reabilitação Auditiva e Orientações da UFMG (GRAO-UFMG)⁽¹⁶⁾, para orientações a usuários de AASI e seus parceiros comunicativos; Manual da Afasia, do projeto de extensão Estimulação da UFMG, para orientações sobre afasia a pacientes e acompanhantes⁽¹⁷⁾; Guia Reis de Comunicação Inclusiva e Acessível, da Rede Empresarial de Inclusão Social (REIS), para adaptar os guias a uma comunicação mais inclusiva e acessível ao público-alvo⁽¹⁸⁾.

Além disso, realizou-se observação e conversa não estruturada com pacientes de um ambulatório de neurologia cognitiva e do comportamento. Essa investigação evidenciou queixas comuns à maioria dos idosos, como déficits visuais, de coordenação motora fina e dificuldades auditivas e cognitivas, muitas vezes intensificadas por demências e perdas auditivas. Ainda, realizaram-se discussões em equipe a respeito do desenvolvimento do material e adaptações necessárias ao público-alvo. Essa equipe incluiu duas fonoaudiólogas especialistas da área de audiolgia e de envelhecimento e demência, respectivamente, um médico especialista em neurologia cognitiva e do comportamento e uma psicóloga especialista em psicologia do envelhecimento.

Visto as dificuldades comuns ao envelhecimento já descritas na literatura⁽¹⁴⁾, como déficits na coordenação motora fina, visão e, principalmente, cognição, realizaram-se adaptações no desenvolvimento dos guias. O conteúdo foi adequado para que a visualização, a organização e o manuseio fossem mais acessíveis ao público-alvo, preconizando-se, assim, a disposição das informações em menor quantidade e maior previsibilidade.

RESULTADOS

Foram confeccionados dois guias de orientações sobre comunicação direcionadas a pacientes com perda auditiva e comprometimento cognitivo e ao seu acompanhante, sendo o primeiro guia, intitulado “Guia de Orientações para a Comunicação para o Paciente e Acompanhante”, direcionado a pacientes não adaptados com AASI e seus parceiros comunicativos (Figura 1). Já o segundo, intitulado “Guia de Orientações para a Comunicação e Uso do Aparelho Auditivo para o Paciente e Acompanhante”, foi direcionado a indivíduos adaptados com AASI e seus parceiros comunicativos (Figura 2).

Os livretos foram impressos em papel couchê fosco, de 150 gramas, e em tamanho A5 fechado. Utilizou-se fonte de tamanho 14 para o corpo do texto e 18 para os títulos, além de figuras disponibilizadas em banco de imagens gratuito e ilustradas por um dos autores da pesquisa. O primeiro guia, direcionado a pacientes

não adaptados com AASI, foi formado por capa, contracapa e 16 páginas de conteúdo, constituídas por sumário e 8 tópicos. Já o segundo guia, direcionado a pacientes adaptados com AASI, contou com capa, contracapa e 19 páginas de conteúdo, incluindo página com autores, sumário, espaço para anotações e 9 tópicos.

Foi confeccionado um diário como primeiro tópico em cada guia, a título de auxílio mnemônico externo para registro dos pontos pertinentes aos temas abordados nos guias que pudessem ocorrer no cotidiano do paciente (Figura 3). O diário contém uma coluna para registro da data da sessão semanal e outra para registro da tarefa da semana atribuída aos participantes do grupo ao final de cada sessão. Ainda, o espaço do diário foi dividido em “o que foi bom?”, “o que foi ruim?” e “observações” para pontuações relativas à atividade da semana, a fim de favorecer o monitoramento do desempenho dos pacientes e seus acompanhantes frente aos aconselhamentos fornecidos. Ressalta-se que foi reservada uma página no segundo guia para registro de anotações gerais, visando maior abrangência das necessidades e especificidades de cada paciente. Todos os usuários foram orientados sobre como utilizar o material para seu melhor aproveitamento.

O segundo guia abordou os mesmos tópicos contidos no primeiro, porém, com um capítulo a mais que contempla o uso de aparelhos auditivos e seus cuidados (Figura 4). Ambos os guias abordaram tópicos sobre as principais queixas cognitivas relacionadas à idade avançada, perdas auditivas, demências, comunicação, parceiros comunicativos, estimulação cognitiva e,



Figura 1. Capa do Guia de Orientações para a Comunicação para o Paciente e Acompanhante
Fonte: Autoria própria

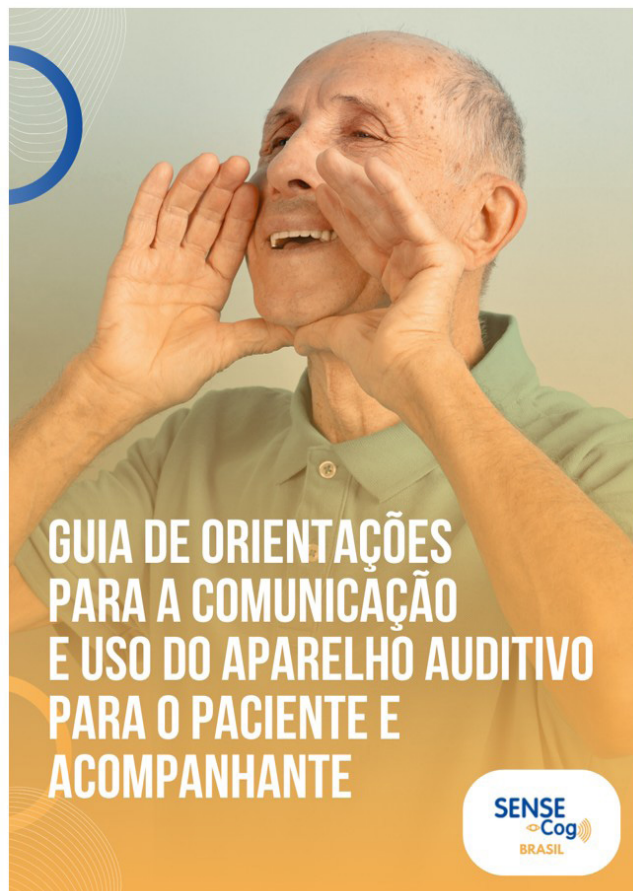


Figura 2. Capa do Guia de Orientações para a Comunicação e Uso do Aparelho Auditivo para o Paciente e Acompanhante
Fonte: Autoria própria

1. DIÁRIO
COMO FOI SUA SEMANA?

Aqui você escreve sua experiência ao realizar a tarefa da semana.

DATA	TAREFA DA SEMANA	O QUE FOI BOM?	O QUE FOI RUIM?	OBSERVAÇÕES

2 3

Figura 3. Diário do Guia de Orientações
Fonte: Autoria própria

4. APARELHOS AUDITIVOS E SEUS CUIDADOS

O **APARELHO AUDITIVO** aumenta a intensidade do som e assim permite que a pessoa com **PERDA AUDITIVA** receba o som com mais clareza.

Os aparelhos mais comuns são compostos por:

- **MOLDE:** É a parte de acrílico ou silicone que deve ser encaixada na cavidade da orelha.
- **OLIVA:** ponta de borracha que pode ser uma alternativa ao molde.
- **MANGUEIRA/MICROTUBO:** é a mangueira conectada ao molde ou oliva. Requer boa higienização para evitar entupimento.
- **BATERIA:** peça metálica redonda que varia de tamanho de acordo com o modelo do aparelho. É removível e é alocada dentro de compartimento específico.

A manutenção do aparelho auditivo requer alguns cuidados especiais, como os citados a seguir:

COMO COLOCAR?

O aparelho é colocado atrás da orelha na parte superior, como a haste de um óculos. E o molde deve estar encaixado na cavidade da orelha.

HIGIENIZAÇÃO

- Somente o molde deve ser retirado do aparelho e higienizado uma vez por semana com água e sabão.

Esta limpeza deve ser feita preferencialmente à noite, e o molde recolocado somente quando estiver totalmente seco, no dia seguinte.

- Para limpeza do aparelho propriamente dito pode-se usar papel toalha seco.
- **Olivas:** higienizar com um papel toalha, guardanapo ou água e sabão. As olivas são muito sensíveis, por isso é preciso muito cuidado ao manuseá-las.

8 9

Figura 4. Capítulo “Aparelhos auditivos e seus cuidados” do Guia de Orientações para a Comunicação e Uso do Aparelho Auditivo para o Paciente e Acompanhante
Fonte: Autoria própria

ainda, incluiu estratégias para aperfeiçoar a comunicação com o paciente com perda auditiva e comprometimento cognitivo (Figura 5). As principais queixas cognitivas comuns ao avanço da idade foram abordadas no segundo tópico dos guias e relacionavam-se às dificuldades para guardar informações e para lembrar fatos e acontecimentos, como nome de pessoas conhecidas ou compromissos importantes, esquecer-se de tomar remédio, não se lembrar de onde estão objetos pessoais, esquecer o fogo aceso ou o ferro ligado, dificuldades para relembrar palavras, usando termos vagos como “coisa” e “aquilo”. Também foram abordadas queixas comuns às dificuldades para escutar ou entender a fala, como dificuldade para entender as conversas em ambientes barulhentos, prejuízo para conversar com pessoas que falam muito rápido ou muito baixo, necessidade de aumentar o volume da televisão ou rádio para escutar bem, dificuldade para conversar quando não falam de frente para a pessoa e não escutar quando chamam à distância, como de outro cômodo da casa ou do outro lado da rua.

Em relação às perdas auditivas, foi informado, no terceiro tópico dos guias, sobre a perda gradual da sensibilidade ao som, resultando na necessidade de estímulos mais intensos para percepção e compreensão da fala e, assim, dificultando a comunicação. Também se abordaram as principais influências do envelhecimento na perda auditiva, como a exposição ao ruído em longo prazo, a agentes nocivos, doenças e tratamentos médicos. Além disso, informações sobre perdas auditivas não relacionadas ao envelhecimento foram incluídas, como em

casos de exposição intensa e prolongada ao ruído e acidentes e doenças que afetam a audição.

No guia destinado a pacientes adaptados com AASI, o quarto tópico, “aparelhos auditivos e seus cuidados”, localiza-se após a seção sobre perdas auditivas. O tópico contém informações sobre o funcionamento desse dispositivo, seus principais componentes - molde, oliva, microtubo/mangueira e bateria - e cuidados especiais relacionados à higienização e modo de uso do aparelho. Ainda, apresenta esclarecimentos sobre o tempo para troca dos acessórios, como molde, oliva e mangueira, além de cuidados gerais, como evitar quedas e choques contra superfícies duras, guardar o dispositivo dentro de sua própria caixa, em locais secos e livres de umidade, deixar o compartimento da bateria aberto sempre que o aparelho não estiver em uso a fim de preservar sua carga, não molhar o dispositivo, retirando-o para banho, entre outras medidas pertinentes. Foram também incluídas informações importantes sobre a bateria, como a existência de diferentes tipos, com durações variáveis, onde e como adquiri-las e descartá-las, o sinal sonoro que o aparelho emite frente à baixa na carga da bateria. Por fim, nesta seção, tratou-se de situações específicas comuns ao uso de AASI, por exemplo, como proceder frente à microfonia, ou seja, ruídos produzidos e captados pelo dispositivo e possíveis causas para ausência de emissão do sinal acústico.

No tópico seguinte, a definição de demência foi apresentada, assim como sua manifestação e impactos na vida do indivíduo. Evidenciou-se a relação entre perdas auditivas e o declínio cognitivo. Por fim, foram apresentadas as principais dificuldades

6. PARCEIRO COMUNICATIVO

Para que a comunicação aconteça, é necessário ao menos duas pessoas interagindo entre si e boa compreensão das mensagens.

Por isso, deve-se valorizar aquele que facilita a comunicação, o chamado **PARCEIRO COMUNICATIVO**.

Esse parceiro tem grande importância quando algo prejudica a participação do indivíduo na comunicação, o chamado **RUÍDO NA COMUNICAÇÃO**.

O parceiro comunicativo ajusta as necessidades e competências do indivíduo, aplicando **estratégias de comunicação** nas situações do dia-a-dia e resolvendo problemas em conjunto com esse indivíduo.

Pode-se dizer que o parceiro tem papel fundamental no acolhimento, reabilitação e bem-estar do indivíduo.



12

7. ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO

Algumas estratégias podem ser utilizadas para otimizar a comunicação com o outro, como:

• USAR FRASES CURTAS E SIMPLES

Muita quantidade de significado pode ser de difícil compreensão para o indivíduo, já que quanto maior e mais complexa a frase, maior a exigência de sua capacidade cognitiva.

• EVITAR INTERROMPER, DANDO TEMPO SUFICIENTE PARA RESPOSTA

Um dos possíveis sintomas da demência é o tempo de resposta aumentado, pois o indivíduo precisa de mais tempo para organizar-se mentalmente. Assim, interromper esse processo de organização significa confundir ou estressar esse indivíduo ainda mais.

• USAR “SIM/NÃO” NO LUGAR DE RESPOSTAS EXTENSAS OU EM ABERTO

Quanto menos for exigido do indivíduo ao processar uma informação, melhor a troca de mensagens. Respostas em aberto significam um longo processo de busca, planejamento e execução do que deseja ser comunicado.

13

Figura 5. Capítulos “Parceiro comunicativo” e “Estratégias facilitadoras da comunicação” do Guia de Orientações para a Comunicação para o Paciente e Acompanhante
Fonte: Autoria própria

de comunicação que a demência pode causar, como o “pensamento concreto”, ou seja, dificuldades para entender o que é abstrato, imaginário ou hipotético, aumento no tempo de resposta, dificuldades de memória, déficits sensoriais, falhas atencionais, dificuldades em lembrar palavras e no processamento de duas ou mais tarefas ao mesmo tempo.

Também foi abordado o conceito de comunicação e como a qualidade dessa interação é favorecida ou prejudicada, principalmente em relação às dificuldades auditivas e cognitivas, que geram ruídos e falhas na comunicação, e ao contexto comunicativo, como ambiente barulhento, intensidade de voz baixa ou sussurrada, fala abafada por máscara ou vidro, distância entre falante e interlocutor. Foi incluída uma seção sobre parceiros comunicativos para elucidar seu papel na comunicação e, por consequência, nas sessões de aconselhamento em grupo.

Em complemento, o tópico posterior incluiu estratégias facilitadoras da comunicação. Algumas se referem a facilitações para melhor compreensão do indivíduo, como usar frases curtas e simples, uma vez que o maior volume de conteúdo e complexidade dificulta a compreensão da informação devido à maior exigência de capacidade cognitiva do indivíduo; usar “sim” e “não” no lugar de respostas extensas ou em aberto, visto que respostas em aberto representam um longo processo de busca, planejamento e execução do que deseja ser comunicado; repetir as mensagens com as mesmas palavras ou com palavras diferentes da primeira vez, de acordo com o que for mais eficaz, reconhecendo que as dificuldades cognitivas podem ocasionar a perda de informações importantes da mensagem, levando à necessidade de sua repetição para que as informações perdidas sejam devidamente processadas; fazer uma pergunta/solicitação de cada vez, sendo que a menor quantidade de comandos representa menor volume de significado, favorecendo a memorização e compreensão da mensagem; falar devagar, já que a fala acelerada exige atenção e agilidade no processamento da mensagem, sendo essas as possíveis dificuldades para o indivíduo com comprometimento cognitivo.

Também foram incluídas estratégias relativas à expressividade do indivíduo, como evitar interromper e fornecer tempo suficiente para resposta, reconhecendo que um dos possíveis sintomas da demência é o tempo de resposta aumentado, devido à maior necessidade de tempo para organização mental do indivíduo; solicitar a descrição da palavra que o indivíduo procura, uma vez que o acesso ao léxico é favorecido pelo resgate de diferentes aspectos relacionados à palavra, como suas características, significado, função, entre outros.

Além disso, foram abordadas adaptações ambientais para favorecer a comunicação, como evitar possíveis distrações, como televisão, rádio, etc, visto as possíveis dificuldades de concentração características da demência; interpelar de frente para o outro, estabelecendo contato visual, reconhecendo que a visão apoia a comunicação por meio da expressão facial, movimentos da boca, entre outros aspectos.

A última seção tratou de informações sobre estimulação cognitiva, como seus princípios, funções e os determinantes para um bom resultado, a saber, experiências de vida, genética, escolaridade e a prática de atividades sociais e de lazer.

Como principal adequação, preconizou-se uma disposição de texto que se aproximasse do esperado, fisiológica e cognitivamente, para o movimento ocular durante a leitura, favorecendo, assim, a decodificação de palavras. Nesse sentido, os parágrafos foram alinhados à esquerda, as palavras não foram segmentadas e evitou-se o uso de palavras longas. Além disso, priorizou-se

a previsibilidade do material pela localização mais fácil do conteúdo almejado e, logo, o favorecimento do aprendizado. Com isso, construiu-se um conteúdo de sinalização clara e intuitiva, como no destaque de títulos em detrimento do texto secundário, inclusão de sumário, números de páginas e uso de *boxes* para revisão de assuntos previamente abordados. Ademais, buscou-se o posicionamento convencional dos componentes, como títulos no topo da página, numeração de página na borda inferior e imagens próximas ao texto relacionado, favorecendo o manuseio do material e localização no texto.

Em adição, planejou-se um leiaute confortável e fácil para pessoas com possíveis dificuldades cognitivas e visuais, uma vez que ambos os quadros representam desafios para a memorização de informação. Com isso, foram selecionadas cores que se contrastavam para o texto e fundo, além de tamanho aumentado de texto. Ainda, a quantidade de conteúdo por página foi limitada, reduzindo a possibilidade de gerar confusão no leitor.

Por fim, as imagens e ilustrações foram dispostas próximas ao conteúdo referente. Assim, o apoio gráfico é instintivamente visualizado e há reforço do assunto, além de que sua localização na página favorece a procura por temas específicos.

DISCUSSÃO

Apesar do caráter modificável da perda auditiva como um fator de risco para a demência, a adesão ao seu tratamento enfrenta diversas barreiras, desde fatores socioeconômicos a determinantes complexos inerentes ao processo de protetização^(5,10). Além disso, a reabilitação auditiva em pessoas com demência tem desafios próprios, considerando as dificuldades para avaliação, adaptação e acompanhamento de pacientes com tal comorbidade⁽¹⁹⁾. O grau de proficiência no manuseio do aparelho auditivo, percepção de consequências positivas do uso da prótese, grau de conforto ou ajuste do aparelho auditivo, interações pessoa-ambiente e reforço social são fatores que influenciam o uso efetivo do aparelho auditivo por pessoas com demência⁽⁸⁾. Também interferem na adesão ao tratamento a rede de apoio do usuário e a compreensão do cuidador a respeito do quadro de saúde desse indivíduo, o que ameniza o estresse e sobrecarga do cuidado, favorecendo a qualidade de vida tanto do paciente, quanto do acompanhante^(6,8).

Aliada à reabilitação auditiva, a estimulação da cognição é outro método importante para o tratamento do declínio cognitivo, uma vez que o impacto das síndromes demenciais no indivíduo é diretamente influenciado pelo seu estado cognitivo antes do comprometimento⁽²⁾, evidenciando os benefícios dessa estimulação para retardar, amenizar ou evitar os impactos do declínio cognitivo⁽⁷⁾.

Para facilitar a comunicação e minimizar dificuldades de retenção de informação, são oportunas ferramentas de educação em saúde que possam auxiliar no aconselhamento de pacientes e familiares, com estratégias de comunicação que facilitem esse processo no dia a dia até que tenham acesso aos aparelhos auditivos, e que também favoreçam o processo de adaptação às próteses. Em adição, o desenvolvimento de material impresso permite ao indivíduo e acompanhante mais autonomia para estudo de determinado tema, sem a presença do profissional de saúde, com possibilidade de reforço e acesso rápido para consulta, propiciando o autocuidado sobre a própria saúde⁽¹³⁾. Sendo assim, os materiais informativos são relevantes para a compreensão adequada de aspectos do tratamento de seus usuários, sendo determinantes no sucesso da intervenção. Além disso, a

adequação de material educativo em saúde, utilizado como apoio na orientação e aconselhamento, tem relação importante com o desempenho nas atividades de cuidados e uso do dispositivo de amplificação, assim como menor exigência na repetição das instruções e capacidade de solução de problemas pelos usuários. Também é importante que conteúdo, *design* e legibilidade dos materiais de saúde coincidam com o nível cognitivo do leitor, seu contexto socioeconômico e cultural⁽¹⁴⁾. Com isso, evidenciam-se os desafios no desenvolvimento de material impresso adaptado ao idoso com comprometimento cognitivo e auditivo. Além da carência na literatura de materiais informativos de saúde destinados a esse público específico, a transmissão eficaz dessas informações a esses pacientes é complexa devido às suas frequentes dificuldades de memória e atenção. Também, a disposição de informações de fácil compreensão para eles é desafiadora em razão das dificuldades cognitivas envolvidas na compreensão de temas complexos, como o letramento em saúde auditiva e cognitiva. Nesse contexto, o papel do parceiro comunicativo é essencial para o manejo do material desenvolvido, evidenciando a importância do aconselhamento no tratamento. Os resultados encontrados na literatura demonstram que pode haver benefícios à população apresentada diante da aprendizagem de estratégias que visam aperfeiçoar a capacidade de manusear os aparelhos auditivos. Além disso, a conscientização e instrução de seus parceiros comunicativos favorece a reabilitação, visto a dificuldade do paciente de se apropriar e memorizar novas informações sobre o tratamento. Nesse sentido, a educação do cuidador pode melhorar os níveis de estresse e retardar a institucionalização, tornando-se uma ferramenta de prevenção que pode mitigar os gastos com cuidados em saúde inerentes à demência, hospitalização e até morbimortalidade⁽¹²⁾.

A orientação e o aconselhamento são elementos importantes para indivíduos com deficiência auditiva e declínio cognitivo, visto os fatores influentes na reabilitação auditiva com AASI e as dificuldades que o comprometimento cognitivo pode impor ao processo. O tratamento desses quadros inclui a disposição de informações, conscientização e capacitação para o manejo dessas alterações⁽²⁾, serviços disponibilizados nos guias de orientações desenvolvidos no presente trabalho. Ademais, destaca-se a inclusão do aconselhamento como requisito mínimo nos serviços de reabilitação, uma vez que o desconhecimento desses quadros leva a um déficit na procura por tratamento e, logo, prognósticos piores⁽²⁰⁾. Dessa forma, o presente material pode ser utilizado também para promoção da informação à população em espera de atendimento especializado, um cenário comum no sistema público de saúde nacional⁽²¹⁾.

Sendo o grau de proficiência no manuseio do aparelho auditivo um fator impactante na adesão à reabilitação auditiva em indivíduos com demência, os guias foram ilustrados com os componentes dos aparelhos, elucidando os adequados manuseio e higienização do dispositivo.

As estratégias de comunicação constituem um conjunto de atitudes que facilitam o recebimento visual ou auditivo da mensagem. É evidente o seu emprego pelos indivíduos com deficiência auditiva como mais uma alternativa para recorrer ao déficit sensorial, independentemente do uso de dispositivos de amplificação. Estratégias de comunicação podem ser adotadas na impossibilidade do uso de próteses auditivas, ou quando o uso não gera benefícios satisfatórios, por exemplo, em situações acusticamente complexas⁽²²⁾. Portanto, as estratégias comunicativas visam não só ao aperfeiçoamento da comunicação, como também a melhora da

interação pessoa-ambiente e do bem-estar dos comunicadores por meio da instrução e, logo, alívio da sobrecarga e estresse geral.

Atualmente, os materiais desenvolvidos já foram utilizados em sessões em grupo, mas trabalhos de desfecho da aplicação e validação dos guias ainda serão realizados. Até o presente momento, pode-se afirmar que os guias serviram ao seu propósito, já que foram referidos pelos usuários e terapeutas como materiais de apoio úteis e pertinentes ao tratamento. Além disso, a aplicação dessa ferramenta exigiu monitoramento para compreensão e fixação do manuseio adequado. Apesar disso, pode-se confirmar que a implementação dos guias foi simples devido ao fácil acesso às orientações e baixo custo de confecção, representado apenas pela impressão do material em gráfica.

CONCLUSÃO

Indivíduos com dificuldades auditivas e cognitivas requerem diversos cuidados ao longo do processo de reabilitação. O aconselhamento é uma importante etapa nesse processo de adaptação aos aparelhos auditivos, juntamente com o uso de estratégias de comunicação, podendo impactar positivamente a adesão ao tratamento. Em uma população que pode ter maiores dificuldades em resgatar as informações passadas pelos profissionais de saúde (pacientes com déficits de memória e cuidadores sobrecarregados), a utilização de material educativo impresso torna-se uma ferramenta viável e facilitadora do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD contínua: características gerais dos domicílios e dos moradores 2022 [Internet]. 2022 [citado em 2003 Out 29]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004_informativo.pdf
2. OMS: Organização Mundial da Saúde. Dementia [Internet]. 2023 [citado em 2003 Out 29]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Smid J, Studart-Neto A, César-Freitas KG, Dourado MCN, Kochhann R, Barbosa BJAP, et al. Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico síndrome: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dement Neuropsychol*. 2022;16(3 Suppl 1):1-24. <http://doi.org/10.1590/1980-5764-dn-2022-s101en>. PMID:36533160.
4. Lin FR, Pike JR, Albert MS, Arnold M, Burgard S, Chisolm T, et al. Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2023;402(10404):786-97. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01406-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01406-X). PMID:37478886.
5. Mukadam N, Sommerlad A, Huntley J, Livingston G. Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional survey data. *Lancet Glob Health*. 2019;7(5):e596-e603. [http://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30074-9](http://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30074-9). PMID:31000129.
6. El-Wahsh S, Monroe P, Kumfor F, Ballard KJ. Communication interventions for people with dementia and their communication partners. In Lee-Fay L, Laver K, editors. *Dementia rehabilitation*:

- evidence-based interventions and clinical recommendations. Cambridge: Academic Press; 2021. p. 35-56.
7. Gonçalves LF, De Paiva KM, André PRPS, Samelli A, Haas P. Perda auditiva e função cognitiva em idosos: uma revisão sistemática. *Rev Neurocienc.* 2023;31:1-20.
 8. Hooper E, Brown LJE, Cross H, Dawes P, Leroi I, Armitage CJ. Systematic review of factors associated with hearing aid use in people living in the community with dementia and age-related hearing loss. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(10):1669-675.e16. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.07.011>. PMID:35988590.
 9. Suemoto CK, Mukadam N, Brucki SMD, Caramelli P, Nitrini R, Laks J, et al. Risk factors for dementia in Brazil: differences by region and race. *Alzheimers Dement.* 2023;19(5):1849-57. <http://doi.org/10.1002/alz.12820>. PMID:36326095.
 10. Watson J, Coleman E, Jackson C, Bell K, Maynard C, Hickson L, et al. Randomised controlled feasibility trial of an active communication education programme plus hearing aid provision versus hearing aid provision alone (ACE To HEAR). *BMJ Open.* 2021;11(4):e043364. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043364>. PMID:33827834.
 11. Caramelli P, Marinho V, Laks J, Coletta MVD, Stella F, Camargos EF, et al. Tratamento da demência: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dement Neuropsychol.* 2022;16(3 Suppl 1):88-100. <http://doi.org/10.1590/1980-5764-dn-2022-s106en>. PMID:36533154.
 12. Marquete VF, Chaves TA, Barreto SS. A efetividade da terapia fonoaudiológica no nível discursivo: estudo de caso de distúrbio linguístico-cognitivo na demência. *CoDAS.* 2021;33(2):e20200023. <http://doi.org/10.1590/2317-1782/20202020023>. PMID:34008775.
 13. Sá GGM, Silva FL, Santos AMRD, Nolêto JDS, Gouveia MTO, Nogueira LT. Technologies that promote health education for the community elderly: integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3186. PMID:31618386.
 14. Nakamura MY, Almeida K. Desenvolvimento de material educacional para orientação de idosos candidatos ao uso de próteses auditivas. *Audiol Commun Res.* 2018;23:e1938. <http://doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1938>.
 15. Delfino LL, Cachioni M. Estratégias comunicativas de cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65(2):186-95. <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000122>.
 16. UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais. GRAO-UFMG: Grupo de Reabilitação Auditiva e Orientações da UFMG. Guia para usuários de prótese auditiva e para os parceiros comunicativos [Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, UFMG; 2020 [citado 2023 Nov 12]. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/fon/wp-content/uploads/sites/26/2020/11/cartilha_usu%C3%A1rio_aparelhosauditivos-05-11-2020.pdf
 17. Araújo ALF, Oliveira AJD, Melo DCS, Braga TC, Nicácio AMF, Machado TH. Manual da afasia [Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, UFMG; 2023 [citado 2023 Nov 29]. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/fon/wp-content/uploads/sites/26/2023/06/Manual-estimulacao-para-impressao.pdf>
 18. REIS: Rede Empresarial de Inclusão Social. Guia REIS de comunicação inclusiva e acessível [Internet]. 2021 [citado em 2023 Nov 12]. Disponível em: <https://www.redeempresarialdeinclusao.org.br/wp-content/uploads/2025/02/Guia-de-Comunicacao-Inclusiva-e-Acessivel-2021.pdf>
 19. Kricos PB. Providing hearing rehabilitation to people with dementia presents unique challenges. *Hear J.* 2009;62(11):39-40. <http://doi.org/10.1097/01.HJ.0000364275.44847.95>.
 20. Wieselberg M, Sousa M. Aconselhamento na reabilitação audiológica. In: Lopes O Fo, editor. *Novo Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Manole; 2013. p. 413-25.
 21. Gonçalves RF, Giovanini AF, Nascimento GB, Isolan GR, Sigwalt MF, Polanski JF. Impacto da utilização da teleneurologia na redução de encaminhamentos no Sistema Único de Saúde. *SciELO Prep.* 2023. No prelo. <http://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7701>.
 22. Ross LA, Saint-Amour D, Leavitt VM, Javitt DC, Foxe JJ. Do you see what i am saying? exploring visual enhancement of speech comprehension in noisy environments. *Cereb Cortex.* 2006;17(5):1147-53. <http://doi.org/10.1093/cercor/bhl024>.