

Junho, 2006 Ano 3 Número 30

■ Avaliação Visual e Auditiva em Adultos e Idosos na Atenção Básica *Assessment of vision and hearing health status of adults and the elderly in primary care*

Wilma T. Miyake Morimoto¹; Norma Helen Medina²; Adilson Nunes Guardado³; Maria Helena Andrade Lima⁵; Ana Maria Marcondes Pinto⁴; Ione Maschietto Magnusson⁵

¹Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Vigilância em Saúde (PMSP/SMS/CVS), ²Centro de Oftalmologia Sanitária, Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (COS/CVE/CCD/SES-SP), ³Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura Lapa – Unidade Básica de Saúde Vila Jaguará, ⁴Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura Pinheiros, ⁵Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura da Lapa – Unidade Básica de Saúde Vila Romana

Resumo

Conhecer a situação de saúde ocular e auditiva de adultos e idosos que participavam dos grupos existentes na Administração Regional de Saúde 2 (ARS 2) – Butantã, Lapa, Pinheiros –, no município de São Paulo. Ações integradas dos Programas de Saúde do Idoso, Ocular, Auditiva e do Deficiente foram realizadas com orientações sobre a visão, audição e promoção da saúde da comunicação. Responderam a um questionário sobre saúde geral e queixas visuais e auditivas. Foram submetidos à medida da acuidade visual (AV), exame meatoscópico e encaminhados para referência oftalmológica e otorrinolaringológica. Foram avaliadas 214 pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais. Destas, 75,2% relataram que a visão dificultava pouco ou nada suas atividades diárias. A AV do melhor olho mostrou que 77,1% tinham visão 1,0 a 0,7 e 1,9% tinham visão <0,3. Foram encaminhadas para consulta oftalmológica 27,0% das pessoas com AV $\leq 0,5$ em um dos olhos. Quanto à saúde auditiva, 52,8% referiram não ter dificuldade de escutar a TV, 31,8% tinham queixa de zumbidos e 19,6% sentiam incômodo com ruído. Foram encaminhadas para consulta otorrinolaringológica 42,5% das pessoas. A população estudada, por participar de grupos organizados, teria maior acesso aos equipamentos de saúde, a informações sobre autocuidado e prevenção de doenças, portanto apresentava menos problemas visuais e auditivos. Evidenciou-se a importância do trabalho de promoção, contribuindo para a melhora da qualidade de vida, preservando suas capacidades funcionais e facilitando a interação social.

Palavras-chave: saúde ocular, saúde auditiva, adultos, idosos.

Abstract

The objective of this study was to assess vision and hearing health status of adults and the elderly who participated of health groups in Health Regional Administration –2 (ARS - 2) comprising the regions of

Butantã, Lapa, Pinheiros in the city of São Paulo. Integrated activities of the Elderly, Ocular, Hearing and Disable Health Programs were developed with general information about promotion and protection of vision, hearing and health communication. As methods to perform this study, a form was answered, questioning about general health, and vision and hearing impairments. They were submitted to visual acuity measurement (V.A.), meatoscopy examination and were referred to ophthalmic and otorrinolaringology examination. Results showed that a total of 214 people were evaluated, aged 50 or older, belonging to the health groups previously described. Of these, 75,2% related that vision had little or no impairing impact in their daily activities. The AV of the best eye showed that 77,1% had vision 1,0 to 0,7 and 1,9% had vision < 0,3. Among the persons with $AV \leq 0,5$ in one of the eyes, 27,0% were sent to an ophthalmic exam. Among people who were submitted to hearing health tests, Within the hearing health, 52,8% referred not to have difficulty in listening to the TV, 31,8% complained of buzzing noise and 19,6% complained of discomfort with noise; 42,5% of these persons were forwarded to otorrinolaringological consultation. As conclusion, it was possible to see that the population under study, who participated in organized groups, would have greater access to health equipments, to information about self care and prevention of diseases, and, consequently, showed less visual and hearing problems. The importance of preventive work, as well as activities of promotion became evident, contributing to an increase in quality of life, preserving their functional capacities and making social interaction easier.

Key words: vision health, hearing health, adults, elderly people.

Introdução

O conceito de velhice é subjetivo e impreciso, nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. Não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente utilizável com relação ao envelhecimento. Existem conotações políticas e ideológicas relacionadas ao conceito¹.

Segundo dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 1991, verificou-se no Brasil uma predominância de pessoas idosas, nas áreas rurais dos Estados do Nordeste e do Sul, enquanto os do Sudeste tinham maior proporção de idosos nas áreas urbanas². A população idosa concentra-se nas áreas mais desenvolvidas economicamente, com melhor infra-estrutura de serviços de saúde, melhores condições de vida e onde, portanto, a expectativa de vida é maior. Os idosos brasileiros são aqueles que conseguiram sobreviver às condições adversas. Atualmente, os que sobreviveram até idades avançadas são, em média, menos pobres que o conjunto da sociedade, embora os idosos não constituam uma parcela rica da população³.

É possível longevidade com qualidade de vida? Podem os indivíduos conservarem-se sadios e independentes, atuantes na sociedade mesmo com idade avançada? Vida saudável na velhice é possível, depende da manutenção da autonomia e independência. Idosos, mesmo portadores de doenças crônicas, quando controladas e prevenidas as suas seqüelas e complicações, podem comandar sua própria vida, definir projetos, estabelecer metas e caminhos para alcançá-las.

A comunicação é essencial para o ser humano, possibilita ao indivíduo desenvolver-se e manter o senso de identidade, pois transmite e recebe informações que ajudam no auto cuidado. Tem um papel terapêutico, principalmente para o idoso, auxiliando na diminuição da ansiedade e depressão. Também auxilia na compreensão e atuação sobre o meio físico e social e tem, ainda, papel importante no entretenimento e lazer.

Vivendo em sociedade, o homem necessita da comunicação e quando aspectos importantes do desenvolvimento desse processo apresentam-se alterados, dificultando a sua interação social, a pessoa se apresenta fragilizada, insegura, isolada, dependente e "doente".

As perdas auditivas e visuais, tão freqüentes entre os idosos, podem comprometer sua comunicação, causar um profundo impacto nas relações sociais, isolando-os. Essas alterações não podem ser simplesmente aceitas como inerentes ao envelhecimento. A função visual pode estar alterada por diversas doenças que acometem os olhos com o aumento da idade. As ametropias não-corrigidas, seja pela falta dos óculos receitados ou pela ausência de prescrição são uma causa importante de deficiência visual nesta população^{4,5}. A catarata não operada representa a causa isolada mais importante de cegueira curável do mundo⁶.

As prevalências das causas de cegueira mais importantes relacionadas à idade indicam que, com o aumento da expectativa de vida da população e conseqüente ampliação significativa das faixas etárias mais elevadas, existe uma tendência para o acréscimo destas cegueiras nas próximas décadas, se esforços enérgicos não forem tomados para solucionar estes problemas oculares⁶.

Com relação à audição, no processo de envelhecimento há uma perda progressiva em todas as freqüências sonoras, que se acentua nas mais altas, acompanhada de dificuldade na habilidade de entender uma conversação normal. Essa alteração neuro-sensorial é chamada de presbiacusia. Cerca de um terço dos indivíduos com mais de 65 anos de idade tem problemas auditivos com conseqüências sociais desfavoráveis. Respostas inadequadas podem gerar uma imagem de senilidade. A queixa típica é “ouvem, mas não entendem o que lhes é dito”⁷.

Há pelo menos duas importantes razões para que os idosos não sejam triados e referidos para avaliação audiométrica e tratamento. Eles aceitam a diminuição da audição como parte do processo de estarem velhos e acreditam que não há recursos para melhora. A outra é que médicos e outros profissionais de saúde freqüentemente falham em reconhecer a deficiência auditiva; e mesmo quando o paciente reclama de perda auditiva, há somente 50% de chance dele ser referido⁸. Aliado a isso, há que se considerar a escassez de oferta de recursos disponíveis na rede pública para exames e diagnósticos, além das condições econômicas de muitos deles, que dificultam a aquisição de próteses auditivas.

Este trabalho teve como objetivo conhecer a situação de saúde ocular e auditiva das pessoas que participavam dos diversos grupos existentes na área da Administração Regional de Saúde 2 (ARS 2) – Butantã, Lapa, Pinheiros, no município de São Paulo. E, assim, encaminhar para diagnóstico e tratamento todos os casos de problemas oculares e auditivos detectados, identificar e orientar quanto às possíveis alterações que pudessem interferir e dificultar a comunicação oral.

A investigação teve como objetivo conhecer melhor esta população, bem como estabelecer relações entre sua saúde e a qualidade de vida. A habilidade de comunicação com o outro e a interação com o mundo são, certamente, influenciadas por boas condições de saúde, para que possamos ver, ouvir, falar e interagir de maneira saudável.

Método

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo estruturou equipes multiprofissionais que vinham desenvolvendo o Programa de Atenção à Saúde do Idoso em algumas Regionais de Saúde. Mais do que a cura e o controle das doenças, estas equipes procuravam contribuir para a autonomia e o bem-estar do idoso, propondo ações que promoviam mudanças no estilo de vida e assimilação de comportamentos saudáveis.

O programa de saúde do idoso da ARS 2, no período de 1997 a 2000, atuava de forma integrada e grupal em locais cedidos pela própria comunidade (igrejas, centros de convivência, parques públicos, Associações de Amigos de Bairro etc.), evitando-se a locomoção dos participantes e, principalmente, sem tirá-los de seu contexto físico e social.

Eram desenvolvidas atividades físicas sistemáticas, procurando conscientizá-los de seus benefícios, propondo discussões e reflexões sobre a arte de envelhecer, redefinindo seu espaço social, facilitando sua inserção na comunidade, buscando uma vida autônoma e participativa.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizado um levantamento e organização dos recursos existentes nos diversos níveis de atenção oftalmológica e audiológica na região. Os técnicos envolvidos no projeto participaram de um treinamento no qual a audição e a visão foram estudadas enquanto aspectos anátomo funcionais e patológicos, bem como orientações na sua preservação. As atividades foram resultado do trabalho conjunto dos Programas de Saúde do Idoso, Ocular, Auditiva e da Pessoa Portadora de Deficiência.

Os indivíduos dos grupos passaram por ações educativas de promoção da saúde ocular e auditiva, foram submetidos a exame de acuidade visual e meatoscopia. Também responderam a um questionário para levantamento de dados sobre saúde geral e queixas quanto à visão e audição e suas influências no desempenho de funções sociais e do cotidiano.

Com o objetivo de conhecer a efetividade da comunicação do idoso, também foram levantadas queixas de dificuldade para mastigação, deglutição e alterações vocais, além de hábitos perniciosos como o fumo e a ingestão de álcool.

Teste de acuidade visual (AV)

Todos os idosos foram submetidos ao teste de acuidade visual utilizando a tabela de Snellen. Os indivíduos diabéticos com AV igual ou menor a 0,5 no melhor olho, com correção, foram priorizados no encaminhamento para exame oftalmológico.

Todas as pessoas com AV igual ou menor a 0,5 no melhor olho, com correção, foram agendadas na rede pública para exame oftalmológico ou encaminhadas para convênios. As que apresentaram catarata senil com indicação cirúrgica foram encaminhadas para o Setor de Catarata do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Aquelas que há mais de dois anos não tinham comparecido a uma consulta oftalmológica e as que apresentaram visão menor que 0,8 também foram agendadas.

Exame meatoscópico

Os indivíduos foram submetidos à meatoscopia e os que apresentaram cerúmen foram medicados com emoliente tópico para remoção da rolha e encaminhados ao exame otorrinolaringológico. Aqueles com outras alterações na meatoscopia foram encaminhados diretamente para consulta.

Resultados

Na época, nesta região havia 17 grupos cadastrados no Programa de Saúde do Idoso, com aproximadamente 470 pessoas, nas mais variadas faixas etárias. O enfoque preventivo e de promoção de saúde nas ações desenvolvidas permitia e orientava não limitar a idade para participar do referido programa, mas era considerado critério o interesse em prevenir os agravos e dificuldades inerentes ao envelhecimento. Participaram da avaliação 214 pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais de idade, respondendo a questionários, sendo submetidas à medida da acuidade visual, meatoscopia, encaminhadas quando necessário e recebendo orientações.

A maioria das pessoas que participou das atividades era do sexo feminino (98,1%). Quanto à faixa etária,

27,1% encontravam-se entre 50 a 59 anos de idade, 34,6% entre 60 a 69 anos, 31,3% na faixa de 70 a 79 anos e 7,0% com 80 anos ou mais de idade.

Das que responderam o questionário de avaliação sobre a saúde geral, 11,2% relataram apresentar diabetes, 51,3% hipertensão arterial e 7,9% associação de hipertensão e diabetes (Figura 1).

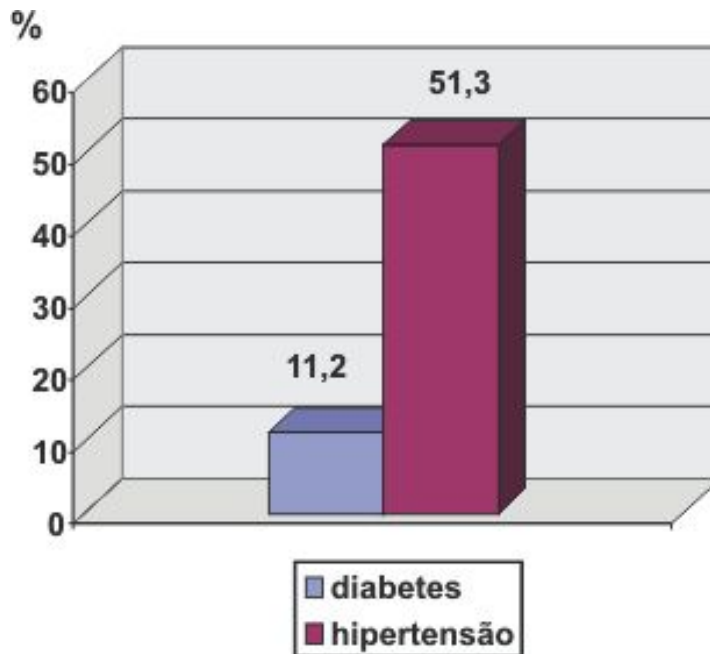


Figura 1. Diabetes e hipertensão arterial em adultos e idosos da ARS 2 – Lapa, Pinheiros, Butantã. Município de São Paulo, 1999.

Relataram que a visão dificultava pouco ou nada suas atividades diárias, 75,2% das pessoas. A maioria delas (70,6%) relatou que enxergava as legendas dos filmes na TV, 9,3% viam a placa com o nome da rua antes de atravessá-la e 4,2% reconheciam um amigo do outro lado da rua. Referiram ler bula de remédio com os óculos que usavam 68,1% das pessoas.

A acuidade visual medida, agrupada, do melhor olho, encontra-se na Tabela 1, na qual 77,1% apresentaram visão ótima ou boa (1,0 até 0,7), 13,5% visão regular (0,6 e 0,5), 7,5% visão ruim (0,4 e 0,3) e 1,9% visão péssima (<0,3).

Tabela 1 - Acuidade visual, agrupada, do melhor olho, de grupos de adultos e idosos da ARS 2 – Lapa, Pinheiros, Butantã. Município de São Paulo, 1999.

ACUIDADE VISUAL	Nº	%
ÓTIMA/BOA (1,0 – 0,7)	165	77,1
REGULAR (0,6 – 0,5)	29	13,5
RUIM (0,4 – 0,3)	16	7,5
PÉSSIMA (< 0,3)	4	1,9
TOTAL	214	100,0

Na análise da acuidade visual referida, 41,3% relataram que a visão com os dois olhos era ótima, 50,7% regular, 8,0% ruim e nenhuma referência para visão péssima. Quando esta informação é comparada com a acuidade visual medida no melhor olho não se observou concordância com a pergunta (Kappa = 0,146 e $p < 0,000145$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Concordância entre as acuidades visuais referida e medida, agrupada, do melhor olho, de grupos de adultos e idosos da ARS 2 – Lapa, Pinheiros, Butantã. Município de São Paulo, 1999.

ACUIDADE VISUAL	Como está sua visão?				
	Otima	Regular	Ruim	Péssima	Total
ÓTIMA/BOA (1,0 – 0,7)	76	82	6	0	164
REGULAR (0,6 – 0,5)	9	18	2	0	29
RUIM (0,4 – 0,3)	3	6	7	0	16
PÉSSIMA (< 0,3)	0	2	2	0	4
TOTAL	88 (41,3%)	108 (50,7%)	17 (8,0%)	0	213 (100%)

Obs: Um paciente com AV ótima/boa, no melhor olho, não respondeu à pergunta sobre sua visão

Concordância observada = 0,48

Concordância esperada = 0,39

Coefficiente Kappa = 0,146

$p < 0.000145$

Foram encaminhadas para consulta oftalmológica 58 (27,0%) pessoas, por apresentarem acuidade visual $\leq 0,5$ em um dos olhos. Outros encaminhamentos foram realizados por diabetes, hipertensão e outras queixas oculares como ressecamento, dor, queimação, lacrimejamento e coceira.

Quanto ao questionário da saúde auditiva destas pessoas, 47,2% referiram dificuldade para escutar a TV, 34,1% referiram tontura, 31,8% tinham queixa de zumbido e 19,6% sentiam incômodo com ruído (Figura 2). O resultado da meatoscopia foi normal em 66,9% das pessoas. Todos com queixa de perda auditiva interferindo no seu relacionamento social e com queixas de tontura e/ou zumbido foram encaminhados para avaliação audiológica.

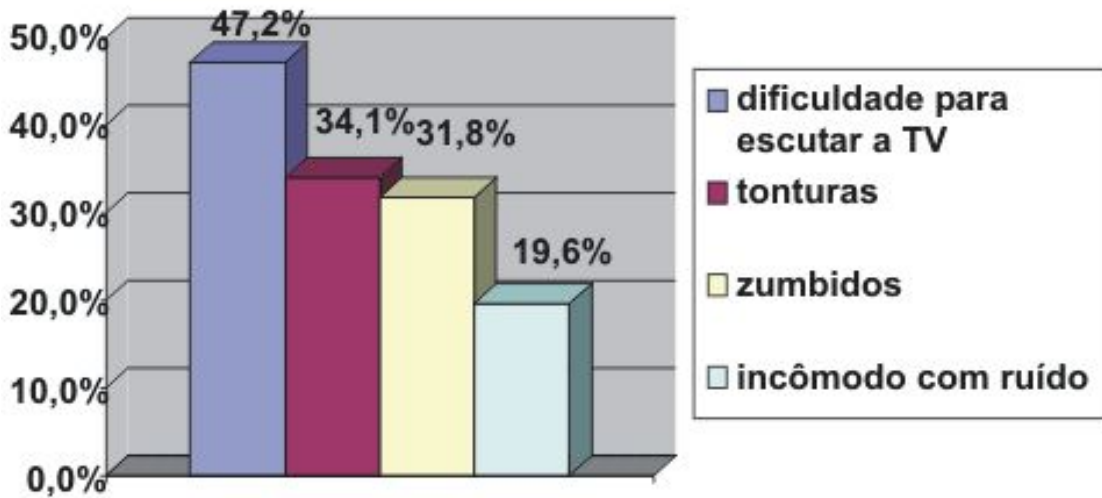


Figura 2. Queixas referentes à comunicação de adultos e idosos da ARS 2 – Lapa, Pinheiros, Butantã. Município de São Paulo, 1999.

Foram encaminhadas para consulta otorrinolaringológica 91 (42,5%) pessoas, baseado na análise conjunta dos dados obtidos nos questionários e na meatoscopia. Dos entrevistados, 21,3% referiram dificuldades de mastigação e 10,7% apresentaram queixas para deglutição. Quanto aos hábitos, 10,1% relataram ser fumantes e 2,0% faziam uso de bebida alcoólica que são fatores irritativos das pregas vocais (Figura 3).

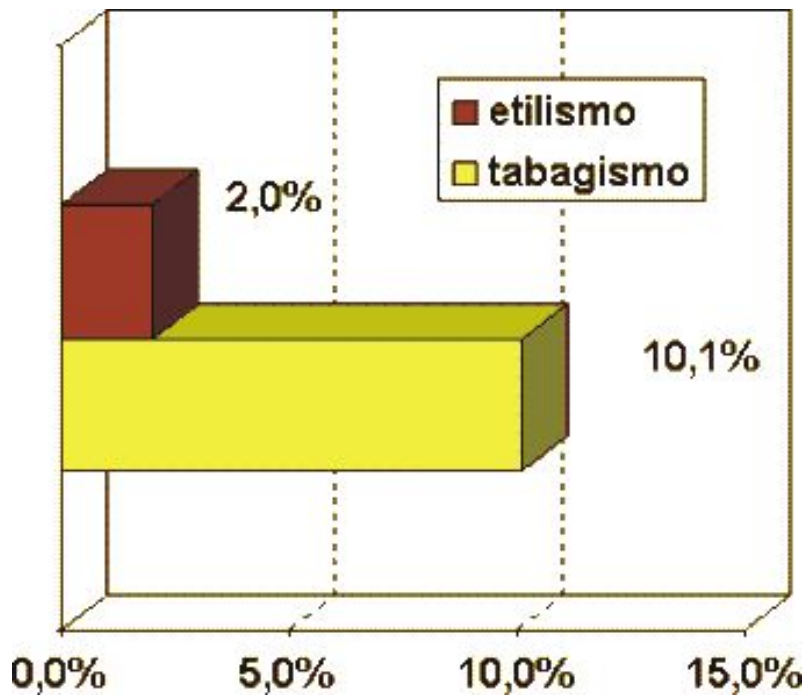


Figura 3. Dados sobre os hábitos de tabagismo e etilismo de adultos e idosos da ARS 2 – Lapa, Pinheiros, Butantã. Município de São Paulo, 1999.

Discussão

No trabalho com os grupos constatou-se que o envelhecimento não é uniforme em todos os indivíduos e

não apresenta o mesmo grau de impacto em todos os órgãos. Os sintomas funcionais dos órgãos sensoriais da visão e audição foram os mais concretamente apontados no levantamento de queixas sobre a saúde em geral e que levam muitas vezes a um isolamento, gerando frustrações.

Os grupos estudados eram compostos na maioria por mulheres, o que reflete a composição demográfica da população idosa, na região de estudo, e o interesse maior em participar de atividades na comunidade².

Observou-se que a ocorrência de hipertensão e diabetes foi semelhante aos resultados de estudos realizados no município de São Paulo⁹. Os resultados do teste de acuidade visual nos indivíduos foram de 77,1% para visão 1,0-0,7, sendo menor que a frequência encontrada no Framingham Eye Study, Estados Unidos, na mesma faixa etária, que foi de 87,5% e, em relação à deficiência visual ($AV < 0,3$ no melhor olho) a frequência encontrada neste estudo foi de 1,9%, enquanto naquele foi de 1,8%¹⁰.

Estudo realizado em Hong Kong, em 1997, mostrou que cerca de 60,0% das pessoas com 50 anos ou mais têm problemas visuais de diversos graus. Mostrou, também, a importância da atenção primária como uma boa oportunidade de triagem para doenças oftalmológicas, que não necessitam de maiores recursos e são muito eficientes. Os resultados mostraram que a maioria das pessoas tinha poucas queixas quanto à interferência da visão ou audição nas suas atividades diárias¹¹.

Todo processo de envelhecimento que ocorre nos indivíduos afeta os sistemas circulatório e vascular do organismo e como consequência atinge também as estruturas do ouvido¹².

A comunicação verbal é um processo interativo, dinâmico, que inclui, entre outros componentes, a mensagem a ser expressa, o propósito e a intenção do falante, além de ser o meio pelo qual a mensagem é transmitida. Inclui, ainda, as pausas, expressões faciais e gestos. A fala é transmitida basicamente por dois canais: o auditivo, que recebe os sons da fala e outras pistas acústicas, e o visual, que recebe a imagem dinâmica da face do falante, sua expressão facial e a informação de quem está falando.

Pessoas com problemas auditivos podem apresentar sintomas de zumbido e tontura, além de dificuldades para ouvir e entender a fala quando em ambiente ruidoso. Podem também referir desconforto quando o barulho é intenso.

O isolamento da pessoa idosa e o consequente declínio da qualidade de sua comunicação, devido aos déficits sensoriais, causam profundo impacto na sua interação social¹³. As alterações anatômicas e/ou funcionais do sistema motor oral podem afetar diretamente a fala e outras funções orais, como a mastigação e a deglutição. Adultos com próteses dentárias parciais ou totais mal-ajustadas, ou com problemas periodontais, podem apresentar dificuldades mastigatórias de deglutição e de fala¹⁴. Alterações na força e amplitude dos movimentos dos músculos dos órgãos articulatórios podem acarretar prejuízos na inteligibilidade da fala e dificuldades alimentares. Os distúrbios da comunicação causados por problemas nos órgãos fono articulatórios refletem no bem-estar físico e emocional dos indivíduos e podem ser minorados quando orientados ou tratados.

Um dos fatores a ser considerado sobre a população estudada neste trabalho é que a oportunidade de participar de grupos organizados já a diferenciava de outras que não tinham acesso a nenhum tipo de apoio, quer institucional, quer emocional. O fato de estarem organizados também facilitaria de alguma maneira o acesso aos equipamentos de saúde, a informações sobre autocuidado e prevenção de doenças, levando à hipótese de que estes fatos contribuiriam para que esta população tivesse menos problemas visuais e auditivos.

O resultado da medida da acuidade visual não concordou com a visão referida, mostrando que questionários aplicados isoladamente para conhecer a situação de visão nesta população certamente não

refletiriam a realidade.

Outro fator importante era a região da cidade em que vivia esta população, mais central, com unidades de saúde em condições de proporcionar o atendimento necessário ou em condições de fazer o encaminhamento para referências previamente determinadas. Assim como o envelhecimento não é uniforme em todos os indivíduos, também a distribuição dos recursos e, portanto, a abordagem da assistência ao idoso, deveria levar em conta as características de cada população, de cada região da cidade.

O ideal seria que cada grupo de população tivesse uma equipe de saúde que detectasse e resolvesse os problemas gerais, oculares e auditivos, em nível primário, referindo aqueles indivíduos com problemas que não pudessem ser resolvidos neste nível de atenção para um nível secundário, no qual equipes com especialistas resolveriam as alterações detectadas, inclusive realizando cirurgias de menor complexidade. Para o nível terciário seriam encaminhados somente os indivíduos com problemas mais complexos. Com isso seriam resolvidos os problemas de demanda reprimida que existem nos serviços terciários¹⁵. Os dados obtidos merecem estudos mais aprofundados e evidenciam a importância de um trabalho de promoção na área, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do idoso, preservando suas capacidades funcionais e facilitando a interação social e suas possibilidades comunicativas.

Agradecimentos

Este trabalho só foi realizado graças ao esforço conjunto de diversos profissionais das Secretarias de Saúde do Estado e do Município de São Paulo, em especial Alice F. Miyata, Beatriz Cabral, Branca Vaidergorn, Christiane Conrado, Elaine A. Sutto, Eliana C. Moreira, Ernesto Kogan, Luiz G. Nalini, Maria Ângela Maurício, Maria Kazuco H. Barbosa, Maria Paula Roberto, Rita de Cassia B. de Oliveira, Selma L. B. Ragazzi e Teresa Hidé K. Honda (*in memoriam*).

Referências bibliográficas

1. Veras, RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumorá, UERJ; 1994.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Anuário Estatístico do Brasil: Estatísticas Populacionais e Grupos Populacionais Específicos. Rio de Janeiro: IBGE; 1994.
3. Veras RP, Alves MI. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. *In*: Minayo, M.C.S. org. Muitos Brasis saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1995. p. 321-37.
4. Dana MR, Tielsch J, Enger C, Joyce E, Santoli JM, Taylor HR. Visual impairment in a rural Appalachian community prevalence and causes. **JAMA** 1990; 264:2400-5.
5. Kara José N, Contreras F, Campos MA, Delgado AM, Mowery RL, Ellwein LB. Estudo populacional de triagem visual e intervenção cirúrgica para reduzir a cegueira por catarata em Campinas-Brasil e Chimbote-Peru. **Arq Bras Oftalmol** 1989; 52:91-6.
6. Thylefors B, Négrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global Data on Blindness. **Bull World Health Organ** 1995; 73:115-21.
7. Russo ICP. Uso de próteses auditivas em idosos portadores de presbiacusia: indicação, adaptação e efetividade [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista

de Medicina; 1988.

8. Harries MLL *et al.* Hearing Aids – A case for review. **J. Laryngology and Otoscopy** 1989; 103:850-52.
9. Rassi EPM. Indicadores de saúde em idosos: o papel da Unidade Básica de Saúde. *Gerontologia* 1994; 2 (2): 75-81.
10. Leibowitz HM, Krueger DE, Maunder LR, Milton RC, Kini MM, Kahn HÁ *et al.* The Framingham Eye Study Monograph. **Survey Ophthalmol** 1980; 24 (suppl.):1-610.
11. Wun YT, Lam CC, Shum WK. Impaired vision in the elderly: a preventable condition. **Family Practice** 1997; 14: 289-92.
12. Santos TMM & Russo ICP. A prática da audiologia clínica. São Paulo: Cortez Editora; 1988.
13. Russo ICP, Almeida K. O processo de reabilitação audiológica do deficiente auditivo idoso. *In: Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Editora Lovise; 1995.
14. Marchesan IQ. Distúrbios da motricidade oral. *In: Intervenção fonoaudiológica na terceira idade*. São Paulo: Editora Revinter; 1998.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Strategies for the prevention of blindness in National Programmes: a primary health care approach. Geneve: World Health Organization; 1984. 88p.

Correspondência/Correspondence to:

Wilma Tiemi Miyake Morimoto

Rua Santa Isabel, nº 181, 6º andar – Vila Buarque

São Paulo/SP – CEP: 01221-010

Telefax: (11) 3350-6619

E-mail:



Bepa
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 1º andar, s. 135
São Paulo - SP - tels.: (11) 3066-8823 / 3066-8825
e-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Fale conosco

