

Qualidade de vida em idosos com deficiência auditiva: revisão de literatura

Quality of life in elderly with hearing loss: literatura review

Calidad de vida en ancianos con discapacidad auditiva: revisión de la literatura

Luciana Giandotti Gomar¹, Adriana Betes Heupa², Débora Lüders³,
Vanessa Luisa Destro Fidêncio⁴

1.Aluna de graduação em Fonoaudiologia, Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba-PR, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-4108-0776>

2.Fonoaudióloga, Mestra em Distúrbios da Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana (PPGSCH), Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba-PR, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4333-3131>

3.Fonoaudióloga, Doutora em Distúrbios da Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana (PPGSCH), Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba-PR, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9796-0734>

4.Fonoaudióloga, Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana (PPGSCH), Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba-PR, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2632-5666>

Resumo

Introdução. A perda auditiva é uma deficiência sensorial comum em idosos e está associada a pior função cognitiva, sintomas depressivos e isolamento social, o que pode prejudicar significativamente a qualidade de vida (QV). **Objetivo.** Avaliar a QV de idosos brasileiros com perda auditiva. **Método.** Realizou-se busca nas bases de dados PubMed e LILACS, e na ferramenta de buscas Google Acadêmico, por meio do cruzamento de descritores selecionados no DeCS e MeSH. **Resultados.** Após a seleção, 11 estudos foram incluídos nesta revisão. Os estudos avaliaram 425 indivíduos e o questionário mais utilizado para avaliar a QV foi o *Medical Outcomex Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF 36)*, seguido do *World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL- versão breve)*. Houve diferença significativa nos domínios avaliados, com melhor QV após adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). O uso do dispositivo superior a oito horas diárias favoreceu a QV nessa população. Não foi observada associação entre o incômodo com o zumbido e a QV. A participação em grupos de apoio conduzidos por fonoaudiólogos também pode favorecer a QV em idosos com perda auditiva. **Conclusão.** O uso do AASI implica em melhores escores nos diferentes domínios englobados nos instrumentos de avaliação de QV, principalmente com relação à saúde mental, aspectos físicos e sociais.

Unitermos. Qualidade de Vida; Perda Auditiva; Idoso; Inquéritos e Questionários

Abstract

Introduction. Hearing loss is a common sensory impairment in the elderly and is associated with worse cognitive function, depressive symptoms, social isolation, which can significantly impair quality of life (QoL). **Objective.** To evaluate the QoL of elderly Brazilians with hearing loss. **Method.** A search was carried out in the PubMed and LILACS databases and in the Google Scholar search tool by crossing selected descriptors in DeCS and MeSH. **Results.** After selection, 11 studies were included in this review. The studies evaluated 425 individuals and the most used questionnaire to assess QoL was the *Medical Outcomex Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF 36)*, followed by the *World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL - short version)*. There was a significant difference in the evaluated domains, with better QoL after adaptation of the hearing aids (HA). The use of the device for more than eight hours a day favored the QoL in this population. No association was observed between tinnitus annoyance and QoL. Participation in support groups led by speech therapists can also favor QoL in this population. **Conclusion.** The use of HA implies better scores in the different

domains included in the QoL assessment instruments, mainly in relation to mental health, physical and social aspects.

Keywords. Quality of Life; Hearing Loss; Aged; Surveys and Questionnaires

Resumen

Introducción. La hipoacusia es un deterioro sensorial común en los ancianos y se asocia con una peor función cognitiva, síntomas depresivos, aislamiento social, lo que puede afectar significativamente la calidad de vida (CV). **Objetivo.** Evaluar la CV de ancianos brasileños con hipoacusia. **Método.** Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed y LILACS y en el buscador Google Scholar cruzando descriptores seleccionados en DeCS y MeSH. **Resultados.** Después de la selección, se incluyeron 11 estudios en esta revisión. Los estudios evaluaron 425 individuos y el cuestionario más utilizado para evaluar la CV fue el Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF 36), seguido del World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL - versión corta). Hubo diferencia significativa en los dominios evaluados, con mejor calidad de vida después de la adaptación de los audífonos. El uso del dispositivo por más de ocho horas al día favoreció la CV en esta población. No se observó asociación entre la molestia del tinnitus y la CV. La participación en grupos de apoyo dirigidos por logopedas también puede favorecer la CV en esta población. **Conclusiones.** El uso de audífonos implica mejores puntajes en los diferentes dominios incluidos en los instrumentos de evaluación de la CV, principalmente en relación a los aspectos de salud mental, física y social.

Palabras clave. Calidad de vida; Pérdida Auditiva; Anciano; Encuestas y Cuestionarios

Trabalho realizado na Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba-PR, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 29/06/2023

Aceito em: 21/09/2023

Endereço de correspondência: Vanessa Luisa Destro Fidêncio. R. Padre Ladislau Kula 395. Santo Inácio. Curitiba-PR, Brasil. CEP 82010-210. Email: vanessa.destrof@gmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e irreversível, que gera mudanças em aspectos biológicos, sociais e psicológicos do indivíduo. Neste processo, há a deterioração lenta e progressiva de funções orgânicas, sejam elas vitais ou não¹.

Uma das deficiências sensoriais que podem acontecer durante o processo de envelhecimento, é a perda auditiva. Estimativas sugerem que mais de 42% das pessoas com algum grau de perda auditiva têm idade superior a 60 anos. Globalmente, a prevalência de perda auditiva (de grau moderado ou superior) aumenta exponencialmente com a idade, passando de 15,4% entre as pessoas na faixa dos 60 anos para 58,2% entre as pessoas com mais de 90 anos².

A perda auditiva relacionada à idade – também conhecida como presbiacusia – apresenta alta prevalência e espera-se que aumente ainda mais com as atuais mudanças demográficas². O aumento do número de idosos é uma realidade em diversos países e demanda esforços que atendam às necessidades dessa população³.

A perda auditiva está associada a pior função cognitiva e sintomas depressivos em idosos⁴, frustração pela dificuldade em compreender o que é dito por familiares e amigos, propensão ao desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos e favorecimento do isolamento social^{5,6}. Há, ainda, prejuízos no que diz respeito à independência no trabalho⁷ e nas interações sociais, restringindo a ida a lugares públicos ou diálogos via chamada telefônica⁸.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁹, a qualidade de vida (QV) refere-se à “percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Mediante o aumento da expectativa de vida, há uma crescente pressão para a implementação de estratégias eficazes e menos onerosas voltadas à população idosa¹⁰. Nesse sentido, conhecer as demandas da população idosa é fundamental para se pensar em estratégias que repercutam em seu bem-estar físico e social¹¹.

A avaliação da QV do indivíduo idoso abrange, dentre outros, aspectos como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado psicológico, interação social, valores

socioculturais e estilo de vida¹². Dadas as consequências da perda auditiva em diversos aspectos biopsicossociais, é fato que essa alteração pode impactar na QV do indivíduo acometido^{4,13}.

Ressalta-se que fatores sociodemográficos também podem influenciar na QV de idosos. Em um estudo, os autores compararam a QV de idosos brasileiros e portugueses e observaram diferentes resultados de acordo com os domínios avaliados¹⁴. No Brasil, a criação de políticas públicas voltadas à população idosa ocorreu de forma tardia e lenta. Ao mesmo tempo, a implementação e integração adequada de programas e políticas existentes é fundamental para favorecer o acesso desses indivíduos a serviços e sua participação na comunidade¹⁵.

Diante do exposto, torna-se de extrema importância conhecer o impacto da perda auditiva na QV de idosos. Mais especificamente, conhecer sobre a temática no que diz respeito à população idosa residente no Brasil torna-se fundamental para que possam ser delineadas estratégias a fim de se propor futuras políticas públicas no país voltadas especificamente para esse público.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a QV de idosos brasileiros com perda auditiva.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura. Foi realizada busca nas bases de dados *Pubmed*, *SciELO* e *LILACS* e na fonte de informação *Google Acadêmico*.

Foram utilizados descritores em português e inglês selecionados, respectivamente, nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Os descritores foram combinados entre si por meio do uso do operador booleano AND para restringir a estratégia de busca de acordo com o objetivo do estudo (Quadro 1).

Quadro 1. Combinações de descritores utilizados nas buscas.

Buscas em português	Buscas em inglês
"qualidade de vida" AND "perda auditiva" AND "idoso"	"quality of life" AND "hearing loss" AND "aged"

Utilizou-se o filtro para busca dos estudos publicados nos últimos dez anos (entre 2013 e 2023) e disponíveis na íntegra. Na Pubmed, foram utilizados ainda os filtros "*clinical trial*" e "*randomized controlled trial*", excluindo-se outros estudos de revisão de literatura. As buscas no Google Acadêmico se restringiram às dez primeiras páginas, por serem as mais relevantes.

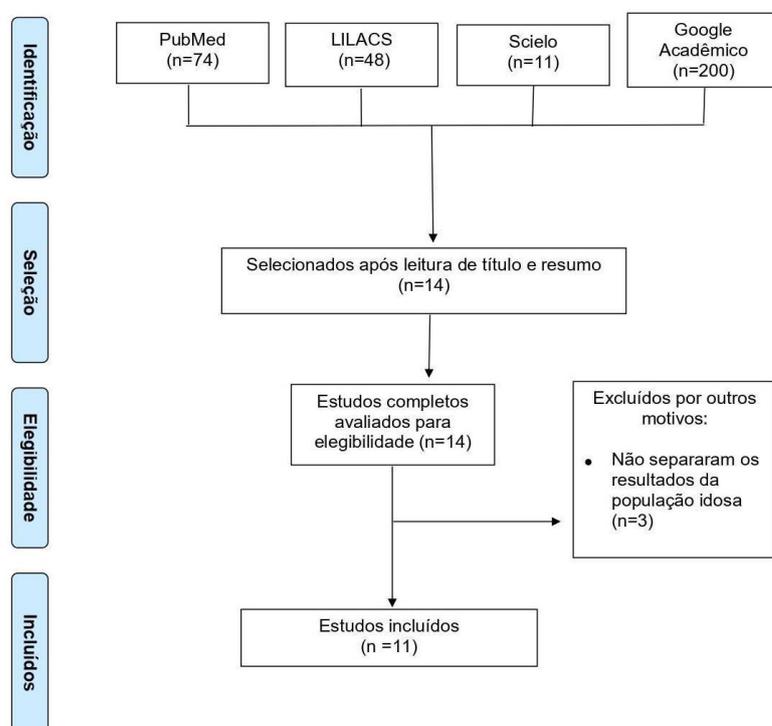
Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos realizados no Brasil, publicados no idioma português ou inglês, nos últimos dez anos, disponíveis na íntegra em acesso livre e/ou pela *Virtual Private Network* (VPN), que utilizaram protocolos para avaliar a QV de indivíduos com idade a partir de 60 anos, com qualquer tipo ou grau de perda auditiva. Foram excluídos outros estudos de revisão

de literatura, estudos cuja população apresentasse outras deficiências além da perda auditiva e estudos que incluíram indivíduos idosos em sua casuística, porém não apresentaram separadamente os resultados obtidos por essa população.

RESULTADOS

A busca foi realizada em 6 de junho de 2023. Ao todo, foram encontrados 333 estudos, sendo 14 selecionados pela leitura dos títulos e resumos. Após a leitura completa, 11 estudos^{6,16-25} foram selecionados para inclusão nesta revisão (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos.



n=número de estudos

Os estudos mais recentes incluídos nesta revisão foram publicados em 2020^{16,17}. A maioria dos estudos (n=6)^{18,20-21,23-25} foi realizada na região Sul do país, nas cidades de: Itajaí (n=1)²⁰ e Florianópolis (n=1)²⁵, em Santa Catarina; em Curitiba, no Paraná (n=2)^{21,23}; e em Santa Maria (n=1)¹⁸ e Porto Alegre (n=1)²⁴, no Rio Grande do Sul.

No total, os estudos avaliaram 425 idosos com perda auditiva. O questionário mais utilizado para avaliar a QV desses indivíduos foi o *Medical Outcomex Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF 36)* (n=5)^{17-19,20,22}, seguido do *World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF)* (n=4)^{6,23-25}. Somente um estudo¹⁶ utilizou o *World Health Organization of Life Questionnaire-Old (WHOQOL-OLD)* e somente um estudo²¹ utilizou o *Ferrans and Powers Quality of Life Index (Índice de Qualidade de Vida – IQV – de Ferrans e Powers)*. No quadro 2 estão dispostos os domínios avaliados em cada um dos questionários utilizados nos estudos.

Quadro 2. Domínios avaliados nos questionários utilizados nos estudos para avaliação da QV.

Questionário	Domínios avaliados
SF-36	Capacidade Funcional/ Aspectos Físicos/ Dor/ Estado Geral da Saúde/ Vitalidade/ Aspectos Sociais/ Aspectos Emocionais/ Saúde Mental
WHOQOL-BREF	Físico/ Psicológico/ Social/ Ambiental/ QV geral
WHOQOL-OLD	Funcionamento Sensorial/ Autonomia/ Atividades Passadas, Presentes e Futuras/ Participação Social/ Morte e morrer/ Intimidade
IQV – de Ferrans e Powers	Saúde e Funcionamento/ Psicológico e Espiritual/ Socioeconômico/ Família

IQV= Índice de Qualidade de Vida – IQV – de Ferrans e Powers (*Ferrans and Powers Quality of Life Index*); QV=Qualidade de Vida; SF-36= *Medical Outcomex Study 36 – Item Short Form Health Survey*; WHOQOL-OLD= *World Health Organization of Life Questionnaire-Old*; WHOQOL-BREF= *World Health Organization Quality of Life – Breef*.

Os principais resultados dos estudos incluídos encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Principais resultados dos estudos incluídos.

Autor Ano Local	n	Perda auditiva		Instrumento utilizado para avaliação da QV	Resultados principais
		Tipo	Grau		
Oliveira 2020 ¹⁶ Goiania	75	SN bilateral	NC	WHOQOL-OLD	O funcionamento sensorial melhorou significativamente após a adaptação do AASI (3 meses). No geral, houve melhora no escore global e na QV após adaptação de AASI.
Rocha 2020 ¹⁷ São Paulo	17	SN bilateral	moderado	SF-36	Após a adaptação do AASI houve melhora significativa na QV nos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde. Em todos os domínios, a média obtida na etapa de reavaliação (três meses após adaptação do AASI) foi superior à encontrada na avaliação inicial (pré-adaptação)
Bertuol 2018 ¹⁸ Santa Maria	8	NC	Leve a moderado	SF-36	Indivíduos com DA apresentaram maior impacto nos "aspectos sociais" (domínio mais pontuado), "saúde mental" e "capacidade funcional", nessa ordem, e o aspecto "limitação por aspectos físicos" foi o de menor valor. Não foi evidenciada correlação entre QV, questões emocionais e grau de incômodo com o zumbido
Ghiringhelli 2018 ¹⁹ São Paulo	57	SN bilateral	Leve a severo	SF-36	Não foram encontradas diferenças significantes antes e após adaptação (até 6 meses) do AASI em cada domínio de QV avaliado. No entanto, observa-se benefício do uso do dispositivo nos domínios capacidade funcional, dor, estado geral de saúde (esse com a maior diferença), vitalidade e saúde mental. Quanto maior a pontuação na avaliação de sintomas depressivos, menor o escore de QV.
Carniel 2017 ⁶ Ribeirão Preto	90	NC	NC	WHOQOL-BREF	O grupo de pacientes sem DA apresentou escores mais altos em todos os domínios da QV, quando comparado ao grupo com DA sem uso de AASI, com diferenças significativas para os domínios psicológico, ambiental e para a QV geral. O grupo de participantes com DA usuários de AASI apresentou os melhores resultados em todos os domínios quando comparado aos outros dois grupos.

Tabela 1 (cont.). Principais resultados dos estudos incluídos.

Autor Ano Local	n	Perda auditiva		Instrumento utilizado para avaliação da QV	Resultados principais
		Tipo	Grau		
Garcia 2017 ²⁰ Itajaí	27	NC	NC	SF-36	O grupo de idosos usuários de AASI participantes do grupo de apoio obteve melhores escores comparado ao grupo de idosos usuários de AASI não participantes do grupo de apoio que apresentaram melhores escores em apenas 2 domínios: capacidade funcional e saúde mental. Sugere-se que os pacientes do grupo de apoio, mesmo que mais velhos, apresentaram melhor QV de maneira geral.
Cribari 2014 ²¹ Curitiba	53	SN e Mista	Moderado a severo	IQV	A maioria referiu estar moderadamente satisfeito com sua QV. Não foi observada relação significativa entre grau de desconforto com o zumbido e QV.
Fonseca 2014 ²² São Paulo	30	SN bilateral	Leve a moderadamente severo	SF-36	Indivíduos que usam os AASI mais de 8 horas por dia tendem a ter maior escore no aspecto Saúde Mental. Porém, não há associação entre o uso do AASI e a QV.
Ribas 2014 ²³ Curitiba	36	SN bilateral	Leve a moderado	WHOQOL-BREF	Os escores obtidos por idosos com audição normal e idosos com DA foram parecidos, considerando todos terem boa QV. Houve diferença significativa entre os grupos para os domínios social e ambiental.
Gomes 2013 ²⁴ Porto Alegre	50	SN bilateral	Moderado a severo	WHOQOL-BREF	Grupo de pacientes com DA que fazem uso de AASI apresentou melhor QV no domínio físico ao serem comparados com grupo de pacientes com DA sem AASI.
Wasserberg 2013 ²⁵ Florianópolis	12	SN bilateral	Leve a moderadamente severo	WHOQOL-BREF	Usuários de AASI com adaptação aberta apresentaram melhores escores em todos os domínios quando comparados aos usuários de adaptação convencional.

AASI= Aparelho de Amplificação Sonora Individual; DA=Deficiência Auditiva; n=número de participantes com perda auditiva; NC=Não consta; QLI= Ferrans and Powers Quality of Life Index; IQV= Índice de Qualidade de Vida – IQV – de Ferrans e Powers (*Ferrans and Powers Quality of Life Index*); QV=Qualidade de Vida; RS= Rio Grande do Sul; SF-36=Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey – SF 36; SN=Sensorineural; SP= São Paulo; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life - versão breve; WHOQOL-OLD= World Health Organization of Life Questionnaire-Old.

DISCUSSÃO

No presente estudo, objetivou-se investigar a QV de idosos brasileiros com perda auditiva, considerando as limitações impostas por essa deficiência sensorial em diferentes aspectos da vida dessa população.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Dessa forma, investigar fatores que interferem na QV da população idosa é fundamental para que possam ser estruturadas futuras políticas públicas para essa população.

Esta discussão está organizada em duas partes: os principais instrumentos utilizados para avaliar a QV em idosos brasileiros com perda auditiva e os resultados obtidos por essa população.

Instrumentos utilizados para avaliar a QV em idosos com perda auditiva

Conforme exposto anteriormente, os estudos selecionados na presente revisão utilizaram os seguintes instrumentos para avaliar a QV na população idosa com perda auditiva: SF-36, WHOQOL-Bref, WHOQOL-OLD, e Índice de Qualidade de Vida – IQV – de Ferrans e Powers.

O SF-36 foi o mais utilizado^{17-19,20,22}. O SF-36 é um instrumento multidimensional, composto por 36 itens divididos em oito domínios (Quadro 2). É um instrumento de fácil aplicação e compreensão e menos extenso que outros utilizados para avaliar a QV²⁶. É pontuado em uma escala “*raw scale*”, em que o valor final não possui uma unidade de medida específica. Esse valor pode variar de zero a 100,

sendo que zero representa o pior resultado e 100 representa o melhor resultado para cada domínio. Dessa forma, quanto mais próximo de 100, mais elevada é a QV naquele domínio²⁰. A literatura destaca algumas vantagens do uso do SF-36 na avaliação da QV de idosos: o tempo curto necessário para a aplicação (por volta de cinco minutos), a simplicidade da aplicação, a fácil compreensão e a possibilidade de ser aplicado em qualquer faixa etária, patologia, etnia ou sexo²⁷. Apesar de uma desvantagem do SF-36 ser o fato de que o instrumento avalia sempre populações com alguma patologia²⁷, esse fator não é um empecilho para a temática aqui discutida, que envolve a perda auditiva. Acredita-se que a facilidade de aplicação do instrumento e de compreensão por parte do respondente pode justificar o uso do SF-36 pela maioria dos estudos incluídos nesta revisão.

O segundo instrumento mais utilizado foi o WHOQOL-BREF^{6,23-25}. Trata-se da versão abreviada do WHOQOL-100, sendo ambos desenvolvidos pelo grupo de QV da OMS. O WHOQOL-BREF é constituído por 26 questões, sendo duas que abordam a QV geral e 24 que abordam os domínios físico, psicológico, social e ambiental²⁷. O WHOQOL-BREF possui quatro tipos de escalas de resposta, graduadas em cinco níveis, sendo: intensidade (nada a extremamente), capacidade (nada a completamente), frequência (nunca a sempre) e avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito). Os escores são, assim, revertidos em números de 1 a 5. O instrumento não costuma fazer uma escore total de QV,

considerando que este é um conceito multidimensional, pontuando assim cada domínio de forma independente usualmente. O escore pode variar de 0 a 100 e o maior valor é o melhor domínio de QV avaliado²⁸. Apesar de bastante utilizado, o WHOQOL-BREF não foi desenvolvido especificamente para avaliação da população idosa. Dessa forma, aspectos particulares dessa faixa etária podem não ser englobados quando este instrumento é utilizado de maneira isolada. Sendo assim, há a recomendação de que o WHOQOL-BREF seja utilizado em conjunto com o WHOQOL-OLD²⁷, o que não aconteceu em nenhum dos estudos incluídos nesta revisão que utilizaram o instrumento^{6,23-25}.

O WHOQOL-OLD foi utilizado por somente um dos estudos incluídos nesta revisão¹⁶. O instrumento foi desenvolvido especificamente para a população idosa, devido a necessidade de considerar as especificidades dessa faixa etária²⁷ e é composto por 24 questões divididas em seis facetas (Quadro 2). As respostas são avaliadas em uma escala tipo *Likert*, que permite cinco alternativas, representadas por números de 1 a 5. Os escores mais altos indicam uma melhor QV enquanto os escores mais baixos indicam uma QV inferior. Os dados podem ser apresentados de três formas: escore total (de 4 a 20), média (de 1 a 5) e percentual (de 0 a 100)²⁹.

O WHOQOL-OLD demanda uma análise mais complexa dos resultados²⁷ e, talvez por isso, tenha sido utilizado somente por um estudo¹⁶ incluído nesta revisão. No entanto, seu uso deve ser considerado em futuras pesquisas com

idosos, visto que se trata de um instrumento reconhecido internacionalmente, que considera múltiplos aspectos associados à QV e foi elaborado com base no WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, porém direcionado especificamente para a população idosa.

O IQV também foi utilizado somente por um dos estudos²¹ incluídos nesta revisão. Este avalia a QV de acordo com os níveis de satisfação e grau de importância (que variam numa escala de 1 a 6) atribuídos a quatro dimensões (Quadro 2) e é composto por 33 itens. Um diferencial do instrumento é que, além de avaliar o nível de satisfação, também avalia o grau de importância que o indivíduo atribui a cada item, considerando que pessoas diferentes podem valorizar aspectos diferentes da vida. Além disso, os itens são formulados de forma compreensível e simples, passível de aplicar com indivíduos debilitados, idosos e com baixo nível de escolaridade³⁰.

Além da avaliação da QV propriamente dita, outras avaliações podem ser realizadas a fim de investigar a relação entre diferentes fatores e a QV. Estudos incluídos nesta revisão também utilizaram em sua metodologia instrumentos como: *Hearing Handicap Inventory for the Elderly* (HHIE), a fim de avaliar a restrição de participação causada pela perda auditiva¹⁷; *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) a fim de avaliar os aspectos emocional, funcional e catastrófico com relação ao zumbido¹⁸; *Hospital Depression and Anxiety Scale* (HADS) a fim de mensurar a ansiedade e depressão¹⁸; o *Client-Oriented Scale of Improvement*

(COSI™) para investigar as dificuldades individuais de escuta¹⁹; a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) a fim de detectar sintomas depressivos¹⁹; a Triagem Cognitiva de 10 pontos (CS-10), para detectar deficiências cognitivas^{17,19}; MiniExame do Estado Mental (MEEM)²⁴; Escala Visual Analógica de Esforço de Escuta, para avaliar o esforço de escuta¹⁷; *International Outcome Inventory- Hearing Aids* (IOI-HA) para quantificar o desempenho do usuário com o aparelho de amplificação sonora individual (AASI)¹⁷ e o *Satisfaction Amplification in Daily Life* (SADL), para avaliar a satisfação com o uso do AASI¹⁶.

Resultados de QV em idosos com perda auditiva

Observou-se que, quando se trata da temática aqui retratada, os estudos estão atrelados, majoritariamente, à investigação do efeito do uso do AASI na QV. Sendo assim, esse será o aspecto enfatizado nessa discussão.

Um estudo avaliou 50 idosos com perda auditiva sensorineural bilateral, sendo metade deles usuários de AASI²⁴. Foi realizada a aplicação do WHOQOL-BREF antes e após 12 semanas de uso do dispositivo. Os participantes permaneceram em acompanhamento semanal, a fim de assegurar a adequada adaptação. Os resultados apontaram para aumento no escore de QV somente no domínio físico, no grupo que utilizou AASI. Além disso, a autora ressaltou que o idoso, em geral, beneficia-se e se torna mais consciente da sua dificuldade após iniciar o uso do AASI. Isso foi observado nas consultas semanais em que os

participantes citaram que o uso do dispositivo modificou seu dia a dia por possibilitar uma participação maior no ambiente de convívio com outros indivíduos. A autora concluiu que o uso do AASI influenciou na melhora da QV.

Já um estudo clínico transversal reuniu 51 participantes, sendo um grupo de 36 idosos com presbiacusia usuários de AASI por, no mínimo, 6 meses, e outro grupo controle composto por 15 idosos sem perda auditiva²³. Tanto idosos usuários de AASI retroauriculares quanto os usuários de AASI intracanal consideraram ter boa QV, apesar das dificuldades impostas pelo envelhecimento e pela perda auditiva. O grupo de normo-ouvintes apresentou escores maiores nos domínios social e ambiental no WHOQOL-BREF, no entanto, não houve diferença significativa nos domínios físico e psicológico entre os grupos. Os autores relataram que, apesar de a perda auditiva ser associada a depressão e isolamento, existem outros fatores que podem influenciar no surgimento de tais sinais e que os sentimentos de insegurança na população idosa podem ser decorrentes de outras comorbidades.

O uso do AASI geralmente favorece a QV do idoso, porém há fatores influenciadores como a tecnologia, tipo de adaptação e modelo do dispositivo²³. Nesse sentido, um estudo avaliou 12 idosos entre seis meses e um ano após a adaptação do AASI, a fim de comparar a QV daqueles adaptados com AASI retroauriculares convencionais e aqueles adaptados com AASI mini-retroauriculares, com microtubo e oliva aberta²⁵. Os participantes apresentavam

perda auditiva de grau leve a severa, classificado por meio da média quadritonal, utilizavam o AASI por mais de oito horas diárias e não apresentavam queixas quanto ao manuseio do dispositivo. Os usuários de AASI mini-retroauriculares apresentaram melhores escores em todos os domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF, sendo o domínio psicológico o com melhor pontuação para ambos os grupos avaliados no estudo. O segundo domínio mais pontuado pelo grupo da adaptação convencional foi o ambiental e, para o grupo adaptado com o AASI mini-retroauricular, foi o de relações sociais. A autora concluiu que os idosos usuários de AASI mini-retroauriculares, com microtubo e oliva aberta demonstraram uma melhor QV. Reforça-se, no entanto, que esse fator não pode definir a indicação do tipo de dispositivo a ser utilizado, já que outros fatores audiológicos e não audiológicos devem ser considerados.

Escores mais elevados de QV após a adaptação do AASI também foram encontrados em um estudo que avaliou os efeitos da estimulação acústica do AASI na saúde mental, capacidade cognitiva e QV de 57 idosos que apresentavam perda auditiva sensorineural bilateral de grau leve a severo¹⁹. Os participantes foram divididos em três grupos, sendo: 19 não usuários de AASI, 19 usuários de AASI há seis meses e 19 usuários de AASI há, no mínimo, 18 meses. Não houve diferenças significantes entre os momentos pré- e pós-adaptação do AASI em cada domínio avaliado pelo SF-36, porém a autora evidenciou o benefício obtido nos domínios capacidade funcional, dor, estado geral de saúde,

vitalidade e saúde mental. Além disso, os resultados apontaram que o maior tempo de estimulação acústica foi associado a menos sintomas depressivos, melhor desempenho cognitivo e maiores escores de QV nos domínios estado geral de saúde e dor.

Outro estudo também propôs avaliar sintomas de ansiedade e depressão, porém os relacionando à QV e a gravidade do zumbido¹⁸. Os autores avaliaram oito idosos usuários de AASI e observaram a prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva nos participantes. No entanto, não houve correlação entre QV, questões emocionais e grau de incômodo com o zumbido. Quanto à QV, os participantes apresentaram escores mais altos nos domínios aspectos sociais e saúde mental. Não foi encontrada correlação entre o tempo de uso do AASI e o grau de incômodo com o zumbido.

Em outro estudo, os autores avaliaram 53 idosos com presbiacusia, usuários de AASI, que também apresentavam queixa de zumbido unilateral ou bilateral²¹. Não houve relação entre o tipo e *pitch* do zumbido e o grau de incômodo do sintoma, e, assim como observado por outros autores, o zumbido não interferiu na QV dos pacientes estudados¹⁸. Da mesma forma, em um estudo publicado em 2010, as autoras também concluíram que a QV de idosos com perda auditiva não sofreu alterações associadas ao zumbido³¹.

Apesar dos resultados acima descritos, negar o impacto do zumbido pode ocasionar problemas de comunicação e socialização como o isolamento do indivíduo, sendo essencial

o olhar atento também sobre esse sintoma²¹.

Além da audição periférica dos indivíduos com perda auditiva, é importante considerar outras avaliações, dentre as quais está a triagem cognitiva¹³. Quando há perda auditiva e um estímulo sonoro é transmitido para o cérebro, maiores recursos cognitivos (por exemplo, esforço mental e atenção) podem ser necessários para interpretar o significado do som. Dessa forma, menos recursos permanecem disponíveis para outras tarefas complexas, como compreensão da linguagem e memória. Alterações prolongadas na ativação cerebral durante a escuta podem resultar em alterações neuroplásticas permanentes no cérebro³². Dois estudos incluídos nesta revisão utilizaram triagem cognitiva em sua metodologia^{17,24}.

Em um dos estudos as autoras avaliaram 17 idosos candidatos ao uso de AASI, todos com perda auditiva sensorineural bilateral de grau moderado¹⁷. As autoras realizaram uma triagem cognitiva e dividiram os participantes em dois grupos: um composto por sete idosos com resultados normais na triagem e outro composto por dez idosos com resultados sugestivos de alteração cognitiva. O SF-36 foi aplicado antes da adaptação do AASI e reaplicado após três meses. Observou-se diferença significativa entre as etapas de avaliação e reavaliação do questionário para os domínios capacidade funcional, limitação dos aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais. Em todos os domínios, os resultados obtidos na reavaliação foram maiores do que na avaliação inicial, indicando melhor

QV após três meses de uso do AASI. No entanto, não houve diferença significativa entre os grupos em nenhum domínio, demonstrando que a pontuação para a triagem cognitiva não interferiu na QV. Em outro estudo as autoras também encontraram baixos escores de função cognitiva na população idosa, porém com escore total do WHOQOL100 indicando QV média ou alta³³.

Em um estudo publicado em 2016 as autoras não encontraram uma associação entre o declínio cognitivo e a perda auditiva para o tom puro, porém observaram que alterações no reconhecimento da fala (piores resultados no Índice de Reconhecimento de Fala - IRF), aumentam a chance de alterações no desempenho cognitivo³⁴. Nesse sentido, há a possível relação entre melhor sensibilidade auditiva e cognição, ao observar-se pequena variação dos escores no teste MEEM mesmo após um curto período de uso do AASI (12 semanas)²⁴. Dessa forma, acredita-se que novos estudos devem ser realizados no Brasil a fim de investigar a associação entre QV e cognição em idosos com perda auditiva.

Além do tempo de uso do AASI, em meses, influenciar na QV, um fator que também deve ser considerado é o tempo de horas diárias de uso. Em um dos estudos, as autoras avaliaram a QV de 30 idosos que apresentavam perda auditiva sensorineural bilateral de grau leve a moderadamente severo, usuários de AASI e sem comorbidades²². Destes, somente 14 utilizavam o AASI por um período superior a oito horas diárias. Os resultados

demonstraram associação entre a quantidade de horas de uso do AASI e a QV no que concerne ao domínio da saúde mental, já que os idosos que utilizavam os dispositivos por mais de 8 horas por dia tendiam a apresentar maior escore nesse domínio no SF-36. Entretanto, não existiu associação direta entre o fato de utilizar o AASI e a QV, ou seja, o tempo diário de uso pode influenciar mais do que a própria utilização ou não. Sendo assim, sugere-se que, em futuras investigações, o idoso seja questionado quanto ao tempo diário de uso do AASI e/ou que esse dado seja coletado mediante acesso ao *datalogging* do dispositivo, via *software* de programação.

Em um estudo transversal, os autores avaliaram a QV de idosos em três grupos: 30 idosos com perda auditiva diagnosticada e indicação para uso de AASI mas que ainda não utilizavam o dispositivo, 30 idosos usuários de AASI e 30 idosos que não possuíam queixas auditivas⁶. Os resultados obtidos pelos pesquisadores sugerem que a perda auditiva pode afetar a QV negativamente, visto que o grupo de idosos sem queixas auditivas apresentou escores mais altos que o grupo de idosos com perda auditiva que não utilizavam o AASI em todos os domínios do WHOQOL-BREF, havendo diferenças significantes nos domínios ambiental, psicológico e QV geral. Destaca-se que a população sem queixas auditivas era de idosos mais jovens e com maior nível de escolaridade. Um dado importante é que o grupo de idosos usuários de AASI apresentou melhores escores em todos os domínios do WHOQOL-BREF quando comparado

com os outros dois grupos, reforçando a importância do uso do dispositivo quando indicado.

Tal estudo reforça a necessidade de ampliar o acesso à reabilitação auditiva para idosos e, igualmente, orientar sobre as possíveis consequências da perda auditiva nessa população⁶. Por fim, é essencial notar a melhora importante na QV que ocorreu no grupo que passou pela intervenção fonoaudiológica com uso de AASI.

Em um estudo que incluiu 75 idosos com perda auditiva sensorineural bilateral, os autores utilizaram o WHOQOL-OLD antes e após três meses da adaptação do AASI e os resultados apontaram que o uso do dispositivo melhorou de maneira significativa a QV dos participantes, com média do escore de 58,97 antes do uso e 68,85 após a adaptação¹⁶. Os domínios que mais foram melhorados após a adaptação do AASI foram: habilidades sensoriais, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV; e a participação social, que delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. Já os domínios de morte e morrer, que diz respeito a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer e o domínio intimidade, que avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas, não sofreram alteração. A autora concluiu que o uso adequado do AASI favoreceu a QV dos idosos, sendo que algumas tarefas que podem ser melhoradas incluem a interação social e familiar, autonomia e independência para realizar tarefas comuns do dia-dia. Além disso, sugeriu a

necessidade de realização de mais pesquisas com o uso do mesmo questionário.

É importante ressaltar que somente a adaptação do AASI não resolverá todas as dificuldades relacionadas à perda auditiva e, por isso, sempre deve estar associada ao acompanhamento pela equipe de saúde²³. Uma das estratégias que podem ser utilizadas com indivíduos idosos candidatos ao uso ou usuários de AASI são os grupos de orientação e/ou apoio. Nesse sentido, ao compararem a QV de 12 idosos com perda auditiva usuários de AASI que participaram de um grupo de apoio com a QV de 15 idosos não participantes do grupo de apoio, autores concluíram que a participação no grupo foi benéfica para a QV, já que os participantes alcançaram escores melhores em seis dos oito domínios do SF-36, mesmo tratando-se de idosos mais velhos, o que, inicialmente, os autores hipotetizaram que implicaria em maiores restrições²⁰. Os escores dos idosos não participantes do grupo de apoio foram superiores apenas nos domínios capacidade funcional e saúde mental.

Nota-se que o uso adequado do AASI pode contribuir para uma melhor QV na população idosa que apresenta perda auditiva. Destaca-se que outros fatores podem influenciar na QV dessa população, portanto é importante que essas variáveis sejam consideradas. Nesse sentido, há a necessidade do estabelecimento de políticas públicas que superem a perspectiva da patologia e evidenciem as particularidades dos sujeitos³⁵. O atual modelo mundial de saúde auditiva depende de testes e adaptações clínicas,

exigindo várias visitas a um fonoaudiólogo. Embora este possa continuar sendo o modelo padrão ouro para as melhores práticas de reabilitação auditiva, claramente outras abordagens centradas no paciente são necessárias. Programas de educação em saúde, por exemplo, podem ajudar indivíduos com perda auditiva e seus parceiros de comunicação a atingir seus objetivos de comunicação e, possivelmente, melhorar a QV³².

CONCLUSÕES

Não há um instrumento padronizado específico para avaliar a QV de idosos que apresentam perda auditiva. Para esse fim, podem ser utilizados instrumentos que avaliam a QV em patologias diversas, porém recomenda-se que este seja direcionado, ao menos, para essa faixa etária específica.

Não foram encontrados estudos que descrevessem diretamente o impacto da perda auditiva na QV, porém há a evidência de que o uso do AASI implica em melhores escores nos diferentes domínios englobados nos instrumentos de avaliação de QV, principalmente com relação à saúde mental, aspectos físicos e sociais. Além do uso do dispositivo, grupos de orientação conduzidos por fonoaudiólogos podem auxiliar na melhoria da QV de idosos com perda auditiva.

REFERÊNCIAS

- 1.Sousa FJD, Oliveira CR, Pinto AB, Rodrigues V, Gonçalves LHT, Gamba MA. Qualidade de vida de idosos brasileiros e portugueses: uma análise comparativa. *Rev Cuid Ene* 2021;12:e1230. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1201>
- 2.World Health Organization. World Report on Hearing. Global report: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481>
- 3.Paiva KM, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M. Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2011;27:1292-300. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700005>
- 4.Dillard LK, Pinto A, Mueller KD, Schubert CR, Paulsen AJ, Merten N, et al. Associations of hearing loss and hearing aid use with cognition, health-related quality of life and depressive symptoms. *J Aging Health* 2022;0:1-11. <https://doi.org/10.1177/08982643221138162>
- 5.Mondelli MFCG, Souza PJS. Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting. *Braz J Otorhinolaryngol* 2012;78:49-56. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942012000300010>
- 6.Carniel CZ, Sousa JCF, Silva CD, Fortunato-Queiroz CAU, Hyppolito MA, Santos PL. Implicações do uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual na qualidade de vida de idosos. *CoDAS* 2017;29:e20160241. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016241>
- 7.Citton G, Maria A, Arossi GA. Surdos e qualidade de vida: uma revisão narrativa da literatura. *Braz J Develop* 2021;7:10889-901. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-744>
- 8.Dreyer C, Benedetti LHDS, Garcia PC, Moura GA, Chassot F. Implantes Cocleares: a melhora na qualidade de vida. *Rev Cient Sem Acad* 2018;148:1-15. https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/implante_coclear_0.pdf
- 9.The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- 10.Panhoca I, Bonini LMM. Envelhecimento humano e políticas públicas – uma proposta de intervenção fonoaudiológica para empoderamento do sujeito. *Rev Diál Interdiscip* 2015;4:103-20. <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/85>
- 11.Mendes J, Soares VMN, Massi GAA. Percepções dos acadêmicos de fonoaudiologia e enfermagem sobre processo de envelhecimento e a formação para o cuidado aos idosos. *Rev CEFAC* 2015;17:576-85. <https://doi.org/10.1590/1982-021620153714>
- 12.Manso MEG, Maresti LTP, Oliveira HSB. Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2019;22:e190013. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190013>
- 13.Andrade NA, Soares A, Skarzynska MB, Skarzynski PH, Sanfins MD, Gil D. Self-perception of hearing difficulties and quality of life in

- individuals with hearing loss. *Audiol Res* 2022;12:527-38. <https://doi.org/10.3390/audiolres12050053>
- 14.Sousa FJD, Oliveira CR, Pinto AB, Rodrigues V, Gonçalves LHT, Gamba MA. Qualidade de vida de idosos brasileiros e portugueses: uma análise comparativa. *Rev Cuid Ene* 2021;12:e1230. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1201>
- 15.Willig MH, Lenardt MH, Méier MJ. A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. *Cogitare Enferm* 2012;17:574-77. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29298/19053>
- 16.Oliveira KR. Qualidade de vida do idoso submetido à adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). (Dissertação). Goiás: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2020. <https://tede2.pucgoias.edu.br/handle/tede/4671>
- 17.Rocha LV, Martinelli MC. Cognição e benefício obtido com o uso de próteses auditivas: um estudo em idosos. *CoDAS* 2020;32:e20180259. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018259>
- 18.Bertuol B, Scremin ALX, Marques PM, Ferreira L, Araújo TM, Biaggio EPV. Zumbido, qualidade de vida e questões emocionais de sujeitos usuários de próteses auditivas. *Distúrb Comun* 2018;30:80-9. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i1p80-89>
- 19.Ghiringhelli R. Efeito da estimulação acústica por meio de próteses auditivas nos sintomas depressivos, desempenho cognitivo e qualidade de vida em idosos com perda auditiva (Tese). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2018. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/53009>
- 20.Garcia ACR, Campos NLFC, Bastos JC, Duarte PSG, Pagnossin DF. Qualidade de vida: comparação entre idosos usuários de aparelho de amplificação sonora individual participantes e não participantes de grupos de apoio. *Distúrb Comun* 2017;29:416-27. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i3p416-427>
- 21.Cribari J. Qualidade de vida em um grupo de idosos com perda auditiva e queixa de zumbido: contribuições da sistematização da assistência de enfermagem (Dissertação). Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná; 2015. <https://tede.utp.br/jspui/handle/tede/1463>
- 22.Fonseca FC, Iório MCM. Próteses auditivas dispensadas pelo SUS e qualidade de vida. *Rev CEFAC* 2014;16:768-78. <https://doi.org/10.1590/1982-021620143413>
- 23.Ribas A, Kozlowski L, Almeida G, Marques JM, Silvestre RAA, Mottecy CM. Qualidade de vida: comparando resultados em idosos com e sem presbiacusia. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17:353-62. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200012>
- 24.Gomes NHG. A influência da prótese auditiva na qualidade de vida do idoso (Dissertação). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013. <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/8234>
- 25.Wasserberg TH. A qualidade de vida em idosos usuários de próteses auditivas com adaptação aberta e retroauriculares (Monografia). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/115317>

26. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;36:143-50. <https://tosaudefuncional.com/wp-content/uploads/2013/03/questionc3a1rio-de-qualidade-de-vida-sf36-traduc3a7c3a3o-e-validac3a7c3a3o.pdf>
27. Santos PM. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: vantagens e desvantagens na utilização. *Corpoconsciência* 2015;19:25-36. <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/3948/2815>
28. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* 2000;34:178-83. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
29. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública* 2006;40:785-91. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
30. Kimura M, Silva JV. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(Esp):1098-104. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500014>
31. Teixeira AR, Nunes MGP, Freitas CLR, Gonçalves AK, Teixeira SB. Análise da qualidade de vida de idosos com sintoma de zumbido. *Arq Int Otorrinolaringol* 2010;14:54-9. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-545306>
32. Davis A, McMahon CM, Pichora-Fuller KM, Russ S, Lin F, Olusanya BO, *et al.* Agind and hearing health: the life-course approach. *Gerontologist* 2016;56:S256-67. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw033>
33. Brandão BMLS, Silva AMB, Souto RQ, Alves FAP, Araújo GKN, Jardim VCFS, *et al.* Relação da cognição e qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. *Rev Bras Enferm* 2020;73(Suppl 3):e20190030. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0030>
34. Borges MGS, Labanca L, Couto EAB, Guarisco LPC. Correlações entre a avaliação audiológica e triagem cognitiva em idosos. *Rev CEFAC* 2016;18:1285-93. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161865616>
35. Silva AA, Vieira NM. Reabilitação auditiva de pessoas com surdez: por uma política pública que supere a patologia pela cultura. *Braz J Develop* 2020;6:20610-21. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-294>