

RELAÇÃO ENTRE A QUEIXA AUDITIVA E OS ACHADOS AUDIOLÓGICOS DE UM GRUPO DE IDOSOS ATIVOS

Relation between hearing complaints and audiological findings in a group of active seniors

Mariana Teixeira Duarte ⁽¹⁾, Ângela Leusin Mattiazzi⁽²⁾, Milena Manoel Azevedo ⁽³⁾,
Alexandre Hundertmarck Lessa⁽⁴⁾, Sinéia Neujahr dos Santos⁽⁵⁾, Maristela Julio Costa⁽⁶⁾

RESUMO

Objetivo: investigar a presença de queixa auditiva em um grupo de idosos ativos e verificar a possível relação entre a autopercepção da condição de escuta e os achados audiológicos. **Métodos:** foram avaliados 55 idosos socialmente ativos, de ambos os sexos e faixa etária igual ou superior a 60 anos. As variáveis analisadas foram as respostas às três perguntas: “O(a) senhor(a) acha que escuta bem?”, “O(a) senhor(a) escuta rádio ou televisão em volume muito alto?” e “O(a) senhor(a) tem dificuldade para escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo?” que foram comparadas às médias tritonais dos limiares das frequências de 500, 1000 e 2000 Hz (MTT1) e de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz (MTT2), Limiar de Reconhecimento de Fala (LRF) e Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF). **Resultados:** os idosos que referiram não escutar bem, apresentaram piores desempenhos nas médias de todas as variáveis analisadas. Os idosos que mencionaram aumentar o volume do rádio ou televisão não apresentaram diferença estatisticamente significativa na análise da MTT2 em comparação aos que não o fazem, porém, houve esta diferença quando analisadas as variáveis MTT1, LRF e IPRF. Os sujeitos que referiram dificuldade de escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo, não apresentaram diferença estatisticamente significativa, mas as médias das variáveis evidenciaram piores desempenhos destes sujeitos, quando comparados àqueles sem a queixa. **Conclusão:** houve presença de queixa auditiva em todas as questões e foi verificada relação entre a autopercepção da condição de escuta e os resultados da avaliação audiológica.

DESCRITORES: Idoso; Audição; Percepção Auditiva; Perda Auditiva; Presbiacusia; Questionários

■ INTRODUÇÃO

O envelhecimento se refere a um processo dinâmico e progressivo, onde modificações

funcionais, fisiológicas e psicológicas ocorrem no indivíduo com o passar do tempo¹. Porém, chegar à velhice não é mais privilégio de poucos, é uma realidade até mesmo nos países pobres². Portanto, esta temática é cada vez mais abordada no cenário científico global, pela necessidade em gerar conhecimento sobre a saúde do idoso, em busca da promoção de modos de viver mais saudáveis na velhice³.

O desafio do envelhecimento populacional advém da redução do número de crianças e jovens e da elevação da expectativa média de vida. O fenômeno é mundial, porém, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o mesmo ocorre de forma mais acentuada^{1,3-5}.

Embranquecimento e queda dos cabelos, enrugamento da pele e redução da memória são características da senilidade, porém, tais mudanças

⁽¹⁾ Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁽²⁾ Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁽³⁾ Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁽⁴⁾ Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁽⁵⁾ Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁽⁶⁾ Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

Fonte de auxílio: Fundação de Amparo à Pesquisa e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Conflito de interesses: inexistente

não impossibilitam a participação do sujeito idoso na sociedade, em questões econômicas, culturais e religiosas, conforme seu desejo e capacidade³. Este é o idoso socialmente ativo, que desfruta vasta agenda social, como participação nos grupos de terceira idade⁶.

Estudos^{6,7} apontam que com a elevação da proporção de pessoas com 60 anos ou mais, haverá aumento nos índices da presbiacusia, que é a perda de audição associada ao envelhecimento⁷. É sabido que a deficiência auditiva causa uma série de efeitos negativos na qualidade de vida dos idosos, pois não provoca apenas uma privação sensorial – dificuldade em ouvir – e sim em compreender o que está sendo dito^{6,8}. Dessa forma, a presença de perda auditiva nesta população pode provocar um afastamento destes do ambiente familiar e social e gerar ou agravar quadros de isolamento ou depressão⁹. Além destes impactos, a privação sensorial, dentre elas a auditiva, pode estar relacionada a processos demenciais, pela relação do processamento auditivo com funções associativas cerebrais^{6,10,11}. Assim, devido ao aumento substancial da população geriátrica e a alta prevalência da presbiacusia nesta faixa etária, estudos voltados para métodos de detecção precoce da perda auditiva são de extrema importância, visto que contribuem para o desenvolvimento de ações de prevenção e intervenção precoce, a fim de evitar ou minimizar as implicações psicossociais da dificuldade auditiva contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos idosos^{6,8,12}. Sabe-se que a audiometria é o teste que quantifica a audição, sendo padrão para avaliação da perda auditiva, porém, sua realização pode ser dificultada, principalmente por problemas de acesso à serviços que realizam o exame⁷. Assim, os questionários de autopercepção da dificuldade auditiva podem vir a ser instrumentos úteis, rápidos e baratos, capazes de serem usados na identificação precoce da perda auditiva e que, em conjunto com a audiometria, podem representar melhor a queixa auditiva do idoso. Portanto, faz-se necessário realizar estudos que busquem analisar a probabilidade de associação entre o que o paciente refere e os resultados da avaliação audiológica.

Dessa forma, o objetivo do referente estudo foi investigar a presença de queixa auditiva em um grupo de idosos ativos e verificara possível relação entre a autopercepção da condição de escuta e os achados audiológicos.

■ MÉTODOS

Este estudo apresenta caráter observacional descritivo, retrospectivo, de corte transversal e originou-se de um projeto mais amplo denominado

“Reconhecimento de sentenças com diferentes velocidades de fala”, registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde sob o nº 029457 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com certificado de nº 0098.0.243.000-11. Dessa forma, foi realizado com informações de um banco de dados deste projeto, sendo que os dados utilizados para este artigo de pesquisa ainda não tinham sido analisados. Salienta-se que todos os idosos selecionados para participarem deste projeto mais amplo eram socialmente ativos, e que através de uma entrevista inicial se traçou o perfil de ativo ou não. Todos os pacientes envolvidos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O grupo estudado foi composto por 55 idosos socialmente ativos, não institucionalizados, de faixa etária igual ou superior a 60 anos (idosos para países em desenvolvimento, segundo a Organização Mundial de Saúde OMS) de ambos os sexos, advindos de Grupos de Terceira Idade e por idosos que aguardavam o recebimento de próteses auditivas do programa de concessão do Ministério da Saúde desenvolvido no Núcleo de Seleção e Adaptação de Próteses Auditivas (NUSEAPA) no SAF. Salienta-se que todos os idosos selecionados para participarem deste projeto mais amplo passaram por uma entrevista inicial onde se traçou o perfil de ativo ou não, bem como observada a presença de deficiências e/ou alterações de fala perceptíveis.

Os sujeitos cujos dados estavam incompletos, ou que apresentavam perdas auditivas unilaterais, ou ainda perdas assimétricas, foram excluídos do grupo de estudo.

As variáveis analisadas foram referentes a: média tritonal dos limiares das frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hz (MTT1), média tritonal dos limiares das frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz (MTT2), Limiar de Reconhecimento de Fala (LRF) e Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF). Foram analisados os resultados obtidos na orelha com melhor média tritonal. Os testes de fala foram realizados em viva voz pelo mesmo examinador.

A fim de investigar a relação entre a queixa auditiva e os achados audiológicos, as variáveis referidas foram comparadas às respostas de três perguntas de um questionário elaborado pelos pesquisadores (Figura 1): “O(a) senhor(a) acha que escuta bem?”, “O(a) senhor(a) escuta rádio ou televisão em volume muito alto?” e “O(a) senhor(a) tem dificuldade para escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo?”. Tal instrumento continha as três perguntas objetivas, com duas possibilidades de respostas: “sim” ou “não”.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
LABORATÓRIO DE PRÓTESES AUDITIVAS

Data: ____/____/____

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Telefones para contato: _____

Escolaridade: _____

QUESTIONÁRIO:

1. O(a) senhor(a) acha que escuta bem?
 SIM NÃO

2. O(a) senhor(a) escuta rádio ou televisão em volume muito alto?
 SIM NÃO

3. O(a) senhor(a) tem dificuldade para escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo?
 SIM NÃO

Figura 1 - Questionário

Realizou-se a análise descritiva e estatística dos achados, sendo que para verificar a normalidade, foi utilizado o Teste ShapiroWilk. Para realizar comparação dos dados, foi utilizado o Teste-t, considerando como intervalo de confiança 95% ($p \leq 0,05$). As análises foram realizadas com o software Statistica 7.0.

■ RESULTADOS

Foram analisados dados de 55 sujeitos, sendo 38 (69%) do gênero feminino e 17 (31%) do gênero masculino, com faixa etária entre 60 e 84 anos, com média de 69,45 anos. Os dados referentes às variáveis quantitativas (MTT1, MTT2, LRF e IPRF) apresentaram distribuição normal.

Os dados referentes à análise descritiva estão dispostos na Figura 2, onde serão apresentados o número e porcentagem de idosos, conforme a

resposta individual dos mesmos, nas três questões analisadas, segundo as variáveis média tritonal dos limiares das frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hz (MTT1), média tritonal dos limiares das frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz (MTT2), Limiar de Reconhecimento de Fala (LRF) e Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF).

A seguir, realizou-se análise estatística comparando as respostas do grupo de sujeitos que referiram queixa com o grupo de sujeitos que não referiram queixa nos três questionamentos estudados, sendo estas análises apresentadas nas Tabelas 1, 2 e 3.

Na Tabela 1, é possível observar a MTT1, MTT2, LRF e o IPRF do grupo de sujeitos que referiram não escutar bem (com queixa) e do grupo de sujeitos que mencionaram escutar bem (sem queixa) frente ao questionamento “O(a) senhor(a) acha que escuta bem?” e suas respectivas médias.

	O(a) senhor(a) acha que escuta bem?		O(a) senhor(a) escuta rádio ou televisão em volume muito alto?		O(a) senhor(a) tem dificuldade para escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
MTT1						
Normal	15(100%)	16(40%)	4(15%)	27(93%)	17(42,5%)	14(93%)
Alterado	0(0%)	24(60%)	22(85%)	2(7%)	23(57,5%)	1(7%)
MTT2						
Normal	11(73%)	6(15%)	3(11,5%)	14(48%)	9(22,5%)	8(53%)
Alterado	4(27%)	34(85%)	23(88,5%)	15(52%)	31(77,5%)	7(47%)
LRF						
Normal	15(100%)	15(37,5%)	3(11,5%)	27(93%)	16(40%)	14(93%)
Alterado	0(0%)	25(62,5%)	23(88,5%)	2(7%)	24(60%)	1(7%)
IPRF						
Normal	15(100%)	23(57,5%)	11(42%)	27(93%)	25(62,5%)	13(87%)
Alterado	0(0%)	17(42,5%)	15(58%)	2(7%)	15(37,5%)	2(13%)

Figura 2 - Número e porcentagem de idosos com achados audiológicos normais e alterados em cada variável analisada nos questionamentos estudados

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos quanto à resposta ao questionamento “O(a) senhor(a) acha que escuta bem?” e análise comparativa das médias audiológicas - MTT1, MTT2, LRF e IPRF do grupo com queixa (Sim) e do grupo sem queixa (Não)

Dado	Resposta	N(%)	Média	Valor de p
MTT1	Sim	15 (27%)	13,56	0,00015*
	Não	40 (73%)	28,92	
MTT2	Sim	15 (27%)	21,44	0,005539*
	Não	40 (73%)	46,12	
LRF	Sim	15 (27%)	17,66	0,000125*
	Não	40 (73%)	33,12	
IPRF	Sim	15 (27%)	97,33	0,000172*
	Não	40 (73%)	88,1	

MTT1 – Média tritonal dos limiares das frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hz; MTT2 – Média tritonal dos limiares das frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz; LRF - Limiar de reconhecimento de fala; IPRF – Índice percentual de reconhecimento de fala; *Diferença estatisticamente significativa de acordo com Teste-t($p \leq 0,05$);

A Tabela 2 apresenta uma melhor caracterização quanto às variáveis analisadas e às médias audiológicas, do grupo de sujeitos que apresentaram queixa auditiva (sim) e do grupo de sujeitos que não apresentaram queixa auditiva (não), frente ao questionamento “O(a) senhor(a) escuta rádio ou televisão em volume muito alto?”.

Já, na Tabela 3, são apresentadas as variáveis relacionadas à pergunta “O(a) senhor(a) tem dificuldade para escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo?” do grupo de sujeitos que apresentaram (sim) e não apresentaram (não) queixa.

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos quanto à resposta ao questionamento “O(a) senhor(a) escuta rádio ou televisão em volume muito alto?” e análise comparativa das médias audiológicas - MTT1, MTT2, LRF e IPRF- do grupo com (Sim) e sem (Não) queixa

Dado	Resposta	N(%)	Média	Valor de p
MTT1	Sim	26(47%)	35,83	0,000258*
	Não	29(53%)	14,77	
MTT2	Sim	26(47%)	52,62	0,126923
	Não	29(53%)	27,53	
LRF	Sim	26(47%)	39,42	0,000156*
	Não	29(53%)	19,48	
IPRF	Sim	26(47%)	84,61	0,000044*
	Não	29(53%)	96	

MTT1 – Média tritonal dos limiares das frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hz; MTT2 – Média tritonal dos limiares das frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz; LRF - Limiar de reconhecimento de fala; IPRF – Índice percentual de reconhecimento de fala; (*)Diferença estatisticamente significativa de acordo com Teste-t ($p \leq 0,05$).

Tabela 3 -Distribuição dos sujeitos quanto à resposta ao questionamento “O(a) senhor(a) tem dificuldade para escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo?” e análise comparativa das médias audiológicas - MTT1, MTT2, LRF e IPRF dos grupos com (Sim) e sem (Não) queixa

Dado	Resposta	N(%)	Média	Valor de p
MTT1	Sim	40(73%)	27,71	0,073522
	Não	15(27%)	16,78	
MTT2	Sim	40(73%)	44,08	0,711491
	Não	15(27%)	26,88	
LRF	Sim	40(73%)	32	0,186010
	Não	15(27%)	20,66	
IPRF	Sim	40(73%)	88,9	0,431527
	Não	15(27%)	95,2	

MTT1 – Média tritonal dos limiares das frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hz; MTT2 – Média tritonal dos limiares das frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz; LRF - Limiar de reconhecimento de fala; IPRF – Índice percentual de reconhecimento de fala; (*)Diferença estatisticamente significativa de acordo com Teste-t ($p \leq 0,05$).

■ DISCUSSÃO

Na Figura 1, no primeiro questionamento “O(a) senhor(a) acha que escuta bem?”, dos 40 sujeitos que referiram não escutar bem, 24 (60%) apresentaram MTT1 alterada e 34 (85%) MTT2 também alterada, evidenciando perda auditiva. O LRF concordou com a MTT1, mas o IPRF não foi compatível com as outras variáveis, fato que já era previsto, pois é realizado em uma intensidade supraliminar e no silêncio, fazendo com que a dificuldade do indivíduo não seja evidenciada nesta situação. Por outro lado, todos os idosos que mencionaram escutar bem apresentaram MTT1, LRF e IPRF dentro da normalidade e apenas quatro sujeitos apresentaram MTT2 rebaixada. Com base nestes resultados, sugere-se que o idoso que

referir não escutar bem, terá maior probabilidade de apresentar alguma alteração nos achados audiológicos do que o sujeito que não referir queixa.

Em relação aos 16 (40%) sujeitos que referiam não escutar bem, porém que apresentaram MTT1 dentro da normalidade, pode-se dizer, com base na literatura consultada^{13,14}, que distúrbios do processamento auditivo, interferem no reconhecimento dos sons, principalmente da fala, mesmo quando os limiares auditivos se encontram dentro da normalidade.

Com relação ao segundo questionamento da Figura 1, “O(a) senhor(a) escuta rádio ou televisão em volume muito alto?”, houve alto índice de relação entre a percepção auditiva e os achados audiológicos, pois mais de 80% dos 26 idosos que referiram escutar rádio ou televisão em volume elevado apresentaram MTT1 alterada, e o mesmo

foi verificado com as variáveis MTT2 e LRF. O IPRF também esteve alterado, mas em um número menor de sujeitos - 15 (58%). Observou-se que os achados sobre a variável MTT2, referente à média das frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz, concordaram com os resultados de outra pesquisa¹⁵, de que o reconhecimento de fala no silêncio tem seu prognóstico baseado nas frequências de 500, 1.000 e 2.000Hz, mas que as frequências de 3.000, 4.000 e 6.000Hz também podem influenciar no reconhecimento, apesar de haver variação entre as respostas.

Por isso, acredita-se que existe uma série de fatores individuais a serem considerados em situações silenciosas, dentre eles a memória, inteligência, interesse e nível de estresse do sujeito^{16,17}. Além disso, também, nota-se que quando o idoso escuta rádio ou assiste televisão em ambientes silenciosos, outros fatores podem estar envolvidos além do limiar de audibilidade, como a diminuição de pistas visuais, a velocidade de fala aumentada e a falta de contextualização do que é falado¹⁸.

Dessa forma, pode-se dizer que quando o idoso referir aumentar o volume do rádio/televisão é muito provável que suas médias audiológicas já indiquem a presença de perda auditiva e, como consequência, já exista a necessidade de uma maior amplificação do volume destes aparelhos, a fim de compensar esta dificuldade.

Levando-se em consideração os resultados referentes ao terceiro questionamento da Figura 1, "*O(a) senhor(a) tem dificuldade para escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo?*" pode-se verificar que dos 40 sujeitos que relataram dificuldade em locais ruidosos, 23 (57,5%) apresentaram MTT1 alterada, 24 (60%) o LRF alterado, concordando com a MTT1 e 31 (77,5%) apresentam limiares auditivos alterados nas frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz (MTT2), demonstrando a importância da preservação das frequências agudas para o entendimento de fala em ambientes desfavoráveis.

Por sua vez, quando analisado o IPRF, este novamente não foi compatível com os resultados das outras variáveis, pois verificou-se que 25 (62,5%) dos 40 sujeitos apresentam o IPRF com valores de reconhecimento entre 88 e 100%, mesmo referindo ter dificuldade para escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo¹⁹.

Assim, pode-se dizer que para o presente estudo, o IPRF não foi um dado que mostrou relação entre a queixa e os achados audiológicos, pois mesmo na presença de certos graus de perda auditiva e/ou queixa, os indivíduos apresentaram bom desempenho, já que este é realizado em uma intensidade

supraliminar e no silêncio, o que faz com que a dificuldade do indivíduo não seja evidenciada nesta situação.

Com base na análise descritiva destes três questionamentos simples, foi possível evidenciar que a maioria dos sujeitos que referiram queixa na primeira questão, apresentavam MTT1, MTT2 e LRF alterados e que o mesmo foi verificado para a questão três. Na questão dois, os idosos com queixa apresentaram, além destas três variáveis, o IPRF também alterado. Foi observado também, que o LRF, em todos os questionamentos, concordou com a MTT1.

Ao se analisar os dados da Tabela 1, que apresenta a distribuição dos sujeitos em dois grupos, com queixa e sem queixa, quanto à resposta ao questionamento, "*O(a) senhor(a) acha que escuta bem?*", observa-se que 40 sujeitos (73%) referiram não escutar bem e apenas 15 (27%) assinalaram escutar bem.

Os 40 (73%) idosos que referiram não escutar bem apresentaram piores desempenhos nas médias de todas as variáveis analisadas – MTT1, MTT2, LRF, IPRF – quando comparados aos 15 (27%) sujeitos que relataram escutar bem. Esta diferença foi estatisticamente significativa, confirmando existir relação entre a percepção da queixa de dificuldade auditiva e os achados audiológicos.

Destaca-se que outras pesquisas também encontraram relação entre o autorrelato da dificuldade auditiva e os achados audiológicos, revelando ser alta a probabilidade da associação entre o que o paciente refere e a avaliação audiológica^{20,21}, embora esta realidade não se aplique a todos os casos¹². Entretanto, outros estudos evidenciaram não existir relação entre a queixa e a presença de perda auditiva^{7,8,22,23}. Isto pode ser explicado pela variabilidade da percepção da perda auditiva em decorrência do estilo de vida de cada idoso, ou também pela prevalência de perdas de menor grau, bem como a configuração da perda e o caráter progressivo da presbiacusia, que fazem com que os sujeitos ainda não percebam alterações auditivas.

Acredita-se que no presente estudo, o elevado número de sujeitos que referiram queixa pode ser explicado em decorrência do estilo de vida do grupo de idosos estudado, que por serem socialmente ativos, ou seja, ainda desfrutarem de vasta agenda social, encontros religiosos e grupos da terceira idade, necessitam da audição em diversas situações comunicativas e, portanto, apresentam maior percepção quando ocorre a diminuição desta. Idosos com menos atividades sociais, como os institucionalizados, apresentam menor percepção da dificuldade auditiva devido ao desinteresse

pelas relações sociais e atividades comunicativas, causado pelo isolamento social²⁴.

No que diz respeito ao questionamento “O(a) senhor(a) escuta rádio ou televisão em volume muito alto?”, observa-se na Tabela 2, que 29 sujeitos (53%) referiram não escutar rádio ou televisão em volume muito alto e 26 (47%) idosos mencionaram que sim.

Não houve diferença estatisticamente significativa na análise da MTT2 entre os 26 idosos que mencionaram dificuldade – sim (47%) – com relação àqueles 29 sujeitos que negaram aumentar o volume do rádio ou televisão – não (53%). No entanto, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quando analisadas as variáveis MTT1, LRF e IPRF.

Em um estudo de Santiago e Novaes²⁵, sobre o impacto psicossocial da perda de audição, dentre as queixas referidas pelos 35 idosos estudados, também estava a necessidade de elevar o volume dos aparelhos eletrônicos, principalmente dos idosos acima de 70 anos. Percebe-se que esta é uma característica de pessoas idosas para melhor compreensão das mensagens, visto a presença da perda auditiva associada ao envelhecimento, o que justifica a necessidade de amplificação dos sons²⁶.

Levando-se em consideração a Tabela 3, que relaciona os achados audiológicos com o questionamento “O(a) senhor(a) tem dificuldade para escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo?”, observa-se que 40 sujeitos (73%) referiram esta dificuldade, sendo que as médias das variáveis evidenciaram piores desempenhos destes sujeitos, quando comparados aos 15 sujeitos sem esta queixa (27%), mas sem diferença estatisticamente significativa.

Do total dos sujeitos, 40 (73%) assinalaram ter dificuldade para escutar quando muitas pessoas conversam ao mesmo tempo e apenas 15 (27%) referiram não apresentar esta queixa.

Sabe-se que esta queixa de dificuldade para escutar em ambientes acusticamente desfavoráveis é frequente na população de idosos e compromete o processo de comunicação, pois a inteligibilidade de fala é reduzida^{26,27}.

O fato de os limiares auditivos tonais estarem dentro da normalidade não é suficiente para assegurar um reconhecimento adequado da fala nas situações em que há ruído competitivo²⁸. Autores²⁷ referem que o processo de envelhecimento do sistema auditivo pode interferir no reconhecimento da fala, mesmo quando a audição periférica é normal. Assim, na avaliação audiológica de idosos, em muitos casos não há relação entre o grau da perda auditiva e a habilidade de reconhecimento da fala^{16,17}.

De acordo com alguns estudos^{25,29} a dificuldade para compreender a fala em locais ruidosos pode estar relacionada à inabilidade de processar eficientemente os sons e não necessariamente por diminuição da audição, sendo que a perda auditiva é apenas um fator agravante para esta dificuldade. Assim como a diminuição das funções cognitivas relacionadas à idade, como memória de trabalho, atenção seletiva e velocidade de processamento da informação, também apresentam importante efeito na compreensão de fala do idoso. Portanto, as dificuldades de compreensão de fala na população idosa podem não ser explicadas apenas pela perda auditiva periférica, mas também por distúrbios do processamento auditivo ou por declínio de habilidades cognitivas^{13,14}.

Sendo assim, é possível sugerir que o processo de envelhecimento acarreta mudanças no sistema auditivo, e como consequência tem-se um pior desempenho comunicativo em diversas situações, principalmente em ambientes ruidosos. Pode-se perceber que mesmo aquele idoso com a audição dentro dos padrões de normalidade tem dificuldades nesta situação. Dessa forma, fica clara a importância do encaminhamento de sujeitos idosos para avaliação audiológica e também para testes do processamento auditivo, principalmente em indivíduos com queixa de compreensão de fala. Essa atitude é essencial, pois a dificuldade auditiva afeta o processo de comunicação dos indivíduos, causa o afastamento social e familiar, gera isolamento e está associada ao agravamento de quadros depressivos²².

Este estudo ressaltou a importância do uso de questionários de autoavaliação, mesmo os formulados com questionamentos simples, como o utilizado na presente pesquisa, por estes serem instrumentos capazes de detectar alguma suspeita de perda auditiva e assim permitirem encaminhamentos aos serviços especializados, visto o grande aumento no número de pessoas com 60 anos ou mais e a alta prevalência da presbiacusia nesta população. Também, considera-se fundamental a utilização de questionários, pois estes completam a avaliação audiológica com dados que não são previstos a partir do audiograma, como por exemplo, a capacidade funcional do sujeito, o impacto psicossocial, entre outros^{7,8,12,30,31}.

Portanto, com os resultados encontrados neste estudo, torna-se útil a autopercepção do idoso em relação a sua audição, pois esta ação reflete as dimensões subjetivas da perda auditiva que não são evidenciadas no audiograma. Além disso, as atitudes de aceitação da deficiência, assimilação desta como parte do processo do envelhecimento

e adaptação às possíveis dificuldades por meio da reorganização do ambiente, facilitam o processo de reabilitação auditiva²⁵.

Os idosos que referiram não escutar bem, apresentaram maior probabilidade de alterações nos achados audiológicos, quando comparados aos sujeitos que não referiram queixa.

■ CONCLUSÃO

Verificou-se presença de queixa auditiva em todas as questões, por um número significativo de sujeitos.

Os resultados da presente pesquisa mostraram haver relação entre a autopercepção da condição de escuta e os achados audiológicos do grupo estudado.

ABSTRACT

Purpose: to investigate the presence of complaint and hearing loss in a group of active older people and verify the relation between self-perceived hearing condition and audiologic findings. **Methods:** 55 older people, aged 60 or more, of both sexes, socially active, were evaluated. The analyzed variables were the answers to three questions: "Do you think that your hearing is good?", "Do you listen to radio or television on high volume?" and "Do you have difficulty to comprehend when many people are talking at the same time?", which were compared to the tritonal average of 500, 1,000 and 2,000 Hz frequencies (TA1) and of 3,000, 4,000 and 6,000 Hz frequencies (TA2), Speech Recognition Threshold (SRT) and Speech Recognition Percentage Index (SRPI). **Results:** the individuals, who reported not listen well, had worst performance in the averages of all analyzed variables. The older people, who mentioned increasing the volume of the radio or television showed no statistically significant difference in the analysis of TA2 compared to those who do not, but there was this difference when analyzed TA1, SRT and SDT variables. The subjects who reported difficulty hearing, when many people talk at the same time, showed no statistically significant difference, but the averages of these individuals showed worst performance, when compared to those without this complaint. **Conclusion:** there was a relation between self-perceived hearing condition and the audiologic findings.

KEYWORDS: Aged; Hearing; Auditory Perception; Hearing Loss; Presbycusis; Questionnaires

■ REFERÊNCIAS

1. Silva BSR, Sousa GB, Russo ICP, Silva JAPR. Caracterização das queixas, tipo de perda auditiva e tratamento de indivíduos atendidos em uma clínica particular de Belém – PA. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2007;11(4):387-95.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):548-54.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. [Brasília, 2005]. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf
4. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc saúde coletiva.* 2010;15(6):2931-40.
5. Garbin CAS, Sumida DH, Moimaz SAS, Prado RL, Silva MM. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciênc saúde coletiva.* 2010;15(6):2941-8.
6. Carmo LC, Silveira JAM, D'Ottaviano FG, Zagati LL, Lins EMDS. Estudo audiológico de uma população idosa brasileira. *Rev Bra. Otorrinolaringol.* 2008;74(3):342-9.
7. Samelli AG, Negretti CA, Ueda KS, Moreira RR, Schochat E. Comparação entre avaliação audiológica e screening: um estudo sobre presbiacusia. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011;77(1):70-6.
8. Sousa MGC, Russo ICP. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(2):241-6.
9. Teixeira AR, Freitas CLR, Millão LF, Gonçalves AK, Junior BB, Vieira AF et al. Relação entre Deficiência Auditiva, Idade, Gênero e Qualidade de Vida de Idosos. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2008;12(1):62-70.
10. Zalzman, TE. Avaliação comportamental e eletrofisiológica do processamento auditivo (central) em idosos com comprometimento cognitivo leve

[tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo; 2011.

11. Lopes LC. Análise do processamento auditivo central em idosos portadores de comprometimento cognitivo leve [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo; 2011.
12. Nóbrega JD, Câmara MFS, Borges ACC. Audição do idoso: análise da percepção do prejuízo auditiva, perfil audiológico e suas correlações. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2008;21(1):39-46.
13. Gonçalves AS, Cury MCL. Avaliação de dois testes auditivos centrais em idosos sem queixas. *Braz J Otorrinolaringol*. 2011;77(1):24-32.
14. Bevilacqua MC, Martinez MAN, Balen SA, Pupo AC, Reis ACM, Frota S. *Tratado de Audiologia*. São Paulo: Santos; 2011.
15. Aurélio NHS, Becker KT, Padilha CB, Santos SN, Petry T, Costa MJ. Limiões de reconhecimento de sentenças no silêncio em campo livre versus limiões tonais em fone em indivíduos com perda auditiva coclear. *Rev CEFAC*. 2008;10(3):378-84.
16. Neves VT, Feitosa MAG. Controvérsias ou complexidade na relação entre processamento temporal auditivo e envelhecimento? *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003;69(2):242-9.
17. Caporali SA, Silva JA. Reconhecimento de fala no ruído em jovens e idosos com perda auditiva. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004;70(4):525-32.
18. Lessa AH, Padilha CB, Santos SN, Costa MJ. Reconhecimento de sentenças no silêncio e no ruído, em campo livre, em indivíduos portadores de perda auditiva de grau moderado. *Arquivos Int Otorrinolaringol*. 2012;16(1):16-25.
19. Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia. *Audiometria tonal, logaudiometria e medidas de imitância acústica [2009]*. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/eplaudaudio.pdf>
20. Calviti KCFK, Pereira LD. Sensibilidade, especificidade e valores preditivos da queixa auditiva comparados com diferentes médias audiométricas. *Braz J Otorrinolaringol*. 2009;75(6):794-800.
21. Rosis ACA, Souza MRF, Lório MCM. Questionário Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening version (HHIE-S): estudo da sensibilidade e especificidade. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(3):339-45.
22. Teixeira AR, Freitas CLR, Millão LF, Gonçalves AK, Junior BB, Santos AMPV et al. Relação entre a queixa e a presença de perda auditiva entre idosos. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2009;13(1):78-82.
23. Melo ADP, Castiquini EAT, Noronha-Souza AEL. Identificação de perdas auditivas nos alunos que frequentam a Universidade Aberta À Terceira Idade. *Salusvita*. 2004;23(2):279-90.
24. Baruzzi MB, Borges ACLC, Ribeiro MI, Nasri F. Autopercepção e sensibilidade auditiva em idosos institucionalizados. *Einstein*. 2009;7(2 Pt 1):176-81.
25. Santiago LM, Novaes CO. Auto-avaliação da audição em idosos. *Rev CEFAC*. 2009;11(1):98-105.
26. Russo ICP. *Uso de próteses auditivas em idosos portadores de presbiacusia: indicação, adaptação e efetividade [tese]*. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; 1988.
27. Soncini F, Costa MJ, Oliveira TMT. Influência do processo do envelhecimento no reconhecimento de fala em indivíduos normo-ouvintes. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2003;15(3):287-96.
28. Calais LL, Russo ICP, Borges ACLC. Desempenho de idosos em um teste de fala na presença de ruído. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2008;20(3):147-52.
29. Quintero SM, Marotta RMB, Marone SAM. Avaliação do processamento auditivo de indivíduos idosos com e sem presbiacusia por meio do teste de reconhecimento de dissílabos em tarefa dicótica – ssw. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002;68(1):28-33.
30. Carvalho RM, Lório MCM. Eficácia da aplicação do questionário de handicap em idosos deficientes auditivos. *Distúrb Comun*. 2007;19(2):163-72.
31. 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(7):1292-300.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620147713>

Recebido em: 25/04/2013

Aceito em: 02/09/2013

Endereço para correspondência:
 Mariana Teixeira Duarte
 Rua Barão do Itaqui, 720
 Bagé – RS – Brasil
 E-mail: mariduarte_@hotmail.com