

# Perfil populacional de idosos encaminhados à seleção de próteses auditivas em hospital público

## Profile of the elderly population referred for hearing aid fitting in a public hospital

Tiago de Melo Araujo<sup>1</sup>, Maria Cecília Martinelli Lório<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar o perfil populacional de idosos encaminhados à seleção de próteses auditivas em um hospital público, no que diz respeito às características sociodemográficas, de saúde geral e auditiva. **Métodos:** Estudo com 191 idosos e coleta de dados realizada por meio de prontuários. Análise realizada por meio de estatística descritiva, distribuição de frequências e análise de variância. **Resultados:** Predominância de participantes do gênero feminino, nascidos no Estado de São Paulo, raça branca, residentes em domicílio próprio, escolaridade entre zero e quatro anos, não ocupados, renda salarial entre zero e três salários mínimos, situação econômica regular e ausência de plano privado de saúde. A maior parte dos encaminhamentos partiu do próprio Hospital São Paulo. Em média, os pacientes gastam mais de 60 minutos para realizar o trajeto desde sua residência até o ambulatório. Foi observada relação entre percepção de saúde regular ou ruim e presença de doenças crônicas, tontura, zumbido, progressão da perda auditiva, ocorrência de dificuldades visuais e de locomoção e tempo de privação auditiva. Tipo, grau e configuração audiométrica com predominância neurosensorial, moderado e descendente respectivamente. Quanto à seleção de próteses auditivas, houve predomínio de aparelhos retroauriculares e moldes auriculares dos tipos invisível duplo e canal. **Conclusão:** O perfil dos idosos foi obtido e nos levou a reflexões importantes sobre acessibilidade aos serviços de saúde e da educação em saúde.

**Descritores:** Fonoaudiologia; Auxiliares de audição; Perfil de saúde; Idoso; Necessidades e demandas de serviços de saúde

### ABSTRACT

**Purpose:** To identify the profile of the elderly population referred for hearing aids fitting in a public hospital, regarding sociodemographic characteristics, general and hearing health. **Methods:** The data of 191 elderly were collected from medical records. The analysis was performed using descriptive statistics, frequency distribution and analysis of variance. **Results:** There was a predominance of female participants, who were born in São Paulo, Caucasians, with proper residence, years of education between zero and four years, no occupation labor, income between zero and three salaries, regular economic situation and lack of private healthcare insurance. Most referrals came from São Paulo Hospital. Patients spend more than 60 minutes on average to make the journey from his residence to the clinic. Relationship between perception of regular or poor health and chronic diseases, dizziness, tinnitus, hearing loss progression, occurrence of visual difficulties, transportation and time of auditory deprivation observed in this study. Type, level and audiometric configuration with sensorineural, moderate and downward sloping predominance. Regarding the selection of hearing aids, predominated BTEs hearing aids, skeleton and canal ear molds. **Conclusion:** The profile of the elderly obtained in this study leads to important insights about accessibility to health services and health education.

**Keywords:** Speech, Language and Hearing Sciences; Hearing aids; Health profile; Aged; Health services needs and demand

Trabalho realizado no curso de Aperfeiçoamento em Diagnóstico e Reabilitação dos Distúrbios da Audição, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

(1) Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Aperfeiçoamento em Diagnóstico e Reabilitação dos Distúrbios da Audição, São Paulo (SP), Brasil.

(2) Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Departamento de Fonoaudiologia, São Paulo (SP), Brasil

**Conflito de interesses:** Não

**Contribuição dos autores:** TMA pesquisador principal, elaboração da pesquisa, elaboração do cronograma, levantamento da literatura, coleta e análise dos dados, redação do artigo, submissão e trâmites do artigo; MCM orientadora, elaboração da pesquisa, elaboração do cronograma, correção da redação do artigo, aprovação da versão final.

**Endereço para correspondência:** Tiago de Melo Araujo. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Departamento de Fonoaudiologia. R. Botucatu, 802, Vila Clementino, São Paulo (SP), Brasil, CEP: 04023-900. E-mail: fgotiagodemelo@yahoo.com.br

**Recebido em:** 22/08/2013; **Aceito em:** 09/12/2013

## INTRODUÇÃO

A proporção de idosos na população tem crescido rapidamente, devido ao aumento da expectativa de vida e diminuição das taxas de natalidade, o que implica maior demanda dos sistemas de saúde. Em 2006, por meio do Pacto pela Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade. A cada ano, 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais<sup>(1)</sup>.

Dentre as doenças crônicas que podem acometer essa população, está o decréscimo fisiológico da audição, resultante do processo de envelhecimento, denominado presbiacusia<sup>(2)</sup>, caracterizada por deficiência auditiva lentamente progressiva, piora da sensibilidade, principalmente para sons de alta frequência, e dificuldade para a compreensão de fala. Neste caso, as próteses auditivas são o meio primário de reabilitação, quando não há tratamento médico ou cirúrgico possível.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, por meio da Portaria nº 2073/GM<sup>(3)</sup>, em 2004, possibilitando, assim, o atendimento integral aos deficientes auditivos, contemplando o diagnóstico, a distribuição de próteses auditivas, sistema de acompanhamento e a reabilitação auditiva. Recentemente, a Portaria nº 793/GM, em 2012, estabeleceu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, com vistas à interdisciplinaridade, reunindo as modalidades de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual<sup>(4)</sup>.

A Fonoaudiologia, no âmbito da saúde coletiva, é uma realidade, à medida que contempla várias das ações em saúde, contribuindo com informações sobre a saúde da população e sobre suas demandas por serviços médicos e sociais, fundamentais para o planejamento da atenção e promoção da saúde<sup>(5)</sup>.

Nessa perspectiva, o Núcleo Integrado de Assistência, Pesquisa e Ensino em Audição (NIAPEA) do Departamento de Fonoaudiologia, Ambulatório de Próteses Auditivas é um serviço de saúde auditiva que realiza procedimentos de média e alta complexidade, recebe pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e pelo Hospital São Paulo (HSP), fornecendo todo o processo de seleção e adaptação de próteses auditivas, além de contribuir com a pesquisa científica.

Considerando a alta ocorrência de encaminhamentos de idosos com deficiência auditiva a esse ambulatório e que estudos dessa natureza são essenciais para identificar os principais problemas, de modo a orientar decisões relativas à definição de prioridades para intervenção, proporcionando maior resolubilidade ao serviço, o objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil populacional dos idosos encaminhados à seleção de próteses auditivas em hospital público do município de São Paulo, no que diz respeito às características sociodemográficas, de saúde geral e auditiva.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com coleta de dados realizada de forma retrospectiva, por meio de análise de prontuários, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob número 0584/11.

A coleta de dados ocorreu no NIAPEA, entre outubro de 2012 e janeiro de 2013.

No NIAPEA, atuam fonoaudiólogos contratados e alunos de pós-graduação do programa em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana da UNIFESP, em níveis de especialização, mestrado e doutorado, que atendem pacientes encaminhados por setores do HSP e por outros serviços de saúde, particulares ou públicos. Os referidos profissionais atuam em todo o processo: avaliação audiológica, seleção, adaptação e distribuição das próteses auditivas, orientação, aconselhamento e acompanhamento dos pacientes usuários das próteses.

Foram levantados os prontuários de todos os pacientes que ingressaram no serviço durante o segundo semestre do ano de 2012 (julho a dezembro). Após a primeira análise, os prontuários foram separados por faixas etárias (crianças, adultos e idosos) e, assim, foi selecionada a população idosa (segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o indivíduo com 60 anos ou mais) estudada na pesquisa.

Ao todo, 390 sujeitos ingressaram no NIAPEA no segundo semestre do ano de 2012. Sete sujeitos foram excluídos por não terem sido encontrados os seus prontuários no arquivo, após três tentativas de busca. Logo, dos 383 sujeitos que tiveram seus prontuários analisados, verificou-se que 17 (5%) tinham entre 0 e 3 anos de idade, 28 (7%) entre 4 e 14 anos, 105 (27%) entre 15 e 59 anos de idade e 233 (61%) com 60 anos ou mais.

Dos 233 idosos, foram excluídos 42 com dados incompletos na anamnese contida no prontuário. Assim, participaram do estudo 191 (49%) idosos do total de ingressos no serviço, durante o referido período.

A partir daí, foram criados dois grupos: Idosos Jovens (IJ), com idade variando de 60 a 79 anos e Idosos Longevos (IL), com idade a partir de 80 anos, com o intuito de verificar possíveis diferenças entre eles, em algumas das variáveis estudadas. O grupo IJ foi composto por 128 (67%) idosos e o grupo IL, por 66 (33%). Algumas análises foram realizadas sem distinção de grupo, com todos os participantes.

Nos prontuários, foram obtidos dados como idade, gênero, raça autorreferida, nacionalidade/naturalidade, ocupação, anos de escolaridade, moradia, situação econômica, autopercepção de saúde, autopercepção auditiva, audição e queixas associadas, tipo, grau e configuração audiométrica da perda auditiva, tempo de privação sensorial, seleção de próteses auditivas e, quando necessárias, do molde auricular, tempo de deslocamento do paciente desde sua residência até o NIAPEA e serviço que referenciou o paciente ao NIAPEA.

Inicialmente, os dados foram duplamente digitados em

planilhas para análise de consistência e, assim, submetidos a tratamento estatístico. A análise descritiva e inferencial dos dados e da relação entre eles foi realizada segundo o pacote estatístico Minitab, versão 15 para Windows.

Na análise inferencial foram aplicados o teste Qui-quadrado de homogeneidade, para verificar associação entre duas variáveis, e ANOVA, com um fator ou teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, para comparação de médias ou de distribuições entre os dois grupos de idosos, ou entre as categorias de outras variáveis qualitativas. Foi utilizado nível de 5% de significância para associação entre as variáveis.

## RESULTADOS

A análise dos dados obtidos, a partir da leitura dos 191 prontuários, revelou que 121 (63,3%) idosos eram nascidos na região Sudeste, sendo 97 (80%) nascidos no Estado de São Paulo, 51 (26,7%) na região Nordeste e dez (5,3%) nas demais regiões brasileiras. Nove (4,7%) eram estrangeiros (entre sul-americanos, orientais e europeus).

Quanto à raça autorreferida, 147 (77%) se intitularam brancos, 21 (11%), pardos, 16 (8%), negros e sete (4%), amarelos.

Quanto à escolaridade, 122 (64%) referiram ter entre zero e quatro anos de estudo (com 21 (17%) sem escolaridade), 30 (16%), entre cinco e nove anos de estudo e 39 (20%), com dez anos ou mais de estudo.

Quanto à ocupação, 164 (86%) se declararam não ocupados e 27 (14%), ocupados.

Quanto às questões relacionadas à moradia, 160 (84%) afirmaram residirem em domicílio próprio e 31 (16%), não.

Com base no salário mínimo vigente no ano de 2012 (R\$622,00), segundo o Decreto nº 7.655 de 23 de dezembro de 2011, 125 (65%) sujeitos mencionaram renda mensal entre zero e três salários mínimos (12 (10%) com renda inferior a um salário mínimo), 49 (26%), entre quatro e seis salários e 17 (9%), entre sete e dez.

Quanto à situação econômica, 39 (20%) referiram como sendo boa, 114 (60%), como regular e 38 (20%), como ruim.

Sobre plano de saúde privado, 154 (80%) informaram não possuir, enquanto 37 (20%), sim.

Quanto às dificuldades visuais e de locomoção, 155 (81%)

afirmaram dificuldade para enxergar e 90 (47%), para caminhar e/ou subir degraus.

Sobre a autopercepção da audição, 184 (96%) declararam algum tipo de dificuldade para ouvir, sendo que 94 (51%) classificaram como dificuldade regular e 81 (44%), como ruim. Com relação a esses últimos, foi observada a média de quatro anos de espera entre o início dos primeiros sintomas da perda auditiva até a intervenção fonoaudiológica com vistas à amplificação sonora. Cento e vinte e sete (66%) sujeitos mencionaram que houve avanço da perda de audição, desde a percepção dos primeiros sintomas.

Sobre o diagnóstico nosológico, 159 (83%) encaminhamentos médicos para a seleção de próteses auditivas não continham hipótese diagnóstica, 20 (10%) indicavam presbiacusia e 12 (7%), outras causas.

Pôde-se observar 92 (48%) encaminhamentos provenientes do próprio HSP, 57 (30%) da atenção básica e atenção especializada e 18 (9%) de clínicas privadas.

Os resultados obtidos sobre grau, tipo e configuração audiométrica da perda auditiva demonstraram predomínio do grau moderado em 106 (55%) orelhas, tipo neurosensorial em 159 (83%) e configuração descendente em 113 (59%), sendo esses resultados simétricos em ambas as orelhas.

Os limiares audiométricos foram simétricos (média próxima da mediana) em todas as frequências e as médias desses limiares aumentaram com a frequência (Tabela 1).

Houve evidência de associação entre as variáveis “progressão de perda auditiva” e “autopercepção da saúde”. A proporção de idosos que disseram ter saúde “muito boa” ou “boa” (49,2%) foi maior entre os que não relataram progressão da perda auditiva do que entre aqueles que relataram (35,7%) (Tabela 2).

Dos idosos encaminhados para seleção de próteses auditivas, foram observados 130 (68%) casos de adaptação binaural, 43 (22%) de adaptação monoaural e 18 (10%) casos que culminaram em não adaptação (pacientes com média dos limiares auditivos médios inferiores a 41 dBNA e/ou que preferiram não utilizá-las naquele momento).

Dos 173 indivíduos que iniciaram o processo de seleção de próteses auditivas, 151 (87%) receberam indicação para aparelhos retroauriculares e 22 (13%), para aparelhos intra-aurais. Quanto ao molde auricular, no caso dos aparelhos

**Tabela 1.** Medidas descritivas para as variáveis Limiar 500 Hz, 1 kHz, 2 kHz e 4 kHz, por orelha

Frequência	Orelha	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
500 Hz	Direita	191	42,25	20,31	5	40	120
	Esquerda	191	42,43	21,29	0	40	120
1 kHz	Direita	191	48,43	18,95	10	45	120
	Esquerda	191	47,46	21,93	0	45	120
2 kHz	Direita	191	55,37	17,56	15	55	120
	Esquerda	191	55,29	19,76	10	55	120
4 kHz	Direita	191	64,27	17,76	30	65	120
	Esquerda	191	66,39	19,85	15	65	120

**Tabela 2.** Distribuição de frequências conjuntas entre as variáveis “progressão da perda auditiva” e “percepção da saúde”

Progressão da perda auditiva	Percepção da saúde					Total
	Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Muito ruim	
Não	4 (6,1)	28 (43,1)	29 (44,6)	1 (1,5)	3 (4,6)	57 (100,0)
Sim	7 (5,5)	38 (30,2)	51 (40,5)	23 (18,2)	7 (5,6)	134 (100,0)
Total	11 (5,8)	66 (34,6)	80 (41,9)	24 (12,6)	10 (5,2)	191 (100,0)

Teste Qui-quadrado de homogeneidade ( $p=0,018$ )

retroauriculares, os mais indicados foram os do tipo invisível duplo, em 61 (35%) casos, e canal, em 45 (26%). Os demais foram dos tipos invisível simples, meia concha, concha e adaptação com micro tubo.

Quanto aos dados referentes à saúde em geral, pôde-se investigar a autopercepção dos indivíduos com relação à saúde, onde 80 (41,9%) a declararam “regular”, 66 (34,6%), “boa”, 24 (12,6%), “ruim”, 11 (5,8%), “muito boa” e dez (5,2%), “muito ruim”. Daqueles que consideraram a própria saúde “regular”, “ruim” ou “muito ruim”, 99 (87%) também declararam doenças crônicas associadas à perda auditiva, como diabetes, colesterol elevado, hipertensão arterial, entre outras, sendo que 63 (64%) desses sujeitos afirmaram, ainda, serem fumantes ou ex-fumantes. Por outro lado, a porcentagem de idosos que referiram ter saúde “muito boa” ou “boa” (65,1%) foi maior entre os que não apresentavam doenças crônicas (33,1%).

Na análise dos dados, segundo os dois grupos formados - IJ e IL - não foi observada evidência de associação entre as variáveis “grupo” e “autopercepção da saúde”, mas foi notada essa evidência entre as variáveis “doenças crônicas” e “autopercepção da saúde” (Tabela 3).

Quanto ao gênero, os grupos IJ e IL continham, respectivamente, 65 (50,7%) e 47 (75%) mulheres e 63 (49,3%) e 16 (25%) homens. Houve evidência de associação entre as variáveis “grupo” e “gênero”, em que foi observado que a proporção de idosos do gênero feminino foi maior no grupo IL que no grupo IJ.

Observou-se que a quantidade de idosos que moram sozinhos foi maior no grupo IL (28,6%) do que no grupo IJ (14,1%). Ainda, no grupo IL, todos os sujeitos que declararam morarem sozinhos eram do gênero feminino.

A média do tempo de deslocamento desde a residência do paciente até o NIAPEA foi de 84,6 minutos para o grupo IJ e 68,3 minutos para o grupo IL.

Dentre as principais queixas associadas à perda auditiva, foram encontradas: zumbido em 134 (70%) sujeitos, tontura em 63 (33%) e ambos os sintomas em 58 (30%). Não houve evidência de associação entre as variáveis “grupo” e as variáveis “zumbido” e “tontura”. No entanto, essa evidência foi observada entre as variáveis “tontura” e “percepção da saúde”. A porcentagem de idosos que disseram ter saúde “muito boa” ou “boa” (46,1%) foi maior entre idosos que não referiram tontura do que entre os que referiram (28,6%). Também houve evidência de associação entre as variáveis “zumbido” e “percepção da saúde”. A porcentagem de idosos que referiram ter saúde “muito boa” ou “boa” (54,4%) foi maior entre os idosos que não apresentaram zumbido do que entre os que apresentaram (34,5%) (Tabelas 4 e 5).

Com exceção da variável idade, as demais variáveis apresentaram grande variabilidade (vide padrão e valores mínimo e máximo) e assimetria (média difere da mediana). Nesses casos, a mediana representa melhor a medida de posição. Assim, a média da idade foi 75 anos, a mediana do tempo de deslocamento desde a residência do paciente até o NIAPEA

**Tabela 3.** Distribuição de frequências conjuntas entre as variáveis “doenças crônicas” e “percepção da saúde”

Doenças crônicas	Percepção da saúde					Total
	Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Muito ruim	
Não	8 (18,6)	20 (46,5)	12 (27,9)	2 (4,7)	1 (2,3)	43 (100,0)
Sim	3 (2,0)	46 (31,1)	68 (45,9)	22 (14,9)	9 (6,1)	148 (100,0)
Total	11 (5,8)	66 (34,6)	80 (41,9)	24 (12,6)	10 (5,2)	191 (100,0)

Teste Qui-quadrado de homogeneidade ( $p=0,001$ )

**Tabela 4.** Distribuição de frequências conjuntas entre as variáveis “tontura” e “percepção da saúde”

Tontura	Percepção da saúde					Total
	Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Muito ruim	
Não	10 (7,8)	49 (38,3)	52 (40,6)	14 (10,9)	3 (2,3)	128 (100,0)
Sim	1 (1,6)	17 (27,0)	28 (44,4)	10 (15,9)	7 (11,1)	63 (100,0)
Total	11 (5,8)	66 (34,6)	80 (41,9)	24 (12,6)	10 (5,2)	191 (100,0)

Teste Qui-quadrado de homogeneidade ( $p=0,021$ )

**Tabela 5.** Distribuição de frequências conjuntas entre as variáveis “zumbido” e “percepção da saúde”

Zumbido	Percepção da saúde					Total
	Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Muito ruim	
Não	5 (8,8)	26 (45,6)	21 (36,8)	3 (5,3)	2 (3,5)	57 (100,0)
Sim	6 (4,5)	40 (29,8)	59 (44,0)	21 (15,7)	8 (6,0)	134 (100,0)
Total	11 (5,8)	66 (34,6)	80 (41,9)	24 (12,6)	10 (5,2)	191 (100,0)

Teste Qui-quadrado de homogeneidade ( $p=0,043$ )

foi igual a 60 minutos, a mediana da escolaridade foi de quatro anos, a mediana da renda mensal familiar foi de 1.300,00 reais e a mediana do tempo entre início dos primeiros sintomas da perda auditiva até sua identificação e começo do tratamento, foi de quatro anos.

## DISCUSSÃO

O aumento da expectativa de vida da população determina importantes repercussões no campo social e econômico e, sendo assim, tem crescido o interesse da comunidade científica sobre questões referentes ao envelhecimento. No âmbito do SUS, tornou-se ainda mais importante conhecer a fundo essa população, que gera grande demanda de atendimento, visto que não basta ampliar a quantidade de anos vividos, mas investir para que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de melhorias das condições de saúde, de tal forma que se possa desfrutar de uma velhice ativa e saudável pelo período de tempo mais longo possível<sup>(6)</sup>.

Foi observado que mais de 60% dos sujeitos que ingressaram no NIAPEA na segunda metade do ano de 2012, estavam com 60 anos de idade (média de 75,2 anos), ou acima, fato esse explicado pelo crescimento do número de pessoas idosas em todos os países do mundo, levando à maior demanda aos serviços de saúde, decorrente do aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis<sup>(7)</sup>, como a presbiacusia.

No que diz respeito à idade, a faixa etária mais crescente no mundo é a de indivíduos com 80 anos ou mais<sup>(8)</sup>, culminando em uma série de implicações sociais, culturais e epidemiológicas, uma vez que, nesse grupo etário, a prevalência de morbidades e incapacidade é maior. Foi observado o predomínio do gênero feminino em ambos os grupos, considerado pela literatura como o de maior longevidade<sup>(9)</sup> e de maior preocupação com a deterioração da audição, assim como com a saúde geral, quando comparado aos homens<sup>(10)</sup>. No grupo IL, houve proporção maior de mulheres, quando comparado com o grupo IJ, ou seja, essa mortalidade diferencial entre os gêneros mostra que as mulheres vivem mais do que os homens, com o avançar da idade<sup>(11)</sup>.

Quanto à naturalidade dos indivíduos, houve grande predomínio de nascidos no Estado de São Paulo, por motivos óbvios - já que a pesquisa foi realizada nesse Estado -, mas 26% dos sujeitos eram nascidos na região Nordeste, o que pode ser explicado pelos movimentos migratórios, principalmente, nas décadas de 50, 60 e 70<sup>(12)</sup>.

Sobre a raça autorreferida, houve predomínio de indivíduos que se intitularam de raça branca. Em outro estudo de perfil sociodemográfico<sup>(13)</sup>, houve predomínio dos grupos pardo e negro em usuários do SUS e do grupo branco em não usuários do SUS. No entanto, o estudo não mencionou quem atribuiu a raça ao paciente, se o ele mesmo ou os pesquisadores. Com isso, outro fato importante, é a presença de heterogeneidade de raças em nosso país.

Quanto às condições de moradia e arranjo domiciliar, mais de 80% dos sujeitos declararam morar em domicílio próprio, número próximo ao encontrado em pesquisa realizada na cidade de Recife (PE), Brasil<sup>(14)</sup>, evidenciando uma grande conquista dos idosos brasileiros, à medida que os torna mais independentes de outros familiares. A proporção de idosos que residem sozinhos foi superior no grupo IL, sendo a maioria do gênero feminino, concordando com outro estudo realizado no município de São Paulo<sup>(15)</sup>, com maior incidência de mulheres que residem sozinhas, indicando que, com o avançar da idade, essa tendência aumenta. No entanto, a condição de residir sozinho, embora indique independência, é considerada situação de risco<sup>(16)</sup>.

O ensino fundamental incompleto (zero a quatro anos de estudo) foi predominante, fato constatado pela literatura, pois, dentre os indivíduos que procuram os serviços públicos de saúde no país, há predominância da baixa escolaridade<sup>(17)</sup>. Ainda, mais de 85% dos idosos se declararam não ocupados, com renda proveniente apenas da aposentadoria, o que pode ter refletido na percepção da situação econômica<sup>(18)</sup>, pois 80% definiram como sendo “regular” ou “ruim” e grande parte mencionou viver com renda entre zero e três salários mínimos.

Quase 80% dos encaminhamentos para o NIAPEA provieram de outros setores do HSP (pacientes que realizam outro tipo de tratamento), ou seguiram o sistema de referência do SUS, a partir da atenção básica<sup>(19)</sup>. Quanto ao acesso geográfico<sup>(20)</sup> dos pacientes ao serviço, foi verificada a mediana de 60 minutos entre o tempo que levaram de suas casas até o NIAPEA, o que muitas vezes dificulta a vinda às consultas, principalmente quando são necessários retornos sequenciais ao início do uso de próteses auditivas, valendo ressaltar, ainda, que a forma de deslocamento também deve ser levada em consideração, pois a maior parte dos pacientes depende do transporte público.

Foi observada associação entre a autopercepção de saúde com a presença de doenças crônicas, independente dos grupos (IJ e IL), fato esse confirmado por um grande estudo, realizado

também no município de São Paulo, que acrescentou, ainda, que a autopercepção de saúde também é um grande indicador de mortalidade<sup>(21)</sup>. A percepção de saúde também foi pior nos indivíduos cujo período entre o início dos primeiros sintomas da perda auditiva e o diagnóstico audiológico com vistas à amplificação sonora foi maior, ou seja, quanto maior o período de privação sensorial, piores serão as consequências para o sujeito, seja no âmbito social, ou no emocional<sup>(22)</sup>.

Com relação ao acesso aos planos privados de saúde, foi verificado que a grande maioria dos pacientes não os tinha, buscando o serviço público de saúde. No entanto, há estudos que relatam a tendência de financiamento estatal para os procedimentos de maior custo, mesmo para aqueles indivíduos com boas condições econômicas<sup>(23)</sup>.

A grande quantidade de encaminhamentos com hipótese diagnóstica desconhecida para a perda auditiva não é algo raro<sup>(24)</sup>, porém, é sabido que a busca da causa do problema é um grande auxílio para melhor compreensão das queixas e dos sintomas trazidos pelos pacientes.

Dentre as principais queixas associadas à perda auditiva, o zumbido foi a mais ocorrente, sendo um sintoma frequentemente associado à perda auditiva em indivíduos idosos<sup>(25)</sup>. Já a presença de tontura (e de ambos os sintomas em um único paciente), por volta de 30%, concordou com a média encontrada em outras pesquisas<sup>(26)</sup>. A prevalência desses sintomas aumenta significativamente com o avançar da idade<sup>(27)</sup>, comprometendo a percepção de saúde e a qualidade de vida desses indivíduos.

A ocorrência de perda auditiva do tipo neurossensorial bilateral, de grau moderado e configuração descendente, vai ao encontro dos achados em outras pesquisas realizadas com usuários de próteses auditivas<sup>(28)</sup>, visto que a indicação de uso desses dispositivos é o meio primário de reabilitação para tais pacientes.

Dispositivos retroauriculares possuem níveis de amplificação importantes, controles maiores e mais visíveis, muitas possibilidades de ajustes e estética aceitável<sup>(29)</sup>, tendo sido os mais indicados (mais de 85%), quando comparados com os demais tipos. Quase 70% dos pacientes faziam uso de adaptação binaural, que proporciona melhor localização sonora e reconhecimento de fala na presença do ruído, quando comparada à monoaural<sup>(30)</sup>, possibilitando, assim, maior benefício ao paciente.

## CONCLUSÃO

O perfil dos idosos encaminhados ao uso de próteses auditivas é de nascidos no Estado de São Paulo, raça branca, baixa escolaridade, não ocupados, residentes em domicílio próprio, baixa renda e sem plano de saúde privado. As mulheres predominam no quesito longevidade.

Quanto aos aspectos relacionados a saúde, este estudo nos fez refletir sobre a acessibilidade e importância da educação em

saúde. Além da deficiência auditiva, grande parte dos idosos declarou deficiência visual e dificuldade de locomoção, além disso, a maioria da população, gasta mais de uma hora para chegar ao serviço, ficando clara a necessidade de um maior acesso a serviços de saúde para estas pessoas. Nossa população carece de esclarecimentos sobre cuidados precoces com a saúde, visto que, o tempo entre o aparecimento dos sintomas da perda auditiva e a intervenção fonoaudiológica foi de quatro anos. Ainda, dados obtidos sobre a progressão da perda auditiva, presença de outras doenças crônicas e de sintomas como tontura e zumbido foram determinantes para a autopercepção ruim da saúde geral destes indivíduos, o que implica, muitas vezes, na dificuldade de compreensão sobre o prognóstico dos tratamentos.

## REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
2. Gates GA, Mills JH. Presbycusis. *Lancet*. 2005;366(9491):1111-20.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 2073/GM, de 28 de setembro de 2004. Instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva [internet]. [Acesso em: 30 maio 2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>
4. Brasil, Ministério da Saúde, Portaria n° 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. [Acesso em: 30 maio 2013]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)
5. Costa MFLL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol SUS*. 2000;9(1):23-41.
6. Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto-contexto - Enferm*. 2013;22(2):370-8.
7. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):759-71.
8. Kirkwood TBL. A systematic look at an old problem: as life expectancy increases, a systemsbiology approach is needed to ensure that we have a healthy old age. *Nature*. 2008;451(7):644-7.
9. Campos NOB, Rodrigues RN. Ritmo de declínio nas taxas de mortalidade dos idosos nos estados do Sudeste, 1980-2000. *Rev Bras Estud Popul*. 2004;21(2):323-42.
10. Espmark AK, Rosenhall U, Erlandsson S, Steen B. The two faces of presbycusis: hearing impairment and psychosocial consequences. *Int J Audiol*. 2002;41(2):125-35.
11. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.
12. Duarte AL. Um nordeste em São Paulo: trabalhadores migrantes em São Miguel, 1945/1966 [resenha]. *Rev Bras Hist*. 2010;30(60):255-58.

13. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011-22.
14. Barreto KML, Carvalho EMF, Falcão IV, Lessa FJD, Leite VMM. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003;3(3):339-54.
15. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.
16. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *R Bras Estud Popul*. 2011;28(1):217-30.
17. Araujo TM, Mendes BCA, Novaes BCAC. Pronto atendimento a usuários de dispositivos de amplificação sonora. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(4):466-73.
18. Alvarenga LN, Kiyari L, Bitencourt B, Wanderley KS. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):796-802.
19. Juliani CMM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(4):323-33.
20. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.
21. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):333-41.
22. Marques ACO, Kozłowski L, Marques JM. Reabilitação auditiva no idoso. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004;70(6):806-11.
23. Pina JA, Castro HA, Andreazzi MFA. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):837-46.
24. Mondelli MFCG, Silva LSL. Perfil dos pacientes atendidos em um sistema de alta complexidade. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2011;15(1):29-34.
25. Ferreira LMBM, Ramos Junior AN, Mendes EP. Caracterização do zumbido em idosos e de possíveis transtornos relacionados. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2009;75(2):245-8.
26. Jönsson R, Sixt E, Landahl S, Rosenhall U. Prevalence of dizziness and vertigo in an urban elderly population. *J Vestib Res*. 2004;14(1):47-52.
27. Ricci NA, Aratani MC, Doná F, Macedo C, Caovilla HH, Ganança FF. A systematic review about the effects of the vestibular rehabilitation in middle-age and older adults. *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(5):361-71.
28. Teixeira CF, Augusto LGS, Caldas Neto SS. Prótese auditiva: satisfação do usuário com sua prótese e com seu meio ambiente. *Rev CEFAC*. 2008;10(2):245-53.
29. Zandavalli MB, Christmann LS, Garcez VRC. Rotina de procedimentos utilizados na seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual em centros auditivos na cidade de Porto Alegre, Brasil - RS. *Rev CEFAC*. 2009;11(Supl 1):106-15.
30. Caetano MHU, Marone SAM, Ruggieri M. Aparelho de amplificação sonora digital - características e vantagens. *Arq Int Otorrinolaringol*. 1999;3(3):120-5.