

PRÓTESES AUDITIVAS DISPENSADAS PELO SUS E QUALIDADE DE VIDA

Hearing aids dispensed by SUS and quality of life

Fernanda Corral da Fonseca ⁽¹⁾, Maria Cecilia Martinelli Lório ⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: verificar a efetividade do uso de próteses auditivas dispensadas pelo SUS em um serviço de alta complexidade da cidade de São Paulo e avaliar o seu impacto na qualidade de vida de adultos e idosos. **Métodos:** pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Avaliaram-se 30 adultos e 30 idosos com perda auditiva neurosensorial bilateral de grau leve a moderadamente severo, índice percentual de reconhecimento de fala de no mínimo 52%, que receberam as próteses auditivas há mais de um ano, sem outros comprometimentos. Aplicaram-se: Questionário Internacional de Resultados para Aparelhos de Amplificação Sonora (QI-AASI) e o Inventário de Qualidade de Vida (SF36). **Resultados:** o estudo do escore total do QI_AASI revelou que 63,33 % dos idosos e 73,34 % dos adultos apresentaram escore igual ou maior do que 25 pontos o que indica bom desempenho com as próteses auditivas. Dos 60 pacientes avaliados, 18% não utilizavam as próteses auditivas, 3,3% utilizavam entre 1 e 4 horas diárias, 25,0% entre 4 e 8 horas e 53% mais que 8 horas. Os idosos que usam as próteses apresentam melhores escores no aspecto social e saúde mental. **Conclusão:** 60% dos adultos e 46% dos idosos fazem uso efetivo das próteses auditivas e apresentam qualidade de vida satisfatória.

DESCRIPTORIOS: Auxiliares de Audição; Qualidade de Vida; Sistema Único de Saúde

■ INTRODUÇÃO

Entre as privações sensoriais, a perda auditiva é a que produz o maior impacto no processo da comunicação, limitando as atividades e restringindo a participação do deficiente auditivo em situações de vida diária. No Censo demográfico realizado no ano 2000 verificou-se que a deficiência auditiva ocupa o terceiro lugar entre as deficiências no Brasil, ficando atrás da deficiência visual e motora¹.

A diminuição da audição leva à dificuldade na compreensão da fala ocasionando prejuízos na integridade física e mental do deficiente auditivo, afastando-o do convívio familiar e social. Assim sendo, a deficiência auditiva, afeta não somente a

sensibilidade auditiva, mas também acarreta implicações psicossociais severas².

Quando não há tratamento clínico ou cirúrgico para a perda auditiva o recurso é a adaptação de próteses auditivas. A decisão de usar próteses auditivas não é decorrente somente do grau da perda de audição, mas sim do grau de comprometimento experimentado pelo deficiente auditivo nas suas atividades de vida diária.

Sabe-se que sistemas de amplificação sonora vêm sendo desenvolvidos e aprimorados, sempre com vistas a proporcionar melhor qualidade de comunicação ao portador de surdez.

Durante o processo de seleção, adaptação, verificação e validação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), é fundamental que o fonoaudiólogo esteja atento ao desempenho do paciente nesta nova condição e o oriente sobre os reais benefícios da prótese auditiva³.

Em quase todos os casos de perda auditiva, há como melhorar substancialmente a qualidade de vida do indivíduo com a adaptação de próteses auditivas.

⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

⁽²⁾ Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Fonte de auxílio: FAPESP - Iniciação Científica

Conflito de interesses: inexistente

A avaliação do estado de saúde de um indivíduo está diretamente relacionada à qualidade de vida e pode ser influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades. Dessa forma, avaliar as condições de vida e saúde permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas específicos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos indivíduos⁴.

A expressão “qualidade de vida” tem um conceito bastante abrangente, que engloba desde um conceito popular, muito utilizado atualmente, em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, sistemas de saúde, atividades de apoio social até a perspectiva científica, com vários significados na área da saúde. Quando utilizado no ambiente de saúde o termo qualidade de vida, geralmente, está associado a significados, como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde e ao estado subjetivo de saúde do paciente são conceitos relacionados à avaliação subjetiva. Além disso, deve-se investigar o impacto que a qualidade de vida do indivíduo causa nas suas atividades de vida diárias. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo e multidimensional: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo e abrange desde a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais até mesmo as crenças pessoais. Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que o indivíduo tem das suas necessidades e se estas estão sendo satisfeitas e a oportunidade de alcançar a felicidade e a auto realização⁵.

A deficiência auditiva é um problema de saúde que afeta a comunicação do indivíduo e, portanto sua qualidade de vida. Assim sendo a partir do anteriormente exposto o objetivo deste estudo foi verificar a efetividade do uso de próteses auditivas dispensadas pelo SUS em um serviço de alta complexidade da cidade de São Paulo e avaliar o seu impacto na qualidade de vida de adultos e idosos.

■ MÉTODOS

De acordo com as normas estabelecidas para pesquisas utilizando seres humanos, o presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o número 0114/10.

Para a realização deste estudo, foram selecionados todos os pacientes que receberam suas próteses auditivas, pelo SUS, no Núcleo Integrado de Assistência, Pesquisa e Ensino em Audição (NIAPEA) do Departamento de Fonoaudiologia da UNIFESP entre julho de 2008 e julho de 2009. Quando se considera esse período verifica-se que 1008 pacientes receberam suas próteses auditivas sendo que 722 deles receberam de julho a dezembro de 2008. Com relação aos pacientes com idades entre 18 e 59 anos, 249 adultos receberam suas próteses no segundo semestre de 2008 e 75 no primeiro semestre de 2009. Quanto aos idosos, 340 receberam no segundo semestre, de julho a dezembro de 2008 e 147 de janeiro a julho de 2009. Fez-se necessária a consulta de dois períodos distintos uma vez que o número de idosos adaptados é significativamente maior do que o de adultos. Desta forma para a seleção dos participantes idosos foi necessário apenas considerar a relação dos pacientes adaptados no primeiro semestre de 2008 enquanto que, no caso dos participantes adultos foi imprescindível utilizar a relação dos pacientes adaptados no período de um ano (de julho de 2008 a julho de 2009). Uma vez relacionados, estes pacientes foram convidados a participarem da pesquisa respeitando a ordem em que receberam suas próteses auditivas até completar dois grupos com 30 pacientes em cada um.

Os critérios de elegibilidade para a composição da amostra foram: perda auditiva neurossensorial bilateral simétrica de grau até moderadamente severo⁶, índice percentual de reconhecimento de fala (IPRF) de 52% ou mais e não apresentar evidências de outros comprometimentos.

Desta forma, foram avaliados 30 adultos, com idades variando de 19 à 59 anos, sendo a idade média de 43,7 dos quais 16 (dezesseis) eram do sexo feminino e 14 (quatorze) do masculino e 30 idosos com idade variando de 62 à 87 anos, sendo a idade média de 75 anos, destes 13 (treze) eram do sexo masculino e 17 (dezessete) do feminino.

Foram aplicados os questionários Questionário Internacional para Aparelho de Amplificação Sonora Individual (QI-AASI) e *Medical Outcomex Study 36 – Item Short Form Health Survey – SF 36*.

O QI-AASI foi traduzido para o português e denominado Questionário Internacional para Aparelho de Amplificação Sonora Individual (QI-AASI) que é um instrumento internacional de avaliação dos aparelhos de amplificação sonora individual (IOI – HA – International Outcome Inventory for Hearing Aids). O questionário é composto por sete questões que avaliam de forma subjetiva o resultado da adaptação do dispositivo eletrônico de amplificação sonora sob os seguintes

aspectos: 1- Uso; 2- Benefício; 3- Limitação residual de atividades; 4- Satisfação; 5- Restrição residual de participação; 6- Impacto em outros; 7- Qualidade de vida. O escore do QI-AASI pode variar de 7 pontos, que indica pior desempenho do paciente, e máximo de 35 (trinta e cinco) pontos, que corresponde ao melhor desempenho com a adaptação⁷.

O inventário de qualidade de vida, SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey – SF 36*) foi elaborado por Ware em 1992⁸ e traduzido e adaptado para a população brasileira por Ciconelli et al em 1999⁹. Este é um instrumento utilizado na avaliação da qualidade de vida do paciente. É composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito aspectos distintos, representados por: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), aspectos emocionais (AE), intensidade da dor (D), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (V), aspectos sociais (AS) e saúde mental (SM). Os itens são avaliados, e o indivíduo recebe uma pontuação para cada aspecto, que é transformada numa escala de 0 a 100, na qual zero é considerado o pior escore e 100 o melhor escore.

Foi realizada análise descritiva e inferencial. Na análise inferencial, para verificar a associação entre horas de uso e cada um dos domínios do SF36, em ambos os grupos (adultos e idosos), foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis¹⁰. Na localização

das diferenças entre as categorias de Horas de uso, foi aplicado o método de Bonferroni (Fisher e van Belle, 1993). Nível de significância 0,05

■ RESULTADOS

O estudo foi realizado em dois grupos de usuários de próteses auditivas, sendo um constituído por 30 adultos, com idades entre 19 e 59 anos, e o outro por 30 idosos, com idades entre 62 e 87 anos.

Verificou-se que 16 (53,3%) dos adultos são do sexo feminino e 14 (46,7%) do masculino. No grupo Idoso, 17 (56,7%) são do sexo feminino e 13 (43,3%) do masculino. Dessa forma, houve predominância do sexo feminino nos dois grupos amostrais.

Os resultados serão apresentados por grupo amostral.

• Grupo Adulto:

Foi inicialmente realizada a análise do escore total obtido a partir da aplicação do questionário QI-AASI.

Os escores obtidos no questionário QI-AASI pelos adultos são apresentados na Figura 1.

Os escores mais frequentes foram 25 (vinte e cinco) e 34 (trinta e quatro) pontos. A pontuação de 25 pontos ou mais foi atingida por 73,34 % da população estudada indicando bom desempenho com as próteses auditivas.

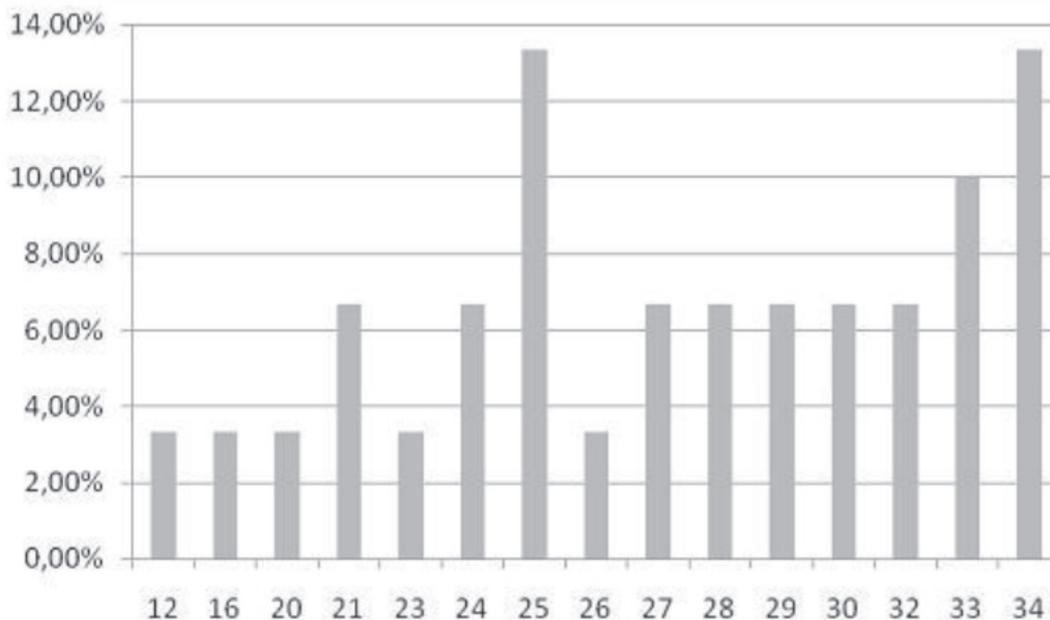


Figura 1 - Distribuição percentual dos escores obtidos por adultos no questionário QI-AASI

Tabela 1- Distribuições de frequências e porcentagens das horas de uso no grupo adulto

Grupo	Horas de uso								Total	
	não usava		1 a 4		4 a 8		mais de 8			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adultos	4	13,30%	1	3,30%	7	23,30%	18	60,00%	30	100,00%

Respostas do questionário QI-AAS.

Os dados da Tabela 1 revelam que a maioria dos adultos (60%) usa o aparelho mais de 8 horas por dia. A partir destes dados, foi feita a associação entre horas de uso das próteses auditivas (QI-AASI) e a qualidade de vida (SF36).

Os valores da análise estatística descritiva, do grupo adulto, para a porcentagem dos oito domínios do SF36, são apresentados na tabela 3. A análise foi feita para cada domínio do SF36, separadamente, e associada ao tempo de uso dos aparelhos de amplificação sonora.

Tabela 2 - Horas de uso relacionadas com os oito domínios do SF36

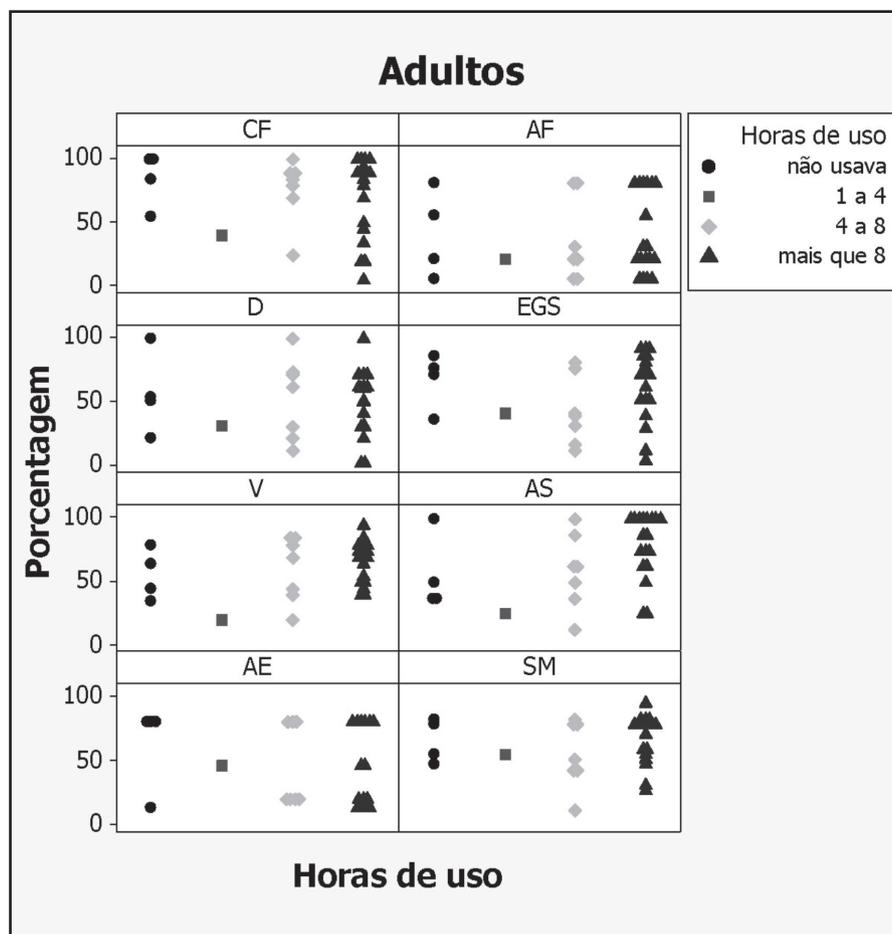
Horas de uso	Adulto									
	N	%	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
Não usa	4	13,3%	83,5	40,0	55,6	67,0	55,0	55,0	63,3	65,8
1 a 4	1	3,3%	38,5	20,0	30,8	40,8	18,8	23,8	46,6	54,8
4 a 8	7	23,3%	75,6	34,3	52,1	41,9	59,5	57,7	45,7	55,4
mais de 8	18	60,0%	68,8	39,7	48,1	61,5	65,5	77,9	44,1	67,5
Total	30	100%	71,3	37,8	49,5	57,0	61,1	68,3	47,1	64,0

Médias por categoria do SF36.

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspecto Funcional; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental.

Não foram observadas tendências de aumento ou decréscimo dos escores médios do SF 36 por domínio com o aumento das horas de uso por dia.

Os valores individuais observados em cada domínio, por categoria de horas de uso, estão representados na Figura 2.



Teste Kruskal-Wallis. P-valores > 0.1

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspecto Funcional; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental.

Figura 2 - Valores individuais da porcentagem em cada domínio do SF36 por categoria de horas de uso – grupo adulto

Para comparar as distribuições da Porcentagem nas categorias de horas de uso foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis¹⁰.

Como há apenas um indivíduo na categoria “1 a 4 horas”, a análise foi feita de duas formas:

A) Considerando as quatro categorias de Horas de uso originalmente propostas e

B) Agregando as categorias “não usava” e “de 1 a 4 horas”.

Desta forma, foram obtidas três categorias de horas de uso.

Os p-valores obtidos nas duas análises, em cada domínio, são apresentados na tabela 3.

É possível notar que não há diferença significativa entre as distribuições da porcentagem nas categorias de horas de uso, em todos os domínios, tanto na análise com quatro categorias, quanto na análise com três categorias de horas de uso. Portanto, pode-se concluir que, no grupo Adulto, não há associação entre o tempo de uso do aparelho e a qualidade de vida.

Tabela 3 - P-valores obtidos na comparação das distribuições da porcentagem nas 4 categorias de horas de uso em cada domínio do SF36- grupo adulto

Nº de categorias	Domínio							
	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
4	0,560	0,956	0,918	0,370	0,306	0,117	0,783	0,623
3	0,933	0,915	0,916	0,275	0,296	0,079	0,643	0,444

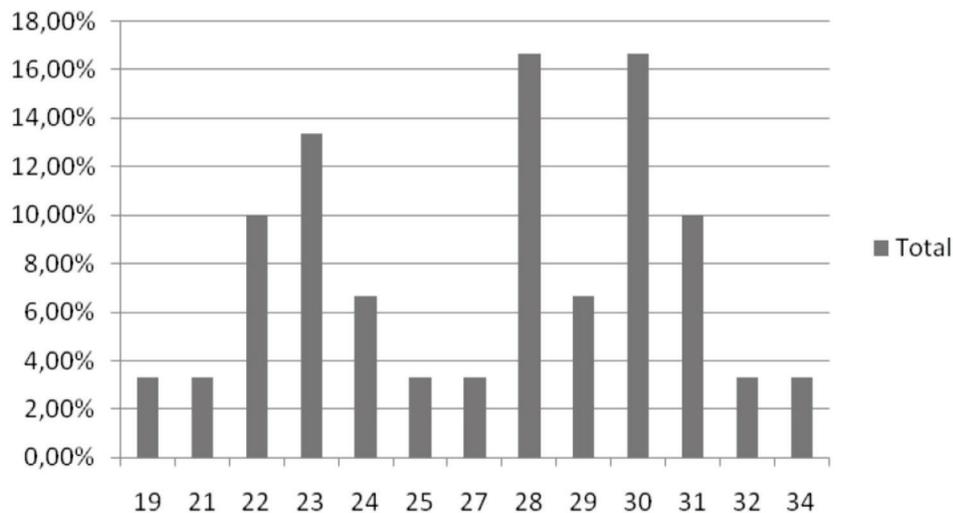
Teste Kruskal-Wallis. P-valores > 0.1 (exceto AS com 3 categorias).

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspecto Funcional; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental.

- Grupo Idoso:

Os escores do QI-AASI aplicado no Grupo Idoso, cujos resultados estão apresentados por frequência de ocorrência (em porcentagem) são apresentados na Figura 3.

Os resultados revelaram que os escores mais frequentes no grupo idoso foram 28 (vinte e oito) e 30 (trinta) pontos. A pontuação de 25 ou mais foi atingida por 63,33% dos idosos o que indica bom desempenho com as próteses auditivas.

**Figura 3 - Distribuição percentual dos escores obtidos pelos idosos no questionário QI-AASI****Tabela 4 - Distribuições de frequências e porcentagens das horas de uso no grupo idoso**

Grupo	Horas de uso								Total	
	não usava		1 a 4		4 a 8		mais de 8			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idosos	7	23,30%	1	3,30%	8	26,70%	14	46,70%	30	100,00%

Respostas do questionário QI-AASI.

Os dados da Tabela 4 demonstram que 46,7% dos idosos usam o aparelho mais de 8 horas por dia. A partir destes dados, foi feita a associação entre horas de uso das próteses auditivas (QI-AASI) e a qualidade de vida (SF36), sendo esta avaliada separadamente em cada domínio.

Os escores médios dos oito domínios do SF 36 por categoria de horas de uso referentes ao grupo de idosos, são encontrados na tabela 5.

Tabela 5 - Horas de uso relacionadas com os oito domínios do SF36 no grupo de idosos

Horas de uso	Idoso									
	N	%	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
Não usa	7	23,3%	56,1	25,7	39,7	61,9	65,9	66,6	40,0	53,7
1 a 4	1	3,3%	93,5	55,0	70,8	90,8	88,8	11,3	46,6	50,8
4 a 8	8	26,7%	65,4	44,4	53,7	60,0	65,1	62,8	60,0	62,8
mais de 8	14	46,7%	76,4	32,5	66,6	70,1	66,4	72,0	59,5	79,9
Total	30	100%	69,3	34,8	57,0	66,2	66,7	66,3	54,7	68,3

Médias por categoria do SF36.

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspecto Funcional; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental.

Pode ser observado que, nos domínios Aspecto Emocional (AE) e Saúde Mental (SM) – Tabela 5, as médias das porcentagens observadas nas categorias “entre 4 e 8” e “mais que 8” são maiores quando comparadas às outras categorias. Os valores individuais da Porcentagem em cada domínio estão representados na Figura 4.

Para avaliar a associação entre Horas de uso e cada um dos domínios do SF36, no grupo de idosos, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Foram também feitas duas análises, uma considerando as 4 categorias originais de Horas de uso, e outra agregando as duas primeiras categorias. Os p-valores obtidos nas duas análises são encontrados na tabela 6. Nota-se que, apenas no domínio SM, as distribuições da Porcentagem não são todas iguais nas categorias de Horas de uso.

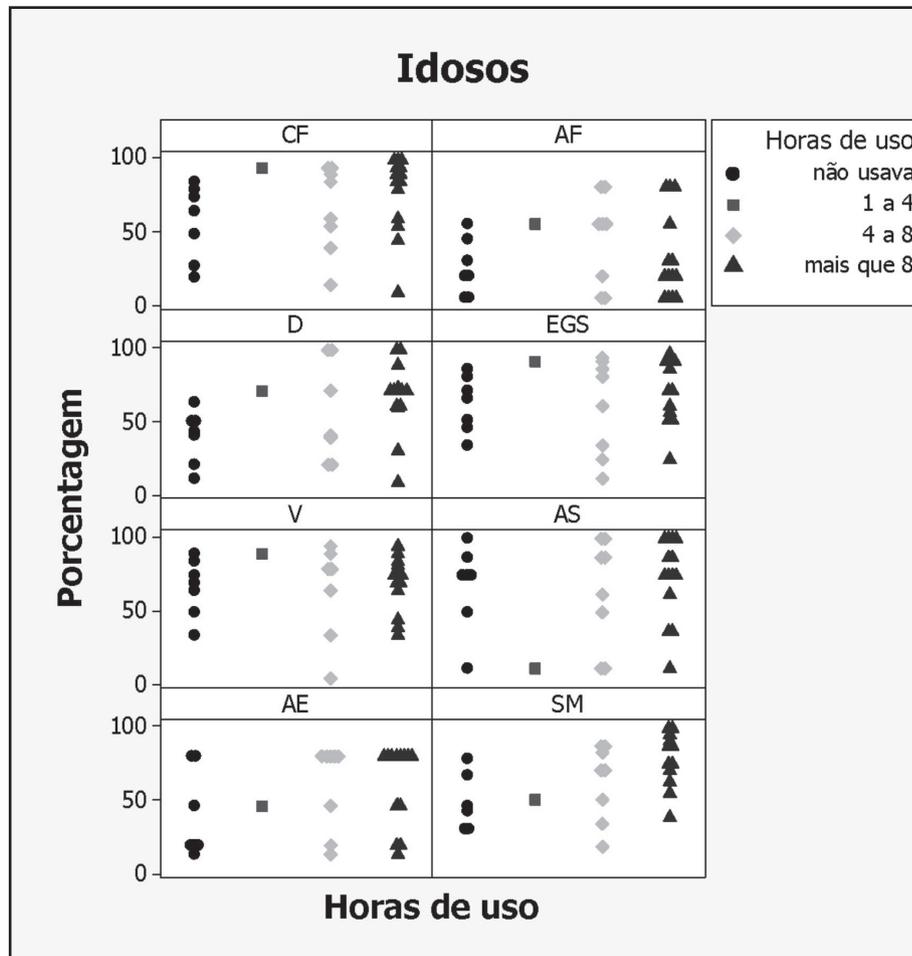
Para localizar em quais categorias há diferença entre as distribuições da Porcentagem, a análise teve prosseguimento, e as categorias foram comparadas duas a duas. Para isso, considerou-se horas de uso dividida em 3 categorias: não usava + entre

1 e 4 horas, entre 4 e 8 horas e mais que 8 horas). O procedimento de Bonferroni foi aplicado no cálculo dos p-valores.

Com essas análises, obteve-se que não houve diferença significativa entre as distribuições da Porcentagem nas categorias “não usava + entre 1 e 4 horas” e “entre 4 e 8 horas” ($p > 0,999$); as porcentagens na categoria “mais que

8 horas” tendem a ser maiores que na categoria “não usava + entre 1 e 4 horas” ($p = 0,017$) e não houve diferença entre as distribuições da Porcentagem nas categorias “entre 4 e 8 horas” e “mais que 8 horas” ($p = 0,229$).

Estes resultados mostram que há associação entre o tempo de uso diário do aparelho e a qualidade de vida no domínio Saúde Mental. Os indivíduos que usam os aparelhos mais de 8 horas diários tendem a ter maior escore (melhor qualidade de vida) no aspecto Saúde Mental. Porém, não há associação entre o uso do aparelho e a qualidade de vida.



Teste Kruskal-Wallis. P-valores > 0.1 (exceto na SM)

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspecto Funcional; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental.

Figura 4 - Valores individuais da Porcentagem em cada domínio do SF36 por categoria de Horas de uso – Grupo Idoso

Tabela 6 - P-valores obtidos na comparação das distribuições da porcentagem nas 4 categorias de horas de uso em cada domínio do SF36- grupo idoso

Nº categorias	Domínio							
	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
4	0,155	0,565	0,119	0,464	0,609	0,476	0,412	0,039
3	0,255	0,611	0,110	0,668	0,928	0,659	0,239	0,015

Teste Kruskal-Wallis. P-valores > 0.1 (exceto na SM).

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspecto Funcional; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental.

■ DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 60 indivíduos, 30 adultos e 30 idosos. Verificou-se que 16 (53,3%) dos adultos são do sexo feminino e 14 (46,7%) do masculino. No grupo Idoso, 17 (56,7%) são do sexo feminino e 13 (43,3%) do masculino. Dessa forma, houve predominância do sexo feminino nos dois grupos amostrais.

Os resultados revelaram que os escores mais frequentes obtidos no QI-AASI pelo grupo idoso foram 28 e 30 pontos atingidos por 33,3% desse grupo. Já no grupo adulto os escores mais frequentes foram 25 (vinte e cinco) e 34 (trinta e quatro) pontos atingida por 26,6% da amostra. Verificou-se também que 76% dos adultos e 71% dos idosos apresentaram escore maior ou superior a 25 pontos cujos resultados indicam bom desempenho com as próteses auditivas.

Segundo Freitas e Costa (2007)¹¹ relatam que os questionários de auto avaliação são instrumentos eficientes para mensurar as dificuldades causadas pela deficiência auditiva. Parte destas dificuldades pode ser identificada avaliando-se a auto percepção dos deficientes auditivos sobre suas necessidades de comunicação permitindo o estabelecimento de metas para o tratamento. É possível monitorar e avaliar essas dificuldades, durante o processo de adaptação das próteses auditivas. Autores descrevem que a restrição de participação em atividades de vida diária, imposta pela deficiência auditiva aos indivíduos idosos, compromete o desempenho social, profissional e consequentemente sua qualidade de vida. Em estudo realizado, em 2004, as autoras verificaram que ocorreu uma diminuição significativa das dificuldades auditivas após o uso efetivo da prótese auditiva por seis meses¹².

A presente pesquisa revelou que 60% dos adultos usam os aparelhos mais de 8 horas por dia, 23,3% usam entre 4 e 8 horas e 13,3% não usam. No grupo idoso 46,7% utilizavam os aparelhos mais de 8 horas por dia, 26,7% entre 4 e 8 horas e 23,4 não utilizavam. Além disso, apenas um indivíduo em cada grupo utilizava as próteses auditivas entre 1 e 4 horas por dia.

Os adultos fazem uso mais efetivo dos AASI, fato este que pode ser justificado pela inserção destes no mercado de trabalho e portanto são mais exigidos nas suas atividades de vida diária.

Segundo a literatura da área, indivíduos apresentam significativa redução da auto percepção quanto às restrições de participação após um ano de utilização das próteses auditivas, sendo esta redução independente de gênero e faixa etária. Esta melhora é atribuída à adaptação e utilização

efetiva das próteses auditivas¹³ o que corrobora com os achados da presente pesquisa que mostrou que adultos e idosos fazem uso efetivo dos AASI e apresentam bom desempenho com os mesmos.

Os questionários de auto-avaliação investigam a auto-percepção do prejuízo funcional e psicossocial causado pela perda auditiva na vida dos sujeitos. A avaliação subjetiva do benefício da amplificação com questionários de auto-avaliação é considerada importante e auxiliar na seleção e validação dos resultados da adaptação¹⁴.

Magalhães e Lório (2011)¹³ concluíram que há menor autopercepção das restrições de participação após a intervenção fonoaudiológica e que em relação aos processos cognitivos, os idosos apresentam melhora após a intervenção fonoaudiológica, independentemente das variáveis gênero e faixa etária.

Pode ser observado, no Grupo Idoso, que nos domínios Aspecto Emocional (AE) e Saúde Mental (SM) as médias das porcentagens observadas nas categorias “entre 4 e 8” e “mais que 8” são maiores quando comparadas às outras categorias. Estes resultados mostram que há associação entre o tempo de uso diário do aparelho e a qualidade de vida nestes domínios. Já no Grupo Adulto, foi possível notar que não houve diferença significativa entre as distribuições das porcentagens nas categorias de horas de uso, em todos os domínios. Assim sendo há diferença no grupo de idosos, de tal forma que quanto maior o uso das próteses melhor o aspecto emocional e a saúde mental enquanto que não se observam diferenças no grupo dos adultos.

Os resultados da presente pesquisa sugerem que uma adequada adaptação de próteses auditivas, que compreende desde as orientações e programação realizadas ao uso efetivo destas pelo paciente, é capaz de gerar benefícios auditivos, minimizando as dificuldades geradas pela perda de audição¹¹. O mesmo foi citado por outros autores¹², que sugeriram que os profissionais que atuam na área da Audiologia devem conhecer as dificuldades de cada paciente. Durante o processo de adaptação das próteses auditivas essas dificuldades podem ser mensuradas e para isso os questionários de auto avaliação são bastante eficazes. O estudo realizado pelas autoras revelou que diminuiu significativamente das dificuldades auditivas após o uso efetivo das próteses auditivas por seis meses.

O processo de adaptação da prótese auditiva é fundamental para que o indivíduo possa desenvolver o seu potencial no seu cotidiano segundo apontado em pesquisa¹⁴.

Em novembro de 2000, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, publicou a Portaria 432¹⁵ que garantia ao cidadão

brasileiro portador de perda auditiva, a avaliação, o diagnóstico da perda, a sua protetização e acompanhamento. Em setembro de 2004, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM 2073 (Brasil, 2004) que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva e a Portaria 589 (Brasil 2004-b), esta substituindo a Portaria 432 e alterando a forma desta prestação de serviço. Essa portaria 2073/GM/04 (Brasil, 2004) estabelece, em âmbito nacional, políticas voltadas para a saúde auditiva da população. No artigo 2º, explícita a importância dos centros de referência na organização de estratégias que visem à promoção da qualidade de vida das pessoas, no que tange à recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividade.

■ CONCLUSÃO

No grupo de idosos:

- 46,7% faz uso efetivo das próteses auditivas;
- Há associação entre o tempo de uso diário do aparelho e a qualidade de vida no domínio Saúde Mental e Aspecto Emocional.

No grupo de adultos:

- 60% faz uso efetivo das próteses auditivas;
- Não há associação entre o tempo de uso diário do aparelho e a qualidade de vida.

ABSTRACT

Purpose: to verify the effectiveness of the use of hearing aids dispensed by SUS in a high complexity service in the city of São Paulo and evaluate their impact on adults and elderly quality of life. **Methods:** this research has been approved by the Ethics and Research committee. We evaluated 30 adults and 30 older adults with bilateral sensorineural hearing loss whose level is from mild to moderately severe, percentage of speech recognition minimum of 52%, who received hearing aids for more than one year and had no other commitments. Were applied: International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA) and *Outcomex Study 36 – Item Short Form Health Survey – SF 36*. **Results:** 63,33 % of the elderly and 73,34 % of adults showed 25 or more IOI-HA score. About the 60 patients, 18% did not use hearing aids, 3.3% used between 1 and 4 hours per day, 25.% used between 4 and 8 hours and 53% used more than 8 hours. The elderly who use hearing aids presented better scores on social aspects and mental health. **Conclusion:** 60% of adults and 46% of elderly use hearing aids and present satisfactory quality of life.

KEYWORDS: Hearing Aids; Quality of Life; Unified Health System

■ REFERÊNCIAS

1. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Tabela 1.1.3 Censo Demográfico 2000. Disponível em: <HTTP://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/primeiros_resultados_amostra/tabela_brasil.shtm.
2. Russo ICP. Editorial II: a relevância da pesquisa científica na audiologia brasileira. Rev. CEFAC [serial on the Internet]. [cited 2011 Jan 07];11(Supl1):1-4. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000500002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009000500002>.
3. Luz VB, Silva MC, Scharlach RC, Lório MM. Correlação entre as restrições de participação em atividades de vida diária e o benefício do uso de próteses auditivas em adultos e idosos. Rev. soc. Bras. Fonoaudiol. [serial on the Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 10];16(2):160-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342011000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342011000200009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342011000200009>.
4. Suman P, Blasca WQ, Ferrari DV. Avaliação subjetiva da expectativa quanto ao uso do aparelho de amplificação sonora individual: correlação com aspectos auditivos, sociais e econômicos. Distúrb Comun. 2008;20(1):107-14.
5. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev. Psiquiatr.

[online]. 2006; [cited 2013 Jan 10] 28(1):27-38. ISSN 0101-8108. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>.

6. Silman, S. & Silverman, C.A. – Auditory diagnosis, principles and applications. London, Singular Publishing Group. P.215-32, 1991.

7. Cox RM, Stephens D, Kramer SE. Translations of the International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA). *Int J Audiol.*2002;41:3-26.

8. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83.

9. 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;39(3):143-50.

10. Fisher, LD and van Belle, G. (1993). *Biostatistics*. John Wiley & Sons, New York.

11. Freitas CD, Costa MJ. Processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em

uma instituição pública federal: parte II: resultados dos questionários de auto-avaliação. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007;73(5):660-70.

12. Bucuvic EC, Iório MCM. Benefício e dificuldades auditivas: um estudo em novos usuários de prótese auditiva após dois e seis meses de uso. *Rev Fono Atual.* 2004;29(1):19-29.

13. Magalhães R, Iório MCM. Avaliação da restrição de participação e de processos cognitivos em idosos antes e após intervenção fonoaudiológica. *Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;23(1):51-6.

14. Rosa MR, Dante G, Ribas A. Programa de orientação a usuários de prótese auditiva e questionários de auto-avaliação: importantes instrumentos para uma adaptação auditiva efetiva. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2006;10(3):220-7.

15. BRASIL, Portaria nº 589, de 08 de outubro de 2004. Ministério da saúde. Disponível em: [HTTP://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_589_de_08_10_2004.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_589_de_08_10_2004.pdf).

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620143413>

Recebido em: 12/02/2013

Aceito em: 28/05/2013

Endereço para correspondência:

Fernanda Corral da Fonseca

Rua Bela Cintra 450, apto. 145 – Consolação

São Paulo – SP – Brasil

CEP: 01415-000

E-mail: fc.fonseca@hotmail.com