



# Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY

[www.bjorl.org](http://www.bjorl.org)



## ARTIGO ORIGINAL

# Profile and prevalence of hearing complaints in the elderly<sup>☆</sup>



Magda Aline Bauer<sup>a,b</sup>, Ângela Kemel Zanella<sup>a</sup>, Irênio Gomes Filho<sup>c</sup>,  
Geraldo de Carli<sup>c</sup>, Adriane Ribeiro Teixeira<sup>c</sup> e Ângelo José Gonçalves Bós<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>c</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

Recebido em 26 de outubro de 2015; aceito em 20 de junho de 2016

Disponível na Internet em 25 de julho de 2017

### KEYWORDS

Hearing loss;  
Epidemiologic  
studies;  
Aged

### Abstract

**Introduction:** Hearing is essential for the processing of acoustic information and the understanding of speech signals. Hearing loss may be associated with cognitive decline, depression and reduced functionality.

**Objective:** To analyze the prevalence of hearing complaints in elderly individuals from Rio Grande do Sul and describe the profile of the study participants with and without hearing complaints.

**Methods:** 7315 elderly individuals interviewed in their homes, in 59 cities in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, participated in the study. Inclusion criteria were age 60 years or older and answering the question on auditory self-perception. For statistical purposes, the chi-square test and logistic regression were performed to assess the correlations between variables.

**Results:** 139 elderly individuals who did not answer the question on auditory self-perception and 9 who self-reported hearing loss were excluded, totaling 7167 elderly participants. Hearing loss complaint rate was 28% (2011) among the elderly, showing differences between genders, ethnicity, income, and social participation. The mean age of the elderly without hearing complaints was 69.44 ( $\pm 6.91$ ) and among those with complaint, 72.8 ( $\pm 7.75$ ) years. Elderly individuals without hearing complaints had 5.10 ( $\pm 3.78$ ) years of formal education compared to 4.48 ( $\pm 3.49$ ) years among those who had complaints. Multiple logistic regression observed that protective factors for hearing complaints were: higher level of schooling, contributing to the family income and having received health care in the last six months. Risk factors for hearing complaints were: older age, male gender, experiencing difficulty in leaving home and carrying out social activities.

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.06.015>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Bauer MA, Zanella ÂK, Gomes Filho I, Carli G, Teixeira AR, Bós ÂJ. Profile and prevalence of hearing complaints in the elderly. Braz J Otorhinolaryngol. 2017;83:523–9.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [angelo.bos@puccrs.br](mailto:angelo.bos@puccrs.br) (Â.J. Bós).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

2530-0539/© 2017 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**PALAVRAS-CHAVE**

Perda auditiva;  
Estudo  
epidemiológico;  
Idoso

**Conclusions:** Among the elderly population of the state of Rio Grande do Sul, the prevalence of hearing complaints reached 28%. The complaint is more often present in elderly men who did not participate in the generation of family income, who did not receive health care, performed social and community activities, had a lower level of schooling and were older.

© 2017 Published by Elsevier Editora Ltda. on behalf of Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**Perfil e prevalência de queixa auditiva em idosos****Resumo**

**Introdução:** A audição é essencial para o processamento de eventos acústicos e emissão e compreensão dos sinais de fala. A perda auditiva pode estar associada ao declínio cognitivo, à depressão e à redução da funcionalidade.

**Objetivo:** Analisar a prevalência de queixa auditiva em idosos do Rio Grande do Sul e descrever o perfil dos participantes com e sem queixa auditiva.

**Método:** Participaram do estudo 7.315 idosos entrevistados em suas residências, em 59 cidades gaúchas. Os critérios de inclusão adotados foram ter 60 anos ou mais e terem respondido à questão sobre autopercepção auditiva. Para fins estatísticos foi realizado o teste Qui-quadrado e regressão logística para avaliar as correlações entre as variáveis.

**Resultados:** Foram excluídos 139 idosos sem resposta à autopercepção auditiva e nove por autorreferirem surdez (7.167 participantes). A frequência de queixa de perda auditiva foi de 28% (2011) dos idosos, apresentou diferença entre gêneros, etnia, renda, participação social. A média de idade dos idosos sem queixa auditiva foi de 69,44 ( $\pm 6,91$ ) e com queixa 72,8 ( $\pm 7,75$ ) anos. Os idosos sem queixa auditiva apresentaram 5,10 ( $\pm 3,78$ ) anos de estudo comparados com 4,48 ( $\pm 3,49$ ) anos dos com queixa. A regressão logística múltipla observou que foram fatores protetores para a queixa auditiva maior escolaridade, contribuir na renda familiar e ter recebido atendimento de saúde nos últimos seis meses. Fatores de risco para a queixa auditiva foram idade mais avançada, sexo masculino, apresentar dificuldade de sair de casa e realizar atividades sociais.

**Conclusões:** Na população idosa do Rio Grande do Sul a prevalência de queixa auditiva atingiu 28%. A queixa está mais presente em idosos homens, sem participação na renda familiar, não receberam atendimento de saúde, tinham atividade social e comunitária, com menor escolaridade e maior idade.

© 2017 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**Introdução**

A audição é essencial para o processamento dos eventos acústicos e para a emissão e compreensão dos sinais de fala. As consequências da perda auditiva variam de acordo com o tipo, grau e a idade de acometimento. Nos adultos e idosos geralmente se observa isolamento, com restrições de participação na vida social e familiar, por vezes devido o receio de se tornar alvo de zombaria ou desprezo.<sup>1</sup> A perda auditiva ainda pode estar associada ao declínio cognitivo, à depressão e à redução do estado funcional.<sup>2</sup>

Em virtude do crescimento da população idosa, faz-se necessário compreender os fatores relacionados ao envelhecimento e à fragilidade, especialmente os aspectos correspondentes aos fatores incapacitantes.<sup>3</sup> Esses podem ser caracterizados pela interação entre a disfunção do indivíduo (orgânica e/ou estrutural), restrição na participação

social e dos fatores ambientais que poderão interferir no desempenho das atividades individuais.<sup>4</sup>

Para tanto, é importante avaliar a capacidade funcional dos idosos de forma a relacionar a mesma com os aspectos práticos do cuidado pessoal, manutenção e desempenho das atividades básicas e complexas do cotidiano.<sup>5</sup> Entre os fatores a serem avaliados está a audição, uma das principais alterações sensoriais<sup>6</sup> que podem modificar os hábitos do idoso.

O diagnóstico e a reabilitação da deficiência auditiva deveriam ser feitos de forma precoce, independentemente da idade do indivíduo. Porém, em muitas situações a perda auditiva ocorre de forma gradual, com progressão lenta e que pode não ser percebida, ou é negligenciada pelos próprios indivíduos.<sup>1</sup> Dessa maneira, a triagem auditiva deveria ser um procedimento usual, com vistas ao diagnóstico precoce e às consequências não negativas da privação auditiva.<sup>7</sup> Estudos anteriores referem que a queixa pode ser um bom

preditor da presença de perda auditiva,<sup>8</sup> há um aumento de sensibilidade e especificidade do valor preditivo do autorrelato de perda em indivíduos idosos, se comparado com outras idades.<sup>9</sup>

Apesar da relevância da temática para os idosos, poucos estudos foram feitos ou foram capazes de determinar qual a incidência de perda auditiva na população brasileira, ou em seus estados. Um exemplo um é o estudo feito na cidade de São Paulo que evidenciou a prevalência de 30% de perda auditiva em seus idosos.<sup>2</sup> Esse dado tem sua importância justificada para possam ser tomadas as devidas medidas de atenção à saúde auditiva e possa ser fornecida a dimensão desse fato na população em questão.

Assim, o presente estudo teve por objetivo analisar a prevalência de autorrelato de queixa auditiva em idosos do Rio Grande do Sul, bem como descrever os fatores epidemiológicos associados dos idosos com e sem queixa auditiva.

## Método

O presente estudo foi caracterizado como transversal descritivo e faz parte de um levantamento maior, recortado com foco na audição de idosos. O questionário foi inspirado no Guia Global Cidade Amiga do Idoso da Organização Mundial da Saúde. Os dados analisados e discutidos foram coletados entre 2010 e 2011.

Foram entrevistados em suas residências 7.315 idosos, aleatoriamente, selecionados a partir de setores censitários de 59 cidades gaúchas. Os critérios de inclusão adotados foram ter 60 anos ou mais e estar presente no momento da entrevista. Foram excluídos os participantes que não puderam responder à questão de autopercepção auditiva por comprometimento cognitivo e de comunicação. Todos os participantes, ou seus responsáveis, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelos comitês de ética das instituições envolvidas (09/04931 e 481/09).

Os idosos foram entrevistados, entre outras questões, a respeito da autopercepção de audição. As variáveis sexo (masculino e feminino), estado civil (casado, solteiro, viúvo, separado ou divorciado, não soube responder), etnia (branca, parda, preta, outra), participação na renda familiar (sem renda, maior ou único responsável, divide responsabilidade), ter recebido atendimento por problemas de saúde nos últimos seis meses (recebeu, não recebeu), fazer atividades sociais (faz, não faz) ou comunitárias (faz, não faz) e referir ter dificuldade de sair por problemas de comunicação (tem dificuldade, não tem dificuldade), além do uso de prótese auditiva (usa, não usa), foram tratadas como categóricas e expressas em frequências. Já idade e escolaridade (anos de estudo formal) foram tratadas como numéricas e expressas em média e desvio padrão. A pergunta sobre autopercepção de audição teve as seguintes opções de resposta: "ótima"; "boa"; "regular"; "má" e "péssima" – previamente estabelecidas no questionário.

Para fins de análise estatística, os níveis de autopercepção auditiva foram agrupados em boa ou ótima quando não havia queixa, e regular, má ou péssima, na presença de queixa auditiva. O teste do qui-quadrado foi usado para testar a associação entre a queixa auditiva e as demais variáveis. A regressão logística múltipla foi

usada para calcular a razão de chance da queixa de perda auditiva sofrer influência das variáveis estudadas. Níveis de significância menores do que 5% foram considerados estatisticamente significantes e entre 5 e 10% como indicativos de significância.<sup>10</sup>

## Resultados

Dos 7.315 participantes, 139 foram excluídos por não terem respondido à pergunta sobre autopercepção auditiva (comprometimento cognitivo) e nove por autorreferirem surdez, total da amostra 7.167 idosos (tabela 1). Os resultados foram expressos em média e desvio padrão (DP). A média de idade entre os idosos sem queixa auditiva foi de 69,4 (6,91) e com queixa, de 72,8 (7,75) anos. Os idosos sem queixa auditiva apresentaram, em média, 5,1 (3,79) anos de estudo, esse resultado é maior, comparado com os 4,5 (3,49) anos daqueles com queixa. Tanto a idade como a escolaridade foram significativamente diferentes entre os idosos com e sem queixas auditivas.

Na análise da regressão logística, tanto a idade quanto a escolaridade mantiveram quase o mesmo nível de significância. Com relação aos anos de estudo, os resultados evidenciaram que os participantes com queixa auditiva tiveram menos anos de estudo. Cada um ano a mais de estudo foi relacionado a uma chance 3% menor de queixa auditiva. Já em relação à idade, cada um ano a mais esteve relacionado com um aumento de 6% de chances de queixa auditiva (tabela 2).

A queixa auditiva foi significativamente mais frequente nos homens ( $p = 0,0016$ ). A associação entre sexo e queixa auditiva manteve-se significativa na análise múltipla, com ajuste pelas outras variáveis. Apesar de a diferença na frequência de homens e mulheres com queixa ser de apenas 3,3% (tabela 1), na análise múltipla eles tiveram 19% a mais de chances de ter queixa auditiva do que as mulheres, quando ajustado pelas outras variáveis (tabela 2). Já em relação à variável estado civil, mostrou-se significativa para queixa de perda auditiva ( $p < 0,0001$ ). Os solteiros e viúvos foram os que tiveram as maiores frequências de queixa auditiva, os casados e separados foram os menores.

Para melhor entender a relação entre o estado civil e a queixa auditiva fizemos uma regressão logística simples, observada na tabela 3. Os viúvos apresentaram 29% a mais de chances de apresentar queixa auditiva, enquanto nos solteiros esse percentual foi de 43% em relação aos casados. Já na análise múltipla, com ajuste pelos outros fatores, a chance de os viúvos apresentarem queixa auditiva em relação aos casados passou a não ser significativa, enquanto a chance de os solteiros apresentarem essa queixa manteve-se semelhante (41%) e significativa, como pode ser observado na tabela 2. Dessa forma, a diferença observada entre casados e viúvos com relação à queixa auditiva é dependente de outras variáveis, entre elas a idade.

Quanto à renda, apenas 7% da amostra referiram não ter participação na renda familiar (tabela 1). Essas apresentaram maior frequência de queixa auditiva. As pessoas que têm participação ou são os únicos ou maiores contribuintes na renda apresentaram, significativamente, menor chance de ter queixa auditiva (tabela 2).

**Tabela 1** Características dos participantes de acordo com o nível de perda auditiva

	Queixa auditiva			p
	Sem queixa	Com queixa	Total	
<b>Amostra</b>	5.156 (71,94%)	2.011 (28,06%)	7167	
Idade (média ± DP)	69,4 ± 6,91	72,8 ± 7,75	70,4 ± 7,32	< 0,0001
Anos de estudos (média ± DP)	5,1 ± 3,79	4,5 ± 3,50	4,9 ± 3,72	< 0,0001
<b>Sexo</b>				0,0016
Feminino	2.731 (73,6%)	982 (26,4%)	3.713 (51,8%)	
Masculino	2.425 (70,2%)	1.029 (29,8%)	3.454 (48,2%)	
<b>Estado civil</b>				< 0,0001
Casado	2.341 (73,5%)	843 (26,5%)	3.184 (44,4%)	
Solteiro	256 (66,0%)	132 (34,0%)	388 (5,4%)	
Viúvo	1.599 (68,3%)	742 (31,7%)	2.341 (32,7%)	
Separado/divorciado	759 (75,9%)	241 (24,1%)	1.000 (14%)	
Não soube responder	201 (79,1%)	53 (20,9%)	254 (3,5%)	
<b>Cor</b>				0,0899
Branca	3.578 (72,7%)	1.341 (27,3%)	4.919 (68,6%)	
Parda	768 (70,3%)	325 (29,7%)	1.093 (15,3%)	
Preta	536 (69,0%)	241 (31,0%)	777 (10,8%)	
Outras	248 (71,3%)	100 (28,7%)	348 (4,9%)	
<b>Renda participação</b>				< 0,0001
Sem participação	345 (68,4%)	159 (31,5%)	504 (7%)	
Maior ou único responsável	2.357 (69,7%)	1.025 (30,3%)	3.382 (47,2%)	
Divide responsabilidade	2.454 (74,8%)	827 (25,2%)	3.281 (45,8%)	
<b>Recebeu atendimento</b>				< 0,0001
Não recebeu	2.972 (68,6%)	1.360 (31,4%)	4.332 (60,4%)	
Recebeu	2.178 (77,0%)	651 (23,0%)	2.829 (39,5%)	
<b>Atividade social</b>				0,0013
Não faz	3.066 (73,4%)	1112 (26,6%)	4.178 (58,3%)	
Faz	2.090 (69,9%)	899 (30,1%)	2.989 (41,7%)	
<b>Atividade comunitária</b>				< 0,0001
Não faz	4.313 (73,3%)	1.568 (26,7%)	5.881 (82,1%)	
Faz	843 (65,5%)	443 (34,4%)	1.286 (17,9%)	
<b>Dif. de sair – Comunicação</b>				0,0027
Não tem dificuldade	5.127 (72,1%)	1.986 (27,9%)	7.113 (99,2%)	
Tem dificuldade	29 (53,7%)	25 (46,3%)	54 (0,8%)	
<b>Uso de prótese auditiva</b>				< 0,0001
Não usa	5.077 (73,3%)	1.851 (26,7%)	6.928 (96,7%)	
Usa	79 (33,1%)	160 (66,9%)	239 (3,3%)	

A maioria dos idosos não havia recebido atendimento de saúde seis meses antes da entrevista (60,4%) (tabela 1). No entanto, os indivíduos que receberam atendimento apresentaram, significativamente, menor chance de desenvolver queixa auditiva (26%). Constatou-se que ter recebido atendimento de saúde (nos últimos seis meses) fez a chance de ter queixa auditiva ter sido menor significativamente, quando comparados aos idosos que não receberam. Ainda, quanto aos acompanhamentos, apenas quatro idosos referiram ter recebido acompanhamento fonoaudiológico.

A maioria dos participantes não fazia atividades sociais nem comunitárias, mas ambas as atividades apresentaram correlação significativa com a queixa auditiva tanto na análise simples quanto no ajuste por outras variáveis. Os

frequentadores de tais atividades tiveram maior presença de queixa quando comparados com os que não participavam. Esse fato pode ser explicado: presume-se que pessoas que se expõem a uma atividade podem perceber seu pior desempenho quanto à audição do que os outros que não estão expostos, ou seja, em casa ou em ambiente familiar que se adaptam a eles.

As pessoas que referem não sair de casa em função da dificuldade de comunicação foram apenas 0,8% da amostra (tabela 1), mas esse fator foi muito importante, pois quase metade deles apresentava queixas auditivas. As pessoas que não saíam de casa por dificuldade de comunicação apresentaram 95% mais chances de ter queixas auditivas (tabela 2).

**Tabela 2** Resultados da regressão logística múltipla para a chance de apresentar queixa de perda auditiva

	Razão de chance	Intervalo de confiança		p
Anos de estudo	0,9690	0,9538	0,9844	0,0001
Idade	1,0602	1,0519	1,0685	< 0,0001
Sexo (masculino/feminino)	1,1939	1,0640	1,3396	0,0026
Estado civil (solteiro/casado)	1,4076	1,1056	1,7922	0,0055
Estado civil (viúvo/casado)	0,9798	0,8546	1,1232	0,7695
Estado civil (separado/casado)	0,9690	0,8139	1,1536	0,7235
Renda participação (maior/não)	0,8903	0,7154	1,1080	0,2978
Renda participação (divide/não)	0,7691	0,6175	0,9581	0,0192
Atendimento de saúde (sim/não)	0,7388	0,6577	0,8298	< 0,0001
Atividade comunitária (Sim/não)	1,4462	1,2434	1,6820	< 0,0001
Dificuldade de sair de casa por comunicação (sim/não)	1,9518	1,0887	3,4993	0,0247
Atividade social (sim/não)	1,1593	1,0253	1,3107	0,0183

**Tabela 3** Resultado da regressão logística simples do estado civil para a chance de queixa de perda auditiva, em comparação com o estado civil casado

	Razão de chance	Intervalo de confiança	p
Estado civil (solteiro/casado)	1,4319	1,1442 ± 1,7919	0,0017
Estado civil (viúvo/casado)	1,2886	1,1459 ± 1,4491	< 0,0001
Estado civil (separado/casado)	0,8818	0,7477 ± 1,0399	0,1348

Dos 2.011 idosos que referiram queixa auditiva, apenas 8% usavam aparelho auditivo (tabela 1). A maioria, 67%, dos que usavam aparelho tinha queixa auditiva. No entanto, 33% deles não referiram queixa.

## Discussão

A incidência de autorrelato de perda auditiva em nossa amostra com idosos a partir de 60 anos foi de 28%; relato semelhante ao de outra pesquisa populacional feita em São Paulo, que evidenciou a prevalência de 30%.<sup>2</sup> Assim como essa última, a presente pesquisa foi baseada na queixa subjetiva de dificuldade auditiva. Acreditamos que a frequência observada seria maior caso esses idosos tivessem feito avaliação auditiva por meio de audiometria. Um estudo prévio fez a comparação entre a queixa e a perda auditiva e constatou que essa foi mais frequente, pois dos 50 idosos da amostra somente 12 (24%) tinham queixa específica de perda auditiva, apesar de 33 (66%) apresentarem perdas auditivas de grau leve, moderado, severo e profundo.<sup>11</sup> Outras pesquisas com a audiometria também encontraram frequências maiores. Um estudo feito por Mattos e Veras<sup>12</sup> com participantes de um projeto de extensão universitária com idosos apontou a prevalência de 41% de queixa de perda auditiva. Estudo de Costi et al.<sup>13</sup> observou uma prevalência de queixas auditivas em 45% dos participantes de um grupo de terceira idade. As diferenças podem ser explicadas pelo desenho da pesquisa, pelo local onde a pesquisa foi feita e pelos indivíduos que compuseram a amostra.

Pesquisas de bases populacionais e perda auditiva não são comuns no Brasil e tampouco fora. Apenas alguns estudos foram encontrados com essa temática. Um deles, uma revisão da literatura que agrupou amostras de países

européus com indivíduos idosos com 60 anos ou mais, verificou que cerca de 30% dos homens e 20% das mulheres apresentaram perda auditiva em algum grau aos 70 anos e 55% dos homens e 45% das mulheres aos 80.<sup>14</sup> O presente trabalho também observou a maior prevalência de queixa auditiva em idosos mais longevos, o sexo masculino foi o mais afetado. O aumento da queixa de perda auditiva em função da idade pode ser explicado pelo fato de a presbiacusia apresentar característica progressiva, há relação com o aumento da idade,<sup>15</sup> o que originaria um maior número de indivíduos com o autorrelato de dificuldade para ouvir.

A influência dos anos de estudo pode ser observada nos dados avaliados, pois quanto maior a escolaridade, menor a chance de apresentar queixa de perda auditiva. Resultado similar foi observado em pesquisas tanto em idosos brasileiros<sup>2</sup> quanto em idosos europeus,<sup>16</sup> o que pode significar que mais anos de estudo resultariam em maior cuidado com a saúde e adoção de medidas preventivas, no sentido de preservar a audição. Nossos dados também sugerem que o poder aquisitivo possa interferir nos cuidados com a audição, visto que a renda foi fator significativamente protetor para a queixa auditiva.

Quando avaliada a questão sobre receber atendimento de saúde e apresentar perda auditiva, observou-se que os idosos que recebem tal atendimento apresentam mais queixa. Acredita-se que tal ocorrência deve-se ao fato de que as pessoas que escutam bem procuram atendimento de saúde, em comparação com as que não estudam, ou os que recebem atendimento podem receber algum tipo de orientação/tratamento para prevenção de perda auditiva. Esse dado pode ser explicado também pela possibilidade de os indivíduos receberem, de outros profissionais, informações sobre a perda auditiva em idosos. Além disso, os idosos podem apresentar doenças frequentes na população

avaliada que têm como consequência a perda auditiva, tais como diabetes, hipertensão, dislipidemias, entre outras.

Pandhi et al.<sup>17</sup> investigaram se nos idosos a propensão a relatar dificuldades, atrasos e diminuição da satisfação no acesso aos cuidados com a saúde estaria relacionada à perda auditiva. Descobriram que os indivíduos com dificuldade de audição eram mais propensos a relatar dificuldades em acesso à saúde; no entanto, a audição não foi preditiva para a satisfação com o acesso à saúde.

Encontramos relação significativa entre atividade social, entre elas a atividade física, e perda auditiva em idosos. Outro estudo não evidenciou relação significativa entre atividade física e queixa de perda auditiva.<sup>18</sup>

Chen et al.,<sup>19</sup> em sua pesquisa, corroboraram os achados de nosso estudo e também verificaram que deficiência auditiva em idosos é independentemente associada com maior deficiência e limitações em várias categorias de autorrelato de funcionamento físico. Em contrapartida, o estudo de Fielder e Peres<sup>20</sup> ressalta que parece haver uma relação com o aumento da incidência de perda auditiva e a prática de atividade física, leva a crer que pessoas que fazem atividade física podem apresentar mais queixas, uma vez que se sentem incomodadas por não conseguirem interagir com o ambiente que as rodeia.

Sobre autorreferência de cor (branca, parda, preta ou outra) e a relação com queixa auditiva, em nossa pesquisa, a diferença não foi estatisticamente significativa entre os grupos. No entanto, uma tendência maior de queixa foi referida entre pretos, seguida dos pardos e, por último, dos brancos. Deve-se salientar o fato de a proporção de pessoas não brancas ser muito menor no Estado do Rio Grande do Sul do que em outras unidades federativas do Brasil, esse fato é um motivador para não se alcançar o nível de significância preconizado. O presente achado difere do constatado em estudo americano, no qual a cor preta nos idosos foi considerada como substancialmente protetora contra perda de audição.<sup>21</sup>

Sobre o fato de as pessoas idosas com autorrelato de queixa auditiva referirem não sair de casa em função da dificuldade de comunicação, dado encontrado em nossa amostra, um estudo similar não chegou a esses resultados. Ao analisar o isolamento social e sua associação com a perda auditiva, o estudo constatou que apenas em mulheres entre 60 a 69 anos o maior grau da perda auditiva estava associado com aumento de chances de isolamento social; nas demais faixas etárias e nos homens essa associação não foi significativa.<sup>22</sup> As pessoas que não saíam de casa por dificuldade de comunicação apresentaram 95% mais chances de ter queixas auditivas, conforme nossos achados. Sugere-se que a perda auditiva limita a comunicação e restringe significativamente o idoso ao sair de casa, embora essa não tenha sido a única causa.

Observamos que somente um terço das pessoas que usavam aparelho auditivo não referiu queixa auditiva, presume-se que o aparelho auditivo supre integralmente suas necessidades auditivas. Falta de ajustes ou inadequações poderiam justificar o percentual de pessoas ainda com queixa, mesmo com a prótese auditiva.

Apesar de os números desta pesquisa já alertarem para a questão da perda auditiva, fica o registro de que muito pouco tem sido feito a respeito. Em nossa população, verificamos que apenas quatro idosos recebiam acompanhamento

fonoaudiológico e 54 usavam próteses auditivas. Ainda, sugere-se um estudo de base populacional com avaliação instrumental da audição, uma vez que se estima que o número de idosos com queixa é inferior ao número de idosos que realmente apresentam algum grau de perda auditiva, visto que a perda auditiva é progressiva (facilita que o idoso se adapte à perda), que poucos fazem atividades sociais (não se expõem a ambientes que exigem boa audição) e que a maioria não recebe acompanhamento de saúde.

Ressalta-se a importância de estudos de acompanhamento longitudinal de idosos com queixa de perda auditiva, a fim de que seja possível estabelecer opções terapêuticas, com vistas não apenas ao tratamento, mas também uma prevenção mais eficaz para essa população crescente, sobretudo em seus aspectos clínicos, físicos, funcionais e psicossociais.

## Conclusão

Em nosso estudo, ficou evidente que há queixa de perda auditiva nos idosos, com uma prevalência de aproximadamente 30%. Com relação ao perfil dos idosos com queixa de perda auditiva, constatou-se que a maioria é composta por homens com menos anos de escolaridade. A chance de apresentar queixa auditiva aumenta com a idade: a cada um ano a mais, há um aumento de 6% de chances de queixa de perda auditiva. A queixa foi associada à diminuição do acesso à saúde e a não sair de casa por dificuldade de comunicação. Por outro lado, os idosos com maior nível de atividade social apresentaram maior frequência de queixa auditiva.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

1. Francelin MAS, Motti TFG, Morita I. As implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos. *Saúde Soc.* 2010;19:180–92.
2. Cruz MS, Lima MCP, Santos JLF, Duarte YA de O, Lebrão ML, Ramos-Cerqueira AT de A. Deficiência auditiva referida por idosos no Município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE, 2006). *Cad Saúde Pública.* 2012;28:1479–92.
3. Pereira JK, Firmo JOA, Giacomini KC. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19:3375–84.
4. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8:187–93.
5. Assis VG, Marta SN, Conti MHS De, Gatti MAN, Simeão SFDAP, Vitta A De. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17:153–63.

6. Silva PLN, Menezes GC, Rodrigues LCA, Oliveira VGR, Fonseca JR. Hearing screening and quality of life in an elderly population. *Rev Enferm UFPI*. 2014;3:11–5.
7. Miranda EC de, Calais LL, Vieira EP, Carvalho LMA de, Borges ACL de C, Iorio MCM. Dificuldades e benefícios com o uso de prótese auditiva: percepção do idoso e sua família. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008;13, 166–72.
8. Ferrite S, Santana VS, Marshall SW. Validity of self-reported hearing loss in adults: performance of three single questions. *Rev Saúde Pública*. 2011;45:824–30.
9. Marini ALS, Halpern R, Aerts D. Sensibilidade especificidade e valor preditivo da queixa auditiva. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:982–4.
10. Bós ÂJG. *Epilinfo sem mitérios – um manual prático*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2012.
11. Teixeira AR, Freitas CLR, Millão LF, Gonçalves AK, Junior BB, Santos AMPV, et al. Relationship between hearing complaint and hearing loss among older people. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2009;13:78–82.
12. Mattos LC, Veras RP. A prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2007;73:654–9.
13. Costi BB, Olchik MR, Gonçalves AK, Benin L, Fraga RB, Soares RS, et al. Perda auditiva em idosos: relação entre autorrelato, diagnóstico audiológico e verificação da ocorrência de utilização de aparelhos de amplificação sonora individual. *Rev Kairós Gerontol*. 2014;17:179–92.
14. Roth TN, Hanebuth D, Probst R. Prevalence of age-related hearing loss in Europe: a review. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011;268:1101–7.
15. Sousa CS, Castro-Júnior N, Larsson EJ, Ching TH. Estudo de fatores de risco para a presbiacusia em indivíduos de classe socioeconômica média. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009;75:530–6.
16. Woodcock K, Pole JD. Educational attainment, labour force status and injury: a comparison of Canadians with and without deafness and hearing loss. *Int J Rehabil Res*. 2008;31:297–304.
17. Pandhi N, Schumacher JR, Barnett S, Smith MA. Hearing loss and older adults' perceptions of access to care. *J Community Health*. 2011;36:748–55.
18. Gispen FE, Chen DS, Genther DJ, Lin FR. Association of hearing impairment with lower levels of physical activity in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:1427–33.
19. Chen DS, Genther DJ, Betz J, Lin FR. Association between hearing impairment and self-reported difficulty in physical functioning. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:850–6.
20. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:409–15.
21. Lin FR, Thorpe R, Gordon-Salant S, Ferrucci L. Hearing loss prevalence and risk factors among older adults in the United States. *J Gerontol A: Biol Sci Med Sci*. 2011;66:582–90.
22. Mick P, Kawachi I, Lin FR. The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;150:378–84.