

Caracterização das Queixas, Tipo de Perda Auditiva e Tratamento de Indivíduos Idosos Atendidos em uma Clínica Particular de Belém - PA

Characterization of the Complaints, Kind of Hearing Loss and Treatment for Elderly People Seen at a Private Clinic in Belem - PA

*Breno Simões Ribeiro da Silva**, *Gisely Belich de Sousa***, *Iêda Chaves Pacheco Russo****,
*João Augusto Pessoa Ribeiro da Silva*****.

* Residente do Terceiro Ano de Otorrinolaringologia do Hospital Paulista de ORL.

** Fonoaudióloga, Especialista em Audiologia e Voz pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia.

*** Fonoaudióloga, Doutora em Distúrbios da Comunicação pela UNIFESP/EPM; Especialista em Audiologia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Professora Titular do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia e do Departamento de Clínica Fonoaudiológica da PUC-SP; Professora Adjunto do Curso de Fonoaudiologia FCMSCSP; Diretora do Centro de Estudos dos Distúrbios da Audição (CEDIAU).

**** Otorrinolaringologista, Diretor Clínico da Clínica Otorrinos Associados do Pará.

Instituição: Clínica Otorrinos Associados (COTA).

Endereço para correspondência: Rua Antônio Barreto, 469 – Umarizal – Belém / PA – CEP 66055-050 – Telefone: (11) 3889-7318 – Fax: (91) 3241-1976 / (91) 3222-2387 – e-mail: brenosimoes21@yahoo.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da R@IO em 29 de julho de 2007. Cod. 288. Artigo aceito em 20 de novembro de 2007.

RESUMO

- Introdução:** Este trabalho teve como objetivo realizar um estudo retrospectivo, descrevendo a ocorrência de queixas, tipo de perda e tratamento em indivíduos idosos atendidos em uma clínica médica particular de Belém - PA, no período de 2000 à 2005, verificando se sexo e idade são fonte de variabilidade.
- Casuística e Método:** Foram levantados 163 prontuários de indivíduos com idades entre 60 a 89 anos. Foram coletados os seguintes dados: história otológica; avaliação audiológica e o tratamento.
- Resultados:** Os resultados revelaram que a perda auditiva foi a queixa mais comum. Com relação ao tipo de perda auditiva, a mais freqüente foi a neurossensorial bilateral (64,2%) seguida da mista bilateral (6,8%) e condutiva bilateral (5,6%). Nos grupos etários de 60-69 anos, observa-se apenas tratamento clínico (59,9%). Já o grupo de 80-89 anos continuou apresentando aumento de tratamento clínico 11,1% comparado com protetizado 5 (3,1%), porém nesta faixa etária o tratamento protetizado foi superior aos demais grupos.
- Conclusão:** A população do presente estudo caracterizou por maioria do sexo feminino, a perda auditiva foi a queixa mais comum; a perda auditiva neurossensorial não é o único tipo de perda encontrada nos idosos, mas sem dúvida a que predomina. Observamos, com essa variação, que existe um aumento do uso de prótese auditiva com o aumento da idade.
- Palavras-chave:** perda auditiva, idoso, audição.

SUMMARY

- Introduction:** This paper aimed to make a retrospective study, hearing complaints, type of hearing loss and treatment for elderly people seen at a private office in Belem - PA from 2000 to 2005, checking if gender and age are sources of variability.
- Methodology:** 163 medical files were considered. Patient's age ranged from 60 to 89 The following data were collected: otological history, hearing evaluation and the treatment.
- Results:** The results showed that hearing loss was the most common complaint. In relation to the type of hearing loss, the most frequent was the bilateral sensorineural (62.4%) followed by bilateral mixed (6.8%) and bilateral conductive (5.6%). For the groups aged 60-69 only clinical treatment was observed (59.9%). For the group aged 80-89 it was observed a raise in the clinical treatment (11.1%) compared to hearing aids 5(3.1%), however for this age group the hearing aid treatment was higher than to the other groups.
- Conclusion:** The population in this study have more in females, the hearing loss was the most common complaint: the sensory hearing loss is not the only type of loss found among the elderly. It was observed, with this variation, that there is a raise in the use of hearing aids as the age grows.
- Key words:** hearing loss, elderly, hearing.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa, definida como aquela a partir dos 60 anos de idade, é um fenômeno mundial. Segundo o IBGE (2002), o crescimento está ocorrendo em um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo. Já em 1998, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas; um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. No Brasil, chega à 15 milhões de idosos, e na cidade de Belém-Pará equivalente à 864 mil idosos numa população de 1 milhão e 795 mil habitantes.

As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade (1).

Os dados indicam que a população brasileira está envelhecendo, assim como a população mundial, o que pode ser explicado por um aumento gradativo da expectativa de vida média, gerado possivelmente por um avanço tecnológico-científico, além da elevação do nível de vida da população (ainda que longe do ideal, melhores condições médicas, saneamento, condições higiênico-sanitárias etc.), no caso de países em desenvolvimento, como o Brasil.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (2).

Nas condições de vida atual, de uma maneira geral, os idosos são vistos por nossa sociedade, como incapazes, sem valorização social, comprometendo a produtividade, pois ela exalta a vitalidade jovial. A sociedade moderna é exclusivamente alicerçada na produtividade. E, dentro das funções sociais, o novo é visto obrigatoriamente como bom e melhor. E assim, o idoso, frustra-se com a subtração de seu espaço, anteriormente vivido com plenitude e sucesso, acarretando o isolamento social e a privação de fontes de informação e comunicação, responsável por manter o indivíduo ativo na sociedade.

O idoso tem maior propensão das naturais limitações determinadas pela idade, com dificuldades de adaptações basicamente biológicas, indicando o declínio de várias funções vitais, como o declínio das acuidades auditiva e visual, da diminuição das sensibilidades tátil e dolorosa, porém, por ser idoso, não deve obrigatoriamente ser doente; pode, perfeitamente, ter ocupação cheia de

significado, compatível com sua real situação, dando uma perspectiva para o seu estado de equilíbrio e seu ajustamento socioambiental, possibilitando ao indivíduo ser capaz de viver com uma boa qualidade de vida.

Outros aspectos no processo de envelhecimento psicológico, que limita o idoso de desempenhar plenamente seu papel na sociedade, são mudanças na percepção, na motivação, perda da auto-estima, deterioração da inteligência, da memória imediata e da capacidade de resolver problemas. Esses fatores podem trazer implicações para a vida desse indivíduo e para os que convivem com ele diariamente.

“Entender o envelhecimento é perceber que o idoso vive constantemente ajustando mecanismo e estratégias, que visam superar suas habilidades em declínio, da melhor maneira possível, afim de manter o equilíbrio entre ele mesmo e a sociedade”(3).

Alguns autores declararam que, quanto melhor tenha sido a adaptação da pessoa à vida em idades progressas, melhor será sua adaptação no envelhecimento. Idosos possuidores de melhores condições de adaptação (personalidade), não manifestariam transtornos emocionais diante de iguais condições de vida. Um dos aspectos psicológicos mais importantes quando se fala da velhice diz respeito exatamente à capacidade das pessoas de se adaptarem a ela, assim, à velhice se constitui num grande desafio para o homem contemporâneo (3).

Diante de todos esses desafios, o idoso ainda tem que enfrentar a dificuldade de comunicar-se com os outros, decorrente da sua perda auditiva resultante dos efeitos do envelhecimento, comprometendo seu relacionamento com familiares e amigos, mais um impacto na sua vida psicossocial.

Essa perda da sensibilidade auditiva ou decréscimo fisiológico da audição com a idade é conhecida como *presbiacusia*, ocasionada, principalmente pela interação dos seguintes fatores: ruído gerado pela civilização industrial, alimentação, medicamentos, tensão diária e predisposição genética. É muito freqüente os familiares descreverem o idoso portador de deficiência auditiva como confuso, desorientado, distraído, não-comunicativo, não-colaborador, zangado, velho e, injustamente, senil (4).

A patologia da presbiacusia foi definida como: *“uma deficiência na sensibilidade liminar auditiva, nas discriminações temporal, de freqüência sonora, no julgamento auditivo e no reconhecimento de fala, aliada ao rebaixamento do limite de altas freqüências e ao decréscimo da inteligibilidade de fala distorcida e à habilidade de recordar sentenças longas”*(3).

Esta pesquisa tem como objetivo realizar um estudo retrospectivo, descrevendo a ocorrência de queixas, tipo de perda e tratamento em indivíduos idosos atendidos em uma clínica médica particular de Belém-Pa, no período de 2000 à 2005, verificando se sexo e idade são fontes de variabilidade.

CASUÍSTICA E MÉTODO

De acordo com as normas preconizadas para experiências utilizando seres humanos, este estudo foi analisado pela Comissão de Ética do CEDIAU, a fim de obter aos preceitos éticos na realização da pesquisa, tendo sido aprovado.

A partir de então, foi realizada uma carta de autorização para um dos sócios da referida clínica médica a fim solicitar o levantamento dos dados a partir dos prontuários dos pacientes.

O material deste estudo foi composto por um total de 163 prontuários, sendo 137 mulheres e 26 homens, com idades que variavam de 60 a 89 anos.

Os indivíduos foram subdivididos de acordo com sexo e a faixa etária, em três grupos, a saber: grupo 1, indivíduos com idades entre 60 a 69 anos; grupo 2, de 70 a 79 anos e de grupo 3, de 80 a 89 anos. A idade média dos sujeitos foi de 68 anos.

Foram levantados 256 prontuários de pacientes com idade entre 60 à 89 anos que foram atendidos na clínica, no período de 2000 à 2005. Destes prontuários foram selecionados todos nos quais constava queixa, tipo de perda e tratamento. Desse modo, o estudo foi efetuado a partir de 163 prontuários.

Foram verificados os seguintes tópicos:

- História otológica para verificar as queixas.
- Avaliação audiológica para verificar os resultados audiométricos, classificados em função do tipo de perda auditiva segundo Santos, Russo (1993).
- Tratamento, na qual foram pesquisados, por meio de uso de medicamento, ou por uso de aparelhos de amplificação sonora (AAS).

Todos os exames foram realizados pela mesmo examinador, em uma cabina acusticamente tratada, calibrada segundo a norma ANSI S3. 1-1991, incluindo os seguintes procedimentos:

- Audiometria Tonal Liminar: realizada em audiômetro de marca Diagnostic Audio Meter, Modelo AD 28, calibrado, segundo a norma da ISO 8253-1, 1989, obedecendo aos critérios propostos por Santos, Russo (1993).

Crítérios para análise dos resultados:

- Sexo: masculino e feminino
- Faixa etária : G1, G2 e G3
- Tipo de perda:
 - Condutiva
 - Neurosensorial
 - Mista
- Tratamento:
 - Clínico (medicamentoso)
 - Indicação de prótese auditiva

Método Estatístico

Os dados obtidos neste estudo foram encaminhados para tratamento estatístico, sendo avaliadas as variáveis sexo, faixa etária e tratamento.

Foi definido um nível de significância de 0,05 (5%), representando 95% de confiança estatística. Foi utilizado o teste de igualdade de duas proporções, na comparação dos níveis de resposta para as variáveis do estudo, sexo e faixa etária, iniciando pelas queixas, seguida do tipo de perda e tratamento. A estatística “Var” é o índice de variação em relação à média, ou seja a amplitude necessária para construir o intervalo de confiança, podemos dizer que seja a margem de erro da proporção encontrada na amostra.

RESULTADOS

A fim de facilitar a análise, os resultados da pesquisa realizada nos prontuários dos indivíduos na faixa etária de 60 a 89 nos de idade, visando relatar as queixas mais freqüentes, o tipo de perda e o tratamento dos mesmos, serão apresentados na forma de Tabelas e Gráficos, de acordo com as variáveis estudadas, ou seja, sexo, faixa etária, tipo de perda e tratamento.

Queixas Auditivas

Nas Tabelas 1 e 2 encontram-se as análises referentes às queixas auditivas obtidas.

Tipo de Perda Auditiva

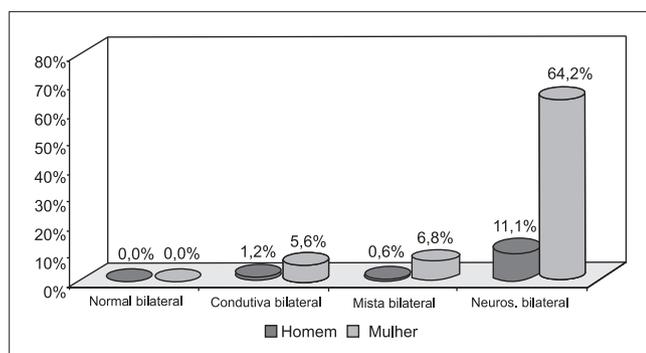
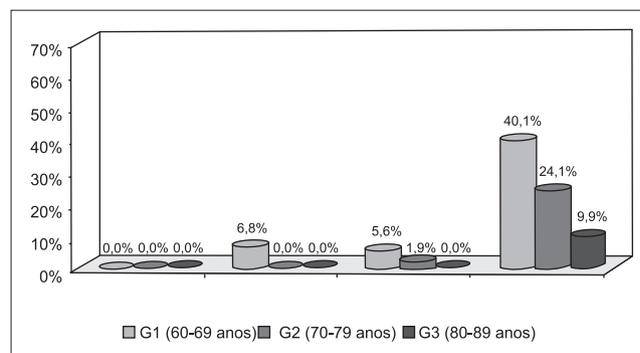
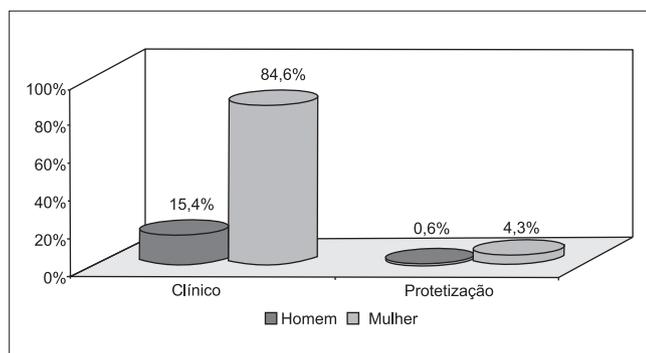
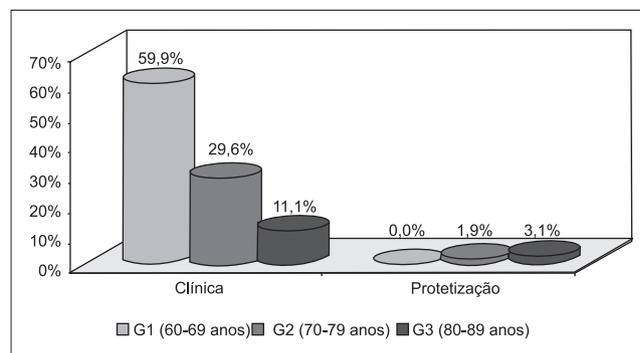
Nos Gráficos 1 e 2 encontram-se as análises referentes às perdas auditivas obtidas.

Tratamento

Nos Gráficos 3 e 4 encontram-se as análises referentes aos tratamentos obtidos.

Tabela 1. Média e o índice de variação em relação a média nas diferentes queixas auditivas referidas pelos indivíduos, segundo o sexo.

Queixas	Sexo Feminino			Sexo Masculino			p-valor
	Quantidade	%	Var	Quantidade	%	Var	
Desequilíbrio	10	6,2%	3,7%	0	0,0%	0,0%	0,001*
Tontura	43	26,5%	6,8%	5	3,1%	2,7%	<0,001*
Cefaléia	29	17,9%	5,9%	0	0,0%	0,0%	<0,001*
Zumbido	46	28,4%	6,9%	5	3,1%	2,7%	<0,001*
Perda auditiva	82	50,6%	7,7%	18	11,1%	4,8%	<0,001*
Autofonia	17	10,5%	4,7%	5	3,1%	2,7%	0,008*
Otalgia	37	22,8%	6,5%	4	2,5%	2,4%	<0,001*
Náuseas	14	8,6%	4,3%	3	1,9%	2,1%	<0,006*
Prurito	19	11,7%	5,0%	3	1,9%	2,1%	<0,001*
Otorreia	7	4,3%	3,1%	1	0,6%	1,2%	0,032*
Pelinitude auricular	9	5,6%	3,5%	4	2,5%	2,4%	0,157
Ouve mas não entende	26	16,0%	5,7%	7	4,3%	3,1%	<0,001*

**Gráfico 1.** Média nas diferentes perdas auditivas dos indivíduos, divididos segundo o sexo.**Gráfico 2.** Média nas diferentes perdas auditivas dos indivíduos, divididos segundo o grupo etário.**Gráfico 3.** Média nos diferentes tratamentos dos indivíduos, segundo o sexo.**Gráfico 4.** Médias nos diferentes tratamentos dos indivíduos, divididos segundo o grupo etário.

DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo realizar um estudo retrospectivo, descrevendo a ocorrência de queixas, tipo de perda e tratamento em indivíduos idosos atendidos em

uma clínica médica particular de Belém-Pará, no período de 2000 à 2005, verificando se o sexo e a faixa etária são fontes de variabilidade. Para tanto, foi necessário buscarmos uma fundamentação teórica para enfocarmos o envelhecimento e todos os problemas que o acompanham. A seguir, daremos início à discussão dos resultados que

Tabela 2. Média e o índice de variação em relação à média nas diferentes queixas referidas pelos indivíduos, divididos segundo o grupo etário.

Queixas	G1 (60-69 anos)			G2 (70-79 anos)			G3 (80-89 anos)		
	Quantidade	%	Var	Quantidade	%	Var	Quantidade	%	Var
Desequilíbrio	5	3,1%	2,7%	3	1,9%	2,1%	2	1,2%	1,7%
Tontura	25	15,4%	5,6%	16	9,9%	4,6%	7	4,3%	3,1%
Cefaléia	16	9,8%	4,6%	10	6,2%	3,7%	3	1,99%	2,1%
Zumbido	33	20,4%	6,2%	9	5,6%	3,5%	9	5,6%	3,5%
Perda auditiva	62	38,3%	7,5%	22	13,6%	5,3%	16	9,9%	4,6%
Autofonia	16	9,9%	4,6%	5	3,1%	2,7%	1	0,6%	1,2%
Otalgia	33	20,4%	6,2%	6	3,7%	2,9%	2	1,2%	1,7%
Náuseas	8	4,9%	3,3%	8	4,9%	3,3%	1	0,6%	1,2%
Prurito	16	9,9%	4,6%	5	3,1%	2,7%	1	0,6%	1,2%
Otorreia	7	4,3%	3,1%	1	0,8%	1,2%	0	0,0%	0,0%
Pelinitude auricular	7	4,3%	3,1%	5	3,1%	2,7%	1	0,6%	1,2%
Ouve mas não entende	13	8,0%	4,2%	17	10,5%	4,7%	3	1,9%	2,1%

Queixas		G1	G2
Desequilíbrio	G2	0,474	
	G3	0,252	0,652
Tontura	G2	0,133	
	G3	<0,001*	0,052#
Cefaléia	G2	0,220	
	G3	0,002*	0,048*
Zumbido	G2	<0,001*	
	G3	<0,001*	1,000
Perda auditiva	G2	<0,001*	
	G3	<0,001*	0,300
Autofonia	G2	0,013*	
	G3	<0,001*	0,099#
Otalgia	G2	<0,001*	
	G3	<0,001*	0,152
Náuseas	G2	1,000	
	G3	0,018*	0,018*
Prurido	G2	0,013*	0,018*
	G3	<0,001*	0,099#
Otorreia	G2	0,032*	
	G3	0,007*	0,317
Plenitude auricular	G2	0,556	
	G3	0,032*	0,099#
Ouve mas não entende	G2	0,443	
	G3	0,010*	0,001*

p-valores

obedecerá à mesma seqüência de apresentação dos mesmos. Queixas auditivas, tipo de perda auditiva e tratamento.

Queixas Auditivas

Neste trabalho, foi observado um número maior de mulheres com relação aos homens, sendo essa diferença estatisticamente significativa, além da maior concentração de indivíduos na sétima década de vida. Estes dados estão de acordo com outros estudos da literatura (7-8,13-14,19)

que relataram predominância do gênero feminino e maior concentração de sujeitos das amostras entre 70 e 79 anos.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000) (20), há mais mulheres do que homens na população brasileira e, conseqüentemente, um número maior de idosas (55,4%). Este fato é explicado pela diferença de expectativa de vida entre os gêneros e também pelas mudanças sociais ocorridas ao longo dos anos. Estes achados são semelhantes aos encontrados por GUSHIKEM (5), na população de idosos por maioria feminina (67,6%) e também em amostras de idosos vestibulopatas

em acompanhamento ambulatorial nos estudos de EBEL (6) (68,3%). Em relação à faixa etária, encontramos uma população, em geral, relativamente jovem, com 59,4% dos indivíduos abaixo de 70 anos e média etária de 68 anos.

Na Tabela 1 e 2, em relação as queixas auditivas, a perda auditiva foi a mais comum, sendo relatada por 100 idosos (61,7%), seguida de zumbido (31,5%), tontura (29,6%), otalgia (25,3%), de que ouve mas não entende (20,3%), cefaléia (17,9%), prurido e autofonia (13,6%), náuseas (10,5%), plenitude auricular (8,1%) e desequilíbrio (6,2%). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa referente ao sexo feminino para tais queixas. Nas queixas de perda auditiva (38,3%), zumbido e otalgia (20,4%), prurido e autofonia (4,6%), o grupo etário de 60-69 anos apresentou diferença proporcional com valores superiores aos encontrados no grupo etário de 70-79 anos, os quais por sua vez, foram superiores aos grupo etário de 80-89 anos. Nas queixas de tontura (15,4%), cefaléia (9,9%), *ouve mas não entende* (8,0%) e plenitude auricular (4,3%), o grupo etário de 60-69 anos apresentou diferença estatisticamente significativa quando comparado com o grupo etário de 80-89 anos.

Estes dados nos mostram que a queixa auditiva prevalente foi à perda auditiva. A perda auditiva decorrente do envelhecimento é conhecida como presbiacusia e está associada a características audiológicas específicas, sendo a configuração descendente, bilateral e simétrica. Em alguns estudos, segundo as variáveis sexo e idade, utilizando indivíduos idosos há prevalência de 63% de deficiência auditiva. Russo (4) afirmou que idosos portadores de presbiacusia experimentam uma diminuição da sensibilidade auditiva e uma redução na inteligibilidade de fala, o que compromete seriamente seu processo de comunicação verbal. A perda auditiva em altas frequências torna a percepção dos sons consonantais difícil, especialmente quando a comunicação acontece em ambientes ruidosos. Frequentemente, respostas inadequadas de idosos presbiacúsicos geram uma imagem de senilidade, que pode não condizer com a realidade. A queixa destes indivíduos é a de ouvirem, mas não entenderem.

Dentre os resultados obtidos, foi possível verificar a ocorrência de zumbido em uma parcela relevante da casuística. O zumbido foi definido em 1982 como a percepção consciente de um som que se origina nos ouvidos ou na cabeça do paciente, sem a presença de uma fonte externa geradora de som. Há um consenso de que o zumbido é uma atividade neuronal anormal dentro das vias auditivas. Pode estar associada a inúmeras causas, entre elas as otológicas, metabólicas, neurológica, cardiovasculares, farmacológicas, odontológicas e psicológicas e muitas vezes até associadas entre si. Várias hipóteses têm sido descritas propondo uma origem neurosensorial para o

zumbido, sem que nenhuma tenha sido comprovada até o momento. Entretanto, vários são os mecanismos que tentam explicar essa origem. Dano desproporcional entre as células ciliadas internas e externas; alterações da homeostase do cálcio na disfunção coclear; “cross-talk” entre as fibras do VIII par e as células ciliadas; a hiperatividade das vias auditivas centrais; emissão otoacústica espontânea. Em cerca de 80% dos casos, o zumbido é leve e intermitente, não trazendo conseqüências à vida do indivíduo. Entretanto, quando se manifesta de maneira importante, pode prejudicar sua qualidade de vida, afetando seu sono, sua concentração, seu equilíbrio emocional e até sua atividade social, incapacitando-o de realizar suas atividades normais. GUSHIKEM (5), CAOVILLA (7), GANANÇA (8) avaliaram 34 pacientes com idades variando entre 60 e 92 anos, sendo 23 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, que apresentavam ou não queixa de tontura rotatória. Concluíram que a principal queixa dos idosos foi zumbido. EBEL (6) e HULL (9) e col. pesquisaram a prevalência de sintomas em 1927 mulheres e 1140 homens com mais de 65 anos de idade em um ambulatório do programa de triagem de saúde. Tontura e zumbido constavam dos 28 sintomas mais relatados. Nos homens a prevalência da queixa de zumbido foi de 23,1% e nas mulheres de 22,3%, e de tontura em 13,9% das mulheres e 10,5% dos homens. A queixa de tontura aumentou com o avanço da idade nos homens, e nas mulheres esta queixa aumentou com o maior número de medicação utilizada.

Ainda dentre os resultados, a tontura está entre as queixas mais freqüentes neste estudo e no sexo feminino. Esses dados estão de acordo com os obtidos por outros pesquisadores. CAOVILLA e col. (7) e GANANÇA e col. (10) referem que as tonturas mostram maior predileção pelo sexo feminino na proporção de 2:1. CAOVILLA (7) em um estudo com 1000 pacientes encontrou 625 casos do sexo feminino e 375 do sexo masculino. GANANÇA (10), em um levantamento com 7850 casos consecutivos de vertigem e outros tipos de tontura, avaliados no período de janeiro de 1985 a junho de 2000, encontrou 4812 (61,3%) do sexo feminino e 3038 (38,7%) do sexo masculino. Sabe-se que a tontura é mais prevalente nos indivíduos idosos, que tendem a apresentar um equilíbrio corporal mais comprometido em relação aos jovens. As alterações próprias do envelhecimento nos sistemas relacionados ao equilíbrio corporal, a maior possibilidade de doenças crônico-degenerativas e o uso crônico, por vezes múltiplo, de medicamentos, entre outros fatores, podem favorecer o aparecimento do sintoma tontura ou agravar a intensidade deste sintoma, provocando maior limitação física, funcional ou emocional nesta população.

O equilíbrio corporal é mantido em função da interação de diversos sistemas (vestibular, visual, proprioceptivo), sob a coordenação do cerebelo. As

informações provenientes desses sistemas devem ser coerentes. Quando existem informações conflitantes o resultado é um distúrbio do equilíbrio corporal. As queixas mais freqüentes relacionadas ao equilíbrio corporal são tontura e vertigem. A tontura é a sensação de alteração do equilíbrio corporal de caráter não-rotatório. A vertigem é a tontura de caráter rotatório, quando o paciente tem a sensação que seu corpo ou os objetos ao seu redor estão girando.

Segundo GANANÇA, CAOVILO (11), as citações sobre a prevalência da vertigem são diversas. É presente em 5 a 10% da população mundial; sétima queixa mais encontrada em mulheres e quarta nos homens; aflige 47% dos homens e 61% das mulheres com mais de 70 anos; a queixa mais comum após os 75 anos de idade; o segundo sintoma mais comum até os 65 anos e o mais comum após os 65 anos; presente em 65% dos indivíduos com 65 anos ou mais, 50% a 60% dos idosos que vivem na comunidade ou em 81 a 91% dos idosos atendidos em ambulatórios geriátricos.

Os dados nos mostram que existe diminuição dos valores das queixas auditivas com o avanço da faixa etária. Este achado pode ser justificado pela prevalência acima de 80 anos ter sido minimizada devido ao pequeno número de pacientes nessa faixa etária. Estes dados foram semelhantes aos obtidos por outros autores. GANANÇA (10) em seu levantamento com 7850 casos encontrou pacientes na faixa etária entre zero e 95 anos. A freqüência maior foi nas faixas entre 31 e 75 anos (72,25%) com um percentual menor na faixa de 70 a 75 anos (9,48%). CAOVILO e col. (7) em pacientes entre cinco meses e mais de 81 anos, relatam que as tonturas mostraram-se pouco freqüentes dos cinco aos 20 anos (6,2%), acometendo preferencialmente a faixa entre 21 e 80 anos (32,3%) entre 21 a 40 anos; 34,7% entre 41 a 60 anos; 24,6% entre 61 a 80 anos.

Acreditamos que, este achado também pode ser esperado pelo isolamento da pessoa idosa imposto pela deficiência ou pelo declínio na fonte de renda, não tendo condições financeiras de manter o aumento das despesas médicas e de saúde, não permitindo o acesso à atendimento médico especializado. O custo no envelhecimento é bem maior, pois os problemas de saúde que eles apresentam são, na sua maioria, de natureza crônica e, quando acontece se estende por muitos anos, a tendência é levar à incapacidades. Muito embora a realidade da velhice não se manifeste de modo homogêneo nas diversas regiões do país e reflita diferentes condições socioeconômicas, culturais e educacionais, os dados demográficos permite concluir que o idoso brasileiro é em geral pobre e com insuficiente acesso aos serviços públicos de saúde (12). Nas sociedades industrializadas e urbanizadas, não existe um investimento na manutenção de vida saudável para o idoso, que acaba por ter problemas com a comunicação, entre outros

(1,4,13,14,15,16). MORRISON (17) ressaltou que a presbiacusia é um fenômeno universal para todos os que sobrevivem até uma idade avançada e muitos jamais se queixam. Os audiologistas são surpreendidos pela severidade da perda auditiva revelada pelo audiograma em muitos idosos que conduzem muito bem uma conversação ou falam ao telefone. O progresso lento da perda auditiva na presbiacusia permite algum tipo de adaptação compensatória semelhante ao treinamento auditivo.

Tipo de Perda Auditiva

Ao verificarmos se a variável sexo influenciava nos tipos de perda auditiva, pudemos encontrar entre as perdas neurosensorial bilateral (64,2%), mista bilateral (6,8%) e condutiva bilateral (5,6%) diferença estatisticamente significativa para o sexo feminino. Sabe-se que a presbiacusia é a perda da sensibilidade auditiva resultante do processo de envelhecimento, sendo caracterizada por uma perda auditiva bilateral para tons de alta freqüência. Quanto às etiologias da perda auditiva em idosos são encontrados vários fatores: idade, desordens metabólicas, desordens vasculares, doença renal, medicações, tratamentos médicos e exposição ao ruído, sendo que para mulheres os fatores de risco incluem a história da doença de Menière e a história familiar de perda auditiva (18). Nos resultados dessa pesquisa houve maior prevalência de mulheres 64,2% para 11,1% homens, esses resultados não tem uma relação direta com as etiologias da perda auditiva, mas sim pela procura e disponibilidade das pessoas do sexo feminino em procurar atendimento especializado. Segundo VERAS (16), o aumento da expectativa de vida da mulher é bem mais significativo do que o do homem, o que deve ser atribuído a aspectos biológicos e a diferentes exposições a fatores de risco e mortalidade. O autor afirmou, também, que o aspecto econômico tem levado a uma grande participação da mulher no mercado de trabalho. A consequência é a falta de alguém na família para cuidar do idoso em caso de doença ou incapacidade física. No entanto, devido à maior duração de vida da mulher em relação ao homem, ela está exposta por períodos mais longos a doenças crônicas degenerativas, viuvez e solidão. Porém, nossos achados não concordam com os estudos de alguns autores (4,13,15,16,18,19), no que diz respeito aos limiares de audibilidade em relação ao sexo, pois os mesmos afirmam que homens são muito mais afetados pela perda auditiva do que as mulheres, talvez devido à exposição mais constantes a fatores de risco, como exposição a ruído, arteriosclerose, cigarro, entre outros. O que observamos com essa discordância é que atualmente tanto os homens como as mulheres estão expostos aos mesmos riscos. Por outro lado, o trabalho de BILTON (20), Ebel *et al.* (6) não foi encontrado diferenças nos limiares de audibilidade entre homens e mulheres.

Apenas 5,6% da população deste estudo apresentaram perda auditiva condutiva bilateral e 6,8% mista bilateral. Essa porcentagem insignificante não nos surpreendeu, uma vez que não esperávamos uma quantidade grande de problemas de orelha média. Nossos achados concordam com o estudo de GRECO (21) no que diz respeito aos tipos de perda auditiva encontrados nos idosos. A perda auditiva neurosensorial predomina, e uma pequena porcentagem tem problemas condutivos e mistos. WILLOT (18), ao comentar estudos que citam diversas alterações possíveis na orelha média do idoso, tais como: perda da integridade mecânica da cadeia ossicular, otosclerose e otite média, concluiu que os problemas auditivos de orelha média são minimizados no estudo da deficiência auditiva no idoso.

As estatísticas revelam que a presbiacusia afeta aproximadamente 25% da população americana entre 65 e 74 anos e 38% da população acima desta idade. VIÚDE (22) realizou um estudo no qual foram avaliados 85 idosos com idade entre 61 e 89 anos, sendo 14 do sexo masculino e 71 do sexo feminino. Teve como objetivo determinar a prevalência de presbiacusia, bem como identificar os fatores associados a ela em uma população idosa em atendimento ambulatorial. Concluiu que a presbiacusia esteve presente em 71,8% dos idosos, subindo para 89% para idade superior a 89 anos. Neste estudo, observou-se o aumento da prevalência de perda auditiva neurosensorial bilateral para a faixa etária de 60-69 anos com 40,1%, seguida de 24,1% na faixa etária de 70-79 anos e apenas 9,9% para a faixa etária de 80-89 anos. Não encontramos na literatura compulsada explicação para a existência de perda auditiva mais acentuada nesta faixa etária. Esta discordância poderia estar relacionada à amostra empregada no trabalho ser relativamente jovem com 59,4% dos indivíduos abaixo de 70 anos e média etária de 68 anos.

Tratamento

Houve uma prevalência estatisticamente significativa para o sexo feminino nos dois tratamentos aplicados, clínico (84,6%) e indicação de prótese auditiva (4,3%). Nos grupos etários de 60-69 anos observa-se apenas tratamento clínico (59,9%) com diferença estatística significativa. No grupo etário de 70-79 anos, o tratamento clínico prevaleceu com 29,6% com relação a indicação de prótese auditiva 3 (1,9%), já o grupo de 80-89 anos continuou apresentando aumento de tratamento clínico 11,1% comparado com a indicação de prótese auditiva 5 (3,1%), porém nesta faixa etária a indicação de prótese auditiva foi superior aos demais grupos. Observamos que existe um aumento gradual do uso de prótese auditiva com o aumento da idade. Apesar de tal aumento não ser estatisticamente significativo, este pode ser um resultado do previsto

envelhecimento, na expectativa de reduzir dificuldades na comunicação com melhores condições de socialização. A perda auditiva é uma das deficiências sensoriais mais devastadoras por comprometer a comunicação e acarretar seqüelas de natureza emocional, social e ocupacional. Não raramente, a deterioração da função auditiva é um fator de prenúncio do envelhecimento (3).

Os resultados da pesquisa mostram que apenas 5% dos indivíduos aceitaram o uso de prótese auditiva visando suprir suas necessidades audiológicas. RUSSO (4) realizou um estudo com idosos portadores de presbiacusia e candidatos ao uso de prótese auditivas, analisou o comportamento e os argumentos destes indivíduos em relação ao teste de prótese auditiva. Obteve como resposta alegações de falta de necessidade, problemas financeiros, dificuldade de manipulação dos controles, vaidade e ruído, "chiado". Vale ressaltar a importância de um programa de reabilitação auditiva para ajudar a minimizar as reações psicossociais decorrentes da deficiência auditiva no idoso, uma vez que colaboram na elaboração de estratégias que contribuem para maior eficiência da comunicação somada ao uso de aparelho de amplificação sonora. RUSSO (4), ao estudar as possíveis razões para a não aceitação do uso da amplificação em idosos presbiacúsicos, verificou que fatores psicossociais mais do que os acústicos podem resultar em atitudes negativas quanto ao uso de aparelhos de amplificação sonora. A autora citou, ainda, que o declínio do *status* do idoso na família e na sociedade tende a isolá-lo e privá-lo de fontes de informação e comunicação, e este isolamento associado ao declínio na qualidade de sua comunicação gera um profundo impacto na sua vida.

CONCLUSÃO

Diante dos achados audiológicos, como queixas, tipo de perda e tratamento obtidos a partir do levantamento dos prontuários de 163 indivíduos com mais de 60 anos, atendidos em uma clínica médica de Belém-Pará, concluímos que:

1. Com relação às queixas auditivas:
 - a perda auditiva foi a mais comum, sendo relatada em 100 idosos (61,7%), seguida de zumbido (31,5%), tontura (29,6%), otalgia (25,3%), cefaléia (17,9%), de que ouve mas não entende (20,3%), prurido e autofonia (13,6%), náuseas (10,5%), plenitude auricular (8,1%) e desequilíbrio (6,2%). Houve uma diferença estatisticamente significativa referente às queixas pelas mulheres. O grupo etário de 60-69 anos apresentou valores superiores aos encontrados no demais grupos etários.
2. Com relação ao tipo de perda auditiva:
 - a perda auditiva neurosensorial não foi o único tipo de perda encontrado nos idosos, mas sem dúvida o

que predominou (64,2%). Houve uma porcentagem insignificante de problemas mistos (6,8%) e condutivos (5,6%).

3. Com relação ao tratamento:

• houve uma prevalência para o sexo feminino nos dois tratamentos aplicados, clínico (84,6%) e indicação de prótese auditiva (4,3%). Na faixa etária de 60-69 anos observa-se apenas tratamento clínico (59,9%) e de 70-79 anos, o tratamento clínico prevaleceu com 29,6% com relação à indicação de prótese auditiva 3 (1,9%), já o de 80-89 anos apresentou tratamento clínico de 11,1% e a indicação de prótese auditiva 5 (3,1%). Observamos, com essa variação, que existe um aumento gradual do uso de prótese auditiva com o aumento da idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrews GA. Los desafios del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In encuentro Latinoamericano y Caribeno sobre las personas de edad, 1999, Santiago: Anais 2000, p. 247-256, (Seminários e Conferências - CEPAL, 2).
2. Papaléo Netto M, Pontes JR. Envelhecimento: Desafio na transição do século. In papaléo netto m, editor. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996, p. 3-12.
3. Russo ICP. A intervenção fonoaudiológica na terceira idade. São Paulo: Revinter; 2004.
4. Russo ICP. Uso de próteses auditivas em idosos portadores de presbiacusia: Indicação, Adaptação e Efetividade. São Paulo, 1988, (Tese de Doutorado - Escola Paulista de Medicina).
5. Gushikem P, Caovilla HH, Ganança MM. Avaliação Otoneurológica em idosos com tontura. Revista Acta AWHO; 2002, 21 (4).
6. Ebel SJ. Prevalência de sintomas e sinais otoneurológico em pacientes idosos com queixa de tonturas. São Paulo, 1994, (Dissertação - Escola Paulista de Medicina).
7. Caovilla HH. Auto-rotação cefálica no diagnóstico da disfunção vestibular. RBM-ORL Otologia; 2000, 57:8-11.
8. Ganança MM. A Vertigem Explicada: I Diretrizes Diagnósticas. RBM Caderno de Vertigem; 1999, 56, 20p.
9. Hull RH. Assistência ao paciente idoso. In: Katz J. Tratado de Audiologia Clínica. 3ª ed. São Paulo: Manole; 1989, pp. 1063-074.
10. Ganança MM. Qual a prevalência da vertigem e outras tonturas de origem vestibular de acordo com a faixa etária? Revista Acta AWHO; 2000, 19(4) 170-1.
11. Ganança MM, Caovilla HH, Munhoz MSL, Silva MLG. Equilibrimetria Clínica. Série Otoneurologia. São Paulo: Editora Atheneu; 1999, pp. 41-114.
12. Silva EBN, Néri AL. Questões geradas pela convivência com idosos: Indicações para programas de suporte familiar. In: Néri AL org. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Editora Papyrus; 1993.
13. Hull RH. Hearing in aging. San Diego: Singular Publishing Grop; 1995.
14. Pretti D. A linguagem dos idosos. São Paulo: Contexto; 1991.
15. Russo ICP. O trabalho na Universidade aberta para a terceira idade: Estratégias de comunicação para indivíduos idosos. In: Lagrotta MGM, César CPHAR. A fonoaudiologia nas instituições. São Paulo: Lovise; 1997, pp. 26-35.
16. Vera RP. Atenção preventiva ao idoso. Uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo Netto M, editor. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996, pp. 383-393.
17. Morrison AW. Presbiacusia. In: Ballantyne J, Martin MC, Martin A. Surdez. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995, pp. 202-203.
18. Willott JF. Aging and the auditory system: Anaomy, Physiology, and Psychophysics. San Diego: Singular Publishing Grop; 1991, pp.9-17.
19. Schuknecht HF. Further observations on the pathology of presbycusis. Archives of Otolaryngology; 1964, 80:369-382.
20. Bilton T, Viúde A, Sanchez EP. Fonoaudiologia. In Freitas EV, PyL, Néri AL, Caçado FAX, Grzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002, pp. 820-27.
21. Greco MC, Russo ICP. Achados audiológicos de idosos atendidos em uma clínica da cidade de São Paulo. Revista Acta AWHO; 2006, 24 (4) 245-254. ISSN: 1809-8770.
22. Viúde A. Fatores associados a presbiacusia em idosos. São Paulo; 2002, (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).