

PREVENÇÃO AUDITIVA NA TERCEIRA IDADE: ANÁLISE DOS ACHADOS AUDIOLÓGICOS DOS ALUNOS DA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE (UNATI/UNESP-MARÍLIA) OBTIDOS NA ÚLTIMA DÉCADA. Maysa Luchesi Cera, Ana Cláudia Vieira Cardoso, Suely Mayumi Motonaga. – Fonoaudiologia – Fonoaudiologia – Departamento de Fonoaudiologia – Faculdade de Filosofia e Ciências – Campus de Marília.

Com o aumento gradativo da expectativa de vida, o número de indivíduos com idade superior a 60 anos aumentou no Brasil. Esse aumento da longevidade deve-se, em parte, à consciência geral da população sobre os benefícios de um estilo de vida saudável, bem como ao sucesso no controle de doenças infecciosas e no tratamento de doenças crônicas.

A perda auditiva neurosensorial é uma consequência freqüente do processo de envelhecimento, e é uma das três condições crônicas mais prevalentes, ficando atrás somente da artrite e da hipertensão. A literatura especializada mostra que a perda auditiva progride a cada década de vida. Conforme Russo (2004)¹⁴, o envelhecimento leva à presbiacusia ou ao decréscimo fisiológico da audição, que é influenciada por diversos fatores como o ruído gerado pela civilização industrial, a alimentação, os medicamentos, a tensão diária e a predisposição genética. O envelhecimento do ouvido humano é o resultado cumulativo de vários aspectos etiológicos extrínsecos, somados ao modelo de envelhecimento geneticamente determinado (GILAD e GLORIG, 1990, p. 196)³.

Com a idade vão se instalando alterações estruturais em todo o aparelho auditivo (orelha externa, média e interna), no entanto, a presbiacusia decorre essencialmente de alterações do ouvido interno e das vias nervosas auditivas centrais. De um modo geral, o tipo de curva audiométrica é descendente e a perda é acima de 2 KHz no estágio inicial, estando comprometidas as freqüências agudas. As freqüências graves também são afetadas e, por vezes, a curva audiométrica é horizontal de início. O comprometimento das freqüências agudas dificulta a percepção das consoantes, principalmente quando a velocidade da fala é rápida ou quando o ambiente é ruidoso.

De acordo com Katz (1989)⁶, a deficiência auditiva pode ocorrer em até 25% dos indivíduos com idade entre 65 e 70 anos e essa porcentagem pode elevar-se para 40% em indivíduos com idade superior a 75 anos.

Kricos e Lesner (1995)⁷ resumiram as implicações da perda auditiva no idoso: redução na percepção de fala em várias situações e ambientes acústicos; alterações psicológicas tais como depressão, embaraço, frustração, raiva e medo, causados pela incapacidade pessoal de se comunicar com os outros; isolamento social, ou seja, interação com família, amigos e comunidade seriamente afetada; incapacidade auditiva em igrejas, teatros, cinemas, assim como diante do rádio e TV; problemas de comunicação com médicos e profissionais afins; problemas relacionados ao alerta e à defesa, como incapacidade de ouvir o ruído de pessoas e veículos se aproximando, o barulho de uma panela no fogo, o som de alarmes, a campainha da porta e anúncios de emergência feitos na mídia.

Este estudo teve por objetivo analisar e caracterizar o perfil audiológico de idosos que freqüentaram a UNATI (Universidade Aberta a Terceira Idade) do Campus de Marília, na última década. De 1996 até 2005 foram avaliados 66 idosos, porém, foram incluídos neste estudo, 15 idosos que realizaram pelo menos uma avaliação e que, atualmente, estão matriculados na UNATI.

Dos 15 idosos selecionados 12 são do gênero feminino (80%) e 3 do gênero masculino (20%), 60% tem faixa etária entre 63-74 anos e 40% apresenta idade superior a 75 anos.

Todos os indivíduos do estudo passaram por avaliação otorrinolaringológica, anamnese audiológica, avaliação audiológica básica (audiometria tonal liminar – realizadas pelas vias aérea e óssea, limiares de reconhecimento de fala e índice percentual de reconhecimento da fala) e imitanciometria, que constou de timpanometria e pesquisa do reflexo acústico do músculo estapédio.

Os limiares de audibilidade considerados normais foram aqueles encontrados até 25 dB NA em todas as freqüências sonoras avaliadas (250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 e 8000 Hz), conforme Davis e Silverman (1970)¹.

O grau de perda auditiva foi classificado de acordo com Davis e Silverman (1970)¹, que consideram os limiares tonais médios obtidos nas freqüências sonoras de 500, 1000 e 2000 Hz.

A curva audiométrica foi classificada segundo Momensohn-Santos e Russo (2005)⁹.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para a divulgação do estudo.

Ao se observar os dados do Gráfico 1, pode-se perceber que na primeira avaliação realizada, onze indivíduos apresentaram limiares auditivos compatíveis com audição normal e quatro com perda auditiva. Com relação ao tipo de perda auditiva, encontramos dois indivíduos apresentando perda auditiva neurosensorial bilateral; um com perda mista bilateralmente; e um com perda mista na orelha esquerda e perda neurosensorial na orelha direita.

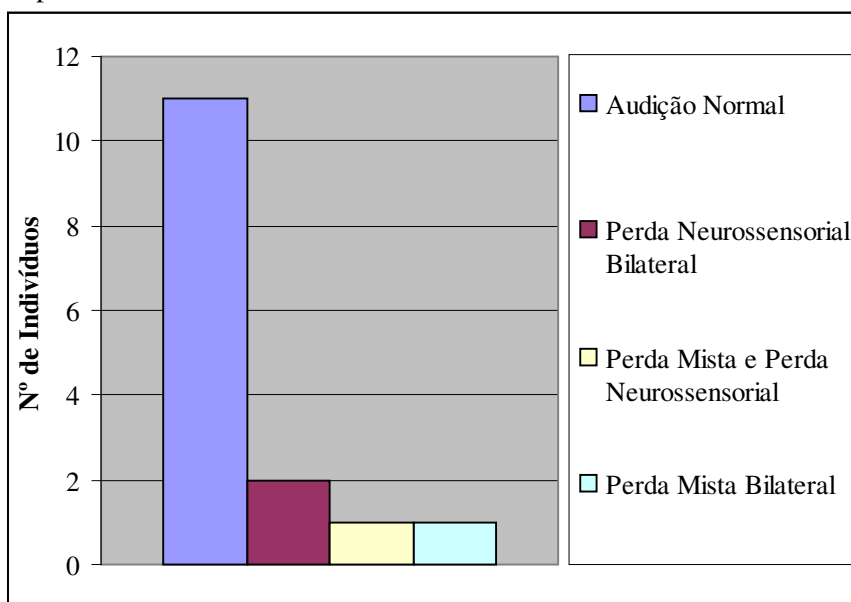


Gráfico 1. Resultados da primeira avaliação audiológica realizada.

Analisando o último exame realizado pelos sujeitos (Gráfico 2), observou-se que dos onze indivíduos com limiares auditivos dentro dos padrões da normalidade, quatro não compareceram para as avaliações subsequentes. Daqueles que fizeram mais de uma avaliação, encontramos cinco indivíduos com perda neurosensorial bilateral; um com perda neurosensorial unilateral; um com perda mista bilateral; e um com perda neurosensorial e perda mista. Desses indivíduos, três permaneceram com audição normal. Dos sujeitos que apresentaram perda auditiva nesta avaliação, três apresentaram perda assimétrica.

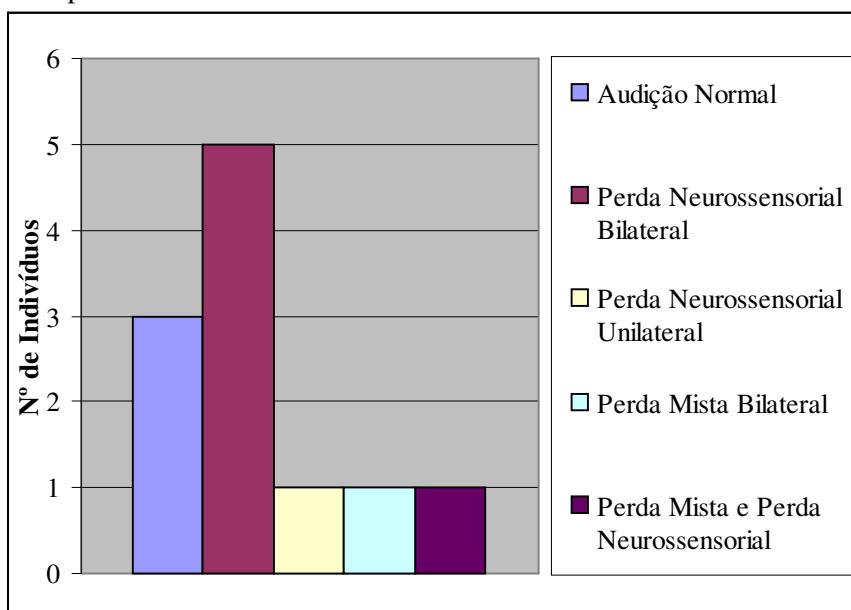


Gráfico 2. Resultados da última avaliação audiológica realizada.

Comparando-se as duas avaliações, pode-se notar que houve um aumento no número de idosos que apresentaram perda auditiva do tipo neurossensorial bilateral e simétrica.

Na última avaliação realizada, oito idosos apresentaram perda auditiva. Na análise do grau da perda auditiva, observou-se que este variou de leve a severo, com prevalência de perda auditiva de grau moderado.

Pode-se perceber que houve uma elevação dos limiares tonais na medida em que a idade aumentou, após os 75 anos apenas um idoso permaneceu com limiares auditivos dentro dos padrões normais, os demais apresentaram perda auditiva. A população avaliada apresentou predomínio de perda auditiva do tipo neurossensorial, simétrica, de grau moderado e configuração descendente. Encontramos melhor habilidade de reconhecimento de fala na orelha esquerda em relação à direita, além disso, com relação às perdas assimétricas, encontramos pior audição no lado direito, dados compatíveis com o estudo de Pedalini et. al. (1997)¹¹ que sugerem que o início do efeito do envelhecimento ocorre ao redor de 60 anos e aumenta progressivamente, sendo o efeito maior no ouvido direito.

Em relação à curva timpanométrica, considerando todos os sujeitos que participaram do estudo, observou-se que 60% apresentaram curva A; 13% curva As; 7% curva B; 7% curva A na orelha direita e B na orelha esquerda; 7% curva A na orelha direita e curva C na orelha esquerda; e 7% curva B na orelha direita e curva Ad na orelha esquerda. Com relação ao reflexo acústico do músculo estapêdio observou-se que, a maioria dos idosos (7) apresentou ausência de resposta.

A partir desse estudo conclui-se a grande necessidade de orientações ao idoso, para que ele compreenda que o envelhecimento é um processo natural que ocorre com todos os indivíduos conforme os anos passam e que, quanto maior a idade, mais efeitos desse processo são encontrados.

Por não haver cura das conseqüências produzidas pelo envelhecimento na audição, uma forma de minimizarmos os efeitos negativos da deficiência auditiva nesta população é a utilização do aparelho de amplificação sonora (AAS). Para o uso do AAS fazem-se necessárias avaliações otorrinolaringológica e audiológica periódicas para a manutenção deste e a inclusão do idoso em programas de reabilitação auditiva. Estes programas visam trabalhar estratégias que contribuam para maior eficiência comunicativa e auxiliam o idoso e seus familiares a lidarem com as dificuldades resultantes do processo de envelhecimento, contribuindo, desta forma, para o bem estar físico, mental e social do idoso.

Referências Bibliográficas

1. DAVIS, H.; SILVERMANN, R. S. *Hearing and Deafness*. New York: Holt, 1970.
2. GATES, G. A. et. al. A. *Screening for handicapping hearing loss in the elderly*. J Fam Pract., v. 52, p. 56-65, 2003.
3. GILAD, C.; GLORIG, A. *Presbycusis: the aging ear*. Part I. J. Am. Aud. Soc, v.4, n.5, p.195-206, 1979.
4. HUNGRIA, H. *Presbiacusia*. In: _____. Otorrinolaringologia. 7. ed., Guanabara Koogan, 1995.
5. KATZ, Ph. D. J. *Considerações Otológicas em Audiologia*. In: _____. Tratado de Audiologia Clínica, 3. ed., São Paulo: Manole, 1989.
6. KATZ, Ph. D. J. *Presbiacusia*. In: _____. Tratado de Audiologia Clínica, 3. ed., Manole, 1989.
7. KRISCOS, P. B.; LESNER, S. A. *Hearing Care for Older Adult Audiologic Rehabilitation*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1995.
8. MARQUES, A. C. O.; KOZLOWSKI, L.; MARQUES, J. M. *Reabilitação Auditiva no Idoso*. Rev. Bras. Otorrinolaringologia, v. 70, 6. ed., p. 806-812, nov./dez., 2004.
9. MOMENSOHN-SANTOS, T. M.; RUSSO, I. C. P. *Prática da Audiologia Clínica*. 5. ed. Cortez, 2005.
10. NOVAK, R.E.; GLORIG, A. *Considerations for the selecting and fitting of amplification for geriatric adults*. In: SANDLIN, R.E. *Handbook of Hearing Aid Amplification*. Boston: College-Hill, 1990.
11. PEDALINI, M. E. B. et. al. A. *Análise do Perfil Audiológico de Idosos através de Testes de Função Auditiva Periférica e Central*. Rev. Bras. Otorrinolaringologia, v. 63, 5. ed., p. 489-496, set./out., 1997.
12. QUARANTA, A.; CASSANO, P.; AMOROSO, C. *Presbycusis et reflexmetrie stapediene*. Audiology, v. 19, p. 310-315, 1980.

13. RUSSO, I.C.P. *Distúrbios da Audição: Presbiacusia*. In: _____. *Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. c. 4, p.51-82.
14. RUSSO, I.C.P. *Intervenção Audiológica no Idoso*. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. *Tratado de Fonoaudiologia*, São Paulo: Roca, 2004. p. 585-596.