

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO, RS
CURSO DE MEDICINA**

RENATA DEPONTI COGO

**PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE SURDEZ E A
RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS**

PASSO FUNDO, RS

2023

RENATA DEPONTI COGO

**PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE SURDEZ E A
RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS**

Trabalho de Curso de graduação apresentado
como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Medicina da Universidade Federal
da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani

Coorientadora: Ma. Bibiana Callegaro Fortes

Coorientadora: Dr^a. Isabela Olszanski Acrani

PASSO FUNDO, RS

2023

FICHA CATALOGRÁFICA**Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Cogo, Renata Deponti

Prevalência do diagnóstico tardio da surdez e a relação com a qualidade de vida em adultos / Renata Deponti Cogo. -- 2023.

87 f.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani

Coorientadores: Me. Bibiana Callegaro Fortes, Dra. Isabela Olszanski Acrani

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2023.

1. Hipoacusia. 2. Qualidade de vida. 3. Perda auditiva. I: Acrani, Gustavo Olszanski, orient. II: Fortes, Bibiana Callegaro, co-orient. III: Acrani, Isabela Olszanski, co-orient. IV. Universidade Federal da Fronteira Sul. V. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RENATA DEPONTI COGO

**PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE SURDEZ E A
RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS**

Trabalho de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

28 / 11 / 2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani – UFFS
Orientador

Dra. Lissandra Gluszczak
Avaliador

Dra. Deisi Cristina Gollo Marques Vidor
Avaliador

Dedico este trabalho com profunda admiração e respeito ao público surdo, cuja jornada diária é marcada pela superação de adversidades decorrentes das interferências impostas pela surdez.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani por toda a paciência e atenção dedicadas ao desenvolvimento do meu trabalho, pelos conselhos e pela gentileza. Fostes essencial!

Às minhas queridas coorientadoras, Ma. Bibiana Callegaro Fortes e Dr^a. Isabela Olszanski Acrani por toda contribuição para o desenvolvimento do meu trabalho.

Ao meu padrinho e médico, Delvi Luiz Segatto pelo apoio, incentivos e representatividade sempre presentes e que me motivaram a chegar até aqui.

Ao meu avô Sadi Volmir Deponti (in memoriam) por ter sido um dos maiores apoiadores durante toda a minha vida, por tudo que fez em vida e pelos valores que me deixastes de herança.

Aos meus pais, Milton Rogério Cogo e Sadiane Deponti, por todo sacrifício, confiança, amor e, principalmente, presença. Vocês foram essenciais nessa jornada e agradeço do fundo do coração.

À minha irmã, Rafaela Deponti Cogo, por todo o apoio, motivação, conselhos e ajuda direta e indireta neste trabalho.

Aos meus amigos, por sempre se fazerem presentes de alguma forma.

Ao público surdo, que luta diariamente enfrentando os impactos causados pela surdez e foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

A mim, por conviver com a surdez e ter construído a partir dela este trabalho com dedicação e amor.

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um Trabalho de Curso (TC) realizado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo, RS. Este trabalho é intitulado Prevalência do diagnóstico tardio de surdez e a relação com a qualidade de vida em adultos e foi desenvolvido pela acadêmica Renata Deponti Cogo, sob a orientação do Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani e coorientação da Ma. Bibiana Callegaro Fortes e Dr^a. Isabela Olszanski Acrani. O volume foi estruturado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e está em conformidade com o Regulamento do TC. Este volume é composto por três partes, sendo a primeira o projeto de pesquisa, desenvolvido no componente curricular (CCR) de Trabalho de Curso I, no quinto semestre do curso. A segunda parte é composta por um relatório descritivo das atividades de coleta de dados realizadas mediante aplicação de questionários online a indivíduos portadores de surdez em diversas regiões do Brasil, no CCR de Trabalho de Curso II, durante o sexto semestre letivo do curso. A terceira parte inclui um artigo científico com a compilação dos resultados obtidos, atividade realizada no CCR Trabalho de Curso III, no sétimo semestre letivo do curso, sendo concluído ao término do segundo semestre letivo de 2023.

RESUMO

O sistema auditivo é um meio essencial para o desenvolvimento cognitivo e comportamental, tendo a função de transformar os estímulos sonoros mecânicos em sensação auditiva. Surdez é o nome popular do termo técnico Hipoacusia, que se refere a perda de audição, ou seja, é a dificuldade ou impossibilidade de ouvir, prejudicando a percepção das informações sonoras, interferindo negativamente na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Sabe-se que a surdez acarreta prejuízos na vida do indivíduo, dessa forma quanto mais tardio o diagnóstico, maiores serão os desafios enfrentados pela pessoa surda, impactando diretamente a sua qualidade de vida. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, de caráter descritivo e analítico, cujo objetivo é descrever o perfil sociodemográfico de indivíduos surdos, analisando a prevalência do diagnóstico tardio na amostra e sua relação com a qualidade de vida. Serão observados dados referentes ao diagnóstico, tipos e etiologias da hipoacusia, a fim de inferir o impacto à qualidade de vida desses indivíduos. A amostra do estudo será composta por pacientes com qualquer grau de perda auditiva, dentro da faixa etária de 18 até 59 anos. A busca de dados será feita por meio da análise de questionários aplicados online, buscando informações sobre idade, sexo, procedência do indivíduo, histórico da surdez, informações de suspeita e diagnóstico, sinais e sintomas consequentes da perda auditiva, possível etiologia, realização do teste da orelhinha ao nascimento, exposição a fatores de risco e impactos gerados na qualidade de vida. Espera-se encontrar maiores dificuldades relacionadas ao desenvolvimento, à comunicação e interação social, e, conseqüentemente à saúde mental dos indivíduos surdos diagnosticados tardiamente, quando comparado à surdos diagnosticados precocemente.

Palavras-chave: surdez; perda auditiva; hipoacusia; capacidade auditiva.

ABSTRACT

The auditory system is an essential means of cognitive and behavioural development, having the function of transforming mechanical sound stimuli into auditory sensation. Deafness is the popular name for the technical term Hypoacusis, which refers to hearing loss, i.e. the difficulty or impossibility of hearing, impairing the perception of sound information, interfering negatively in the quality of life of the affected individuals. It is known that deafness causes losses in the life of the individual, so the later the diagnosis, the greater the challenges faced by the deaf person, impacting directly on their quality of life. This is a quantitative, observational, cross-sectional, descriptive and analytical study, whose objective is to describe the sociodemographic profile of deaf individuals, analyzing the prevalence of late diagnosis in the sample and its relationship with quality of life. Data will be observed regarding the diagnosis, types and etiologies, in order to infer the impact on the quality of life of these individuals. The study sample will be made up of individuals with any degree of hearing loss, aged between 18 and 59. The search for data will be done by means of the analysis of questionnaires applied online, seeking information about age, gender, origin of the individuals, history of deafness, information of suspicion and diagnosis, signs and symptoms resulting from hearing loss, possible etiology, realization of the ear test at birth, exposure to risk factors and impacts generated in the quality of life of the patient. It is expected to find bigger difficulties related to the development, to the communication and social interaction, and, consequently to the mental health of the deaf individuals diagnosed late, when compared to the deaf individuals diagnosed early.

Keywords: deafness; hearing loss; hypoacusis; hearing ability.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -----	12
2 DESENVOLVIMENTO-----	15
2.1.2 TEMA -----	15
2.1.3 PROBLEMAS-----	15
2.1.4 HIPÓTESES-----	15
2.1.5 OBJETIVOS-----	15
2.1.7 REFERENCIAL TEÓRICO-----	17
2.1.8 METODOLOGIA-----	33
2.1.8.1 TIPO DE ESTUDO -----	33
2.1.8.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO-----	33
2.1.8.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM -----	33
2.1.8.4 VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS -----	33
2.1.8.6 ASPECTOS ÉTICOS -----	36
2.1.9 RECURSOS -----	38
2.1.10 CRONOGRAMA-----	38
2.1.11 REFERÊNCIAS -----	38
2.1.12 APÊNDICES-----	43
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)-----	43
APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS -----	46
2.1.13 ANEXOS -----	51
ANEXO I – DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-BREF ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
ANEXO II – WHOQOL-BREF – VERSÃO EM PORTUGUÊS -----	51
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA -----	58
3. ARTIGO CIENTÍFICO-----	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	77
4. ANEXOS -----	79
4.1 ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-----	79

4.2. ANEXO B – NORMAS DA REVISTA BRAZILIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY

----- 85

1 INTRODUÇÃO

O sistema auditivo é um dos meios mais essenciais para o desenvolvimento cognitivo e comportamental, tendo a função de transformar os estímulos sonoros mecânicos em sensação auditiva. Para exercê-la, é composto pela orelha externa, unidade que recebe o som; pela orelha média, um sistema de condução que transmite e amplia o som; e pela cóclea, que é um sistema ultra especializado de codificação e ampliação do impulso elétrico. Portanto, o órgão sensorial da audição é considerado um mecanorreceptor, pois converte a energia mecânica do som em impulsos elétricos no nervo coclear (KURC e AMATUZZI, 2018).

Surdez é o nome popular do termo técnico Hipoacusia, que se refere a perda auditiva, ou seja, é a dificuldade ou impossibilidade de ouvir, prejudicando a percepção das informações sonoras, cujo é fundamental para convivência social. Portanto, interfere negativamente na qualidade de vida dos indivíduos afetados. É uma deficiência comum no público idoso, porém acomete jovens, causando maior impacto emocional, social e econômico (RUSSO et al., 2009).

Há, na atualidade, grande dúvida e receio na forma de se referir a condição da surdez, visto que muitos indivíduos não sabem se existe ou não diferenças nos termos. Embora ambos possam ser usados para se referir a pessoas com problema auditivo, não são classificadas como sinônimos. Visto que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), deficiência auditiva refere-se a uma diminuição na capacidade auditiva, permitindo a oralidade do indivíduo e a intervenção por meio de aparelhos amplificadores de som. Enquanto, o Decreto Federal 5.296/2004 determina que a deficiência auditiva é a perda da audição bilateral, parcial ou total, de 41dB ou mais nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz aferida por audiometria (SILVA, 2021).

Para classificação da perda de audição quanto ao seu grau, no Brasil, ainda existem divergências, porém, a classificação mais empregada no meio otorrinolaringológico foi proposta em 1970, e considera a média dos limiares tonais tidos para as frequências 500Hz, 1000Hz e 2000Hz (DAVIS e SILVERMAN, 1970).

Diante disso, a audição normal refere-se à ausência de perda auditiva ou déficit de até 20dB. Já a classificação do déficit auditivo, em graus, é: Leve, Moderado, Moderadamente severo, Severo, Profundo e Total. Ainda, a perda auditiva tem diferentes tipos, que são classificados de acordo com a localização da disfunção, podendo ser condutiva, neurossensorial e mista. Ademais, considera-se a lateralidade da surdez, sendo bilateral ou unilateral, levando em conta se a perda é simétrica ou assimétrica (OMS,

2014). Por conseguinte, existe a surdez súbita e crônica, sendo a súbita a que ocorre em um período inferior a 72h e é caracterizada como uma urgência otorrinolaringológica, apesar de não ter uma etiologia definida. Enquanto a crônica é mais relacionada com patologias genéticas e hereditárias (VEIGA, 2021).

Em relação às manifestações clínicas da perda auditiva, o zumbido é o sintoma mais frequente e se refere a percepção do som na ausência de uma fonte externa (AHMAD e SEIDMAN, 2004). Há a impressão de que o zumbido atinja mais o público idoso, porém, isso acontece por se tratar de um sintoma presente em 90% dos casos de perda auditiva após os 60 anos de idade, conhecida por Presbiacusia (PHILIPPI, 2020).

A etiologia do déficit auditivo é variável, pois envolve fatores ambientais (exposição ao ruído, traumas, infecções, problemas no período neonatal etc.), genéticos (origem congênita ou hereditária) ou ambos. A promoção da saúde auditiva, bem como a prevenção da surdez, existe, porém, grande parte da população a ignora (SILVA e CASTILHO, 2022).

A prevalência da hipoacusia no Brasil e no mundo é um dado epidemiológico ainda em construção, pois existem dados esparsos calculados com intervalos de incerteza (Stevens G et al., 2013). Há poucos estudos de base populacional que equivalem a descrição da prevalência da perda auditiva e que obedecem ao protocolo da Organização Mundial da Saúde (OMS). A nível mundial, estimativas da OMS são de que cerca de 538 milhões de pessoas possuem perda auditiva (Stevens G et al., 2013).

Sabe-se que a surdez afeta diretamente na comunicação, portanto deve-se buscar alternativas de reabilitação ou habilitação auditiva independentemente da idade do indivíduo. A reabilitação é realizada quando se faz necessário o reestabelecimento das qualidades e habilidades auditivas que o paciente possuía anterior a instalação do déficit auditivo, ou seja, deficiência auditiva pós-lingual. Já a habilitação ocorre nos casos de déficits auditivos congênitos ou que surgem no período anterior a aquisição da linguagem pelo indivíduo, ou seja, deficiência auditiva pré-lingual (PIZA, 2017).

No Brasil, já foram realizados estudos que apontam a média de idade em que o diagnóstico da surdez ocorre, sendo está entre 3 e 5 anos de idade, o que é considerado tardio, visto que o ideal é que a identificação da perda auditiva se dê até os três meses de vida, ou no mais tardar até os dois anos de idade, para que a chance de inserção social e desenvolvimento seja maior (GONÇALVES e SILVA, 2013).

Para reduzir esses números, em dois de agosto de 2010, o Teste da Orelhinha (triagem auditiva neonatal) se tornou obrigatório no Brasil, sendo realizado

gratuitamente. Este teste tem o objetivo de detectar problemas auditivos, permitindo diagnóstico, manejo e reabilitação precoces, idealmente antes dos seis meses de vida, visto que problemas auditivos geram impactos no desenvolvimento da audição e da linguagem. Portanto, quanto mais tardio for o diagnóstico da surdez, menos eficácia terá a intervenção e pior será o prognóstico, pois o período de aquisição da fala ocorre nos primeiros anos de vida da criança e são determinantes para o desenvolvimento da comunicação humana.

Os obstáculos que a surdez traz para a vida dos indivíduos afetados são inúmeros, desde não compreender o que as pessoas falam, até não conseguir arranjar um emprego. São muitas as situações que acarretam dor, angústia e tristeza. O capacitismo se refere a todo tipo de preconceito direcionado a pessoas com deficiência, seja ele escancarado ou velado. A falta de acessibilidade em alguns ambientes acarreta descontentamento de outras pessoas que convivem no mesmo ambiente e na frustração do surdo ao não conseguir entender a televisão, não compreender vozes em ambientes com excesso de ruídos, perder uma chamada importante por não a escutar ou entendê-la, não conseguir conversar com pessoas por não saberem articular os lábios, dentre muitas outras situações.

Sabe-se que a perda auditiva causa impactos na vida da pessoa afetada, e muitas vezes, o impedimento de desenvolvimento cognitivo, social, educacional e emocional. O diagnóstico é importante independente da faixa etária do indivíduo, porém, quanto mais cedo ocorre, melhor a adaptação e intervenção do indivíduo para com a condição de ser surdo.

Atualmente e recentemente, dentro do público surdo, têm se utilizado o termo “Surdo que ouve”, que se refere a pessoa que possui deficiência auditiva e é oralizada na língua verbal e/ou na língua de sinais (LIBRAS), devido ao uso de intervenções amplificadoras de som. Este termo é debatido diariamente pela surda e criadora de mídia digital Paula Pfeifer em suas redes sociais e grupos de apoio à comunidade surda, a fim de favorecer a interação social entre esse público, desmistificar a surdez e propor alternativas de melhorias na qualidade de vida destes indivíduos.

Em virtude das várias consequências que a perda auditiva causa e dos vários tipos e etiologias dela, considera-se muito importante conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes acometidos, assim como os fatores de risco para surdez, seus sinais e sintomas e seu tratamento, com o intuito de propiciar melhores informações sobre o assunto e possibilitar um diagnóstico cada vez mais precoce para que seja possível um tratamento

adequado, norteados os processos de reabilitação e habilitação auditiva, com menores índices de consequências na vida do indivíduo.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.2 Tema

Prevalência do diagnóstico tardio da surdez e a relação com a qualidade de vida em adultos.

2.1.3 Problemas

- Qual a porcentagem de adultos surdos que apresentam diagnóstico tardio?
- Qual a faixa etária média dos pacientes no momento do diagnóstico de surdez?
- Como é a qualidade de vida de adultos surdos?
- Qual o perfil sociodemográfico, de saúde e comportamental dos adultos surdos?
- Dentre a classificação da perda auditiva, qual apresenta maior frequência?
- Quais as etiologias mais comuns da perda auditiva?
- Qual a relação do diagnóstico tardio com a qualidade de vida nestes indivíduos?

2.1.4 Hipóteses

- Será observada uma frequência de aproximadamente 65% de adultos surdos que dizem terem sido diagnosticados tardiamente.
- A faixa etária média de diagnóstico é de 4 anos de idade.
- Será observada uma prevalência de cerca de 58% dos indivíduos com baixo nível de qualidade de vida.
- O perfil sociodemográfico aponta para predomínio de surdos do sexo masculino, jovens, com baixa renda, baixa escolaridade, não inseridos no mercado de trabalho, com transtornos ansiosos e/ou depressivos.
- As perdas auditivas do tipo neurossensorial apresentam maior frequência.
- As etiologias mais comuns da perda auditiva envolvem exposição a ruídos e causas congênitas.
- Serão observados como fatores relacionados ao diagnóstico tardio, a baixa qualidade de vida, a baixa escolaridade, baixo convívio social, não inserção no mercado de trabalho, assim como graus de déficit auditivo mais severos.

2.1.5 Objetivos

2.1.5.1 Objetivos gerais

Estimar a prevalência de diagnóstico tardio de surdez em adultos e sua relação com a qualidade de vida.

2.1.5.2 Objetivos específicos

- Estimar a porcentagem do diagnóstico tardio na amostra.
- Estimar a média de idade de diagnóstico na amostra.
- Avaliar a condição da qualidade de vida na amostra.
- Determinar o perfil sociodemográfico, comportamental e de saúde na amostra.
- Avaliar a prevalência dos diferentes tipos de perda auditiva na amostra.
- Determinar as etiologias mais comuns da perda auditiva.
- Avaliar a relação do diagnóstico tardio com a qualidade de vida de indivíduos surdos adultos.

2.1.6 Justificativa

A surdez refere-se a uma perda auditiva, que pode existir em diferentes graus e oferecendo diferentes barreiras para os indivíduos afetados. Porém, todo o indivíduo surdo, independente do grau, sofre com a deficiência e com os impactos que ela causa na qualidade de vida.

Que a jornada da surdez é solitária e assustadora, todos sabemos, apesar de a maioria da população não surda, ter esta ideia apenas através da imaginação. Mesmo com 1,5 bilhão de indivíduos com algum grau de perda auditiva no mundo, a população surda ainda se sente única dentro das escolas, dos locais de trabalho e do convívio social. Na atualidade, apesar de muitas novas informações sobre o assunto, as barreiras persistem, sendo elas: A incompreensão (da família, dos amigos, dos desconhecidos), a falta de acessibilidade dentro e fora de casa, a infantilização do indivíduo, a falta de noção nos comentários vindos de outras pessoas com audição normal, a dificuldade de interação social, os transtornos psicológicos, e, não menos importante, o capacitismo.

O capacitismo refere-se a todo o preconceito e discriminação atuados contra pessoas com deficiência. A surdez, por se tratar de uma deficiência invisível, traz desafios para além da limitação que causa. A sociedade tende a ignorar as deficiências, a menos que ela esteja explicitamente visível, ou seja, a não ser que esteja escancarada, não é considerada digna de merecimento. O capacitismo é o ato de enxergar a deficiência e delimitar aonde o indivíduo pode ir por causa dela, reduzir a pessoa à sua deficiência, considerar pessoas com qualquer deficiência como inferiores àquelas que não possuem deficiência, e, no caso dos surdos, acreditar num “padrão” de surdez. O capacitismo com

o público surdo, devido as tecnologias utilizadas para reabilitação auditiva, é “clássico”: “Você não é surda, você só é deficiente auditiva.” O peso das palavras é importante. Capacitismo é dizer “você não parece surdo”, é definir qual o tipo de ajuda que uma pessoa com deficiência (PCD) precisa sem questioná-la, é dizer “você só escuta o que quer, quando convém”, é falar em nome de todas as pessoas com deficiência, é chamar um surdo de “só deficiente auditivo”, como se nada fosse.

Há, atualmente, o termo “armário da surdez” que se refere a indivíduos surdos que tendem a esconder sua deficiência e têm um capacitismo impregnado em si mesmos, interpretando qualquer ato vindo de pessoas não deficientes, como capacitismo. É importante atentar para as projeções feitas sobre outras pessoas. Nem sempre o olhar de curiosidade sobre as próteses, o questionamento sobre sua condição, significam julgamento. Quando se percebe a conversa revolucionária que pode surgir de uma situação vista como capacitismo inexistente, tudo muda. Portanto, nem tudo é capacitismo.

Deficiências têm a ver com recomeços. A pessoa surda tenta, diariamente, se adaptar a procura de mais qualidade de vida, mas definitivamente, não é por isso que os desafios desaparecem. É o aparelho ou implante que dá defeito, é o comportamento incontrolável das outras pessoas, é o zumbido que atormenta, é a falta de interação social, é o medo do preconceito, é a tristeza com o capacitismo, dentre muitos outros problemas enfrentados. Recomeço está intimamente ligado com deficiência, pois estes indivíduos precisam reaprender um infinito de coisas, incluindo a maneira como se enxergam e se posicionam no mundo. Far-se-á importante o estudo do tema para que haja visibilidade da realidade imposta a estes indivíduos, assim como a relevância do diagnóstico tardio e sua influência. Ademais, no Brasil o tema é pouco referido e desatualizado, além de que prevalece estudos sobre o diagnóstico precoce, dificultando compreensão sobre o diagnóstico tardio. Fato este que torna o presente trabalho um diferencial. Portanto, a presente pesquisa possibilita destacar os impactos que o indivíduo surdo sofre diariamente, principalmente aqueles que têm seu diagnóstico tardiamente.

2.1.7 Referencial Teórico

O sistema auditivo tem a função de transformar os estímulos sonoros mecânicos em sensação auditiva no córtex cerebral. Para exercê-la, é composto pela orelha externa, unidade que recebe o som; pela orelha média, um sistema de condução que transmite e amplia o som; e pela cóclea, que é um sistema ultra especializado de codificação e

ampliação do impulso elétrico. Portanto, o órgão sensorial da audição é considerado um mecanorreceptor, pois converte a energia mecânica do som em impulsos elétricos no nervo coclear (KURC e AMATUZZI, 2018).

O desenvolvimento auditivo é complexo, tendo início ainda na vida intrauterina. Para que um indivíduo adquira desenvolvimento de fala, deve ser capaz de localizar sons, detectá-los, memorizá-los, reconhecê-los e compreendê-los. Especialmente as etapas iniciais deste processo, são de extrema importância, e sua interrupção leva, conseqüentemente, a prejuízos funcionais fundamentais para o desenvolvimento de uma criança (GOGUEN, 2022).

Surdez é o nome popular do termo técnico Hipoacusia ou Perda auditiva, que se refere à dificuldade ou impossibilidade de ouvir, prejudicando a percepção das informações sonoras, que são fundamentais para convivência social, interferindo negativamente na qualidade de vida dos indivíduos afetados. É uma deficiência comum no público idoso, porém acomete jovens, causando maior impacto emocional, social e econômico (RUSSO et al., 2009).

Em outras palavras, surdez é a perda ou redução da audição em qualquer grau que diminua a compreensibilidade da mensagem falada para a aprendizagem ou para a interpretação apurada. Pode afetar diretamente na qualidade de vida, reduzindo o bem-estar social, físico e emocional, levando o paciente ao distanciamento. Além disso, torna os indivíduos com perda auditiva mais propensos a relatarem sintomas de insatisfação com a vida e de depressão (KURC e AMATUZZI, 2018).

A audição, por ser um dos sentidos mais nobres, visto que sua principal função está ligada ao desenvolvimento e aquisição da linguagem oral, é essencial nas relações interpessoais. Portanto, é considerada incapacitante. O Decreto Federal 5.296/2004 determina que a deficiência auditiva é a perda da audição bilateral, parcial ou total, de 41dB ou mais nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz aferida por audiometria. Já no caso da perda auditiva unilateral, ainda há um projeto de lei passando por tramitação para que seja considerado deficiência (SILVA, 2021).

A surdez é classificada em três tipos de acordo com a localização da disfunção. A perda do tipo condutiva decorre do comprometimento da passagem do som pela orelha externa e/ou média, mas a orelha interna permanece normal. Ou seja, envolve qualquer causa que limite a quantidade de som externo de ter acesso à orelha interna. Tem como características: limiars de via aérea maiores do que 25 dBNA e limiars de via óssea

menores ou iguais a 15dBNA, com gap aéreo-ósseo maior ou igual a 15dBNA (SILMAN e SILVERMAN, 1997).

Já quando a orelha interna, cóclea ou o nervo auditivo se encontram acometidos, a surdez é do tipo neurossensorial, que se caracteriza por: limiares de via aérea maiores do que 25dBNA e limiares de via óssea maiores do que 15dBNA, com gap aéreo-ósseo de até 10dBNA (SILMAN e SILVERMAN, 1997).

Têm-se também o déficit auditivo do tipo misto, que ocorre quando há uma misto das perdas auditivas do tipo condutiva e do tipo neurossensorial. É caracterizado por: limiares de via aérea maiores do que 25dBNA e limiares de via óssea maiores do que 25dBNA, com gap aéreo-ósseo maior ou igual a 15dBNA (SILMAN e SILVERMAN, 1997).

Para classificação da perda de audição quanto ao seu grau, no Brasil, ainda existem divergências, porém, a classificação mais empregada no meio otorrinolaringológico foi proposta em 1970, e considera a média dos limiares tonais tidos para as frequências 500, 1000 e 2000Hz. Grande parte destas classificações utiliza a média de tons nas frequências de maior energia, porém, quando a perda acomete frequências altas (>2000Hz), tal classificação torna-se inexpressiva e limitada (RUSSO et al., 2009).

Os graus de audição diferenciam-se de acordo com a média tonal; portanto, uma audição normal, ou seja, não há dificuldade significativa, tem uma média tonal menor ou igual a 25dBNA. Já a perda de audição diferencia-se em leve (média tonal entre 26 e 40dBNA e dificuldade com fala distante ou fraca), moderada (média tonal entre 41 e 55 dBNA e dificuldade na fala em nível de conversação), moderadamente severa (média tonal entre 56 e 70, com dificuldade para conversação em grupo, sendo necessária uma fala mais forte), severa (média tonal de 71 a 90 dBNA, com dificuldade com fala intensa, tendo entendimento somente com fala amplificada ou gritada), profunda (média tonal maior ou igual a 91dBNA, sem entendimento da fala e dependente de leitura labial) (LLOYD e KAPLAN, 1978).

Outra classificação utilizada é a indicada pela Bureau Internacional d'Audio Phonologie (BIAP), onde a audição infra normal trata-se de uma perda discreta sem implicação social, e tem média tonal menor ou igual a 20dBNA. Já a perda auditiva pode ser leve (média tonal entre 21 e 40dBNA, percepção da fala com voz normal, mas dificuldade com fala baixa ou distante), moderada (grau 1 com média tonal entre 41 e 55dBNA e grau 2 entre 56 e 70dBNA; ambas com percepção de fala um pouco elevada), severa (grau 1 com média tonal entre 71 e 80dBNA e grau 2 com média tonal entre 81 e

90dBNA; ambas com percepção de fala elevada), profunda (grau 1 com média tonal entre 91 e 100dBNA, grau 2 com média tonal entre 101 e 110 dBNA, grau 3 com média tonal entre 111 e 119dBNA; todas com percepção apenas de ruídos muito fortes), cofose ou total (média tonal maior que 120dBNA, sem percepção de som) (BIAP, 1996).

Além disso, a perda auditiva pode ser classificada de acordo com a configuração audiométrica, tendo o tipo de configuração descendente acentuada (piora entre 15 a 20dB por espaço em direção às frequências altas), descendente em rampa (curva horizontal ou descendente leve com piora maior ou igual a 25dB por espaço em direção às frequências altas), em U (limiars das frequências extremas melhores do que as frequências médias com diferença maior ou igual a 20Db), em U invertido (limiars das frequências extremas piores do que as frequências médias com diferença maior ou igual a 20Db), em entalhe (curva horizontal com descendência acentuada em uma frequência isolada, com recuperação na frequência imediatamente subsequente) (SILMAN e SILVERMAN, 1997, LLO YD e KAPLANH, 1978).

Ainda, quando se classifica uma perda auditiva, pode-se considerar a lateralidade. Portanto, a perda é bilateral quando acarreta déficit em ambas as orelhas, e perda unilateral quando acarreta déficit em apenas uma das orelhas. Dentro desta categorização, pode-se laudar tal déficit como simétrico, quando há mesmo grau de perda em ambas as orelhas, e assimétrico, quando há perda de graus diferentes (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2013).

A perda auditiva pode ser classificada como crônica ou súbita, sendo a crônica aquela que persiste ao longo da vida, estagnada ou progressiva. Já a perda súbita da audição, é considerada uma emergência otorrinolaringológica, tanto pelo incômodo que acarreta ao paciente, quanto pela necessidade de um tratamento precocemente (ALMEIDA, 2017). Além disso, a surdez súbita é caracterizada por ser uma perda igual ou superior a 30db em três ou mais frequências audiométricas consecutivas, e ocorre em um período inferior a 72 horas (VEIGA, 2021).

Para classificação da perda de audição quanto ao seu grau, no Brasil, ainda existem divergências, porém, a classificação mais empregada no meio otorrinolaringológico foi proposta em 1970, e considera a média dos limiars tonais tidos para as frequências 500, 1000 e 2000Hz (DAVIS e SILVERMAN, 1970).

A etiologia do déficit auditivo é categorizada em congênitas ou adquiridas. A de origem congênita pode ocorrer por fatores genéticos hereditários e não hereditários, baixo peso ao nascer, por complicações durante a gravidez e o parto (anóxia), como infecções

maternas medicamentos usados pela gestante, rubéola gestacional (MONTEIRO e NUNES e RATNER, 2016). Em outras palavras, a surdez congênita é aquela que surge com o nascimento, desenvolvendo-se nos genes, onde a criança desenvolve a perda auditiva na medida em que cresce, ou no parto (LANG-ROTH R. 2014). Além disso, ela pode ser causada por distúrbios hereditários/genéticos ou por condições adquiridas após o nascimento (ANASTASIO et al., 2020). Os neonatos que permanecem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresentam maior risco de perda auditiva quando comparado com bebês a termo saudáveis (NAIR et al., 2021). Outros fatores de risco aos neonatos envolvem o baixo peso ao nascer (<1500g), que os expõe a alto risco de NA, infecções congênitas, asfixia perinatal, hiper bilirrubinemia grave e exposição a medicamentos ototóxicos (VOS et al., 2015).

Ainda, alguns bebês podem ter doenças genéticas ou infecções, que podem resultar em falso-negativo nos testes, pois podem ter início atrasado da perda auditiva (REYNOLDS et al., 2017). Dentre as infecções que oferecem risco têm-se citomegalovírus, toxoplasmose, sífilis, zika vírus, vírus da herpes simples e rubéola.

A surdez congênita tem como maior agente causal infeccioso o CMV. Cerca de 5% dos casos progridem para infecção grave (doença de inclusão por CMV congênita), se tratando de uma infecção que causa surdez neurossensorial, geralmente bilateral, simétrica e severa, em 50% das crianças que sobrevivem no período neonatal. Em torno de 95% dos casos de infecções congênitas por CMV são silenciosos, onde o recém-nascido aparenta ser normal ao nascimento (MEYNARDL et al., 1997).

A surdez hereditária pode ser classificada como uma síndrome quando combinada com outros fenótipos, e não sindrômica quando isolada. A chamada síndrome é responsável por cerca de 30% dos casos de surdez em crianças, sendo os déficits, em maioria, condutivos ou mistos. Já a forma não sindrômica, é responsável por 70% dos casos, representando, em geral, doenças cocleares (cocleopatias), e assim, aparecem como perdas auditivas do tipo neurossensorial (NETO e KURC, 2018).

A perda de audição na idade infantil pode causar atrasos no desenvolvimento cognitivo, na linguagem e na fala da criança. Portanto, a identificação precoce do déficit auditivo é essencial para o alcance de sucesso da criança com a comunicação (CALLISON, 1999), como também o início de uma intervenção. Além disso, os tipos de perda auditiva em crianças são: Condutivo, sensorial ou mista. A Neuropatia Auditiva (NA) se refere a uma desordem que afeta o processamento neural dos estímulos auditivos, ou seja, o som é percebido, mas sua transmissão da cóclea para o nervo auditivo está

ausente ou gravemente distorcida; e pode ocorrer em qualquer idade. Ela não é considerada um tipo de perda auditiva, mas sim como localização específica da perda para prognóstico e tratamento. A NA pode estar relacionada à uma alteração na cóclea, nervo e/ou nos dois (VOHR et al., 2008).

Por conseguinte, a triagem de crianças recém-nascidas para déficit auditivo leva a detecção e intervenção precoce, o que melhora significativamente o desenvolvimento cognitivo. Os testes são compostos por emissões otoacústicas e respostas auditivas automatizadas do tronco, sendo portáteis e avaliadoras do sistema auditivo periférico e da cóclea. Vale ressaltar que os testes, por si só, não são suficientes para um diagnóstico de perda auditiva (KORVER et al., 2010).

O diagnóstico precoce da condição da surdez conta com a instituição da Política Nacional de Saúde Auditiva pela Portaria MS/GM Nº 2.073 de 2004 que prevê a realização de diagnósticos e intervenções precocemente, a fim de possibilitar um melhor prognóstico, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento de linguagem (PINTO et al., 2012). Portanto, é correto que, quanto mais precoce ocorre o diagnóstico da deficiência auditiva, melhores são os resultados das intervenções fonoaudiológicas e menor os impactos no desenvolvimento auditivo, cognitivo e de linguagem (YOSHINAGA et al., 1998).

Sendo assim, a detecção precoce através da triagem neonatal, que é capaz de detectar e intervir precocemente, é de extrema importância. O Conselho Federal de Fonoaudiologia recomenda que o teste da orelhinha seja realizado logo após o nascimento, antes da alta hospitalar. No Brasil, a Lei Federal nº 12.303/2010 tornou obrigatória a realização do teste da orelhinha gratuitamente (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2013).

A importância do diagnóstico precoce se dá pela perda auditiva congênita estar entre as doenças congênitas mais comuns. Além disso, estudos eletrofisiológicos demonstram que crianças com déficit auditivo tratadas precocemente (nos primeiros anos de vida) apresentam maior potencial de modificação do sistema auditivo. Dentro das formas de avaliação do paciente, os potenciais evocados auditivos de estado estável (PEAEE) ósseo, têm se mostrado uma forma de avaliação precoce de como está a situação auditiva do indivíduo (GUIMARÃES e FONSECA, 2017). É estabelecido que a associação de corticoterapia e antibioticoterapia reduz a incidência de surdez em crianças e adultos, principalmente quando introduzida precocemente (OLIVEIRA et al., 2017). Além disso, o diagnóstico precoce de doenças que expõem o indivíduo a risco de déficit

auditivo, também se torna importante, para que seja possível uma intervenção a fim de prevenir a perda auditiva (OLIVEIRA et al., 2017).

Seguindo esta linha de pensamento, alguns estudos sugerem que a idade máxima considerada “ideal” para obtenção do diagnóstico de surdez é de 2 anos de idade. Ou seja, após os primeiros anos de vida, já se considera o diagnóstico tardio. Em relação a reabilitação, considera-se tardio quando o indivíduo ultrapassa os 5 anos de idade, pois é nesta fase da vida que o desenvolvimento cognitivo e comportamental ocorre (ROVERE e LIMA e SILVA, 2018. MIRANDA e RICIOPO, 2020). O diagnóstico tardio é um ponto de origem de vários problemas no desenvolvimento cognitivo-linguístico e na inserção social dos indivíduos surdos, visto que os primeiros meses de vida são essenciais para a captação de estímulos por meio dos sentidos (MIRANDA e RICIOPO, 2020). Além disso, estudos apontam que crianças diagnosticadas até os seis meses de idade demonstram escores de linguagem significativamente melhores do que crianças diagnosticadas tardiamente (YOSHINAGA-ITANO et al., 1998).

O Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI) destaca que, no Brasil, a identificação e intervenção da surdez iniciavam em idade tardia. Em média, o diagnóstico acontecia entre os três e quatro anos de idade. Então, considerando que a estimulação de linguagem até o primeiro ano de vida possibilita melhores resultados na reabilitação auditiva, têm-se como fundamental a identificação da perda auditiva até os três meses de idade e o início da intervenção até os seis meses de idade (CAMATTI, 2017).

A perda auditiva de origem adquirida refere-se a perda que ocorre em qualquer idade, podendo ser súbita ou gradual, e causada por infecções, desordens autoimunes ou inflamatórias, otites, traumas timpânicos, uso de alguns medicamentos ototóxicos, exposição a ruídos, cerume, corpo estranho, envelhecimento, entre outras (WHO, 2015). As mais frequentes ocorrem como consequência de mau uso de antibióticos, viroses e otites de repetição da infância (MONTEIRO e NUNES e RATNER, 2016).

A perda auditiva do tipo neurossensorial adquirida refere-se a surdez neurossensorial súbita, sendo geralmente unilateral e comumente associada a plenitude auricular e zumbido. No Brasil, a incidência da surdez súbita é subestimada, porque grande parte dos casos é de grau leve e recuperada precocemente. Dentre suas etiologias, existem duas hipóteses: vascular e viral (ALMEIDA, 2017).

As etiologias que envolvem a orelha externa são, principalmente, de origem congênita, quando há falhas no desenvolvimento do canal auditivo externo, que acontece

da 8^a a 28^a semana gestacional; infecciosa, pois o acúmulo de detritos, inflamação e edema podem levar ao bloqueio do canal auditivo externo; traumática, quando ocorre lesão penetrante no canal auditivo externo ou o meato acústico; higiênica, quando o cerúmen não é limpado, ou é empurrado para baixo do canal auditivo (GOGUEN, 2022, MILLER e NICELY, 1955).

Algumas etiologias não permitem a prevenção de doenças auditivas, porém, pesquisas apontam que a população brasileira não possui informação. A promoção da saúde auditiva, bem como a prevenção da surdez, existe, porém, grande parte da população a ignora. Dentre as medidas possíveis de prevenção têm-se: Diminuição do volume de aparelhos de sons e de fones de ouvido, evitar automedicação devido a ototoxicidade de alguns medicamentos, usar protetor auricular em ambientes muito barulhentos (EPI), não introduzir cotonetes para higiene das orelhas para evitar traumas etc (ABORL-CCF, 2015).

As etiologias da perda auditiva no público adulto são amplas e variáveis, podendo ser manifestação tardia de infecções congênitas, exposição ao ruído, infecções adquiridas na vida adulta etc. Em 1995, foi percebida a incidência de alterações auditivas em pacientes com HIV, e atualmente, estuda-se se tais alterações são causadas pela ototoxicidade do próprio vírus ou dos medicamentos usados para seu tratamento (BANKAITIS e KEITH, 1995), ou relacionadas à doenças oportunistas, sendo prevalente a infecção do sistema nervoso central pelo citomegalovírus (CMV) (MEYNARDL et al. 1997).

A indução por ruído tem se mostrado ser a etiologia mais frequente nos casos de surdez em adultos, e é definida por ser uma alteração irreversível da cóclea, consecutiva a exposição prolongada a níveis sonoros muito altos, resultante da ocupação do indivíduo (OLIVEIRA et al., 2018). Um dos sintomas precoces da perda auditiva induzida por ruído (PAIR) é a fadiga auditiva, que pode recuperar de forma gradual quando o indivíduo sai do ambiente barulhento, mas pode agravar e se tornar permanente se o barulho permanecer por período prolongado. Além disso, o zumbido é um sinal e sintoma comum neste tipo de déficit auditivo (DING e YAN e LIU, 2019). Por conseguinte, tanto a perda quanto seus sintomas afetam diretamente a qualidade de vida dos pacientes.

Em relação às manifestações clínicas da perda auditiva, o zumbido é o sintoma mais frequente, e se refere a percepção do som na ausência de uma fonte externa (AHMAD e SEIDMAN, 2004). Há a impressão de que o zumbido atinja mais o público idoso, porém, isso acontece por se tratar de um sintoma presente em 90% dos casos de

perda auditiva, déficit comum, conhecido por Presbiacusia, em indivíduos maiores que 60 anos de idade (PHILIPPI, 2020).

Estudos demonstram melhora significativa do zumbido com uso de prótese auditiva em pacientes surdos e extrato de Ginkgo biloba, sendo as próteses o método mais eficaz em pacientes que têm menor tempo do início do sintoma e o extrato de Ginkgo biloba eficaz independentemente da duração do sintoma (RADUNZ et al., 2020). O Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Královské Vinohrady e a 3ª Faculdade de Medicina da Universidade Charles em Praga, realizaram um estudo através do questionário de zumbido abreviado (Mini-TQ) onde obtiveram resultado de eficácia da Ginkgo biloba contra o aborrecimento e o barulho do zumbido (PROCHÁZKOVÁ et al., 2018).

Dentro do âmbito do diagnóstico tardio da surdez, as suspeitas para que a procura por uma explicação do não entendimento da fala, muitas vezes começa pela queixa de pessoas próximas alegando que o indivíduo fala gritando, escuta televisão em volume muito alto, não consegue manter uma conversa sem questionar seguidamente o que o outro disse. Também pode ocorrer por queixas de professores devido ao baixo rendimento do aluno, pois se ele não compreende a fala, não compreenderá o que lhe está sendo ensinado. Se há exposições a fatores de risco e o indivíduo apresenta entendimento sobre eles, a tendência de procurar por atendimento quando perceber diminuição da capacidade auditiva, é maior (GRASEL et.al, 2017).

O sentido da audição exerce grande impacto na comunicação humana, portanto é fundamental no desenvolvimento da fala e linguagem. Por isso, a avaliação audiológica deve ser precisa e precoce. No que diz respeito ao diagnóstico da diminuição da capacidade auditiva, a audiometria é o exame padrão-ouro (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2013).

A audiometria pode ser tonal liminar, que determina o tipo, o grau e a configuração das perdas auditivas, através da intensidade e da frequência em que os tons são detectados. Este exame tem como objetivo a identificação do limiar auditivo do indivíduo para cada frequência analisada por meio da análise da menor intensidade capaz de provocar sensação de audição. Suas marcações são realizadas em um gráfico chamado audiograma, onde o eixo vertical refere-se a função de intensidade (em dBNA – decibel nível de audição) e o eixo horizontal representa as frequências (em Hertz). A técnica para realização do exame e a forma para obtenção de resposta variam conforme a idade do indivíduo. Para crianças se utiliza o condicionamento com reforço visual ou a observação

comportamental. Para crianças com boa compreensão ou adultos, solicita-se que o indivíduo pressione um botão ou levante a mão todas as vezes que perceber algum som, mesmo que suave. Em casos de perda auditiva assimétrica, deve-se mascarar a avaliação da pior orelha, a fim de evitar que o indivíduo escute o estímulo sonoro na melhor orelha (GRASEL et al., 2017).

Segundo este exame, a perda auditiva pode ser classificada como: Perda Auditiva Neurosensorial (Limiares de via óssea maiores do que 15 dB e limiares de via área maiores que 25 dB, com gap aéreo-ósseo de até 10 dB), Condutiva (Limiares de via óssea menores ou iguais a 15 dB e limiares de via aérea maiores que 25 dB, com gap aéreo-ósseo maior ou igual a 15 dB), Mista (Limiares de via óssea maiores do que 15 dB e limiares de via aérea maiores que 25 dB, com gap aéreo ósseo maior ou igual a 15 dB) (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2013).

As vogais são, naturalmente, mais fortes que as consoantes, e sua faixa de frequência se encontra no ponto ideal da curva de audibilidade humana, dando á esses sons uma vantagem. Além disso, as baixas frequências (400-500Hz) são naturalmente mais intensas do que as altas frequências. No entanto, a intengibilidade das informações da língua falada depende mais da contribuição das consoantes, cuja distribuição de energia é pequena, geralmente atingindo frequências acima de 2000Hz (RUSSO e BEHLAU, 1993).

O fato de que, a energia de fala, concentrada nas frequências altas (superiores a 2000Hz), é 20 a 35 dB mais fraca que a energia em 500Hz, explica a dificuldade que pacientes com surdez em frequências altas têm no reconhecimento da fala, inclusive, em presença de ruído ambiental (MILLER e NICELY, 1955).

O Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF) é um teste que indica a porcentagem de acertos de um material de fala utilizado para avaliação da intengibilidade de fala em uma intensidade audível. Neste teste, orienta-se o paciente a escutar o profissional e repetir uma lista de 25 palavras ditas. Seu resultado é classificado de acordo com a porcentagem de reconhecimento, sendo normal quando a porcentagem é entre 90 e 100%, bom ou com leve dificuldade entre 78 e 88%, moderada dificuldade entre 66 e 76%, grande dificuldade entre 54 e 64% e muito pobre quando menor que 52%. Em casos de queixas específicas do paciente, pode-se utilizar ruídos de fundo em testes de fala sensibilizada (GRASEL et al., 2017).

A audiometria também pode ser de alta frequência, ou seja, tonal limiar padrão. Este tipo de exame tem sido recomendado para diagnóstico e intervenção precoces,

principalmente em casos de pacientes monitorados por serem expostos a fatores de risco. A análise de limiares entre 9.000 e 20.000HZ podem auxiliar na detecção do déficit antes mesmo do relato de queixa formal (GRASEL et al., 2017).

Ainda, têm-se a opção do exame de imitanciometria, que verifica se a membrana timpânica está com os movimentos normais e se a pressão aérea se encontra semelhantes em ambos os lados, e indica bom funcionamento da tuba auditiva. A timpanometria é outra forma de análise de condição auditiva, pois verifica a complacência decorrente da mudança de pressão no conduto auditivo externo. Além disso, existem outros meios de diagnóstico da perda auditiva, porém, são pouco utilizados (GRASEL et al., 2017).

Além dos exames específicos, utilizavam-se os exames complementares, quando não havia a opção de realizar audiometria. Eles consistem na utilização do diapasão (barras metálicas que, quando vibradas executam movimentos), permitindo uma rápida avaliação da capacidade auditiva, contribuindo para o diagnóstico diferencial quanto ao tipo e lateralidade da perda auditiva. Os testes mais utilizados são Weber e Rinne, devido a praticidade que oferecem (DORIGUETO e MEZZALIRA e SERRA, 2018).

O teste de Webber permite a comparação das vias ósseas, e é realizado através da vibração do diapasão colocada sobre a linha média do crânio. A detecção de som pelo paciente em ambas as orelhas indica simetria da audição. Se o som é percebido mais forte em uma das orelhas, indica que existe uma assimetria entre os limiares auditivos. Na hipoacusia neurosensorial unilateral a vibração sonora é melhor percebida pela orelha sadia, já na hipoacusia condutiva unilateral, a vibração sonora é melhor percebida pela orelha afetada (DORIGUETO e MEZZALIRA e SERRA, 2018).

O teste de Rinne permite comparar a audição por vias aérea e óssea, sendo útil para diferenciação da hipoacusia neurosensorial e condutiva. Para sua realização, utiliza-se o diapasão, que é colocado na apófise do osso mastoide até o desaparecimento da percepção sonora e, logo após, é colocado no trágus. Em indivíduos com capacidade auditiva normal, a percepção sonora ocorrerá mais facilmente na via aérea, resultando em Rinne positivo. Em casos de hipoacusia neurosensorial há comprometimento da via aérea e da via óssea, porém com um limiar de percepção mais baixo, resultando em Rinne positivo patológico. Já o Rinne negativo, ocorre em casos de hipoacusia condutiva, onde a percepção sonora por via óssea é melhor do que pela via aérea (DORIGUETO e MEZZALIRA e SERRA, 2018).

A surdez é uma das deficiências sensoriais mais comuns. Diante disso, levantamentos epidemiológicos são de extrema importância para que as medidas de saúde

pública se adequem. A surdez grave ao nascer atinge em torno de 1 a cada 1.000 crianças. Ainda, se tornam surdas antes de alcançar a idade adulta, cerca de 1 a cada 1.000. É escasso a disposição de dados epidemiológicos sobre surdez no Brasil. Em relação a saúde pública, a perda auditiva produz um impacto socioeconômico superior a doenças neurológicas ou outras deficiências sensoriais (NETO e KURC, 2018). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, a perda auditiva atinge cerca de 538 milhões de pessoas no mundo (STEVENS G et al., 2013).

A prevalência da hipoacusia no Brasil e no mundo é um dado epidemiológico ainda em construção, pois existem dados esparsos calculados com intervalos de incerteza (STEVENS G et al., 2013). Ainda, há poucos estudos de base populacional que equivalem a descrição da prevalência da perda auditiva e que obedecem ao protocolo da Organização Mundial da Saúde. A nível mundial, estimativas da OMS são de que cerca de 1,5 bilhão de pessoas possuem perda auditiva (OMS, 2021). Deste número, cerca de 1,1 bilhão de pessoas têm perda auditiva de grau leve, 266 milhões têm perda auditiva de grau moderado, 103 milhões têm perda auditiva de grau moderadamente severo, 17,2 milhões possuem surdez de grau profundo e 12,6 milhões de pessoas têm surdez total (OMS, 2021).

Ainda, a causa mais comum é a infecção por rubéola durante a gestação, infecções de ouvido e exposição á ruídos altos (FLIGOR e COX, 2004). Por isso, existe a Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, referente á Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que aplica diretrizes a fim de promoção e prevenção da saúde, objetivando melhor qualidade de vida ás pessoas com deficiência (BRASIL, 2002).

De acordo com dados da OMS, cerca de 1 bilhão de indivíduos jovens, na faixa etária entre 12 e 35 anos, estão expostos ao risco de perder a audição, devido á exposição excessiva e prolongada a sons altos (OMS, 2022). Ainda, pesquisas apontam que, até 2050, cerca de 2,5 bilhões de pessoas devem ter algum grau de déficit auditivo e pelo menos 700 milhões precisarão de reabilitação auditiva (WHO, 2021).

Em relação a dados de custo da surdez não tratada, estima-se que 980 bilhões de dólares seja o custo global anual. Este valor inclui gastos dos países com a perda da produtividade dos cidadãos, saúde, suporte educacional, benefícios sociais, entre outros (OMS, 2021).

Há quem diga que toda a população surda sabe e faz uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), porém, dados apontam que dentro do público de pessoas que tem alguma dificuldade de ouvir 98,2% não sabem usá-la; de pessoas com muita dificuldade

auditiva 97% não sabe usá-la; de pessoas que não escutam 64,2% não sabem usá-la (OMS, 2021). Portanto, desmistifica-se o ditado popular “todos os surdos usam libras”, pois a maioria não usa. Isto demonstra a diversidade da surdez e a necessidade urgente de recursos de acessibilidade para este público.

Dentre o público adulto, a Presbiacusia, redução limiar da audição pelo processo de envelhecimento, é o tipo de perda auditiva mais comum no Brasil (POLANSKI et al., 2015). Além disso, outras comorbidades podem ser associadas ao déficit auditivo, sendo as mais comuns: Otite média, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes (DM) e uso de medicamentos ototóxicos (CRUZ et al., 2009).

Os sistemas de atenção à saúde auditiva se baseia em atendimentos com profissionais da área da fonoaudiologia, medicina otorrinolaringológica, psicologia e assistência social. Tais serviços contribuem ao diagnóstico, acompanhamento, indicações de intervenção para tratamento e/ou reabilitação auditiva (RUSSO et al., 2009). O levantamento do quantitativo de surdos associando suas deficiências às respectivas causas da perda auditiva, bem como os fatores de risco, faixa etária acometida, são informações relevantes ao auxílio de direcionamento de recursos e políticas de saúde auditiva da população (BARBOSA et al., 2018).

O tratamento da perda auditiva é sempre importante, porém, torna-se mais urgente no paciente em idade infantil, pois o déficit auditivo prejudica diretamente o desenvolvimento da linguagem, das habilidades cognitivas e da comunicação. O primeiro passo é a gestão das condições subjacentes, tratando quando for possível. A rede de apoio à saúde auditiva de crianças, composta por fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas e especialistas educacionais, é idealmente utilizada. Porém, deve-se encaminhá-las a acompanhamento com oftalmologista, pois a visão é fator dependente para comunicação e aprendizado (CALLISON, 1999). Após a gestão da perda auditiva, deve-se realizar a amplificação auditiva através de aparelhos auditivos e dispositivos assistivos, que apesar de não restaurar a audição normal, melhoram significativamente a ampliação sonora. Além disso, a amplificação antes dos 6 meses melhora o resultado do desenvolvimento de linguagem da criança (LANG-ROTH, 2014).

Sabe-se que a surdez afeta diretamente na comunicação, portanto deve-se buscar alternativas de reabilitação ou habilitação auditiva independentemente da idade do indivíduo afetado. A reabilitação é realizada quando se faz necessário o reestabelecimento das qualidades e habilidades auditivas que o paciente possuía anterior a instalação da perda auditiva, ou seja, deficiência auditiva pós-lingual. Já a habilitação ocorre nos casos

de déficits auditivos congênitos ou que surgem no período anterior a aquisição da linguagem pelo indivíduo, ou seja, deficiência auditiva pré-lingual (PIZA, 2017).

Os aparelhos de amplificação sonora são equipamentos que modificam e amplificam a frequência sonora quando há comprometimento da audição, e são fundamentais para o gerenciamento da deficiência auditiva (LANG-ROTH, 2017). Estes aparelhos incluem telefones amplificados, aparelhos auditivos, dispositivos portáteis. Já quando estes métodos de amplificação sonora não fornecem audição adequada, usa-se dispositivos auditivos implantáveis, como implantes cocleares (LAVINSKI et al. 2017).

A finalidade de uso de aparelhos amplificadores inclui a correção e a minimização das limitações geradas pela surdez, além de promover a reinserção do indivíduo ao convívio social, com o mínimo desconforto estético e auditivo para o usuário (PIZA, 2017). Na fase adulta, a adaptação torna-se mais fácil, apesar de não ser um processo confortável. Já na infância, deve-se ter a compreensão dos pais, assim como acompanhamento do processo terapêutico (MONTEIRO e NUNES e RATNER, 2016). O uso de próteses auditivas não traz benefício restrito ao ganho da amplificação sonora, mas está relacionado com redução do estresse, afeto positivo, participação social, competência diária e, principalmente, qualidade de vida (ALMEIDA, 2018).

A OMS indica que aproximadamente 10% da população mundial apresenta algum tipo de perda auditiva. No Brasil, cerca de 15 milhões de indivíduos são afetados e, entre eles, 350 mil têm surdez de grau severo ou profundo. Para essa numerosa população, têm-se a opção de cirurgia de implante coclear. A avaliação do candidato à cirurgia de implante coclear exige o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, visto que nem todos os pacientes surdos se beneficiam. Isso porque a indicação correta de implante coclear sofre interferência de acordo com a falta de estímulo com som ambiente e de fala durante o período da vida, pois há interferência no desenvolvimento do sistema auditivo. Para tal avaliação do paciente, são considerados alguns critérios como idade, nível de audição antes e após a amplificação sonora individual, aptidões para a fala, aptidão comportamental e família, anatomia e exames de imagem, causa da surdez, entre outros (LAVINSKY et al., 2017).

Deficiência é compreendida como “resultado da interação entre impedimentos, que são condições presentes nas funções e estruturas do corpo, e barreiras que podem ser urbanísticas, arquitetônicas, barreiras nos transportes, comunicações e na informação, atitudinais e tecnológicas. Assim, a deficiência é compreendida pela experiência de obstrução do gozo pleno e efetivo na sociedade em igualdade de condições” (LBI, 2015).

Por se tratar de uma deficiência invisível, gera consequências drásticas para a vida das pessoas surdas, pois a invisibilidade gera barreiras ainda maiores do que o próprio fato de ouvir pouco ou não ouvir.

O cuidado da saúde auditiva, através da promoção e prevenção de saúde, é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), integral e gratuita, sendo desde a identificação precoce por meio do teste da orelhinha, diagnóstico em serviços especializados e reabilitação auditiva (BRASIL, 2022).

Existem serviços que oferecem reabilitação auditiva, sendo aqueles que são permitidos utilizar de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI). Estes devem garantir aproveitamento da audição residual do indivíduo com perda auditiva através do processo de reabilitação auditiva, que inclui: diagnóstico (consultas e exames audiológicos), seleção, adaptação, permissão de AASI e terapia fonoaudiológica. Ainda, faz-se fundamental o acompanhamento periódico da condição auditiva, afim de monitorar e realizar possíveis modificações eletroacústicas do aparelhos auditivo, bem como orientações de uso e manuseio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O SUS fornece, adapta e realiza acompanhamento dos aparelhos auditivos. Para isso, existem centros com reabilitação auditiva pelo Brasil. É necessário entrar na fila de espera no Sistema Nacional de Regulação do SUS (SISREG) através de encaminhamento por médico ou fonoaudiólogo, indicando a possibilidade ou certeza de surdez e a necessidade de reabilitação auditiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os indivíduos que apresentam dificuldade de comunicação devido a perda auditiva são candidatos ao uso de AASI, e conforme a literatura fonoaudiológica e médica são categorizadas em classes: 1. Adultos com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000Hz, acima de 40dBNA; 2. Crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000Hz, acima de 30dBNA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Sabe-se que a surdez gera impactos na vida do indivíduo, porém não dificulta atividades práticas do dia a dia, visto que estes indivíduos vivenciam a incapacidade ou dificuldade de ouvir e, conseqüentemente, de se comunicar com a sociedade ouvinte, o que impede a integração dos indivíduos com surdez em suas famílias, e na sociedade. Estudos apontam que famílias que obtiveram o diagnóstico da surdez tardiamente e, conseqüentemente, iniciam tardiamente a reabilitação, demonstram enfrentar maiores

dificuldades referentes a educação, ensinamentos e comunicação social (ROVERE e LIMA e SILVA, 2018).

Um estudo com 335.560 crianças surdas, comparando as que obtiveram diagnóstico tardio e precoce, mostrou uma estatística significativa referente a qualidade de vida, demonstrando que pacientes que passaram por triagem auditiva neonatal apresentam melhores efeitos positivos no que diz respeito á qualidade de vida, do que pacientes que diagnosticaram a surdez tardiamente (KORVER et al., 2010).

Nem todos os surdos sabem se comunicar através da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), porém sabe-se que, para grande maioria desta população, o entendimento de libras é favorável para comunicação, integração social e, conseqüentemente, para a qualidade de vida do indivíduo (BAGIO, 2018). No Brasil, a oficialização da língua de sinais ocorreu de acordo com a Lei nº 10.436, de 24 de Abril de 2002 (BRASIL, 2002).

Sabe-se dos impactos causados pela pandemia da COVID-19 no Brasil e no mundo, mas pouco se analisa a vivência dos indivíduos portadores de deficiências no que diz respeito às suas limitações. Faz-se necessário atenção à saúde de pessoas surdas em tempos de pandemia por coronavírus, devido á dificuldade que o uso de máscaras impõe à estes indivíduos. A pessoa surda já vivencia situações de exclusão social diariamente, mas durante a pandemia, a situação se intensificou, visto que o uso de máscaras atenua a intensidade do som da fala e reduz a visualização de expressões faciais, ocasionando em inacessibilidade linguística (CORREIA LPF, FERREIRA MA, 2022).

Para que seja possível uma avaliação mais objetiva de questões complexas, que são determinantes para o conceito de qualidade de vida, existem ferramentas que permitem o cumprimento de tal tarefa com êxito. Uma dessas ferramentas é o WHOQOL-bref, “um questionário de vinte e seis itens, baseado em um modelo teórico e conceitual sobre a qualidade de vida” (FLECK, 2000).

Ainda, é importante a análise do que Fleck et al (2000, p.179) analisam:

O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-bref foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o caráter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem oWHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão.

Sendo assim, percebe-se que o questionário WHOQOL-bref é um instrumento adequado para a avaliação da qualidade de vida da população surda, que, apesar de se tratar de uma abreviação de outro instrumento, possui embasamento teórico suficiente para a mensuração dos principais aspectos que determinam a percepção da qualidade de vida.

2.1.8 Metodologia

2.1.8.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, observacional, transversal, de caráter descritivo e analítico.

2.1.8.2 Local e período de realização

O estudo será realizado junto ao curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) campus Passo Fundo - RS, no período de março a dezembro de 2023.

2.1.8.3 População e amostragem

A população do estudo será composta por indivíduos adultos diagnosticados com surdez. A amostra incluirá indivíduos surdos com idade entre 18 e 59 anos, que residem no Brasil. O tamanho da amostra foi calculado considerando-se nível de confiança de 95%, poder de estudo de 80%, razão de não expostos/expostos de 3:7, prevalência total do desfecho (baixa qualidade de vida) de 60%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 35,3% e, RP de 2, resultando em um n mínimo de 392 participantes. A composição da amostra será por conveniência, incluindo aqueles que voluntariamente aceitarem o convite para participar. O cálculo do tamanho amostral foi realizado considerando a prevalência do desfecho (qualidade de vida ruim) de 60%.

Crítérios de inclusão: Indivíduos de ambos os sexos, de idades entre 18 e 59 anos, que foram diagnosticados com perda auditiva, independentemente do tipo e do grau, que sejam alfabetizados.

Crítérios de exclusão: Indivíduos adultos que ficaram surdos na infância ou adolescência por etiologias como trauma e infecções.

2.1.8.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, os dados serão coletados através de um questionário online ao público participante da pesquisa (Plataforma Google Forms – gratuita). O processo de coleta ocorrerá via link gerado pela plataforma e enviado aos participantes, utilizando os dispositivos (computadores, tablets e celulares) da equipe de pesquisa. O convite para a pesquisa, juntamente com o link para o formulário

será enviado via grupos específicos de redes sociais, como Instagram, Facebook e Whatsapp compostos pela comunidade surda, onde será solicitado o aceite do participante através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A). Após o aceite, o participante terá o acesso ao questionário, que ficará disponível online até o alcance do tamanho amostral previsto no estudo ou até o encerramento do período destinado à coleta.

Serão coletados os seguintes dados nos questionários (Apêndice B): idade, sexo, cor/raça, escolaridade, estado em que reside, se trabalha ou não e qual a profissão, os fatores que levaram a suspeita de surdez, o grau da perda auditiva (leve, moderado, moderadamente severo, severo e profundo), o tipo da perda auditiva (neurossensorial, condutiva ou mista), o método utilizado no diagnóstico, a realização do teste da orelhinha (normal, positivo, negativo, não realizou, etc), as possíveis etiologias da surdez (congenita, hereditária, exposição a ruídos, infecções, etc), exposição a fatores de risco, os processos de reabilitação auditiva (amplificadores de frequência auditiva, cirurgias, etc), a simetria da hipoacusia (simétrica ou assimétrica), o processo de adaptação ao tratamento (processo tranquilo, fácil de lidar com as mudanças ou difícil ocasionando em transtornos emocionais e psicológicos que afetam a qualidade de vida), as manifestações clínicas (vertigem, zumbido, etc), a oralização, o uso de Libras, o uso de leitura labial, dificuldades impostas pelo uso de máscara durante a pandemia de COVID-19 e o que a surdez representa na vida de cada indivíduo (dificuldade, indiferença, limitações, etc).

Como variável independente será considerada a idade do indivíduo no momento de diagnóstico da surdez (sendo categorizada como tardio aqueles indivíduos que responderem “após os 5 anos de idade” e precoce aqueles que responderem “antes dos 5 anos de idade”).

O desfecho do estudo é a qualidade de vida (variável dependente), a qual será avaliada através de aplicação do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref – Anexo I). Tal instrumento, por valorizar a percepção individual, permite a avaliação da qualidade de vida em diferentes grupos e situações e a descrição da percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde psicológica e física, ao meio ambiente e às relações sociais.

O instrumento é composto por 26 questões, sendo as duas primeiras sobre qualidade de vida no geral e as restantes compondo 24 facetas que compõem o instrumento original e que serão avaliadas por apenas uma questão cada. As questões 1 e 2 deverão aparecer como: 1- Percepção da qualidade de vida; 2- Satisfação com a saúde;

ambas com resultado em média 1 a 5. Cada faceta deve ter os valores da entrevista somados e divididos pelo número de participantes, fazendo uma média onde o resultado vai ser de 1 até 5. A percepção do indivíduo é dada através de quatro domínios: físico (dor física, desconforto, mobilidade, dependência de medicação/tratamento, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana), psicológico (sentimentos positivos e negativos, crenças pessoais/religiosidade, aprendizado, memória/concentração, autoestima), relações sociais (relações pessoais, atividade sexual, suporte/apoio social) e ambiente (segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde, transporte). As pontuações de cada domínio são transformadas numa escala linear que varia de 0 a 100 e são expressas em termos de médias, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de qualidade de vida.

As respostas para o instrumento serão dadas em uma escala do tipo Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida), que é apresentada como uma tabela de classificação, sendo habitualmente utilizada em questionários. Esta escala é formulada para respostas incluindo intensidade (nada/extremamente), capacidade (nada/completamente), frequência (nunca/sempre) e avaliação (muito insatisfeito/muito satisfeito; muito ruim/muito bom). Serão apresentadas afirmativas e o participante responderá emitindo o seu grau de concordância com aquela frase, marcando na escala a resposta mais condizente com sua opinião. Portanto, este instrumento demanda pouco tempo de aplicação, sendo em cerca de dez a quinze minutos (FLECK, 2000).

2.1.8.5 Processamento e análise de dados

Os dados serão coletados diretamente em uma planilha gerada pela plataforma Google Forms, a qual, em seguida, será conferida, codificada e utilizada para as análises estatísticas. A planilha será em seguida convertida em arquivo a ser trabalhado no programa PSPP (distribuição livre), através do qual será realizada a análise descritiva com distribuição de frequências absolutas e relativas de todas as variáveis, de modo a traçar um panorama das características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da amostra. Ademais, será feito cálculo da prevalência da variável independente (momento do diagnóstico – tardio ou precoce) com intervalo de confiança de 95% (IC95). Ademais, a relação da variável independente (momento do diagnóstico - tardio ou precoce) com a qualidade de vida (variável dependente) será avaliada pelo método do qui-quadrado, com intervalo de confiança de 95% (IC95).

Na aplicação do questionário WHOQOL-bref, serão observadas as respostas às 26 questões, sendo as duas primeiras sobre qualidade de vida no geral e as restantes

compondo 24 facetas distribuídas nos quatro domínios (físico, psicológico, de relações sociais e do meio ambiente) que compõem o instrumento original e que serão avaliadas por apenas uma questão cada. (Anexo II). Para a análise dos dados as respostas para o instrumento serão dadas em uma escala do tipo Likert, que é formulada para respostas incluindo intensidade (nada/extremamente), capacidade (nada/completamente), frequência (nunca/sempre) e avaliação (muito insatisfeito/muito satisfeito; muito ruim/muito bom). Assim, todos os resultados serão calculados na forma de médias, tanto no domínio, quanto nas facetas (cada questão do questionário). As pontuações de cada domínio são transformadas numa escala linear que varia de 0 a 100 e são expressas em termos de médias.

2.1.8.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa está em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que delibera sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Primeiramente, o projeto seguirá para a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS). Será solicitado, antes do acesso aos questionários, o aceite do participante através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A). O aceite será feito de maneira digital, e somente após confirmar sua participação, o acesso ao questionário será liberado. Será ainda informado ao participante que ele faça um “print” ou cópia da tela contendo o TCLE, de modo que ele fique com uma cópia do mesmo para si.

O presente estudo se justifica pela relevância do tema no contexto de políticas públicas de saúde, uma vez que as perdas auditivas apresentam elevada incidência, capacidade de consequências negativas a qualidade de vida do indivíduo, além do fato de o conhecimento epidemiológico e etiológico sobre o assunto ainda ser escasso no Brasil. Portanto, far-se-á importante o estudo do tema para que haja visibilidade da realidade imposta a estes indivíduos, assim como a relevância do diagnóstico tardio e sua influência. Ademais, no Brasil o tema é pouco referido e desatualizado, além de que prevalece estudos sobre o diagnóstico precoce, dificultando compreensão sobre o diagnóstico tardio. Fato este que torna o presente trabalho um diferencial. Portanto, a presente pesquisa possibilita destacar os impactos que o indivíduo surdo sofre diariamente, principalmente aqueles que têm seu diagnóstico tardiamente.

Por se tratar de uma pesquisa com questionário auto aplicado, os participantes estão sujeitos ao risco de terem os dados pessoais expostos, podendo ocorrer a identificação do(s) indivíduo(s). Nesse sentido, a fim de evitar que isso ocorra, as

respostas serão colhidas de forma anônima, sem coleta de nenhuma informação pessoal. Os dados serão armazenados de maneira que terceiros não possam ter acesso, em computador de uso pessoal restrito ao pesquisador responsável pelo projeto, protegido por senha. Além disso, os participantes estão sujeitos ao risco de constrangimento ao responder o questionário. Portanto, a fim de evitar que isso ocorra, o participante será informado que responda em lugar privativo, podendo interromper o preenchimento a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Em caso de vazamento de dados de algum participante, o estudo será imediatamente interrompido e os demais dados coletados serão destruídos.

Além disso, admitem-se os riscos característicos de uma pesquisa em ambiente virtual, em função das limitações das tecnologias utilizadas e das limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de violação da pesquisa realizada em meio eletrônico. De maneira a minimizar estes riscos, a equipe de pesquisa assume o compromisso de garantir que a participação seja anônima e se compromete a armazenar os dados de forma que terceiros não possam acessá-los. Dessa forma, uma vez concluída a coleta de dados, o pesquisador responsável fará download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local (em computador de uso pessoal, protegido por senha) e em seguida apagará todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. No entanto, caso esse risco se concretize o estudo será interrompido.

Não há benefícios diretos previstos aos participantes deste estudo. Contudo, podem-se destacar alguns benefícios indiretos do estudo para a população, como: conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico; conhecer a real prevalência do diagnóstico tardio da perda auditiva, o que pode auxiliar na formulação de novas políticas públicas de saúde ou na readequação das existentes; o presente estudo pode servir como base para posteriores estudos e poderá ampliar os conhecimentos epidemiológicos referentes ao Brasil.

Ao final deste estudo será feita uma devolutiva à comunidade científica, que ocorrerá por meio da divulgação dos resultados (mantendo o sigilo dos dados pessoais dos participantes) em eventos e/ou publicações científicas.

Os arquivos digitais contendo as respostas dos participantes serão arquivados pela equipe de pesquisa sob responsabilidade do pesquisador principal em um computador pessoal de acesso restrito protegido por senha por um período de 5 (cinco) anos. Após este período, os arquivos digitais serão deletados de forma definitiva.

2.1.9 Recursos

Os custos do projeto serão totalmente arcados pela equipe da pesquisa. São previstos os seguintes custos:

Item	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)	Especificação
Computador	1	3.600	3.600	Dell Inspiron
Celular	1	1.200	1.200	Samsung Galaxy
Impressões	-	-		-
Pasta	1	22,00	22,00	Cinza
Total do Orçamento	-	-		-

2.1.10 Cronograma

Atividade de 2023	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados	X	X	X	X	X	X				
Processamento e análise dos dados					X	X	X			
Redação e divulgação dos resultados								X	X	X
Envio de relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos										X

2.1.11 REFERÊNCIAS

ABORL-CCF (Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial). Risco de surdez é ignorado. 2015. Disponível em: ABORL-CCF - Risco de

Surdez é Ignorado (aborlccf.org.br). Acessado em: 30 de Agosto de 2022.

AHMAD N, SEIDMAN M. Tinnitus no idoso: epidemiologia, fisiopatologia e opções de tratamento. 2004.

ANASTASIO, A.R.T., YAMAMOTO, A.Y., MASSUDA, E.T. *et al.* Avaliação abrangente dos fatores de risco para perda auditiva neonatal em uma grande coorte brasileira. 2020.

Almeida-Brasil, Celline Cardoso et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017.

BAGIO C. Marcas e olhares à comunidade surda. 2018.

BANKAITIS AE, Keith RW. Audiological changes associated with HIV infection. 1995.

BARBOSA HJC, Aguiar RA, Bernardes HMC, Azevedo RR Júnior, Braga DB, Szpilman ARM. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com perda auditiva. 2018.

BARROS P. M. F., Cavalcante T. C. F., Andrade A. F. Audiologia em Comunidade: relato de experiência. *Rev. CEFAC*. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/rBmZCshTk3mQpczFw7npNTM/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 28 de Agosto de 2022.

BIAP – International Bureau For Audiophonologie. Audiometric Classification of Hearing Impairments. 1996. Disponível em: CT 2 - Classification des surdités (biap.org) Acessado em: 20 de Agosto de 2022.

BRASIL. Lei 10.436, de 24 de abril de 2002. LIBRAS - Lei Federal. Disponível em: . Acesso em: 02 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Brasileira de Inclusão (LBI), 13.146 de julho de 2015. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Conselho Nacional de Assistência Social. SUAS Sistema Único da Assistência Social “Modo de usar”. Brasília, dezembro de 2017.

BRASIL . Ministério do Trabalho e Emprego – Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho – Portaria Nº 19, de 9 de abril de 1998

CALLISON D M. Avaliação audiológica de crianças com deficiência auditiva. 1999.

CAMATTI, L. Efeitos do diagnóstico precoce da surdez nos processos de escolarização de alunos surdos, 2017.

CHAVEIRO N, *et al.* Instrumentos em Língua Brasileira de Sinais para avaliação da qualidade de vida da população surda. 2013.

Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2013. Sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia. Manual de procedimentos em audiometria tonal limiar, logaudiometria e medidas de imitância acústica. Brasília.

Conselho Federal de Fonoaudiologia. Lei Federal 12.303, de 2 de agosto de 2010 - Teste da Orelhinha, 2016.

CORREIA LPF, FERREIRA MA. Health care of deaf persons during coronavirus pandemics. *Rev Bras Enferm.* 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1036> Acessado em: 04/11/2022.

CRUZ, MS, OLIVEIRA LR, CARANDINA L, LIMA MCP, CÉSAR CLG, BARROS MBA, *et al.* Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2009.

DAVIS H, SILVERMAN SR. *Hearing and deafness.* 3rd ed. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1970.

DING T, YAN A, LIU K. What is noise-induced hearing loss? 2019.

FLECK MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. 2000.

FLIGOR BJ, COX LC. Níveis de saída de leitores de discos compactos portáteis disponíveis comercialmente e o risco potencial de audição. 2004.

GOGUEN L A. Otite externa: Patogênese, características clínicas e diagnóstico. 2022

Grasel S S, Guedes M C, Almeida E R de, Beck R M O de. Audiometria tonal, imitância imitanciometria e logaudiometria. *Tratado de Otorrinolaringologia* 3ª edição. 2017.

KORVER AM, KONINGS S, DEKKER FW, BEERS M, WEVER CC, FRIJNS JH, OUDESLUYS-MURPHY AM. Triagem auditiva de recém-nascidos vs posterior triagem auditiva e desfechos de desenvolvimento em crianças com deficiência auditiva permanente na infância. 2010.

KURC e AMATUZZI, *Fisiologia da audição – Tratado de Otorrinolaringologia* 3. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

LANG-ROTH R. Deficiência auditiva e atraso de linguagem em bebês: Diagnóstico e genética. 2014.

LIKERT, R. A technique for the Measurement of Attitudes. 1932.

LLO YD, L. L.; KAPLAN, H. Audiometric interpretation: a manual o basic audiometry. 1978.

MEYNARDL JL, EL AMRANI ML, MEYOHAS MC, FLIGNY I, GOZLAN J, ROZENBAUM W, et al. Two cases of cytomegalovirus infection revealed by hearing loss in HIV-infected patients.1997.

MILLER GA, NICELY PE. An analysis of perceptual confusions among some English consonants. 1955.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no âmbito do SUS. 2012.

MIRANDA G R, RICIOPO P M. Diagnóstico tardio da surdez e seus impactos no desenvolvimento cognitivo-linguístico da criança surda. 2020.

MONTEIRO, R., NUNES D., RATNER C. Surdez e diagnóstico: narrativas de surdos adultos, 2016.

NAIR, V., JANAKIRAMAN, S., WHITTAKER, S. *et al.* Deficiência auditiva infantil permanente em bebês internados na unidade de terapia intensiva neonatal: estudo de caso-controle aninhado. 2021.

NETO e KURC, Surdez hereditária - – Tratado de Otorrinolaringologia 3. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

Organização Mundial da Saúde (OMS), 2022.

Organização Mundial da Saúde (OMS), 2021.

PHILIPPI, F. Zumbido. Fundação de Otorrinolaringologia, 2020.

PIGNATARI S. S. N., Lima W.T.A. – Tratado de Otorrinolaringologia 3. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

PINTO, M.M. et al. Idade no diagnóstico e no início da intervenção de crianças deficientes auditivas em um serviço público de saúde auditiva brasileiro. 2012.

POLANSKI JF, PILTCHER OB, COSTA SS, MAAHS GS, KUHL G. Presbiacusia. 2015.

PROCHÁZKOVÁ K, ŠEJNA I, SKUTIL J, HAHN A. Ginkgo biloba extrato EGb 761 versus pentoxifylline em zumbido crônico: um ensaio clínico randomizado e duplo-cego. 2018.

RADUNZ CL et al. Estudo clínico randomizado de eficácia de aparelhos auditivos em associação com extrato de ginkgo biloba (EGb 761) sobre a melhora do zumbido. 2020.

REYNOLDS MR, JONES AM, PETERSEN EE, et al. Vital Signs: Update on Zika Virus – Associated Birth Defects and Evaluation of All U.S. Infants with Congenital Zika Virus Exposure. 2016.

ROVERE N C, LIMA M C M P, SILVA I R. A comunicação entre sujeitos surdos com diagnóstico precoce e com diagnóstico tardio e seus pares. 2018.

RUSSO, I. et al. Encaminhamentos sobre a classificação do grau de perda auditiva em nossa realidade. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/7GjxhJDqj7Pfncd4mJsd5x/?format=pdf&lang=pt>

SILMAN, S.; SILVERMAN, C. A. Auditory diagnosis: principles and applications. 1997.

SILMAN, S.; SILVERMAN, C. A. Basic audiologic testing. 1997.

SILVA LSG, GONÇALVES CGO. Processo de diagnóstico da surdez em crianças na percepção de familiares e gestores. 2013.

SILVA VA, CASTILHO AM. The rehabilitation challenges of profound unilateral hearing loss. 2022.

SILVA, Erika. Capacidade Civil e Pessoas com Deficiência Intelectual e Mental. São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais. 2021. Disponível em: <https://thomsonreuters.jusbrasil.com.br/doutrina/1314941964/capacidade-civil-e-pessoas-com-deficiencia-intelectual-e-mental>. Acessado em: 1 de setembro de 2022.

STEVENS G, FLAXMAN S, BRUNSKILL E, MASCARENHAS M, MATHERS CD, FINUCANE M; Prevalência de deficiência auditiva global e regional: análise de 42 estudos em 29 países. 2013.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998.

VEIGA, P M. Surdez Neurosensorial Súbita. 2021.

VOHR B *et al.* Desfechos de linguagem precoce de bebês identificados precocemente com perda auditiva permanente aos 12 a 16 meses de idade. 2008.

VOS B, SENTERRE C, LAGASSE R. *et al.* Programa de triagem auditiva de recém-nascidos na Bélgica: uma recomendação de consenso sobre fatores de risco. 2015.

YOSHINAGA-ITANO C, SEDEY AL, COULTER DK, MEHL AL. Linguagem de crianças precoces e posteriormente identificadas com perda auditiva. 1998.

World Health Organization (WHO). Deafness and hearing loss, 2015.

2.1.12 Apêndices

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE SURDEZ E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE SURDEZ E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS desenvolvida por Renata Deponti Cogo, discente de graduação em medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo-RS, sob orientação do Professor Dr. Gustavo Olszanski Acrani.

O objetivo central do estudo é estimar a prevalência de diagnóstico tardio de surdez em adultos e sua relação com a qualidade de vida. O estudo é importante, pois possibilita atualizar dados referentes ao diagnóstico tardio, destacar os impactos que o indivíduo surdo sofre e contribuir para as políticas públicas de saúde.

O convite a sua participação se deve a possuir diagnóstico de surdez e ter idade entre 18 e 59 anos.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário para avaliação do nível de qualidade de vida.

O tempo de duração do preenchimento ao questionário é de aproximadamente 10 minutos.

As informações coletadas serão digitadas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital por um período de cinco anos.

Como benefício indireto você terá o auxílio na formulação de novas políticas públicas de saúde ou na readequação das já existentes, além de ampliar os conhecimentos epidemiológicos sobre o assunto.

Por se tratar de uma pesquisa com questionário auto aplicado, você está sujeito ao risco de ter seus dados pessoais expostos, podendo ocorrer a sua identificação. Nesse sentido, a fim de evitar que isso ocorra, as respostas serão colhidas de forma anônima, sem coleta de nenhuma informação pessoal. Os dados serão armazenados de maneira que terceiros não possam ter acesso, em computador de uso pessoal restrito ao pesquisador responsável pelo projeto, protegido por senha. Além disso, você está sujeito ao risco de constrangimento ao responder o questionário. Portanto, a fim de evitar que isso ocorra, solicitamos que responda em lugar privativo, podendo interromper o preenchimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Em caso de vazamento de dados de algum participante, o estudo será imediatamente interrompido e os demais dados coletados serão destruídos.

Além disso, admitem-se os riscos característicos de uma pesquisa em ambiente virtual, em função das limitações das tecnologias utilizadas e das limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de violação da pesquisa realizada em meio eletrônico. De maneira a minimizar estes riscos, a equipe de pesquisa assume o compromisso de garantir que a sua participação seja anônima e se compromete a armazenar os dados de forma que terceiros não possam acessá-los. Dessa forma, uma vez concluída a coleta de dados, o pesquisador responsável fará download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local (em computador de uso pessoal, protegido por senha) e em seguida apagará todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. No entanto, caso esse risco se concretize o estudo será interrompido.

Os resultados do estudo serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais, como devolutiva à comunidade científica.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será de responsabilidade do pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas poderá tirar um “print” da tela para possuir uma via. Desde já agradecemos sua participação!

CAAE:

Número do Parecer de aprovação no CEP/UFS:

Data de Aprovação:

Pesquisador Responsável: Gustavo Olszanski Acrani

Equipe de pesquisa: Renata Deponti Cogo, Bibiana Callegaro Fortes, Isabela Olszanski Acrani

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com o pesquisador responsável:

Telefone: (54) 9 91231439

E-mail: gustavo.acrani@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFS, rua Capitão Araújo, 20, Centro, CEP 99010-121, Passo Fundo – Rio Grande do Sul – Brasil.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFS.

Telefone (49) 2049-3745.

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFS – Comitê de Ética em Pesquisa da UFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 Chapecó – Santa Catarina – Brasil.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

APÊNDICE B – Formulário de coleta de dados

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE SURDEZ E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS.

Data:

VARIÁVEIS DO PARTICIPANTE	
1. Qual sua idade? _____	IDAD_
2. A que gênero você se identifica? (1) Masculino (2) Feminino	SEXO_
3. Como você considera sua cor/raça? (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena	COR_
4. Qual seu nível de escolaridade? (1) Sem instrução (2) Ensino Fundamental Incompleto (3) Ensino Fundamental Completo (4) Ensino Médio Incompleto (5) Ensino Médio Completo (6) Ensino Superior Incompleto (7) Ensino Superior Completo (8) Não Consta	ESCO_
5. Em qual região do Brasil você reside? (1) Região Sul (2) Região Norte (3) Região Nordeste (4) Região Centro-Oeste (5) Região Sudeste	RES_
6. Você trabalha? (1) Sim (2) Não (3) Profissão _____	PROF_

<p>7. Você estuda?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p>	EST_
<p>8. Você usa equipamento de proteção individual (EPI) no seu trabalho? (se necessário)</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p>	EPI_
<p>9. Você já teve alguma dificuldade no convívio social?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(3) Qual? _____</p>	SOC_
<p>10. Você já teve alguma dificuldade econômica?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(3) Qual? _____</p>	ECON_
<p>11. Você já teve alguma dificuldade emocional/psicológica?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(3) Qual? _____</p>	EMOC_
<p>12. Você já teve alguma dificuldade na escola/faculdade?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(3) Qual? _____</p>	ESC_
<p>13. Você já teve alguma dificuldade no trabalho?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(3) Qual? _____</p>	TRAB_
<p>14. O diagnóstico da sua surdez foi feito antes dos 2 anos de idade?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(3) Com quantos anos foi diagnosticado? _____</p>	DIAG_
<p>15. Qual foi o fator da tua vida que gerou suspeita de surdez?</p> <p>(1) Os pais perceberam</p> <p>(2) A escola percebeu</p>	SUSP_

<ul style="list-style-type: none"> (3) Colegas de trabalho perceberam (4) Amigos perceberam (5) Eu percebi (6) Outros fatores 	
<p>16. Qual o seu grau de surdez?</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Leve (2) Moderada (3) Moderadamente severa (4) Severa (5) Profunda (6) Não sei qual o grau da minha surdez 	GRA_
<p>17. Qual o tipo da sua surdez?</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Neurosensorial (2) Condutiva (3) Mista (4) Não sei 	TIP_
<p>18. Qual foi o método pelo qual você foi diagnosticado?</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Teste da orelhinha (2) Audiometria (3) Outro _____ 	MET_
<p>19. Você fez teste da orelhinha?</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Sim (2) Não 	TES_
<p>20. Qual a etiologia (causa) da sua surdez?</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Exposição a ruídos (2) Congênita (3) Infecciosa (4) Traumática (5) Outra _____ (6) Não sei 	ET_
<p>21. Na sua infância ou idade adulta, teve exposição a algum fator de risco antes do diagnóstico de surdez?</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Problemas na gestação (Infecções congênicas, etc) 	EXP_

<p>(2) Exposição prolongada a ruídos (barulhos muito altos)</p> <p>(3) Infecções (otites, etc)</p> <p>(4) Traumas</p> <p>(5) Intoxicações</p> <p>(6) Outras doenças (Tumores, etc)</p> <p>(7) Não tive exposição</p>	
<p>22. Você fez ou faz uso de algum meio de reabilitação auditiva (aparelhos auditivos, implante coclear, etc)?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Qual? _____</p> <p>(3) Não</p>	REAB_
<p>23. Sua surdez é simétrica ou assimétrica? (lateralidade)</p> <p>(1) Simétrica (um ouvido só)</p> <p>(2) Assimétrica (dois ouvidos)</p>	SIM_
<p>24. Como foi o seu processo de adaptação ao diagnóstico?</p> <p>(1) Tranquilo. Aceitei a condição e me esforcei para me adaptar.</p> <p>(2) Péssimo. Não aceitei o diagnóstico.</p> <p>(3) Razoável. Aceitei o diagnóstico, mas não me esforcei para me adaptar.</p> <p>(4) Indiferente</p>	ADAP_
<p>25. Você é oralizado?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p>	ORA_
<p>26. Você usa Língua de Sinais (libras) para se comunicar?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p>	LIB_
<p>27. Se não usa Libras, por que não usa?</p> <p>(1) Não sei usar</p> <p>(2) Sei usar, mas não gosto</p> <p>(3) Não preciso usar</p>	LIB_
<p>28. Você faz uso de leitura labial?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p>	LEIT_

29. O uso de máscaras durante a pandemia trouxe dificuldades para você? (1) Sim (2) Não	MASC_
30. Deixe seu comentário sobre o que a surdez representa em sua vida. _____	COM_

2.1.13 Anexos

ANEXO I – WHOQOL-bref – versão em português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Você deve circular o número que melhor corresponde ao que você pensa.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e marque o número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
4	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
5	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
6	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
7	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
8	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
9	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
10	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
11	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
12	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
13	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
14	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

15	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
16	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Bom	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor,	1	2	3	4	5

	desespero, depressão?	ansiedade,					
--	--------------------------	------------	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Tabela para apresentação dos resultados de qualidade de vida do WHOQOL-bref:

Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente

Resultados em % de 0 a 100.

Quanto maior a porcentagem melhor a qualidade de vida.

ANEXO II – Domínios e facetas do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-BREF

Domínio I – domínio físico
3. Dor e desconforto 4. Energia e fadiga 10. Sono e repouso 15. Mobilidade 16. Atividades da vida cotidiana 17. Dependência de medicações ou de tratamentos 18. Capacidade de trabalho
Domínio II – domínio psicológico
5. Sentimentos positivos 6. Pensar, aprender, memória e concentração 7. Autoestima 11. Imagem corporal e aparência 19. Sentimentos negativos 26. Religiosidade/crenças
Domínio III – relações sociais
20. Relações pessoais 21. Suporte (apoio) social 22. Atividade sexual
Domínio IV – meio ambiente
8. Segurança física e proteção 9. Ambiente no lar 12. Recursos financeiros 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 23. Participação e/ou oportunidades de recreação/lazer 24. Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima 25. Transporte

Domínio I – físico: Para calcular é só somar os valores das facetas e dividir por 7. (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18)/7.

Domínio II – psicológico: Para calcular é só somar os valores das facetas e dividir por 6. (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26)/6.

Domínio III – relações sociais: Para calcular é só somar os valores das facetas e dividir por 3. (Q20, Q21, Q22)/3.

Domínio IV – meio ambiente: Para calcular é só somar os valores das facetas e dividir por 8. (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25)/8.

Cada faceta é só somar os valores das respostas (de 1 a 5) e dividir pelo número de participantes. fazer uma média onde o resultado vai ser de 1 até 5.

Todos os resultados, tanto do domínio, quanto das facetas, serão em média.

Respostas: Necessita melhorar (1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5).

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

O projeto de pesquisa foi desenvolvido na Disciplina de Trabalho de Curso I, no segundo semestre letivo de 2022, sob a orientação do Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani e coorientação da Ma. Bibiana Callegaro Fortes e Dr^a. Isabela Olszanski Acrani. Ao ser concluído, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP) no dia 8 de novembro de 2022. Para essa submissão, foi necessário o envio, por endereço eletrônico, do Projeto de Pesquisa no formato PDF, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Formulário de Coleta de Dados. No dia 1 de dezembro de 2022, foi liberado o primeiro Parecer, sendo que neste havia três pendências. As pendências foram enviadas por meio de carta específica no dia 1 de dezembro de 2022, sendo respondida e aprovada no dia 14 de dezembro de 2022, quando foi emitido por essa comissão o Parecer e Autorização sobre o Projeto de Pesquisa, sob o Parecer de nº 5.815.037 (ANEXO A).

Assim, tendo o consentimento do órgão responsável, foi autorizada a coleta de dados. A partir do dia 14 de dezembro de 2022 até o dia 26 de janeiro de 2023 foi realizado o teste do Instrumento de Coleta de Dados. Após adequação do Instrumento, a coleta de dados foi iniciada, no dia 27 de janeiro de 2023.

Após o início da coleta, foi observado a necessidade de alteração do texto de convite de participação, sendo alterado o termo “portador de perda auditiva” para “tem perda auditiva”, devido ao termo soar capacitista, podendo gerar incômodo aos indivíduos participantes da pesquisa.

O período de coleta foi de cerca de 4 meses (janeiro a maio de 2023). Após, encerrou-se a divulgação do instrumento de coleta e deu-se início à análise dos dados coletados. O cálculo de amostra resultou em um $n=392$, porém, foi obtido um $n=169$.

Posteriormente à análise de todas as respostas ao questionário eletrônico via Google Forms, os dados foram baixados na forma de uma planilha eletrônica no programa Excel. Ainda, foi realizada a limpeza e codificação do banco de dados. Em seguida foram excluídas 8 respostas devidas as seguintes situações: Não ter idade correspondente à faixa etária imposta nos critérios de inclusão; não terem respondido ao questionamento de idade. Logo, o n final foi de 161 indivíduos.

Posteriormente, o banco de dados passou por uma categorização de algumas variáveis, a fim de facilitar a conversão para a análise no software PSPP.

A análise estatística com o PSPP (distribuição livre) foi realizada utilizando o banco de dados convertido em spss. Durante a análise observou-se um número maior de

indivíduos diagnosticados precocemente, quando comparado ao número de indivíduos diagnosticados tardiamente, o que possibilitou o cruzamento de dados para o cálculo do qui-quadrado. Portanto, a análise compreendeu o cálculo de distribuição absoluta/relativa das variáveis categóricas.

Ao finalizar a análise e o processamento de dados, foi dado início a elaboração do artigo científico, que foi desenvolvido no período de julho a outubro de 2023. Ademais, a redação do texto foi estruturada conforme as normas da Revista Brazilian Journal of Otorhinolaryngology (BJORL – ANEXO B) sendo submetido após a aprovação da banca de avaliação do projeto. O presente trabalho será apresentado no dia 28 de novembro de 2023, durante o semestre correspondente ao componente curricular Trabalho de Curso III.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE SURDEZ E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS

PREVALENCE OF LATE DIAGNOSIS OF DEAFNESS AND THE RELATIONSHIP WITH QUALITY OF LIFE IN ADULTS

Renata Deponti Cogo¹, Isabela Olszanski Acrani², Bibiana Callegaro Fortes³, Gustavo Olszanski Acrani⁴

1. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo.

2. Fonoaudióloga pela Universidade Federal de São Paulo. Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo. Especialização em Gestão da clínica nas regiões de Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês, e residência em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Fonoaudióloga da Prefeitura de São José do Rio Preto/SP.

3. Médica pela Universidade Federal de Santa Maria. Professora de Otorrinolaringologia da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e da Universidade de Passo Fundo (UPF). Preceptora da Residência de Otorrinolaringologia da UFFS – Campo de prática HSVP. Mestrado em Envelhecimento Humano pela UPF. Título de Especialista em Otorrinolaringologia pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia pelo Hospital Edmundo Vasconcelos – São Paulo. Observership no Seattle Children’s Hospital.

4. Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul. Mestrado e Doutorado em Biologia Celular e Molecular pela Universidade de São Paulo. Pós-doutorado nas Universidades de St. Andrews e de Glasgow.

Correspondência: Renata Deponti Cogo, Avenida Brasil Oeste, 1003 (2002), Centro, CEP: 99025-002, Passo Fundo, RS. Fone: (55) 996179359. E-mail:

renatacogod@gmail.com.

RESUMO:

A surdez, de nome técnico hipoacusia, é uma importante causa de má qualidade de vida. Pode ser classificada de acordo com seu grau (Leve, Moderado, Moderadamente Severo, Severo, Profundo e Total), tipo (Neurosensorial, Condutiva, Mista), lateralidade (Bilateral ou Unilateral) e simetria (Simétrica ou Assimétrica). O objetivo desta pesquisa é estimar a prevalência de diagnóstico tardio de surdez em adultos e sua relação com a qualidade de vida. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado junto ao curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo - RS, com coleta de dados em questionário eletrônico no período de 27 de janeiro de 2023 a 31 de maio de 2023. A amostra inclui indivíduos surdos com idade entre 18 e 59 anos, que residem no Brasil. Como variável independente foi considerada a idade do indivíduo no momento do diagnóstico de surdez (diagnóstico precoce/tardio) e como desfecho (variável dependente) a qualidade de vida, a qual foi avaliada por meio da aplicação do instrumento WHOQOL-bref da Organização Mundial da Saúde. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequências absolutas e relativas de todas as variáveis, de modo a traçar um panorama das características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da amostra. A amostra final foi de 161 indivíduos. Conclui-se que a minoria dos participantes obteve diagnóstico precocemente (16,1%) e, ainda assim demonstraram ter

uma qualidade de vida ruim/regular (49,7%). Observou-se também que, entre os quatro domínios avaliados, o domínio físico foi o com maior média de escore ($72,55 \pm 12,89$), enquanto o de meio ambiente mostrou-se como o aspecto de menor valor médio entre a amostra ($68,31 \pm 13,15$) e com frequência de indivíduos com qualidade de vida ruim maior entre aqueles com diagnóstico precoce (73,1%, $p=0,039$). Esclarece-se, portanto, que a qualidade de vida do indivíduo surdo é relacionada não só à idade do diagnóstico, como também ao grau da hipoacusia.

Palavras-chave: surdez; perda auditiva; qualidade de vida; diagnóstico tardio.

ABSTRACT:

Deafness, the technical name for which is hypoacusis, is a major cause of poor quality of life. It can be classified according to its degree (Mild, Moderate, Moderately Severe, Severe, Profound and Total), type (Sensorineural, Conductive, Mixed), laterality (Bilateral or Unilateral) and symmetry (Symmetrical or Asymmetrical). The aim of this study was to estimate the prevalence of late diagnosis of deafness in adults and its relationship with quality of life. This is a cross-sectional, descriptive and analytical study carried out at the Medical School of the Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo - RS, with data collection using an electronic questionnaire from January 27, 2023 to May 30, 2023. The independent variable was the age of the individual at the time of diagnosis of deafblindness (early/late diagnosis) and the outcome (dependent variable) was quality of life, which was assessed using the WHOQOL-bref instrument from the World Health Organization. The sample included deaf individuals aged between 18 and 59 living in Brazil. A descriptive analysis was carried out with the distribution of absolute and relative frequencies of all the variables, in order to provide an overview of the sociodemographic, behavioral and health characteristics of the sample. The final sample consisted of 161 individuals. It can be concluded that a minority of the participants were diagnosed early (16.1%) and even so showed a poor/regular quality of life (49.7%). It was also observed that among the four domains assessed, the physical domain had the highest average score (72.55 ± 12.89), while the environmental domain had the lowest average score among the sample (68.31 ± 13.15) and the frequency of individuals with poor quality of life was higher among those with an early diagnosis (73.1%, $p=0.039$). It is therefore clear that the quality of life of deaf individuals is related not only to the age at diagnosis, but also to the degree of hearing loss.

Keywords: deafness; hearing loss; quality of life; delayed diagnosis.

INTRODUÇÃO

Surdez é o nome popular do termo técnico Hipoacusia, que se refere à disfunção do sistema auditivo em transformar estímulos sonoros mecânicos em sensação auditiva. (Kurc e Amatuzzi, 2018). A perda auditiva, independente do grau, prejudica a percepção das informações sonoras, fundamental para a convivência social e desenvolvimento, o que pode interferir negativamente na qualidade de vida dos indivíduos. É uma deficiência que, apesar de afetar mais o público idoso, acomete jovens, causando grande impacto emocional, social e econômico. (Russo et al., 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define deficiência auditiva como uma diminuição da capacidade auditiva, permitindo a oralidade do indivíduo e a intervenção

por meio de aparelhos amplificadores de som. Sendo assim, o Decreto Federal 5.296/2004 determinou que a deficiência auditiva é a perda da audição bilateral, parcial ou total, de 41dB ou mais nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz aferida por audiometria (Silva, 2021).

A surdez possui classificações quanto ao seu grau (leve, moderado, moderadamente severo, severo, profundo e total), tipo (condutiva, neurosensorial ou mista), lateralidade (unilateral ou bilateral) e simetria (simétrica ou assimétrica). (OMS, 2014).

No que tange à prevalência da hipoacusia no Brasil e no mundo, os dados ainda estão sendo construídos devido a falta de estudos de base populacional que equivalem a descrição da prevalência da perda auditiva e que obedecem ao protocolo da OMS, além da existência de dados esparsos calculados com intervalos de incerteza (OMS, 2014) (Stevens G et al., 2013). Um estudo realizado no município de Itajaí, Santa Catarina, concluiu que a prevalência de déficit auditivo incapacitante na população analisada foi de 7%, bem como o número de pessoas com deficiência auditiva, no geral, tem aumentado, demonstrando que ter o conhecimento de sua magnitude é fundamental para o planejamento de gestões públicas em saúde (Gondim, L M et al., 2012). Um estudo realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sobre perda auditiva autodeclarada constatou uma prevalência de perda auditiva de 13,8% em toda a amostra analisada (Alves de Quevedo, A L., 2015). Além disso, o censo de 2010 da população do Rio Grande do Sul com deficiência auditiva, constatou que 617.244 indivíduos possuíam déficit auditivo, sendo 18.728 que não conseguiam ouvir de modo algum (sugestivo de perda auditiva profunda), 119.980 que tinham grande dificuldade auditiva e 478.536 que tinham alguma dificuldade auditiva (IBGE, 2010).

Além disso, em uma análise da prevalência de deficiência auditiva (DA) referida e suas causas atribuídas, observou-se que há uma associação da faixa etária com a prevalência de DA referida (Cruz MS et al., 2009). No Brasil já foram realizados estudos que apontam a média de idade em que o diagnóstico da surdez ocorre, sendo a média de idade do diagnóstico das crianças surdas entre 3 e 5 anos de idade, o que é considerado tardio, visto que o ideal é que a identificação da perda auditiva se dê no mais tardar até 2 anos de idade, para que a chance de inserção social e desenvolvimento seja maior (Golçalves e Silva, 2013). Isso pois a adaptação a intervenções de reabilitação auditiva tendem a ocorrer mais facilmente se iniciada até os seis meses de idade, gerando melhor qualidade de vida para o indivíduo (Pinto MM et al., 2012).

Nesse contexto, sabe-se que o déficit auditivo impacta na vida da pessoa afetada, podendo impedir ou dificultar o desenvolvimento cognitivo, social, educacional e emocional. O diagnóstico faz-se importante independente da faixa etária, porém, quanto mais cedo acontece, melhores chances de adaptação, intervenção e desenvolvimento do indivíduo, assim como se torna mais fácil aprender a conviver com a condição de ser surdo. Tal fato ocorre porque durante os primeiros anos de vida é que se estabelece o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem, visto que é o período em que o processo de maturação do sistema auditivo central, bem como a plasticidade neuronal da via auditiva (Pinto MM, et al., 2012).

Em virtude das consequências que a perda auditiva causa e dos vários tipos e etiologias dela, considera-se muito importante conhecer o perfil sociodemográfico dos

pacientes acometidos, assim como os fatores de risco para surdez, seus sinais e sintomas e seu tratamento, com o intuito de propiciar melhores informações sobre o assunto e possibilitar um diagnóstico cada vez mais precoce para que seja possível um tratamento adequado, norteando os processos de reabilitação e habilitação auditiva, com menores índices de consequências na vida do indivíduo.

A surdez é uma condição que pode ter um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas que a vivenciam. A perda auditiva pode afetar a comunicação, a interação social, a autonomia e até mesmo a saúde mental. Avaliar o impacto da surdez na qualidade de vida é crucial para compreender as necessidades individuais dos pacientes e oferecer um tratamento adequado. Nesse contexto, o instrumento WHOQOL-bref, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (Fleck MPA, 2000), desempenha um papel crucial. Este instrumento de avaliação considera diversos aspectos, como a saúde física, a saúde psicológica, as relações sociais e o ambiente, permitindo que profissionais de saúde obtenham uma visão abrangente do impacto da surdez na vida de uma pessoa. Isso, por sua vez, possibilita a adaptação de intervenções e suporte personalizados, visando aprimorar a qualidade de vida e promover a plena participação na sociedade.

Nesse contexto, torna-se de fundamental importância o panorama fornecido por esta pesquisa, visto que a análise se baseia na escassez de estudos que abordem diretamente o diagnóstico tardio de surdez, fazendo-se importante salientar seus efeitos sob a qualidade de vida do indivíduo.

Posto isso, o presente estudo objetiva estimar a prevalência do diagnóstico tardio de surdez em adultos e a sua relação com a qualidade de vida, demonstrando a média de idade de diagnóstico, assim como características da surdez, avaliando a condição da qualidade de vida na amostra.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado com indivíduos surdos com idade entre 18 e 59 anos. Os dados foram coletados de forma *on-line* por meio de convites enviados em redes sociais em grupos específicos de indivíduos surdos (Instagram, Facebook e Whatsapp) para autoaplicação de questionário eletrônico realizado na plataforma *Google Forms*, que pôde ser respondido somente mediante a aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na primeira aba do mesmo. Foram aceitas respostas no questionário no período de 27 de janeiro de 2023 a 31 de maio de 2023. Desta forma, uma amostra não probabilística, definida por conveniência foi composta com todos os indivíduos que responderam ao questionário durante o período.

Através do questionário foram coletados os seguintes dados: idade, sexo, cor/raça, escolaridade, estado em que reside, se trabalha ou não, o grau da perda auditiva (leve, moderado, moderadamente severo, severo e profundo), o tipo da perda auditiva (neurossensorial, condutiva ou mista), o método utilizado no diagnóstico, a realização do teste da orelhinha (normal, positivo, negativo, não realizou), as possíveis etiologias da surdez (congenita, hereditária, exposição a ruídos, infecções), exposição a fatores de risco, os processos de reabilitação auditiva (amplificadores de frequência auditiva, cirurgias), a simetria da hipoacusia (simétrica ou assimétrica), o processo de adaptação ao tratamento (processo tranquilo, fácil de lidar com as mudanças ou difícil ocasionando em transtornos emocionais e psicológicos que afetam a qualidade de vida), a oralização,

o uso de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), o uso de leitura labial, dificuldades impostas pelo uso de máscara durante a pandemia de COVID-19 e o que a surdez representa na vida de cada indivíduo (dificuldade, indiferença, limitações).

Como variável independente (exposição) foi considerada a idade do indivíduo no momento do diagnóstico de surdez. Foi considerado “diagnóstico tardio” os participantes que tiveram o diagnóstico da surdez após os 2 anos de idade e “diagnóstico precoce” os que foram diagnosticados antes dos 2 anos de idade.

Como variável dependente, ou seja, o desfecho do estudo, foi considerada a qualidade de vida, a qual foi avaliada através da aplicação do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, intitulado WHOQOL-bref. Este instrumento é composto por 4 domínios (físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente) distribuídos em 26 questões com valores referentes à autoavaliação. As respostas foram coletadas em escala Likert (de 1 a 5, sendo considerado a maior pontuação como melhor qualidade de vida) e, posteriormente foram somadas, recodificadas e categorizadas conforme metodologia estabelecida no manual do instrumento (OMS, 1996). Os resultados do instrumento foram adaptados para a escala de 0-100 através do cálculo dos resultados de cada domínio multiplicado por 100 e dividido por 5. Em seguida, foram determinados os valores de média, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo e mediana de cada domínio e do valor global.

O valor da mediana do valor global do instrumento, assim como de cada domínio, foram utilizados para classificar os indivíduos como portadores de qualidade de vida boa e ruim, sendo considerados como ruim aqueles com valores menores que o valor da mediana, e com qualidade de vida boa, aqueles com valor igual ou maior que a mediana.

Após organização do banco de dados, o mesmo foi convertido para o formato a ser trabalhado no software PSPP (distribuição livre), através do qual foi realizada a análise descritiva com distribuição de frequências absolutas e relativas de todas as variáveis, de modo a traçar um panorama das características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da amostra.

Ademais, foi feito cálculo da prevalência da variável independente (diagnóstico tardio) com intervalo de confiança de 95% (IC95). Ainda, a relação da variável independente com a dependente (qualidade de vida) foi avaliada pelo método do qui-quadrado, com intervalo de confiança de 95% (IC95).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), aprovado sob parecer de número 5.815.037 e registrado no CAAE: 64970522.6.0000.5564.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 161 indivíduos, sendo a maioria com idade entre 50 a 59 anos (31,5%), do sexo feminino (67,7%), de raça branca (68,9%), com ensino superior completo (55,3%), residentes da região Sudeste do Brasil (41%), que atualmente trabalham (74,5%) e não estudam (60,2%) – Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização de uma amostra de indivíduos adultos diagnosticados com surdez. Brasil, 27 de janeiro de 2023 a 31 de maio de 2023 (n=161).

Variáveis	n	%
Idade		
18-29	32	18
30-39	40	24,9
40-49	41	25,5
50-59	51	31,5
Sexo		
Masculino	52	32,3
Feminino	109	67,7
Cor/Raça		
Amarela	3	1,9
Branca	111	68,9
Parda	42	26,1
Preta	5	3,1
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	3	1,9
Ensino fundamental incompleto	3	1,9
Ensino médio completo	32	19,9
Ensino médio incompleto	6	3,7
Ensino superior completo	89	55,3
Ensino superior incompleto	28	17,4
Região de residência		
Centro-Oeste	15	9,3
Nordeste	12	7,5
Norte	8	5
Sudeste	66	41
Sul	60	37,3
Trabalho		
Não	41	25,5
Sim	120	74,5
Estuda		
Não	97	60,2
Sim	64	39,8

Em relação à caracterização dos aspectos da surdez dos indivíduos participantes, prevaleceu a surdez de grau profundo (47,8%), do tipo neurossensorial (72%), bilateral (77,6%) e assimétrica (70,2%). Ainda, no que tange os meios de reabilitação e facilitação da compreensão auditiva, observou-se uma maior prevalência do uso da leitura labial (87%), seguida do uso de aparelhos auditivos (AASI) (50,9%), sendo percebido como um processo de adaptação tranquilo para a maior parte da amostra (64%). Ressaltou-se, ainda, que a maioria dos indivíduos é oralizado (81,4%) e que a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é pouco utilizada (11,2%) – Tabela 2.

Ainda, a maioria dos participantes relatou não saber a causa da sua surdez (38,5%). Dentre os que possuem conhecimento da causa, apenas 4 indivíduos relataram se tratar de exposição a ruídos, o que representa apenas 2,5% do total. No entanto, 36,6%

da amostra relatou não ter nenhum fator de exposição à risco de perda auditiva (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da surdez e aspectos envolvidos de uma amostra de indivíduos adultos. Brasil, 27 de janeiro de 2023 a 31 de maio de 2023 (n=161).

Variáveis	n	%
Grau		
Leve	5	3,1
Moderada	25	15,5
Moderadamente severa	27	16,8
Severa	24	14,9
Profunda	77	47,8
Não sabe	3	1,9
Tipo		
Condutiva	7	4,3
Neurosensorial	116	72
Mista	10	6,2
Não sabe	28	17,4
Lateralidade		
Bilateral	125	77,6
Unilateral	36	22,4
Simetria		
Assimétrica	113	70,2
Simétrica	48	29,8
Uso de leitura labial	140	87
Uso de LIBRAS	18	11,2
Oralização	131	81,4
Reabilitação auditiva	129	80,1
Qual reabilitação (n=129)		
AASI	82	50,9
IC	27	16,7
TF	2	1,2
AASI, IC e TF	5	3,1
AASI e TF	6	3,7
IC e TF	2	1,2
Outro	3	1,9
Etiologia		
Congênita	32	19,8
Exposição a ruídos	4	2,5
Infecçiosa	31	19,3

	Traumática	5	3,1
	Não sabe	62	38,5
	Outra causa	27	16,8
Exposição a fator de risco			
	Ruídos	9	5,6
	Infecção	31	19,3
	Intoxicação	1	0,6
	Não sabe	33	20,5
	Não houve exposição	59	36,6
	Outras doenças	12	7,5
	Traumas	5	3,1
	Problemas na gestação	11	6,8
Adaptação			
	Indiferente	14	8,7
	Péssima	18	11,2
	Razoável	26	16,1
	Tranquilo	103	64

AASI = Aparelhos Auditivos

IC = Implante Coclear

TF = Terapia Fonoaudiológica

Foi observado que 83,9% (IC95 78-90) dos participantes da pesquisa foram diagnosticados de modo tardio. Ademais, a média de idade do indivíduo quando feito o diagnóstico foi de 20,26 ($\pm 16,96$). No que tange ao método diagnóstico, prevaleceu o exame de audiometria (89,4%). Ainda, a minoria obteve diagnóstico através da realização do Teste da Orelhinha (1,9%), sendo apenas 9,3% dos participantes tendo o realizado após o nascimento (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do diagnóstico e manifestações clínicas da surdez de uma amostra de indivíduos adultos. Brasil, 27 de janeiro de 2023 a 31 de maio de 2023 (n=161).

Variáveis	n	%	
Idade de diagnóstico			
	Precoce	26	16,1
	Tardio	135	83,9
Método diagnóstico			
	Audiometria	144	89,4
	Teste da Orelhinha	3	1,9

Teste da Orelhinha ao nascimento	Outro	5	3,1
	Não lembra	9	5,6
	Não	81	50,3
	Sim	15	9,3
	Não lembra	65	40,4

A avaliação da qualidade de vida dos indivíduos diagnosticados com surdez, conforme os dados coletados através da escala WHOQOL-bref, demonstrou um escore médio global de $69,57 \pm 10,92$ (Tabela 4). Foi possível observar que o domínio “físico”, que relaciona-se a dor/desconforto, energia/fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, capacidade de trabalho e dependência de medicações/tratamentos, apresentou-se como aspectos positivos da qualidade de vida, sendo o domínio com maior média de escore entre os quatro avaliados ($72,55 \pm 12,89$). Por outro lado, o domínio “meio ambiente”, que avalia segurança física/proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e/ou oportunidades de lazer, ambiente físico e transporte, mostrou-se como o aspecto com menor valor médio entre a amostra ($68,31 \pm 13,15$) - Tabela 4.

Tabela 4. Qualidade de vida conforme a escala WHOQOL-bref de adultos diagnosticados com surdez. Brasil, 27 de janeiro de 2023 a 31 de maio de 2023. (n=161)

Domínio	Média	Desvio Padrão	Valor mínimo	Valor máximo	Mediana
Físico	72,55	12,89	40	100	73,33
Psicológico	69,03	11,67	36,67	96,67	70
Relações Sociais	69,94	16,59	20	100	66,67
Meio Ambiente	68,31	13,15	37,14	100	68,57
Global	69,57	10,92	41,54	93,85	71,54

A mediana do escore global de qualidade de vida observada foi 71,54, enquanto nos domínios esse escore apresentou valores diversos (Tabela 4). Utilizando esses valores como ponto de corte, a amostra foi dividida em dois grupos: indivíduos com qualidade de vida ruim e boa. Consequentemente, observou-se que 49,7% dos adultos diagnosticados com surdez encontram-se no grupo com escore global de qualidade de vida inferior à mediana (ruim), conforme observado na Tabela 5. Foi observado ainda que 52,5% dos indivíduos apresentam qualidade de vida categorizada como ruim para o domínio físico, 44,1% para o domínio psicológico, 50,9% para o domínio de relações sociais e, 54,7% para o domínio de meio ambiente (Tabela 5).

Tabela 5. Relação da qualidade de vida com os domínios da escala WHOQOL-bref de adultos diagnosticados com surdez. Brasil, 27 de janeiro de 2023 a 31 de maio de 2023. (n=161)

Domínio	Qualidade de vida ruim	Qualidade de vida boa
Global	80 (49,7%)	81 (50,3%)
Físico	84 (52,2%)	77 (47,8%)
Psicológico	71 (44,1%)	90 (55,9%)
Relações sociais	82 (50,9%)	79 (49,1)
Meio ambiente	88 (54,7%)	73 (45,3)

Não foi observada diferença estatisticamente significativa na relação entre o diagnóstico tardio e a qualidade de vida conforme o escore global (Tabela 6). No entanto, a análise realizada para cada um dos quatro domínios mostrou que para o domínio de meio ambiente observou-se que a frequência de indivíduos com qualidade de vida ruim foi maior entre aqueles com diagnóstico precoce (73,1%, $p=0,039$).

Tabela 6. Relação do diagnóstico precoce com a qualidade de vida conforme a escala WHOQOL-bref de adultos diagnosticados com surdez. Brasil, 27 de janeiro de 2023 a 31 de maio de 2023 (n=161)

Variáveis	Qualidade de vida ruim	Qualidade de vida boa	p
Escore Global			0,211
Diagnóstico tardio	70 (51,9%)	65 (48,1%)	
Diagnóstico precoce	10 (38,5%)	16 (61,5%)	
Domínio Físico			0,126
Diagnóstico tardio	74 (54,8%)	61 (45,2%)	
Diagnóstico precoce	10 (38,5%)	16 (61,5%)	
Domínio Psicológico			0,841
Diagnóstico tardio	60 (44,4%)	75 (55,6%)	
Diagnóstico precoce	11 (42,3%)	15 (57,7%)	
Domínio Relações Sociais			0,069
Diagnóstico tardio	73 (54,1%)	62 (45,9%)	
Diagnóstico precoce	9 (34,6%)	17 (65,4%)	
Domínio Meio Ambiente			0,039
Diagnóstico tardio	69 (51,1%)	66 (48,9%)	
Diagnóstico precoce	19 (73,1%)	7 (26,9%)	

p=qui quadrado

DISCUSSÃO

A surdez é uma condição que afeta a capacidade de percepção de sons, podendo variar de grau leve a profundo, sendo congênita ou adquirida. Independente disto, pode impactar a qualidade de vida do indivíduo devido à interferência negativa na comunicação e relações sociais, educação, emprego e saúde mental, pois a falta de informação auditiva pode gerar prejuízos funcionais fundamentais para o desenvolvimento, podendo acarretar

isolamento social, patologias mentais e desenvolvimento inadequado (Chia E. 2007; Goguen, 2022).

Astolfi e colaboradores indicam que a surdez é mais frequente em indivíduos do sexo feminino, com escolaridade até ensino médio e com barreira comunicacional (Astolfi et.al, 2018). Na presente amostra observou-se predomínio de indivíduos do sexo feminino e com ensino superior completo. Ainda, Gontijo e colaboradores indicam a prevalência do sexo feminino e de faixa etária idosa dentre os indivíduos surdos (Gontijo et. al, 2013). Pinto e colaboradores observaram uma média de idade de diagnóstico de 5,46 anos e idade média de intervenção de 6,86 anos, o que ressalta a prevalência de diagnóstico tardio na amostra (Pinto MM, et al., 2012). Em censo demográfico do IBGE, constatou-se que 5% da população brasileira é composta por pessoas surdas, sendo cerca de 10 milhões de pessoas, das quais 2,7 milhões possuem surdez de grau profundo e 4 milhões são do sexo feminino (IBGE, Censo Demográfico 2010).

Ademais, observou-se uma prevalência de surdez de grau profundo (47,8%), do tipo neurossensorial (72%), bilateral (77,6%) e assimétrica (70,2%) sendo, de certa forma, concordante com achados de um estudo da Revista Cubana de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, onde prevaleceu a hipoacusia do tipo neurossensorial e bilateral (Leyva EM et. al, 2021).

Estudos anteriores indicam que a média de idade para detecção de perda auditiva, na ausência de triagens neonatais, geralmente situa-se entre 2 anos e meio a 3 anos, sendo considerado um diagnóstico tardio, o que contrasta com as diretrizes da comunidade científica que preconizam a adaptação de dispositivos eletrônicos antes dos seis meses de idade (Pinto MM, et al., 2012).

A causa mais frequente nos casos de surdez em adultos costuma ser a exposição prolongada a níveis sonoros elevados, conhecida como perda auditiva induzida por ruído (Oliveira et al., 2018). No entanto, apenas 4 indivíduos da amostra relataram essa etiologia, o que representa apenas 2,5% do total. É importante observar que algumas causas de surdez não são passíveis de prevenção, mas pesquisas indicam que a população brasileira muitas vezes não possui informações adequadas sobre esse tema. Contrariando esse dado, 38,5% da amostra afirmaram não saber a etiologia específica do seu déficit auditivo. Tal fato ressalta a necessidade de melhor educação e conscientização sobre as diversas causas de perda auditiva e medidas preventivas entre a população (Oliveira et al., 2018; ABORL-CCF, 2015).

É amplamente reconhecido que tanto a perda auditiva quanto os sintomas associados têm um impacto direto na qualidade de vida dos pacientes, muitas vezes servindo como um indicador de que pode haver um problema auditivo, levando o indivíduo a buscar atendimento médico (Grasel et al., 2018). No entanto, é notável que durante esta pesquisa tenha havido uma lacuna na abordagem das manifestações clínicas da hipoacusia, bem como dificuldades na interpretação das respostas relacionadas aos fatores de suspeita. Isso significa que faltam dados relevantes sobre como os sintomas da surdez podem influenciar no tempo de diagnóstico e na qualidade de vida das pessoas afetadas. Tal observação faz-se importante para destacar a necessidade de abordagens mais abrangentes no que diz respeito à manifestações clínicas da surdez e sua relação com a idade de diagnóstico, podendo levar ao desenvolvimento de melhores estratégias de prevenção e tratamento.

Faz-se importante desmistificar o equívoco popular de que todos os indivíduos surdos utilizam da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), e indo de encontro com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), constatou-se que apenas 18 indivíduos da amostra utilizam a LIBRAS, equivalente a 11,2%. Além disso, 37,1% (60) dos participantes relataram não saber como usar a LIBRAS, enquanto 46,6% (75) afirmaram não sentir necessidade de utilizá-la. Astolfi e colaboradores ressaltam em estudo com indivíduos surdos a necessidade da prática de LIBRAS por profissionais da saúde e a importância da implantação do ensino de LIBRAS nos cursos de graduação da área da saúde (Astolfi et. al, 2018). Em um estudo realizado com 101 médicos do Distrito Federal, encontrou-se que apenas um destes possuía conhecimento básico de LIBRAS, enquanto 77 deles considera importante ter conhecimento da língua para a prática médica (Gomes et.al, 2017).

Ademais, em pesquisa de censo demográfico do IBGE, constatou-se que na população com mais de 5 anos com deficiência auditiva, apenas 22,4% sabe usar a LIBRAS, o que reforça a informação encontrada na pesquisa de que surdez não é sinônimo de uso de LIBRAS (IBGE, 2010).

Esses números demonstram a diversidade de experiências e preferências entre os surdos, ressaltando que a escolha de uma língua ou método de comunicação é altamente individual e pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo o grau de perda auditiva, o ambiente cultural e as circunstâncias pessoais. Portanto, é fundamental reconhecer essa variedade e promover a inclusão de todas as formas de comunicação para atender às necessidades individuais de pessoas com déficits auditivos.

De acordo com Lang-roth, a amplificação auditiva como meio de reabilitação desempenha um papel crucial no desenvolvimento do indivíduo surdo (Lang-Roth R, 2014). Além disso, a reabilitação sonora não apenas promove correção e minimização das limitações geradas pela surdez, mas também a promoção de saúde auditiva e reintegração do indivíduo na sociedade (Piza, 2017). Adicionalmente, os benefícios da reabilitação não se limitam à amplificação sonora, incluindo a redução do estresse, a promoção do afeto positivo, a participação social, a competência nas atividades diárias e, principalmente, a melhoria na qualidade de vida (Almeida, 2018). Sendo assim, percebe-se conhecimento de tal informação por parte dos indivíduos, pois 129 destes (80,1%) utilizam de meios de reabilitação auditiva. Tal fato indica que esses conceitos estão sendo difundidos e que os indivíduos estão buscando ativamente maneiras de melhorar sua audição e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (Lang-Roth, 2014; Piza, 2017; Almeida, 2018).

Contrariando as diretrizes estabelecidas pelo Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI), que recomendam a identificação e intervenção precoce da surdez no Brasil, foi observado que 83,9% da amostra obteve seu diagnóstico tardiamente. Além disso, os registros do CBPAI indicam que a média de idade de diagnóstico situa-se entre 3 a 4 anos. No entanto, este estudo revelou uma média de idade de diagnóstico da amostra de 20,26 ($\pm 16,96$), mostrando uma discrepância significativa em relação às diretrizes estabelecidas para a detecção precoce da surdez (Camatti, 2017). Além disso, se a perda auditiva se tratar de uma alteração no órgão ou via auditiva decorrente do processo de envelhecimento, chama-se de presbiacusia, que por ter caráter gradual e progressivo, é dificilmente perceptível (Costa-Guarisco, Leticia Pimenta et al.,

2017). Ou seja, quanto mais leve a perda auditiva, maior a dificuldade de percepção e consequentemente de um diagnóstico precoce. Tal fato ressalta o observado neste estudo, em que as perdas diagnosticadas precocemente foram as de grau profundo.

Em relação aos métodos diagnósticos, o Conselho Federal de Fonoaudiologia estabelece a audiometria como o exame padrão-ouro. É interessante observar que, dos 161 indivíduos da amostra, 89,4% receberam seu diagnóstico por meio do exame de audiometria. Esse dado ressalta a relevância e a ampla utilização desse método como uma ferramenta fundamental para a identificação e avaliação da perda auditiva, enfatizando sua importância na prática clínica e no diagnóstico precoce dessa condição (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2013). Ainda, o atraso no diagnóstico da surdez pode ocorrer por invalidez dos profissionais da saúde para com as falas dos pais (Silva A B P et al., 2012). Desta forma, ressalta-se a importância da atenção e qualificação dos profissionais da área da saúde no que diz respeito à saúde auditiva, para que o seguimento de pacientes com queixas auditivas seja realizado adequadamente, possibilitando o diagnóstico mais precocemente.

Apesar da audiometria ser o exame padrão-ouro no diagnóstico de perdas auditivas, sua realização se torna possível a partir dos 3 anos de idade, visto que o processo do exame depende da aceitação e entendimento da criança, sendo necessária sua resposta aos estímulos sonoros. Ainda, faz-se necessário o uso de técnica adequada à idade cognitiva e ao comportamento da criança (Grasel et.al, 2017; ABOPe, 2021). No entanto, para um diagnóstico precoce pode ser realizado o exame de Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATE), também chamado Audiometria de Tronco Cerebral (Pea) Bera, que se refere a uma técnica de registro da resposta neural no tronco encefálico a uma entrada auditiva, sendo uma ferramenta para avaliação da audição em lactentes e adultos, utilizado na maioria dos casos em crianças menores de 2 anos (Diana M. Callison, 1999). Ainda, pode-se realizar o registro das emissões otoacústicas (EOA), útil nos programas de triagem auditiva neonatal (Garcia CFD, Isaac ML, Oliveira JAA, 2002).

Silva e Gonçalves ressaltam que os desdobramentos de uma surdez diagnosticada tardiamente permeiam os âmbitos relacionados à educação e à saúde do indivíduo afetado, bem como o acolhimento adequado e o diagnóstico precoce não ocorreram na maioria dos casos, verificando uma relação insatisfatória intersetorialmente (educação e saúde) (Silva LSG; Gonçalves CGO, 2013).

Considerando a importância do diagnóstico precoce, é relevante destacar que o teste da orelhinha tornou-se obrigatório no Brasil a partir de 2010, com o objetivo de detectar precocemente problemas auditivos, permitindo manejo e reabilitação, idealmente antes dos seis meses de vida. Vale ressaltar que o teste da orelhinha é um exame de triagem e não de diagnóstico propriamente dito. Após sua realização, se constatado alterações, a criança é encaminhada para avaliação otorrinolaringológica e exames complementares. No entanto, devido ao período de implementação da obrigatoriedade do teste, bem como a idade dos indivíduos da amostra, apenas 9,3% deles relataram ter realizado o teste da orelhinha ao nascer. Além disso, somente 3 desses indivíduos (1,9%), receberam o diagnóstico do comprometimento auditivo por meio deste teste (Ministério da Saúde, 2011).

A importância da triagem neonatal é justificada através de evidências que demonstram que os testes detectam a perda auditiva em uma idade mais precoce do que se baseia apenas na identificação de sinais clínicos (Russ SA et.al, 2002). Isso porque muitas vezes as perdas auditivas são detectadas quando já há sinais de atraso no desenvolvimento.

A cobertura para o teste da orelhinha no Brasil ainda pode ser considerada baixa se comparada a outros países que recomendam sua realização nas primeiras semanas de vida (Mallmann MB et al, 2020). Ainda, foi encontrada uma prevalência de 65,8% de realização do teste da orelhinha em qualquer momento de vida no Brasil. Esses números sugerem uma lacuna na implementação e no alcance do teste da orelhinha, ressaltando a importância de políticas e estratégias que promovam a conscientização e a adesão a esse exame.

A qualidade de vida refere-se à medida em que um indivíduo desfruta de bem-estar mental, físico e social. É um conceito subjetivo devido a percepção de cada pessoa. No entanto, aspectos físicos, sociais, psicológicos, de meio ambiente, de relações sociais, autonomia, entre outros, influenciam no nível de qualidade de vida (OMS, 2013).

Na análise dos domínios do instrumento WHOQOL-bref observada nesse estudo, constatou-se uma média do valor global de $69,57 \pm 10,92$ e que 49,7% dos adultos diagnosticados com surdez encontram-se no grupo com escore global de qualidade de vida inferior à mediana (ruim). Ou seja, a porcentagem de pessoas com qualidade de vida ruim é alta. Yoshinaga e colaboradores sugerem que quanto mais precoce ocorrer o diagnóstico da deficiência auditiva, melhores são os resultados das intervenções fonoaudiológicas, menores são os impactos no desenvolvimento do indivíduo e, conseqüentemente, melhor a qualidade de vida. Contrariamente, Jayeola e Adeyemo sugerem que a idade de início do déficit auditivo não apresenta relação significativa (Jayeola; Adeyemo, 2018; Yoshinaga et al., 1998).

No entanto, contrariamente a observação de Yoshinaga e colaboradores, e complementando os achados de Torres e Vieira, constatou-se que o domínio “meio ambiente” (abrangendo segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas habilidades, oportunidades de lazer, ambiente físico e transporte) apresentou a menor média dentre os quatro domínios e foi o único com resultado significativo no teste de qui-quadrado, ou seja, mostrou que pessoas com diagnóstico precoce possuem pior qualidade de vida neste domínio (73,1%, $p=0,039$) (Yoshinaga et al., 1998; Torres; Vieira, 2014).

Tal fato pode ser atribuído ao grau da perda auditiva, uma vez que a maioria destes indivíduos relatara uma perda auditiva profunda (47,8%), que é mais perceptível e prejudicial, impactando negativamente na qualidade de vida desses indivíduos. Ou seja, quanto maior o grau de déficit auditivo, mais perceptível é e maior é a chance de o diagnóstico ocorrer precocemente. Porém, quanto maior o grau do déficit auditivo, também é maior o prejuízo à qualidade de vida do indivíduo, pois espera-se uma maior dificuldade em relação aos atributos que são medidos pelo domínio “meio ambiente”.

Pessoas surdas podem apresentar uma piora na qualidade de vida, esperada pela dificuldade de comunicação que possuem (Chaveiro et.al, 2014). Além disso, o impacto cumulativo de menor interação e informação no convívio de pessoas surdas, produz

consequências negativas para sua representação e retenção no local de trabalho, na vida educacional e social (Kushanagar, 2019). Em estudo que objetivou analisar a qualidade de vida percebida por adolescentes com deficiência auditiva e visual, foi observada uma boa percepção de qualidade de vida global em ambos os grupos, além de constatarem a ocorrência de diferença estatisticamente significativa somente no escore encontrado no domínio meio ambiente, indo de encontro com o observado no presente estudo (Interdonato GC; Greguol M, 2011).

Em suma, a surdez é uma condição que abrange uma ampla gama de impactos na vida das pessoas, afetando negativamente a qualidade de vida devido à sua influência na comunicação, nas relações sociais, na educação, no emprego e na saúde mental. A detecção precoce da surdez desempenha um papel fundamental na melhoria dos resultados da intervenção e na qualidade de vida geral dos indivíduos. No entanto, este estudo identificou uma tendência preocupante do diagnóstico tardio, com a maioria dos participantes sendo diagnosticados em uma idade avançada.

Ademais, os resultados destacam a diversidade de etiologias da perda auditiva e a necessidade de aumentar a conscientização sobre a prevenção de perdas auditivas em certas populações. Além disso, a falta de abordagem das manifestações clínicas da hipoacusia durante a pesquisa, destaca a necessidade de coletar dados mais abrangentes para melhor entendimento do impacto dessas manifestações no tempo de diagnóstico e na qualidade de vida.

Embora a amplificação auditiva e a reabilitação auditiva tenham sido identificadas como benefícios importantes para os indivíduos surdos, a utilização da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) não é tão difundida quanto se poderia esperar. Isso destaca a importância de promover a conscientização e o acesso a diferentes métodos de comunicação e reabilitação para estes indivíduos, a fim de melhorar sua qualidade de vida de maneira abrangente.

Ressalta-se que o presente estudo sofreu algumas limitações referentes à discussão de dados de perfil sociodemográfico de surdos no Brasil, bem como à comparação de dados referentes à idade de diagnóstico da surdez, devido à escassez de estudos sobre o tema. No que tange as limitações durante a coleta de dados, alguns participantes relataram não participar da pesquisa devido à falta de intérprete de LIBRAS via vídeo nas questões do questionário, que conseqüentemente, dificultou o alcance do n proposto e gerou uma amostra pequena para análise. Além disso, pode-se incluir a possibilidade de viés de seleção de amostragem e de não-respondentes, assim como viés de memória por parte dos participantes.

É importante destacar que todos os dados coletados foram derivados das respostas dos participantes da pesquisa. Ou seja, as informações referentes à perda auditiva dos participantes foi baseada nas suas respostas, não tendo a equipe do estudo acesso aos laudos médicos. Considerando que os participantes são leigos quanto aos termos de classificação da perda auditiva, suas respostas foram de acordo com suas percepções pessoais da surdez, e não como ela realmente é classificada. Portanto, existiu um viés de memória no estudo.

Em última análise, este estudo sublinha a importância da detecção precoce, da reabilitação auditiva e do suporte adequado para melhorar a qualidade de vida de pessoas

com surdez, enfatizando a necessidade contínua de pesquisa e educação sobre essa condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Brasileira de Otorrinolaringologia e Pediatria (abope). Crianças também fazem audiometria?, 2021.

Alves de Quevedo, A L. Prevalência de perda auditiva autodeclarada e fatores associados: informante primário versus proxy. 2015.

Astolfi et.al. Perfil sociodemográfico e de saúde de surdos da Região Metropolitana de Campinas e o acesso à saúde, 2018.

Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.1, jan. 2021.

Chaveiro N, Duarte SBR, Freitas AR de, Barbosa MA, Porto CC, Fleck MP de A. Instrumentos em Língua Brasileira de Sinais para avaliação da qualidade de vida da população surda. Rev Saúde Pública. 2013. [Acessado em 13 de outubro 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004136>

Chaveiro, Neuma et al. Qualidade de vida dos surdos que se comunicam pela língua de sinais: revisão integrativa. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, n. 48 [Acessado 14 Outubro 2023], pp. 101-114. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0510>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0510>.

Chia E M., Wang J J., Rochtchina E., Cumming R R. 2007. Hearing impairment and health-related quality of life: The blue mountains hearing study.

Conselho Federal de Fonoaudiologia. Teste da orelhinha. 2011.

Costa-Guarisco, Leticia Pimenta et al. Percepção da perda auditiva: utilização da escala subjetiva de faces para triagem auditiva em idosos. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 11 [Acessado 24 Outubro 2023] , pp. 3579-3588. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.277872016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.277872016>.

Cruz MS, Oliveira LR de, Carandina L, Lima MCP, César CLG, Barros MB de A, et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2009.

Diana M. Callison, AUDIOLOGIC EVALUATION OF HEARING-IMPAIRED INFANTS AND CHILDREN, Otolaryngologic Clinics of North America, Volume 32, Issue 6, 1999, Pages 1009-1018, ISSN 0030-6665, [https://doi.org/10.1016/S0030-6665\(05\)70191-2](https://doi.org/10.1016/S0030-6665(05)70191-2).
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0030666505701912>)

FLECK MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. 2000

Garcia, Cristiane Fregonesi Dutra, Isaac, Myriam de Lima e Oliveira, José Antônio Aparecido de. Emissão otoacústica evocada transitória: instrumento para detecção precoce de alterações auditivas em recém-nascidos a termo e pré-termo. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* [online]. 2002, v. 68, n. 3 [Acessado 24 Outubro 2023], pp. 344-352. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-72992002000300009>>. Epub 24 Jul 2002. ISSN 0034-7299. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992002000300009>.

Gomes, Leticia Ferreira et al. Conhecimento de Libras pelos Médicos do Distrito Federal e Atendimento ao Paciente Surdo. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2017, v. 41, n. 3 [Acessado 13 Outubro 2023], pp. 390-396. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n3rb20160076>>. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n3rb20160076>.

Gondim, Lys Maria Allenstein et al. Estudo da prevalência e fatores determinantes da deficiência auditiva no município de Itajaí, SC. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* [online]. 2012, v. 78, n. 2 [Acessado 18 Outubro 2023], pp. 27-34. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1808-86942012000200006>>. Epub 10 Abr 2012. ISSN 1808-8686. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942012000200006>

Gontijo, E. E. L., et al. "A população idosa de Gurupi: avaliação do perfil sociodemográfico, de saúde e do uso de medicamentos." *Revista Científica do ITPAC* 6.1 (2013).

Grasel S S, Guedes M C, Almeida E R de, Beck R M O de. Audiometria tonal, imitação acústica, imitanciometria e logoaudiometria. *Tratado de Otorrinolaringologia* 3ª edição. 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico 2010.

INTERDONATO, Giovanna Carla; GREGUOL, Márcia. Qualidade de vida e prática habitual de atividade física em adolescentes com deficiência. *Rev. Bras. Crescimento desenvolv. Hum., São Paulo*, v. 21, n. 2, p. 282-295, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 01 nov. 2023

JAIYEOLA, M. T.; ADEYEMO, A. A. Quality of life of deaf and hard of hearing students in Ibadan metropolis, Nigeria. *Plos ONE*, v. 13, n. 1, 2018. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article?Id=10.1371/journal.pone.0190130>

KURC e AMATUZZI, *Fisiologia da audição – Tratado de Otorrinolaringologia* 3. Ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

LANG-ROTH R. Deficiência auditiva e atraso de linguagem em bebês: Diagnóstico e genética. 2014.

Leyva EM, Salas EO, Borroto AG, Paz AC, Semanat DV. Hipoacusia neurossensorial en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. 2021.

Mallmann MB, Tomasi YT, Boing AF. Neonatal screening tests in Brazil: prevalence rates and regional and socioeconomic inequalities. *J Pediatr (Rio J)*. 2020;96:487---94.

Organização Mundial da Saúde (OMS). 2014.

Pinto MM, Raimundo JC, Samelli AG, Carvalho ACM de, Matas CG, Ferrari GM dos S, et al. Idade no diagnóstico e no início da intervenção de crianças deficientes auditivas em um serviço público de saúde auditiva brasileiro. *Arquivos Int Otorrinolaringol*. 2012.

Russ SA, Rickards F, Poulakis Z, Barker M, Saunders K, Wake M *Arch Dis Criança*. 2002.

RUSSO, I. Et al. Encaminhamentos sobre a classificação do grau de perda auditiva em nossa realidade. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/7gixhjdqdj7pfncd4mjsd5x/?Format=pdf&lang=pt>

Silva LSG, Gonçalves CGO. Process diagnosis of deafness in children in the perception of familiar and managers. 2013.

SILVA LSG, GONÇALVES CGO. Processo de diagnóstico da surdez em crianças na percepção de familiares e gestores. 2013.

Silva, Angélica Bronzatto P., Pereira, Maria Cristina C. E Zanolli, Maria de Lurdes. Surdez: da suspeita ao encaminhamento. *Revista Paulista de Pediatria* [online]. 2012, v. 30, n. 2 [Acessado 13 Outubro 2023], pp. 257-262. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000200016>>. Epub 20 Jul 2012. ISSN 1984-0462. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000200016>.

SILVA, Erika. Capacidade Civil e Pessoas com Deficiência Intelectual e Mental. São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais. 2021. Disponível em: <https://thomsonreuters.jusbrasil.com.br/doutrina/1314941964/capacidade-civil-e-pessoas-com-deficiencia-intelectual-e-mental>. Acessado em: 1 de setembro de 2022.

STEVENS G, FLAXMAN S, BRUNSKILL E, MASCARENHAS M, MATHERS CD, FINUCANE M; Prevalência de deficiência auditiva global e regional: análise de 42 42 estudos em 29 países. 2013.

The WHOQOL Group. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva, 1996.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998

TORRES, V.M.F.; VIEIRA, S.C.M. Qualidade de vida em adolescentes com deficiência. *Rev. CEFAC*, v.16, n.6, p.1953-1961, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n6/1982-0216-rcefac-16-06-01953.pdf> 4.

VEIGA, P M. Surdez Neurosensorial Súbita. 2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho destaca uma questão fundamental e premente: a busca incessante do público surdo por seus direitos na inclusão social. Nos diversos ambientes e situações os surdos precisam adaptar-se para que obtenham o mínimo de normalidade em suas ações durante o cotidiano. Surge necessário cada vez mais alavancar as discussões sobre normalizar as adaptações e fazer com que os ambientes se tornem aliados

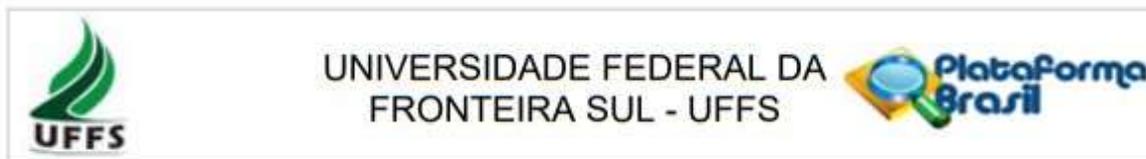
a todos os tipos de públicos para que haja impulsionamento para melhorias diante de políticas públicas e privadas.

Este estudo tem o potencial de contribuir significativamente para a literatura, visto que ao aprofundar nosso entendimento da diversidade da surdez e das experiências dos surdos, ele lança bases para futuras pesquisas e discussões sobre o tema. Estes conhecimentos contribuem para a formação de políticas públicas de saúde mais eficazes, abrangendo tanto a prevenção quanto o tratamento da surdez. Além disso, podem moldar iniciativas de acessibilidade que visam melhorar a qualidade de vida dessa população.

Posto isso, espera-se que o presente estudo e outros como ele atuem como faróis, iluminando o caminho em direção a uma sociedade mais inclusiva, justa e igualitária.

4. ANEXOS

4.1 ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE SURDEZ E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS

Pesquisador: GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64970522.6.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.815.037

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reapresentação do protocolo de pesquisa intitulado "PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE SURDEZ E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS", para o qual o pesquisador responsável respondeu de forma adequada, as pendências indicadas no parecer número 5.787.997.

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição dos objetivos:

Objetivo Primário:

Estimar a prevalência de diagnóstico tardio de surdez em adultos e sua relação com a qualidade de vida.

Objetivo Secundário:

- Estimar a porcentagem do diagnóstico tardio na amostra.
- Estimar a média de idade de diagnóstico na amostra.
- Avaliar a condição da qualidade de vida na amostra.
- Determinar o perfil sociodemográfico, comportamental e de saúde na amostra.
- Avaliar a prevalência dos diferentes tipos de perda auditiva na amostra.
- Determinar as etiologias mais comuns da perda auditiva.
- Avaliar a relação do diagnóstico tardio com a qualidade de vida de indivíduos surdos adultos.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.802-112

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.815.037

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Transcrição dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de uma pesquisa com questionário auto aplicado, os participantes estão sujeitos ao risco de terem os dados pessoais expostos, podendo ocorrer a identificação do(s) indivíduo(s). Nesse sentido, a fim de evitar que isso ocorra, as respostas serão colhidas de forma anônima, sem coleta de nenhuma informação pessoal. Os dados serão armazenados de maneira que terceiros não possam ter acesso, em computador de uso pessoal restrito ao pesquisador responsável pelo projeto, protegido por senha. Além disso, os participantes estão sujeitos ao risco de constrangimento ao responder o questionário. Portanto, a fim de evitar que isso ocorra, o participante será informado que responda em lugar privativo, podendo interromper o preenchimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Em caso de vazamento de dados de algum participante, o estudo será imediatamente interrompido e os demais dados coletados serão destruídos.

Além disso, admitem-se os riscos característicos de uma pesquisa em ambiente virtual, em função das limitações das tecnologias utilizadas e das limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de violação da pesquisa realizada em meio eletrônico. De maneira a minimizar estes riscos, a equipe de pesquisa assume o compromisso de garantir que a participação seja anônima e se compromete a armazenar os dados de forma que terceiros não possam acessá-los. Dessa forma, uma vez concluída a coleta de dados, o pesquisador responsável fará download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local (em computador de uso pessoal, protegido por senha) e em seguida apagará todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". No entanto, caso esse risco se concretize o estudo será interrompido.

Benefícios:

Não há benefícios diretos previstos aos participantes deste estudo. Contudo, podem-se destacar alguns benefícios indiretos do estudo para a população, como: conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico; conhecer a real prevalência do diagnóstico tardio da perda auditiva, o que

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.802-112

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.815.037

pode auxiliar na formulação de novas políticas públicas de saúde ou na readequação das existentes; o presente estudo pode servir como base para posteriores estudos e poderá ampliar os conhecimentos epidemiológicos referentes ao Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de reapresentação do protocolo de pesquisa intitulado "PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE SURDEZ E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS", para o qual o pesquisador responsável respondeu de forma adequada, as pendências indicadas no parecer número 5.787.997.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador responsável anexou de forma adequada os documentos indicados a seguir:

- Carta de resposta às pendências
- TCLE
- Projeto completo

Recomendações:

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.802-112

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.815.037

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

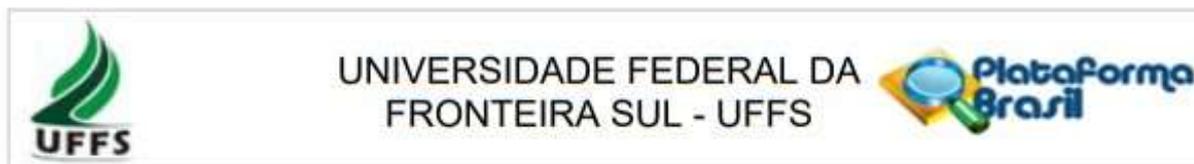
CEP: 89.802-112

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.815.037

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2046832.pdf	01/12/2022 15:30:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_vova-versao.pdf	01/12/2022 15:30:31	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo_nova-versao.pdf	01/12/2022 15:30:17	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Outros	carta_pendencias.pdf	01/12/2022 15:30:01	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Outros	link_TCLE_questionario_google.pdf	08/11/2022 18:08:28	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Outros	instrumento_google_forms.pdf	08/11/2022 18:01:04	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/11/2022 18:00:42	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo.pdf	08/11/2022 18:00:26	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	08/11/2022 10:12:38	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Outros	instrumento_coleta_dados.pdf	07/11/2022 14:58:26	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.815.037

CHAPECO, 14 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Renata dos Santos Rabello
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

4.2. ANEXO B – NORMAS DA REVISTA BRAZILIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY

Como Submeter Artigos

CRITÉRIOS GERAIS PARA ELABORAÇÃO E ACEITAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

"O Brazilian Journal of Otorhinolaryngology apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE <http://www.icmje.org/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo."

O BJORL aceita o envio das seguintes modalidades de artigos:

Artigos Originais - Artigos originais são definidos como relatórios de trabalho original, e estas contribuições devem ser significativas e válidas. Os leitores devem poder aprender de um artigo geral o que foi firmemente estabelecido e que perguntas significantes permanecem não resolvidas. Especulação deve ser mantida ao mínimo possível.

Artigos de Revisão (Revisão de temas) - Normalmente são publicados artigos de revisão. É esperado que eles cubram literatura existente interessada com um tópico específico. A revisão deve avaliar as bases e validade de opiniões publicadas e deve identificar diferenças de interpretação ou opinião.

Relatos de Caso - Serão publicados só relatos incomuns e especialmente significantes. Será dada prioridade a relatórios e interesse multidisciplinar e/ou prático. Para uma explicação mais detalhada da expectativa editorial do BJORL do formato de um artigo e dos critérios utilizados pelo corpo editorial na sua avaliação, procure o texto "Critérios para elaboração e avaliação de um trabalho científico" no link: <http://www.rborl.org.br/criterios.asp>.

Carta ao Editor - Esta seção tem por objetivo fomentar o debate saudável entre nossos leitores e autores. Os textos submetidos pelo leitor nesta seção serão encaminhados aos autores dos artigos comentados, para que estes respondam às críticas ou elogios. A publicação na revista das Cartas ao Editor será feita a critério do Corpo Editorial e somente quando houver uma resposta do autor.

O texto está dividido em duas partes: quanto ao formato e quanto ao conteúdo.

Quanto ao formato

Extensão e apresentação

O artigo completo (Original e Revisão) não deve exceder 25 laudas de papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm), escritas em letra *Times New Roman* de tamanho 12, espaço duplo entre linhas. Se o revisor considerar pertinente poderá sugerir ao autor a supressão de gráficos e tabelas ou mesmo condensação de texto.

Título e autores

Um bom título permite aos leitores identificar o tema e ajuda aos centros de documentação a catalogar e a classificar o material. O título deverá se limitar ao máximo de dez palavras e seu conteúdo deve descrever de forma concisa e clara o tema do artigo. O uso de títulos demasiado gerais, assim como de abreviaturas e siglas, deve ser evitado.

Devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho. Um trabalho com mais de 7 autores só deverá ser aceito se o tema for de abrangência multidisciplinar ou de ciências básicas.

Inserindo o nome completo de cada autor.

Consideramos salutar que os responsáveis pelo artigo identifiquem a atuação de cada um dos autores na confecção do trabalho. Lembramos que podem e devem ser considerados autores aqueles que cumprem as seguintes tarefas:

1. Concebem e planejam o projeto, assim como analisam e interpretam os dados,
2. Organizam o texto ou revisam criticamente o conteúdo do manuscrito,
3. Dão suporte e aprovação final ao artigo a ser submetido.

Todos os três critérios devem ser atingidos para que o indivíduo possa ser considerado autor ou co-autor.

Critérios que não qualificam um indivíduo como autor são os seguintes:

1. Oferecer financiamento ou suporte de pesquisa,
2. Coletar dados para a pesquisa,
3. Dar supervisão geral a um grupo de pesquisa,
4. Ser chefe de serviço ou Titular de Departamento.

Se o indivíduo não se encaixar na figura de autor, mas tiver sua importância para o trabalho final, pode ser lembrado nos agradecimentos finais.

Resumo e palavras-chave (descritores)

Não poderá ser incluída no resumo nenhuma informação não contida no texto. Deve ser escrito em voz impessoal e NÃO deve conter abreviaturas ou referências bibliográficas. O resumo deve ter a capacidade de ajudar o leitor a se decidir se há interesse em ler o artigo inteiro. Será, juntamente com o título, a única parte do texto que estará disponível na maior parte das bibliotecas e agências de catalogação e indexação, sendo, portanto, o cartão de visitas da pesquisa publicada.

Artigos Originais e de Revisão DEVEM ser acompanhados de um resumo em português e outro em inglês de cerca de 200 palavras, com seus tópicos devidamente salientados (estruturado), e indicando claramente:

1. As premissas teóricas e justificativas do estudo (Introdução);
2. Os objetivos do estudo (Objetivo);
3. Método básico utilizado e descrição do artigo - revisão ou original - (Método);
4. Resultados principais e sua interpretação estatística - opcionais para estudos de revisão narrativa - (Resultados) e
5. Conclusões alcançadas (Conclusão).

Após o resumo, três a cinco descritores científicos devem ser inseridos baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), estes podem ser acessado na página eletrônica da BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), www.bireme.org ou no próprio site do BJORL, no passo 4 da submissão.

Quanto ao conteúdo

Os ARTIGOS ORIGINAIS vem estar no chamado formato IMRDC: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões.

Na Introdução é onde estão o objetivo e a justificativa do trabalho. Nela devem estar presentes as razões e pertinência para a confecção do trabalho, sua importância e abrangência, lacunas, controvérsias e incoerências teóricas e as premissas teóricas ou experiências pessoais que levaram o autor a investigar o assunto. O(s) objetivo(s) deve(m) aparecer como último parágrafo da introdução.

No Método espera-se encontrar a descrição da amostra estudada e um detalhamento suficiente do instrumento de investigação.

Nos estudos envolvendo seres humanos ou animais deve ser informado o número de protocolo de aprovação do estudo pela Comissão de Ética da instituição onde o mesmo foi realizado.

A amostra deve ser bem definida e os critérios de inclusão e exclusão descritos claramente. Também a maneira de seleção e alocação em grupos deve ser esclarecida (pareamento, sorteio, sequenciamento, estratificação, etc). O Método deve ter coerência com a questão apresentada e deve ser explicitado o desenho do estudo.

Os Resultados devem ser apresentados de forma sintética e clara. Tudo que conste deste item tem que ter sido extraído do método. O uso de gráficos e tabelas deve ser estimulado, assim como análises estatísticas descritivas e comparativas.

Na Discussão esperamos que o autor apresente sua experiência pessoal no assunto, explore seus referenciais teóricos e discuta os resultados frente a estas premissas. Também é este o local para expor possíveis dificuldades metodológicas.

As Conclusões devem ser sucintas e se ater ao objetivo proposto. É fundamental que o método e os resultados obtidos por ele sejam suficientes para fundamentar os itens arrolados na conclusão.

Os RELATOS DE CASO devem conter introdução com revisão pertinente que justifique sua importância, seja pela raridade ou impacto clínico, apresentação do caso com riqueza de detalhes visuais e de descrição e comentários finais, com discussão das nuances que façam deste caso um artigo digno de publicação. Não há necessidade de envio de seu resumo.

1. Título - conciso e descritivo com no máximo 100 caracteres.
2. Palavras chave - no máximo 5 e em ordem alfabética.
3. Os textos não poderão ter mais de 5 autores, No caso de mais, uma justificativa deve ser enviada.
4. Corpo do texto estruturado em: Introdução, Apresentação do Caso, Discussão e Comentários Finais.
5. O texto completo, excetuando Título e Referência não deverá ultrapassar 600 palavras.
6. Referência - no máximo 6.
7. Aceitaremos 1 tabela ou figura apenas.

A CARTA AO EDITOR é utilizada para que os leitores da revista possam externar suas opiniões sobre os temas e artigos nela publicados. Sua submissão será através do sistema da internet, assim como qualquer outro artigo, devendo adequar-se à seguinte estruturação:

1. A carta será enviada ao autor do artigo, que terá 6 semanas para respondê-la;
2. A carta e a resposta serão publicadas no mesmo número da revista, e não haverá mais réplicas;
3. As cartas não serão revisadas pelo corpo editorial. Contudo, se apresentarem caráter pessoal ou agressivo, a critério do Editor, poderão ter sua publicação negada.

Referências

São essenciais para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e técnicas a que se faz referência no texto e que provêm de investigações, estudos e experiências anteriores; apoiar os atos e opiniões expressados pelo autor; e proporcionar ao leitor a informação bibliográfica que necessita para consultar as fontes primárias.

As referências devem ser pertinentes e atualizadas, serão aceitas no máximo 50 referências para artigos originais e de revisão e 6 referências para artigos de relatos de casos.

Todas as referências devem ser citadas no texto com números consecutivos em forma de superíndices, segundo a ordem de sua aparição. No final do artigo estas citações farão parte das referências da seguinte forma:

Disponível em: <http://www.bjorl.org.br/portugues/criterios.asp>