



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

Prevalencia del diagnóstico tardío de sordera y su relación con la calidad de vida en adultos

Renata Deponti Cogo¹, Isabela Olszanski Acrani², Bibiana Callegaro Fortes¹, Gustavo Olszanski Acrani¹.

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência do diagnóstico tardio de surdez em adultos e sua relação com a qualidade de vida. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado no curso de Medicina em uma Instituição de Ensino Superior do Rio Grande do Sul, com coleta de dados por questionário eletrônico em 27 de janeiro a 31 de maio de 2023. A amostra foi composta por 161 indivíduos surdos, de ambos os sexos, com idades entre 18 e 59 anos. A variável independente foi a idade do diagnóstico e a dependente, a qualidade de vida, avaliada através do instrumento WHOQOL-bref. Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva e analítica com auxílio do software PSPP. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A análise revelou que apenas 16,1% dos participantes receberam diagnóstico precoce, sendo 49,7% com qualidade de vida ruim. Entre os domínios avaliados, o físico apresentou a maior média ($72,55 \pm 12,89$), enquanto o de meio ambiente teve a menor ($68,31 \pm 13,15$), sendo mais baixo entre diagnosticados precocemente ($73,1\%$, $p=0,039$). **Conclusão:** Conclui-se 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

Objective: To estimate the prevalence of late diagnosis of deafness in adults and its relationship with quality of life. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive, and analytical study conducted in the Medicine course at a Higher Education Institution in Rio Grande do Sul, with data collection through an electronic questionnaire from January 27 to May 31, 2023. The sample consisted of 161 deaf individuals of both sexes, aged between 18 and 59 years. The independent variable was the age at diagnosis, and the dependent variable was quality of life, assessed using the WHOQOL-bref instrument. The data were analyzed using descriptive and analytical statistics with the aid of PSPP software. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** The analysis revealed that only 16.1% of participants received an early diagnosis, and 49.7% reported poor quality of life. Among the evaluated domains, the physical domain showed the highest mean score (72.55 ± 12.89), while the environmental domain had the lowest (68.31 ± 13.15), being significantly lower among those

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo - RS.

² Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto - SP.

diagnosed early (73.1%, $p=0.039$). **Conclusion:** It is concluded that the quality of life of deaf individuals is related not only to the age of diagnosis but also to the degree of hearing loss.

Keywords: Deafness, Hearing loss, Quality of life, Late diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia del diagnóstico tardío de sordera en adultos y su relación con la calidad de vida. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico, realizado en el curso de Medicina en una Institución de Educación Superior de Río Grande del Sur, con recolección de datos mediante un cuestionario electrónico del 27 de enero al 31 de mayo de 2023. La muestra estuvo compuesta por 161 individuos sordos de ambos sexos, con edades entre 18 y 59 años. La variable independiente fue la edad al momento del diagnóstico y la variable dependiente fue la calidad de vida, evaluada mediante el instrumento WHOQOL-bref. Los datos se analizaron mediante estadísticas descriptivas y analíticas con el apoyo del software PSPP. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** El análisis reveló que solo el 16,1 % de los participantes recibió un diagnóstico temprano y el 49,7 % reportó una calidad de vida baja. Entre los dominios evaluados, el dominio físico presentó el promedio más alto ($72,55 \pm 12,89$), mientras que el dominio ambiental tuvo el más bajo ($68,31 \pm 13,15$), siendo significativamente inferior entre aquellos diagnosticados tempranamente (73,1 %, $p=0,039$). **Conclusión:** Se concluye que la calidad de vida de los individuos sordos está relacionada no solo con la edad del diagnóstico, sino también con el grado de hipoacusia.

Palabras clave: Sordera, Pérdida auditiva, Calidad de vida, Diagnóstico tardío.

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 M e AMATUZZI MC, 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 (RUSSO I, 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 E, 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). Ainda, o censo de 2010 da população do Rio Grande do Sul com deficiência auditiva, constatou que 617.244 indivíduos possuíam déficit auditivo. (IBGE, 2010).

No Brasil já foram realizados estudos que apontam que a média de idade em que o diagnóstico da surdez ocorre é entre 3 e 5 anos de idade, sendo 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 (SILVA LSG e GONÇALVES CGO, 2013). Nesse contexto, o diagnóstico faz-se importante independente da faixa etária, mas sabe-se que quanto mais cedo ocorre, há maior chance de adaptação, intervenção e desenvolvimento do indivíduo. Tal fato ocorre porque durante os primeiros anos de vida é que se estabelece o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem, por ser o período em que o processo de maturação do sistema auditivo central, bem como a plasticidade neuronal da via auditiva ocorrem. (PINTO MM, et al., 2012).

Diante das diversas consequências da perda auditiva e de suas múltiplas etiologias, torna-se fundamental conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes acometidos, bem como os fatores de risco, sinais, sintomas e possibilidades de tratamento. Essa compreensão permite aprimorar o conhecimento sobre o tema, viabilizando diagnósticos mais precoces e intervenções adequadas, além de orientar os processos de reabilitação e habilitação auditiva, minimizando os impactos na qualidade de vida dos indivíduos.

Avaliar o impacto da surdez na qualidade de vida é essencial para compreender as necessidades de cada paciente. Nesse sentido, o instrumento WHOQOL-bref, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (FLECK MPA, 2000), desempenha um papel fundamental ao avaliar dimensões como saúde física, psicológica, relações sociais e ambiente. Essa abordagem permite que profissionais de saúde obtenham uma visão ampla dos efeitos da surdez, facilitando a adaptação de intervenções e a oferta de suporte personalizado, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e promover a inclusão social. 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 teve como objetivo estimar a prevalência do diagnóstico tardio de surdez em adultos e sua relação com a qualidade de vida. Para isso, serão analisadas a média de idade no momento do diagnóstico e as características da surdez (grau, tipo, lateralidade e simetria). Além disso, a qualidade de vida da amostra será avaliada por meio do instrumento WHOQOL-bref, permitindo uma análise quantitativa dos seus domínios.

MÉTODOS

Este estudo transversal investigou indivíduos surdos de 18 a 59 anos, com dados coletados online via questionário eletrônico no Google Forms, divulgado em redes sociais. A participação ocorreu entre 27 de janeiro e 31 de maio de 2023, mediante consentimento livre e esclarecido, compondo uma amostra não probabilística por conveniência. 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, o tipo da perda auditiva, o método utilizado no diagnóstico, a realização do teste da orelhinha (normal, positivo, negativo, não realizou), as possíveis etiologias da surdez, exposição a fatores de risco, os processos de reabilitação auditiva, a simetria da hipoacusia, o processo de adaptação ao tratamento, 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 foi considerada a idade do indivíduo no momento do diagnóstico de surdez, sendo considerado tardio aqueles que obtiveram o diagnóstico da surdez após os 2 anos de idade e 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, codificadas e categorizadas conforme metodologia estabelecida no manual do instrumento (WHOQOL GROUP, 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 com intervalo de confiança de 95% (IC95). Ainda, a relação da variável independente com a dependente 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	67,6
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		
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

Fonte: Cogo RD, et al., 2025.

Em relação à caracterização dos aspectos da surdez, 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
Infecciosa	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
Tranquila	103	64

Nota: AASI = Aparelhos auditivos amplificadores de som, TF = Terapia fonoaudiológica, IC = Implante coclear.
Fonte: Cogo RD, et al., 2025.

Foi observado que 83,9% (IC95 78-90) dos participantes da pesquisa foram diagnosticados de modo tardio. Ademais, a média de idade de diagnóstico foi de 20,26 ($\pm 16,96$). No que tange ao método diagnóstico, prevaleceu o exame de audiometria (89,4%) (**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
Outro	5	3,1
Não lembra	9	5,6
Teste da orelhinha ao nascimento		
Não	81	50,3
Sim	15	9,3
Não lembra	65	40,4

Fonte: Cogo RD, et al., 2025.

A avaliação da qualidade de vida dos indivíduos diagnosticados com surdez 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 ($72,55 \pm 12,89$). 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

Fonte: Cogo RD, et al., 2025.

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. Conseqüentemente, 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).

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

Fonte: Cogo RD, et al., 2025.

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 “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			
Diagnóstico tardio	70 (51,9%)	65 (48,1%)	0,211
Diagnóstico precoce	10 (38,5%)	16 (61,5%)	
Domínio físico			
Diagnóstico tardio	74 (54,8%)	61 (45,2%)	0,126
Diagnóstico precoce	10 (38,5%)	16 (61,5%)	
Domínio psicológico			
Diagnóstico tardio	60 (44,4%)	75 (55,6%)	0,841
Diagnóstico precoce	11 (42,3%)	15 (57,7%)	
Domínio relações sociais			
Diagnóstico tardio	73 (54,1%)	62 (45,9%)	0,069
Diagnóstico precoce	9 (34,6%)	17 (65,4%)	
Domínio meio ambiente			
Diagnóstico tardio	69 (51,1%)	66 (48,9%)	0,039
Diagnóstico precoce	19 (73,1%)	7 (26,9%)	

Nota: p =qui-quadrado. Fonte: Cogo RD, et al., 2025.

DISCUSSÃO

A surdez é uma condição que afeta a capacidade de percepção de sons, impactando 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 (CHIA EM, et al., 2007). 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 D, 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 EEL, 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). Ademais, observou-se uma prevalência de surdez de grau profundo (47,8%), do tipo neurosensorial (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.

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 YCA, et al., 2015). 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 YCA, et al., 2015; 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 SS, et al., 2018). Observou-se uma lacuna na abordagem das manifestações clínicas da hipoacusia e na análise dos fatores de suspeita, resultando em dados limitados sobre a influência dos sintomas no tempo de diagnóstico e na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Essa limitação evidencia a necessidade de investigações mais abrangentes, visando aprimorar estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e intervenção terapêutica.

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 D, 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 LF, 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). Os dados evidenciam a diversidade de experiências e preferências entre os surdos, destacando que a escolha da língua ou método de comunicação é influenciada por fatores como grau de perda auditiva, contexto cultural e condições pessoais. Assim, é crucial promover a inclusão de todas as formas de comunicação para atender às necessidades individuais. 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 MR, 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 CC, et al., 2017). 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 R, 2014; PIZA MR, 2017). 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 L, 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 LP, et al., 2017).

Ou seja, quanto mais leve a perda auditiva, maior a dificuldade de percepção e conseqüentemente 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 ABP, et al., 2012). Destaca-se a importância da qualificação dos profissionais de saúde para garantir o acompanhamento adequado de pacientes com queixas auditivas, permitindo um diagnóstico precoce. 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 SS, 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 (CALLISON DM, 1999). Ainda, pode-se realizar o registro das emissões otoacústicas (EOA), útil nos programas de triagem auditiva neonatal (GARCIA CFD, et al., 2002).

Silva e Gonçalves destacam que a surdez diagnosticada tardiamente afeta a educação e saúde do indivíduo, evidenciando a falta de acolhimento adequado e diagnóstico precoce, além de uma relação insatisfatória entre os setores envolvidos, (educação e saúde) (SILVA LSG e GONÇALVES CGO, 2013). O teste da orelhinha, obrigatório no Brasil desde 2010, visa detectar precocemente problemas auditivos para permitir manejo e reabilitação antes dos seis meses de vida. No entanto, como é um exame de triagem, não realiza o diagnóstico definitivo, encaminhando a criança para avaliação otorrinolaringológica caso haja alterações.

Devido ao período de implementação e à idade dos indivíduos da amostra, apenas 9,3% relataram ter realizado o teste, e apenas 3 (1,9%) receberam diagnóstico de comprometimento auditivo por meio dele. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A triagem neonatal é fundamental, pois estudos mostram que os testes detectam a perda auditiva em idade mais precoce do que a identificação apenas de sinais clínicos (RUSS SA, et al., 2002), uma vez que muitas perdas auditivas só são notadas quando há atraso no desenvolvimento. A cobertura do teste da orelhinha no Brasil é baixa em comparação a outros países que o recomendam nas primeiras semanas de vida (MALLMANN MB, et al., 2020).

A prevalência de 65,8% de realização do teste em qualquer momento da vida indica uma lacuna na implementação e alcance, destacando a necessidade de políticas e estratégias para promover a conscientização e adesão ao 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 MT e ADEYEMO AA, 2018; YOSHINAGA-ITANO C, 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-ITANO C, et al., 1998; TORRES VMF e VIEIRA SCM, 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 N, et al., 2014). Além disso, o impacto cumulativo de menor interação e informação no convívio de pessoas surdas, produz conseqüências negativas para sua representação e retenção no local de trabalho, na vida educacional e social (GUIMARÃES LC, 2021). 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 e GREGUOL M, 2011).

A surdez afeta a qualidade de vida, prejudicando comunicação, relações sociais, educação, emprego e saúde mental. A detecção precoce é crucial para melhores resultados, porém este estudo revelou uma tendência preocupante de diagnóstico tardio. Os achados destacam a diversidade das causas da perda auditiva e a necessidade de conscientização sobre sua prevenção. Além disso, a limitada difusão da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) reforça a importância de ampliar o acesso a métodos de comunicação e reabilitação.

O estudo apresentou limitações, como a falta de dados sociodemográficos sobre surdos no Brasil e dificuldades na coleta de informações devido à ausência de intérprete de LIBRAS, reduzindo a amostra. Também houveram vieses de seleção, não-respondentes e memória, pois os dados foram baseados em percepções dos participantes, sem acesso a laudos médicos. A pesquisa reforça a importância da detecção precoce, reabilitação auditiva e suporte adequado, destacando a necessidade de estudos e ações para a inclusão e melhoria da qualidade de vida dos surdos.

CONCLUSÃO

Este estudo destaca a luta contínua do público surdo por inclusão social, ressaltando a necessidade de adaptar ambientes e normalizar essas mudanças. Ao aprofundar o entendimento sobre a surdez e suas experiências, contribui para a formulação de políticas públicas mais eficazes, abrangendo prevenção, tratamento e acessibilidade. Espera-se que este e futuros estudos incentivem uma sociedade mais inclusiva e equitativa.

REFERÊNCIAS

1. ABOPE. ACADEMIA BRASILEIRA DE OTORRINO PEDIÁTRICA. Crianças também fazem audiometria? 2021.
2. ABORL-CCF. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL. Risco de surdez é ignorado, 2015.
3. ALMEIDA CC, et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017.
4. ASTOLFI D, et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de surdos da Região Metropolitana de Campinas e o acesso à saúde, 2018.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no âmbito do SUS. 2012. Disponível em: Saúde da Pessoa com Deficiência — Ministério da Saúde. Acessado em: 25 de Junho de 2023.
6. CALLISON DM. Audiologic evaluation of hearing-impaired infants and children, *Otolaryngologic Clinics of North America*, 1999; 32(6).
7. CAMATTI L. Efeitos do diagnóstico precoce da surdez nos processos de escolarização de alunos surdos, 2017.
8. CFF. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Teste da orelhinha, 2011.
9. CHAVEIRO N, et al. Qualidade de vida dos surdos que se comunicam pela língua de sinais: revisão integrativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], 2014.
10. CHIA EM, et al. Hearing impairment and health-related quality of life: The blue mountains hearing study, 2007.
11. COSTA-GUARISCO LP, et al. Percepção da perda auditiva: utilização da escala subjetiva de faces para triagem auditiva em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 2017.
12. FLECK MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas, 2000.
13. GARCIA CFD, et al. 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.
14. GOMES LF, et al. Conhecimento de Libras pelos Médicos do Distrito Federal e Atendimento ao Paciente Surdo. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online], 2017; 41(3).
15. GONTIJO EEL, et al. A população idosa de Gurupi: avaliação do perfil sociodemográfico, de saúde e do uso de medicamentos. *Revista Científica do ITPAC*, 2013; 6(1).
16. GRASEL SS, et al. Audiometria tonal, imitância acústica, imitanciometria e logaudiometria. *Tratado de Otorrinolaringologia*, 2017; 3.
17. GUIMARÃES LC. Saúde mental da pessoa surda no Brasil, 2021.
18. IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico, 2010.
19. INTERDONATO GC e GREGUOL M. Qualidade de vida e prática habitual de atividade física em adolescentes com deficiência. *Rev. Bras. Crescimento desenvolv. Hum*, 2011; 21(2): 282-295.
20. JAIYEOLA MT e ADEYEMO AA. Quality of life of deaf and hard of hearing students in Ibadan metropolis, Nigeria. *Plos ONE*, 2018; 13(1)
21. KURC M e AMATUZZI MC. Fisiologia da audição. *Tratado de Otorrinolaringologia*, Rio de Janeiro, 2018; 3.
22. LANG-ROTH R. Deficiência auditiva e atraso de linguagem em bebês: Diagnóstico e genética, 2014.
23. LEYVA EM, et al. Hipoacusia neurosensorial en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, 2021.
24. MALLMANN MB, et al. Neonatal screening tests in Brazil: prevalence rates and regional and socioeconomic inequalities. *J Pediatr (Rio J)*, 2020.
25. OLIVEIRA YCA, et al. Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, 2015; 19 (54). Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0549.pdf>. Acessado em: 14 de Julho de 2023.
26. OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevalência da hipoacusia, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/activities/highlighting-priorities-for-ear-and-hearing-care>. Acessado em: 2 de Abril de 2023.
27. PINTO MM 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.
28. PIZA MR. Aparelho de amplificação sonora individual: aspectos técnicos e clínicos. *Otorrinolaringologia: princípios e prática*, 2017.

29. RUSS SA, et al. Wake M Arch Dis Criança, 2002.
30. 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/7gix_hjdqj7pfncd4mjsd5x/?Format=pdf&lang=pt. Acessado em: 12 de outubro de 2023.
31. SILVA ABP, et al. Surdez: da suspeita ao encaminhamento. Revista Paulista de Pediatria [online]. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000200016>. Acessado em: 13 de outubro de 2023.
32. SILVA E. Capacidade Civil e Pessoas com Deficiência Intelectual e Mental. São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais. 2021. Disponível em: https://thomsonreuters.jusbra_sil.com.br/doutrina/1314941964/capacidade-civil-e-pessoas-com-deficiencia-intelectual-e-mental. Acessado em: 1 de setembro de 2022.
33. SILVA LSG e GONÇALVES CGO. Process diagnosis of deafness in children in the perception of familiar and managers. 2013.
34. STEVENS G, et al. Prevalência de deficiência auditiva global e regional: análise de 42 estudos em 29 países, 2013.
35. TORRES VMF e VIEIRA SCM. Qualidade de vida em adolescentes com deficiência. Rev. CEFAC, 2014; 16(6): 1953-1961. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n6/1982-0216-rcefac-16-06-01953.pdf> 4. Acessado em: 3 de outubro de 2023.
36. WHOQOL GROUP. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva, 1996.
37. YOSHINAGA-ITANO C et al. Linguagem de crianças precoces e posteriormente identificadas com perda auditiva. 1998.