

**M** **MESTRADO**  
GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES – RAMO DE GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

# Reabilitação Auditiva, Qualidade de Vida e Literacia em Saúde

Ana Catarina Tavares Pereira

09/2025



## **Reabilitação Auditiva, Qualidade de Vida e Literacia em Saúde**

**Autor**

Ana Catarina Tavares Pereira

**Orientadores**

Prof. Doutor Rui Pimenta, Requimte-LAQV –E2S–P.PORTO, CEISUC/CIBB Universidade de  
Coimbra

Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla Matos Silva, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

*Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos  
necessários à obtenção do grau de Mestre em **Gestão das  
Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde** pela  
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.*

## **Agradecimentos**

Gostaria de deixar aqui expressado os meus mais sinceros agradecimentos a todas as pessoas que me ajudaram, apoiaram e motivaram para a realização deste trabalho.

Começo assim, por agradecer, em primeiro lugar, ao meu orientador, Professor Rui Pimenta, por me ter acompanhado no meu percurso e por me orientar ao longo da realização do trabalho.

Seguidamente à Professora Carla, também pela orientação, por estar sempre disponível e disposta ajudar, por todos os ensinamentos ao longo destes 6 anos e por toda a compreensão.

Aos meus pais por sempre acreditarem em mim, por me proporcionarem sempre o melhor e por estarem sempre dispostos a ajudar.

À minha família por todo o apoio e incentivo constante.

Ao Daniel, o meu namorado, por todo o apoio incondicional, por nunca me deixar desistir e por acreditar sempre em mim.

À Cátia Antunes e à Beatriz Patarra, por toda a ajuda que me deram para a minha recolha de dados, sem elas nunca teria conseguido.

A todos os colegas de turma por toda a partilha de conhecimento e entreajuda, em especial à Arlete por toda a ajuda e por todo o tempo passado.

E a todas as pessoas presentes nestes dois anos e que de certa forma contribuíram para o meu sucesso académico.

O meu mais sincero Obrigada a todos.

## Resumo

**Introdução:** A audição é fundamental para a interação social do indivíduo. Uma comunicação comprometida pode estar associada a depressão, isolamento social, baixa Qualidade de Vida (QdV), diminuição da literacia, redução do desempenho educacional e da empregabilidade. A Literacia em Saúde (LS) é a medida em que os indivíduos são capazes de obter, processar, compreender e usar a informação básica em saúde e os serviços disponíveis com o objetivo de tomar decisões que permitam aos indivíduos promover e manter o estado de saúde apropriado. A Reabilitação Auditiva (RA) é um processo realizado por um profissional de saúde especializado, com o objetivo de reduzir, por meio de tecnologias e abordagens específicas, as limitações causadas pela Perda Auditiva (PA).

**Objetivos:** Estudar e avaliar a relação entre a população com PA em processo de RA e a população portuguesa em geral a nível de LS e QdV; Avaliar a correlação entre a QdV e a LS dos indivíduos com PA em processo de RA; Estudar as determinantes da LS e da QdV de uma amostra com PA em processo de RA. **Metodologia:** 400 indivíduos com PA em processo de RA, através dos seguintes questionários: sociodemográfico e clínico, SF-36v2 para a QdV e HLS-EU-Q16 para LS. **Resultados:** A média geral ( $\pm$  desvio-padrão) de LS foi de 10,12 ( $\pm$  3,12) o que corresponde a um valor de LS médio problemático. A média mais baixa de QdV foi no domínio Dor Corporal (31,88  $\pm$  27,80) e a mais alta no Desempenho Emocional (79,79  $\pm$  26,03). Apenas se verificam diferenças nas médias dos valores das dimensões do HLS-EU-Q16, entre os indivíduos em Processo de RA e a População Portuguesa no domínio Prevenção da Doença e Promoção da Saúde ( $p < .001$ ). Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do SF-36v2, entre os indivíduos em Processo de RA e a População Portuguesa ( $p < .001$ ) em todas as dimensões exceto Desempenho Físico e Saúde Geral. Existe correlação entre os níveis de LS e de QdV de indivíduos com PA em processo de RA com um  $p < .001$ , verificando-se ainda, uma correlação positiva com a Medida de Sumário Mental. Existem evidências significativas entre o nível de escolaridade e a LS ( $p < .001$ ) e os domínios FF ( $p < .001$ ), DF ( $p = 0.012$ ), DC ( $p = 0.003$ ), SG ( $p < .001$ ) e VT ( $p = 0.005$ ). **Conclusão:** Verifica-se que a RA tem influência na LS e na QdV, sendo que, uma melhor LS está relacionada a uma melhor QdV.

**Palavras-chave:** Reabilitação Auditiva; Qualidade de Vida; Literacia em Saúde; Perda Auditiva

## Abstract

**Introduction:** Hearing is fundamental to an individual's social interaction. Impaired communication may be associated with depression, social isolation, reduced Quality of Life (QoL), lower literacy levels, decreased educational performance, and reduced employability. Health Literacy (HL) refers to the degree to which individuals can obtain, process, understand, and use basic health information and available health services in order to make decisions that enable them to promote and maintain an appropriate state of health. Hearing Rehabilitation (HR) is a process carried out by a specialized healthcare professional, aimed at reducing, through specific technologies and approaches, the limitations caused by Hearing Loss (HLoss). **Objectives:** Study and evaluate the relationship between the population with HLoss undergoing HR and the general Portuguese population in terms of HL and QoL; to assess the correlation between QoL and HL in individuals with HLoss undergoing HR; and to study the determinants of HL and QoL in a sample of individuals with hearing loss undergoing HR. **Methodology:** A total of 400 individuals with HLoss undergoing HR were assessed using the following questionnaires: a sociodemographic and clinical questionnaire, the SF-36v2 for QoL, and the HLS-EU-Q16 for HL. **Results:** The overall mean ( $\pm$  standard deviation) of health literacy was 10.12 ( $\pm$  3.12), corresponding to a problematic average level of health literacy. The lowest mean quality of life score was observed in the Bodily Pain domain (31.88  $\pm$  27.80), and the highest in the Role Emotional domain (79.79  $\pm$  26.03). Differences in mean values of the HLS-EU-Q16 dimensions between individuals undergoing HR and the Portuguese population were only observed in the Disease Prevention and Health Promotion domain ( $p < .001$ ). Differences in mean values of the SF-36v2 dimensions between individuals undergoing hearing rehabilitation and the Portuguese population were found in all dimensions ( $p < .001$ ), except for Physical Functioning and General Health. A correlation was found between health literacy and quality of life levels in individuals with hearing loss undergoing HR ( $p < .001$ ), with a positive correlation also observed with the Mental Component Summary showing a positive correlation. Significant associations were found between educational level and HL ( $p < .001$ ), as well as with the domains Physical Functioning ( $p < .001$ ), Role Physical ( $p = 0.012$ ), Bodily Pain ( $p = 0.003$ ), General Health ( $p < .001$ ), and Vitality ( $p = 0.005$ ). **Conclusion:** Hearing rehabilitation has an influence on health literacy and quality of life, and better health literacy is associated with better quality of life.

**Keywords:** Hearing Rehabilitation; Quality of Life; Health Literacy; Hearing Loss

## Índice

### Abstrat

### Resumo

<b>1. Introdução</b>	1
<b>1. Fundamentação Teórica</b>	3
<b>1.1. Audição</b>	3
<b>1.1.1 Perda Auditiva</b>	3
<b>1.1.2 Reabilitação Auditiva</b>	9
<b>1.2 Literacia em Saúde</b>	11
<b>1.2.1 Definição e Evolução</b>	11
<b>1.2.2 Literacia em Saúde na Europa e em Portugal</b>	14
<b>1.2.3 Literacia em Saúde e a Perda Auditiva e Reabilitação Auditiva</b>	16
<b>1.2.4 Avaliação da Literacia em Saúde</b>	18
<b>1.3 Qualidade de Vida relacionada com a Saúde</b>	20
<b>1.3.1 Qualidade de Vida, Perda Auditiva e Reabilitação Auditiva</b>	20
<b>1.3.2 Qualidade de Vida e a Literacia em Saúde</b>	22
<b>1.3.3 Avaliação da Qualidade de Vida</b>	24
<b>2. Estudo Empírico</b>	25
<b>2.1 Metodologia</b>	25
<b>2.1.1 Objetivos, Finalidades e Caracterização do Estudo</b>	26
<b>2.1.2 População e Amostra</b>	27
<b>2.1.3 Variáveis em Estudo</b>	27
<b>2.1.4 Objetivos e Hipóteses de Investigação</b>	29
<b>2.1.5 Critérios de Inclusão e Exclusão</b>	30
<b>2.1.5 Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados</b>	30
<b>2.1.6 Procedimentos de Recolha de Dados</b>	34
<b>2.1.7 Tratamento estatístico e análise de dados</b>	36
<b>2.1.8 Considerações éticas e legais</b>	37
<b>2.2 Resultados</b>	38
<b>2.2.1 Caracterização Sociodemográfica</b>	38
<b>2.2.2 Caracterização Audiológica e Clínica</b>	39

<b>2.3</b>	Resultados Literacia em Saúde .....	40
<b>2.4</b>	Resultados Qualidade de Vida.....	46
<b>2.5</b>	Validação das Hipóteses de Investigação .....	50
<b>3</b>	<b>Discussão</b> .....	62
<b>4</b>	<b>Conclusão</b> .....	67
	<b>Referências Bibliográficas</b> .....	69

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação do grau da perda auditiva (Organização Mundial da Saúde 2020)

Tabela 2. Variáveis e a sua codificação

Tabela 3. Objetivos e hipóteses de investigação e os testes usados

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 5. Caracterização audiológica e clínica da amostra

Tabela 6. Distribuição relativa e absoluta da amostra na dimensão Cuidados de Saúde

Tabela 7. Distribuição relativa e absoluta da amostra na dimensão Prevenção da Doença

Tabela 8. Distribuição relativa e absoluta da amostra na dimensão Promoção de Saúde

Tabela 9. Avaliação da consistência interna (*Alfa de Cronbach*) das dimensões do HLS-EU-Q16

Tabela 10. Correlação de *Spearman* dos respetivos domínios do questionário HLS-EU-Q16

Tabela 11. Análise dos valores de resultado G-HL16 do HLS-EU-Q16

Tabela 12. Valores em % do presente estudo, do estudo de Pedro et al., (2023) e do estudo de Pedro, Amaral & Escoval (2016)

Tabela 13. Proporções do presente estudo e do estudo Pedro et al., (2023)

Tabela 14: Valores Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão dos domínios do SF-36v2

Tabela 15: Valores da consistência interna (*Alfa de Cronbach*) das dimensões do SF36 v2

Tabela 16: Correlação de *Spearman* dos respetivos domínios do questionário SF-36v2

Tabela 17. Médias e Desvio Padrão das dimensões do SF-36v2 do presente estudo, do estudo de Ferreira & Santana (2003) e Carmo (2011)

Tabela 18: Análise dos valores amostrais e de Referência de Pedro, Amaral & Escoval (2016)

Tabela 19: Média, Desvio Padrão dos valores amostrais e de referência e resultados do teste t de Student

Tabela 20. Valores de prova associados ao teste t de student face ao sexo dos indivíduos

Tabela 21. Valores de prova associados ao teste ANOVA e Kruskal-Wallis face à faixa etária dos indivíduos

Tabela 22. Valores de prova associados ao teste ANOVA e Kruskal-Wallis face ao nível de escolaridade dos indivíduos

Tabela 23. Valores de prova associados ao teste t de student face à lateralidade da PA dos indivíduos

Tabela 24. Valores de prova associados ao teste t de student face ao número de AP usados pelos indivíduos

Tabela 25. Valores de prova associados ANOVA e Kruskal-Wallis face ao tempo de RA dos indivíduos

Tabela 26. Valores de prova associados ANOVA e Kruskal-Wallis face ao tipo de PA dos indivíduos

Tabela 27. Valores de prova associados ANOVA e Kruskal-Wallis face ao grau de PA dos indivíduos

Tabela 28. Valores de prova associados ANOVA e Kruskal-Wallis face ao tempo de PA dos indivíduos

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Exemplo de um Audiograma Tonal Simples com uma hipoacúsia de condução

Figura 2 – Exemplo de um Audiograma Tonal Simples com uma hipoacúsia sensorineural

Figura 3 – Exemplo de um Audiograma Tonal Simples com uma hipoacúsia mista

Figura 4 – Aparelhos Auditivos WIDEX

Figura 5 – Modelo conceitual criado pelo Consórcio Europeu de Literacia em Saúde

Figura 6 – Percentagens dos níveis de LS geral, por país e por total

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNOMOS E SIGLAS**

AP – Aparelho Auditivo

ATS – Audiograma Tonal Simples

BHLS – Brief Health Literacy Screen

BIAP – Bureau International D'Audiophonologie

CAE – Canal Auditivo Externo

dB – Décibel

DC – Dor Corporal

DE – Desempenho Emocional

DF – Desempenho Físico

EUA – Estados Unidos da América

FF – Função Física

FS – Função Social

G-HL16 – Índice Geral de Literacia em Saúde

HALS – Health Activities Literacy Scale

Hz – Hertz

HLS-EU Consortium – European Health Literacy Project Consortium

HLS-EU-Q – European Health Literacy Survey

IC – Implante Coclear

ILS-PT – Literacia em Saúde em Portugal

ISO – Organização Internacional de Normalização

KMO – Kaiser Meyer Olkin

LS – Literacia em Saúde

MSF – Medida de Saúde Física

MSM – Medida de Saúde Mental

NAAL – National Assessments of Adult Literacy

NVS – Newest Vital Sign

OE – Ouvido Externo

OI – Ouvido Interno

OM – Ouvido Médio

ORL – Otorrinolaringologista

PA – Perda Auditiva

PNS – Plano Nacional de Saúde

QdV – Qualidade de Vida

RA – Reabilitação Auditiva

REALM – Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SF-36 – Short Form Health Survey

SF-36 v2 – Short Form Health Survey 36 Item v2

SG – Saúde Geral

SIP – Sickness Impact Profile

SM – Saúde Mental

TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults

VT – Vitalidade

WHOQOL-100 – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

## 1. Introdução

A audição é fundamental para a interação social do indivíduo, esta, permite que as pessoas se relacionem entre si, que realizem as suas atividades diárias e, é muito importante para quaisquer sinais de alerta e de perigo em redor, permitindo vivenciar experiências únicas tornando-se, assim, um ponto fulcral para a comunicação humana (Manchaiah & Stephens, 2013).

Este sentido está diretamente relacionado com a compreensão e a transmissão da informação por via auditiva, sendo muito importante para o desenvolvimento da linguagem, habilidades cognitivas e psicossociais do indivíduo (Manchaiah & Stephens, 2013).

A World Health Organization (WHO) estima que existam cerca de 1,57 biliões de pessoas com diminuição da acuidade auditiva, o que corresponde a cerca de 5% da população mundial. 430 milhões de pessoas, necessitam de Reabilitação Auditiva (RA), sendo que destes, 34 milhões são crianças. Este número tende a aumentar, e, espera-se que em 2050 mais de 700 milhões de pessoas sejam portadoras de Perda Auditiva (PA) com necessidade de RA (World Health Organization, 2025).

Segundo a WHO, em 2025, a PA está presente aquando de uma audição superior a 20 decibéis (dB) ou mais, em ambos os ouvidos. A PA incapacitante é definida como PA superior a 35dB no ouvido com melhor acuidade auditiva (World Health Organization, 2025).

Nos últimos anos a PA tem ganho mais destaque e maior preocupação no que diz respeito à Saúde Pública, sendo que, esta se apresenta como um fator determinante que afeta diretamente o envelhecimento saudável (Reed et al., 2023).

A PA está diretamente relacionada com declínio cognitivo, diminuição da atividade e função física, o uso inadequado de recursos de saúde e demência (Reed et al., 2023). No estudo de Reed et al. (2023), a PA estava diretamente associada ao declínio cognitivo precoce, e ao seu desenvolvimento mais acelerado, em cerca de 30% a 40% comparativamente a indivíduos sem PA.

Perante um diagnóstico de PA sem indicação de tratamento cirúrgico ou farmacológico, o indivíduo deve ser encaminhado para iniciar o processo de RA (Teixeira et al., 2008). Sendo que, quando estamos perante uma PA é muito importante a obtenção de um diagnóstico o mais precoce possível, para que assim, a intervenção seja também iniciada o mais cedo possível minimizando o impacto da PA na vida do indivíduo (Isaac & Manfredi, 2005).

Atualmente, existem várias ferramentas que podem ajudar a reduzir os efeitos da PA na vida das pessoas, e uma dessas opções é o uso de aparelhos auditivos (Moda et al., 2013).

Assim, o processo de RA começa com a escolha e adaptação dos aparelhos auditivos, que ajudam a melhorar a percepção da fala e a audição dos sons ambientais, promovendo uma melhoria na

comunicação do indivíduo e, conseqüentemente, na sua Qualidade de Vida (QdV) (Teixeira et al., 2008; Moda et al., 2013).

O termo Literacia em Saúde (LS) surge como: “A capacidade de lidar com a informação sobre saúde, nomeadamente no que diz respeito ao seu acesso, compreensão, interpretação, avaliação, aplicação e utilização em diversas situações e ao longo do ciclo de vida” (Costa, Saboga-Nunes & Costa, 2016, pp.38-40). Assim, podemos denominar a LS como a medida em que os indivíduos são capazes de obter, processar, compreender e usar a informação básica em saúde e os serviços disponíveis com o objetivo de tomar decisões que permitam aos indivíduos promover e manter o estado de saúde apropriado (Cunha et al., 2014).

De acordo com o European Health Literacy Project Consortium (HLS-EU Consortium), a LS está relacionada com a capacidade das pessoas de aceder, entender, avaliar e utilizar informações sobre saúde, envolvendo o conhecimento, a motivação e as habilidades necessárias para tomar decisões informadas no seu dia-a-dia sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção do bem-estar, com o objetivo de manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo da mesma (Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2013).

Neste sentido, torna-se fundamental capacitar e informar a população com conhecimentos na área da saúde auditiva de forma a que sejam evitados riscos e erros por parte dos indivíduos. Por isto, e no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde pela Associação dos Politécnicos do Norte (APNOR), elabora-se a presente investigação, com o objetivo de estudar e avaliar a relação da RA com a QdV e a LS do indivíduo.

Esta dissertação divide-se em duas partes, a primeira composta pela fundamentação teórica do atual estudo com suporte bibliográfico sobre audição, perda auditiva, reabilitação auditiva, literacia em saúde e qualidade de vida. A segunda parte composta pelo estudo empírico com toda a descrição dos procedimentos metodológicos realizados, apresentação e discussão dos resultados obtidos e por fim a conclusão do estudo com as limitações encontradas e sugestões de investigações futuras. No fim, estão apresentadas todas as referências bibliográficas usadas para a atual investigação, de acordo com as normas da 7ª edição da *American Psychological Association* e os anexos com os materiais de apoio necessários ao desenvolvimento do presente estudo.

## 1. Fundamentação Teórica

### 1.1. Audição

A audição é o sentido responsável por captar os sons ao nosso redor, permitindo-nos expressar, comunicar, aprender e alertar para possíveis situações de perigo próximas de nós (Oliveira, 2023).

*“A deficiência auditiva é definida como uma diminuição da acuidade auditiva na qual há um desvio ou mudança das estruturas ou da função auditiva, situando-se fora dos limites da normalidade”* (Isaac & Manfredi, 2005, pp 235).

Em Portugal, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística e, através dos censos realizados em 2021, perto de 14% da população portuguesa, ou seja, 1.400.225 pessoas afirmaram ter algum tipo de dificuldade auditiva (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

Segundo a WHO, quase 80% das pessoas com PA incapacitante vivem em países de baixo e médio rendimento, e a prevalência de PA tem tendência a aumentar com a idade, uma vez que 25% dos indivíduos com mais de 60 anos, são afetados por PA incapacitante (World Health Organization, 2025).

#### 1.1.1 Perda Auditiva

Anatomicamente podemos dividir o ouvido em três partes: ouvido externo (OE), ouvido médio (OM) e ouvido interno (OI). O OM e o OE são parte mecânica da audição, uma vez que, recebem e amplificam o som até ao OI, onde este é conduzido através de impulsos nervosos até ao córtex cerebral (Raminhos, 2019).

A avaliação da PA não pode ser realizada com base num único nível médio acústico, pois, na maioria das situações, estas resultam da dificuldade em perceber sons, especialmente a fala. A fala é composta por sons com frequências fundamentais tanto graves quanto agudas, que possuem diferentes intensidades acústicas (Carmo, 2011).

Assim, após a realização de uma avaliação inicial pelo médico otorrinolaringologista (ORL), pode realizar-se uma avaliação audiológica para medir a PA tonal num ambiente com condições acústicas controladas. Isto significa que o nível de ruído de fundo deve ser suficientemente baixo para não interferir no exame. A medição será expressa em decibéis (dB), comparando os resultados com o nível de audição normal, de acordo com os padrões da Organização Internacional de Normalização (ISO) (Carmo, 2011).

A PA tonal média é calculada, conforme a recomendação do Bureau International D’Audiophonologie (BIAP) (1997), a partir do limiar auditivo (em dB) das frequências: 500 Hertz (Hz), 1000 Hz, 2000 Hz e

4000 Hz. Se uma frequência não for percebida, ela é registada como uma perda de 120 dB. O total dessas perdas é somado, dividido por quatro e arredondado para o número inteiro mais próximo (Carmo, 2011).

A PA pode assim, classificar-se consoante o seu tipo e o seu grau, sendo que o tipo de PA está associado à localização da lesão no ouvido (Isaac & Manfredi, 2005). O grau de PA é calculado através do limiar resultante da audiometria tonal, de acordo com a recomendação do BIAP, anteriormente referida, sendo este um processo fundamental para o diagnóstico (Lopes, Munhoz, e Bozza, 2015).

### Tipos de Hipoacúsia:

- ***Hipoacúsia de Condução:*** Verifica-se quando os limiares da via óssea estão dentro da normalidade e os limiares da via aérea se encontram aumentados, havendo um *gap* (diferença) entre as duas vias. Neste tipo de hipoacúsia as pessoas normalmente não apresentam dificuldade na perceção da palavra, no entanto, muitas vezes falam baixo devido a ouvirem a sua própria voz mais alta do que o normal (efeito de oclusão) (Gelfand, 2009).

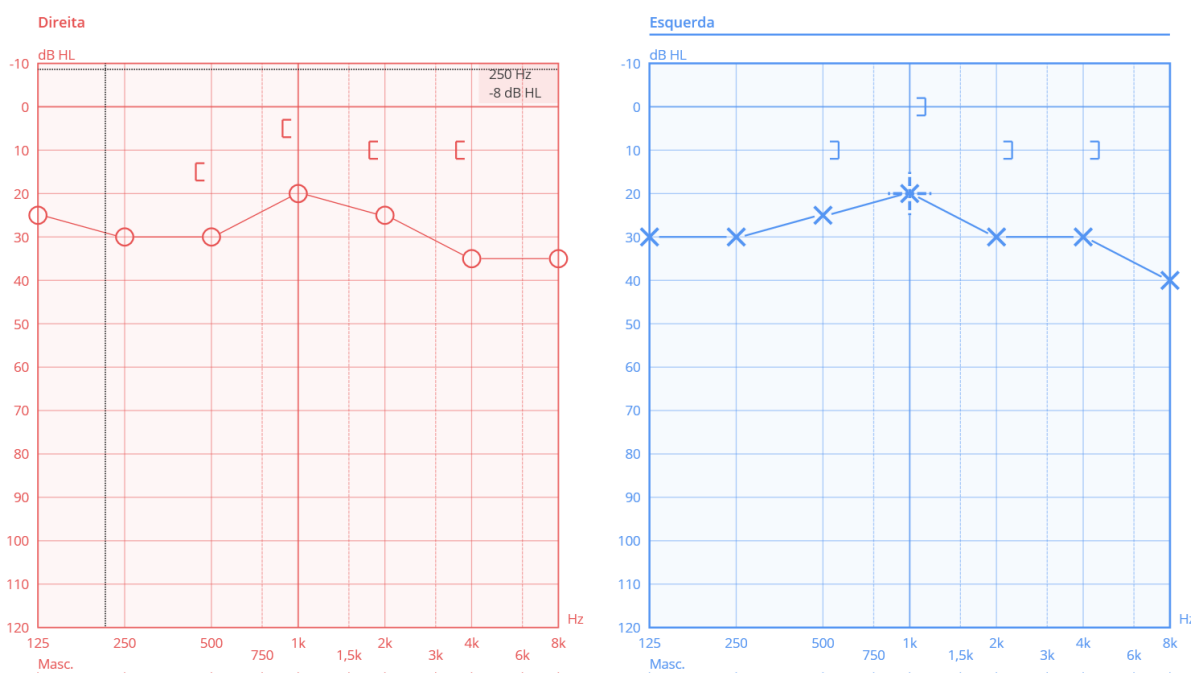


Figura 1: Exemplo de um Audiograma Tonal Simples com uma hipoacúsia de condução

Fonte: Imagem da autoria da autora

- Hipoacúsia Sensorioneural:** Caracterizada por um aumento dos limiares, tanto da via óssea como da via aérea, apresentando um *gap* igual ou inferior a 10dB. Normalmente estes indivíduos falam de forma mais elevada e apresentam dificuldades na discriminação da fala (devido à alteração na via óssea consequente de fibras no nervo auditivo) e podem apresentar recrutamento (diminuição da gama dinâmica). É também característico deste tipo de hipoacúsia, melhor discriminação nas frequências mais graves e pior nas mais agudas, o que pode resultar na perda de informação das consoantes (Gelfand, 2009).

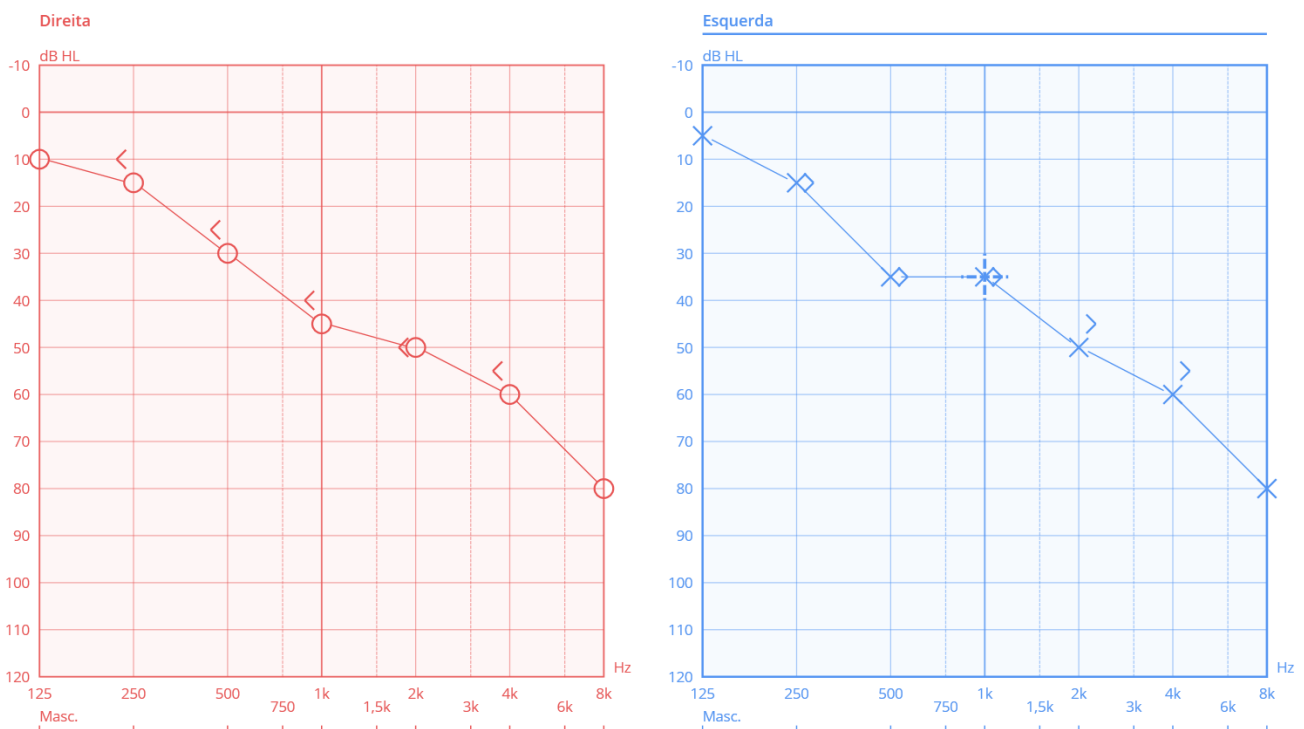


Figura 2: Exemplo de um Audiograma Tonal Simples com uma hipoacúsia sensorioneural

Fonte: Imagem da autoria da autora

- **Hipoacúsia Mista:** Apresenta ambos os limiares (via aérea e via óssea) aumentados, a via óssea apresenta melhores resultados do que a via aérea com um *gap* superior a 10dB (Gelfand, 2009).

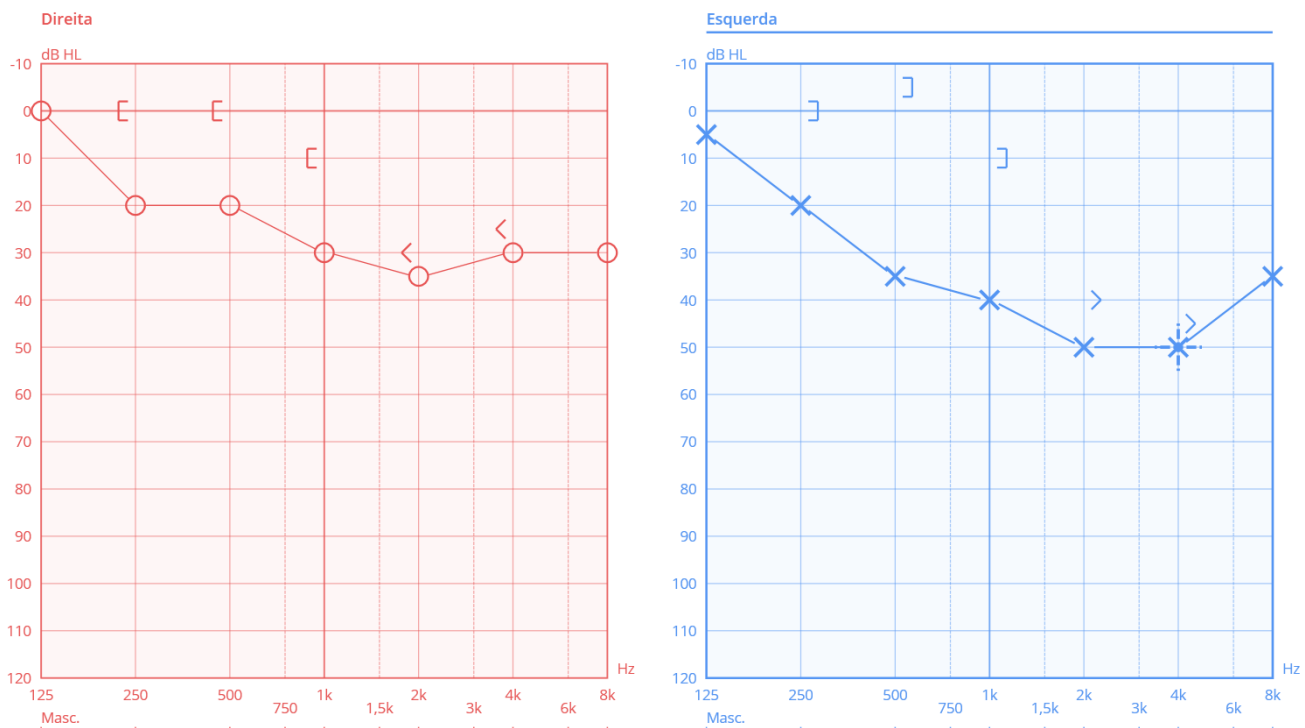


Figura 3: Exemplo de um Audiograma Tonal Simples com uma hipoacúsia mista

Fonte: Imagem da autoria da Autora

## Grau de Hipoacúsia

De acordo com o BIAP (Sociedade científica criada na Bélgica em Março de 1967, que elabora estudos e recomendações na área da Audiologia fazendo a divulgação das mesmas e garantindo o seu cumprimento), a PA, está, de certa forma, ligada à percepção sonora (BIAP – Bureau International D’Audiophonologie, 2003).

Assim, através do Audiograma Tonal Simples (ATS), uma PA total média é calculada a partir da média da intensidade (em dB) obtida nas frequências de 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz e 4000 Hz, arredondando o valor final à unidade superior (BIAP – Bureau International D’Audiophonologie, 1997).

Segundo o BIAP (BIAP – Bureau International D’Audiophonologie, 1997), a hipoacúsia pode ser classificada quanto ao seu grau em:

- I) Audição Normal – PA inferior a 20dB;
- II) Hipoacúsia de Grau Ligeiro – PA entre 21dB e 40dB;

- III) Hipoacúsia de Grau Médio (entre 41dB e 70dB):
  - Hipoacúsia de Grau Médio Tipo I – PA entre 41dB e 55dB;
  - Hipoacúsia de Gau Médio Tipo II – PA entre 56dB e 70dB;
- IV) Hipoacúsia de Grau Severo (entre 71dB e 90dB):
  - Hipoacúsia de Grau Severo Tipo I – PA entre 71dB e 80dB;
  - Hipoacúsia de Grau Severo Tipo II – PA entre 81dB e 90dB;
- V) Hipoacúsia de Grau Profundo (entre 91dB e 119dB):
  - Hipoacúsia de Grau Profundo Tipo I – PA entre 91dB e 100dB;
  - Hipoacúsia de Grau Profundo Tipo II – PA entre 101dB e 110dB;
  - Hipoacúsia de Grau Profundo Tipo III – PA entre 111dB e 119dB;
- VI) Cofose – PA total igual ou superior a 120dB

Perante uma audição normal, não existe qualquer tipo de dificuldade sonora, no entanto, um indivíduo com PA de grau ligeiro tem dificuldade em ouvir vozes mais baixas e a distâncias mais elevadas, ainda assim, a maioria dos ruídos mais familiares são entendidos (BIAP – Bureau International D’Audiophonologie, 2003).

Numa PA de grau moderado a perceção da fala é dificultada, sendo melhor entendida com um tom de voz mais elevado, neste caso os indivíduos têm tendência a olhar diretamente para o locutor para compreender melhor e a perceção dos ruídos mais familiares é reduzida (BIAP – Bureau International D’Audiophonologie, 2003).

Na PA de grau severo, o indivíduo apenas ouve o locutor quando este eleva a voz e, apenas tem perceção de ruídos mais intensos, não conseguindo ouvir os restantes. Assim, numa PA de grau profundo o indivíduo não tem qualquer perceção da fala e somente consegue ouvir os ruídos de intensidade muito forte. Indivíduos com cofose não têm qualquer tipo de perceção auditiva (BIAP – Bureau International D’Audiophonologie, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (2020), publicou, recentemente o *Basic Ear and Hearing Care Resource*, onde atualizou a classificação quanto aos graus de PA, descrevendo-os da seguinte forma:

Tabela 1: Classificação mais atual da perda auditiva quanto ao grau e os respetivos sintomas, segundo a OMS (2020)

<b>Grau de PA</b>	<b>Limiar Auditivo</b>	<b>Desempenho</b>
<b>Audição Normal</b>	< 20 dBHL	Ouve os sons sem problema
<b>PA Ligeira</b>	21 < 35 dBHL	Pode ter dificuldade em ouvir a fala em lugares ruidosos
<b>PA Moderada</b>	36 < 50 dBHL	Pode ter dificuldade em ouvir conversas, especialmente em locais barulhentos
<b>PA Moderadamente Severa</b>	51 < 65 dBHL	Tem dificuldade em participar em conversas, especialmente em lugares barulhentos. Geralmente consegue ouvir vozes elevadas sem dificuldades.
<b>PA Severa</b>	66 < 80 dBHL	Não compreende a maioria das conversas e pode ter dificuldades em ouvir vozes elevadas. Tem extrema dificuldade em ouvir e participar em conversas em locais ruidosos.
<b>PA Profunda</b>	81 < 95 dBHL	Tem dificuldade extrema em ouvir vozes elevadas
<b>PA Completa</b>	96 dBHL ou mais	Não consegue ouvir o que está a ser dito ou a maioria dos sons no ambiente

Fonte: adaptado de *Basic Ear and Hearing Care Resource*

Relativamente à lateralidade da PA, esta, pode ser classificada como unilateral quando está presente em apenas num ouvido e, bilateral, quando está presente nos dois ouvidos. Aquando de uma PA bilateral, esta pode ainda ser classificada quanto à sua curva audiométrica, sendo simétrica quando o grau e a configuração são iguais e, assimétrica quando acontece o oposto (ASHA, 2015).

No que diz respeito às causas da PA, a sua etiologia pode ser vasta, e em diferentes fases da vida do indivíduo, no período Pré-Natal: fatores genéticos (incluindo PA hereditária) e infeções intrauterinas (rubéola e citomegalovírus, por exemplo), no período Perinatal: asfixia no parto, hiperbilirrubinemia e baixo peso. No período Pós-Natal, designadamente durante a infância e adolescência as infeções do ouvido médio (otites), meningite e outras infeções víricas ou bacterianas são a etiologia mais frequente. Na idade Adulta, as doenças crónicas, o tabagismo, a otosclerose, a PA sensorineural devido ao avanço da idade (presbiacúsia) e a PA súbita são as situações mais reportadas (WHO, 2025).

## 1.1.2 Reabilitação Auditiva

A RA é um processo realizado por um profissional de saúde especializado, com o objetivo de reduzir, por meio de tecnologias e abordagens específicas, as limitações causadas pela perda auditiva, ou seja, o *handicap* auditivo (Nunes & Ferrão, 2018).

Conforme descrito na American Speech–Language Hearing Association (ASHA) em 1984, a RA envolve a disponibilização de serviços e procedimentos no sentido de facilitar uma adequada comunicação, nas dimensões recetiva e expressiva, pelos indivíduos com PA (ROESER & WILSON, 1997). Existem diversas formas de tratamento e prevenção para a PA sensorineural, mas muitas delas são discutíveis. Embora existam opções médico cirúrgicas para hipoacúsias de condução e mistas, nenhuma medicação mostrou eficácia comprovada para a hipoacúsia sensorineural (Person et al., 2022). Assim a principal intervenção aquando de uma hipoacúsia sensorineural é o uso de aparelho auditivo (AP) (Mahmoudi et al., 2019).

O Implante Coclear (IC) é um dispositivo auditivo implantável, recomendado principalmente para pacientes com PA sensorineural severa ou profunda, que não obtiveram bons resultados com o uso de aparelhos auditivos convencionais. O objetivo do IC é estimular diretamente o nervo auditivo por meio de eletrodos colocados na cóclea, podendo ser utilizado em diversas idades para restaurar a perceção da fala (Tarabichi et al., 2021).

Em casos de PA de condução, provocadas por alterações anatómicas que dificultam a passagem do som pelo ar, a prótese auditiva ancorada no osso pode ser utilizada para transmitir os sons por meio da vibração óssea. Este dispositivo é também indicado para indivíduos com PA sensorineural profunda unilateral e audição normal no ouvido oposto (Catalani et al., 2021).

O diagnóstico precoce da perda auditiva e a estimulação precoce através de programas de RA, com foco no cuidado individualizado, são as melhores estratégias para reduzir os efeitos da PA não tratada (Ferguson et al., 2017).

Apesar da grande prevalência de PA em adultos, a utilização de aparelhos auditivos ainda está muito aquém do espetável (Lupsakko, Kautiainen & Sulkava, 2005). Na presença de uma PA, existem variáveis (procura de ajuda, compra da prótese auditiva, adesão e satisfação) que podem ser consideradas como elementos-chave para que o processo de RA seja bem sucedido. Estudos revelam que fatores pessoais (por exemplo, fonte de motivação, expectativa, atitude, sensibilidade auditiva), fatores demográficos (por exemplo, idade, género), ou fatores externos (por exemplo, custo, aconselhamento) influenciam o sucesso da RA (Penteado, 2009).

Os sistemas de ajuda auditiva, permitem a correção da PA, assegurando assim, nos indivíduos com deficits auditivos, níveis de comunicação desejáveis. O sucesso para um processo de RA depende, também, do conhecimento da função auditiva do indivíduo, das suas dificuldades, das necessidades e das suas preferências (Murta, 2020).

Após um diagnóstico de PA e a obtenção de um quadro clínico, o passo seguinte é então, a escolha do dispositivo mais adequado face ao enquadramento audiológico, às dificuldades auditivas e às necessidades e expectativas do doente (Nunes & Ferrão, 2018). Os aparelhos auditivos são a solução mais comum para a PA apresentando uma boa eficácia na recuperação da audição. No entanto, estes dispositivos são pouco utilizados, sendo que menos de 20% das pessoas com PA são usuárias de aparelho auditivo (Chien & Lin, 2012).

Quando se inicia o processo de RA é preciso ter em conta todos os aspetos relativamente à PA, sendo eles, o tipo e grau de perda e a configuração da curva audiométrica, bem como os aspetos estéticos, de manuseamento e as questões anatómicas pertinentes ou patologias associadas (Coimbra, 2014).

A evolução da tecnologia referente ao processamento de sinal nos aparelhos auditivos e a redução de tamanho significativa dos componentes eletroacústicos tem permitido inúmeros avanços na melhoria da condição auditiva, mesmo em casos mais complexos de patologia otológica, uma vez que, os algoritmos atuais de processamento de sinal permitem ultrapassar as limitações de modelos anteriores (Murta, 2020).



Figura 4: Ilustração de aparelhos auditivos da marca WIDEX

Fonte: Murta, 2020

Inúmeros fatores a nível individual incluindo a diminuição da auto-estima, o isolamento social, a frustração e a falta de recursos financeiros para lidar com a PA originaram o Modelo de Saúde Meikirch, tendo estes fatores individuais influenciado as interações com amigos e familiares (Hay-McCutcheon, Brothers & Allen, 2023).

No estudo de Hay–McCutcheon, Brothers & Allen (2023), verificou-se que após os comentários dos utentes, foi possível reunir quatro temas: Comunicação e outros problemas auditivos relacionados; Questões sociais e emocionais; Lidar com a PA; Abordar a PA na comunidade. Estes fatores associados aos temas foram mapeados no Modelo Meikirch de Saúde para ajudar a determinar potenciais áreas de intervenção dentro das componentes individual, social e ambiental do modelo.

A progressão dos dispositivos médicos auditivos nas últimas duas décadas tem sido notável, transformando significativamente a forma como a perda auditiva é reabilitada. Com uma vasta gama de soluções para diferentes tipos e graus de PA, é possível afirmar que, atualmente, os impactos negativos da deficiência auditiva na QdV podem ser minimizados. Permitindo que crianças tenham um desenvolvimento da linguagem e da fala normal, favorecendo o seu crescimento cognitivo (Nunes & Ferrão, 2018).

Para os adultos, independentemente da idade, a tecnologia também garante uma melhor integração no ambiente familiar, social e profissional, algo que seria inacessível devido às dificuldades de comunicação causadas pela PA. Atualmente, seja por meio de dispositivos de estimulação acústica, vibratória ou elétrica, todos os tipos e graus de PA periférica podem ser reabilitados (Nunes & Ferrão, 2018).

## **1.2 Literacia em Saúde**

### **1.2.1 Definição e Evolução**

O termo Literacia em Saúde (LS) foi referido pela primeira vez em 1974, no entanto, só nos anos 90 é que este viu um conceito assumido, através do artigo *“Health education as social policy”*, como estando ligado à necessidade de promoção de saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

Com o aumento da relevância internacional, Portugal também se empenhou em acompanhar a procura por um maior conhecimento e compreensão deste conceito, como uma forma de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e definir políticas de saúde mais eficazes. Desde então, tem sido progressivamente adotado como uma ferramenta importante para o desenvolvimento de sistemas de saúde mais complexos e robustos, abrangendo não apenas a dimensão pessoal de cada indivíduo, mas também a sua esfera social, com ênfase na capacidade de tomar decisões diárias e nas responsabilidades relacionadas com a saúde (Escoval, Amaral & Pedro, 2016).

Em 2012 pelo Consórcio Europeu de Literacia em Saúde definiu-se a LS como algo que envolve o conhecimento, a motivação e as habilidades das pessoas para ter acesso, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, com o objetivo de fazer escolhas e tomar decisões no dia-a-dia, em relação aos cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, visando manter ou melhorar a QdV ao longo da mesma (Kickbusch, 2013).

Ao longo da última década, diversas abordagens conceituais foram desenvolvidas sobre LS. O modelo conceitual criado pelo Consórcio Europeu de Literacia em Saúde para o Inquérito Europeu de Literacia em Saúde (Figura 5), identifica 12 subdimensões da LS, relacionadas às competências de ter acesso, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde em contextos de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde (Kickbusch, 2013).

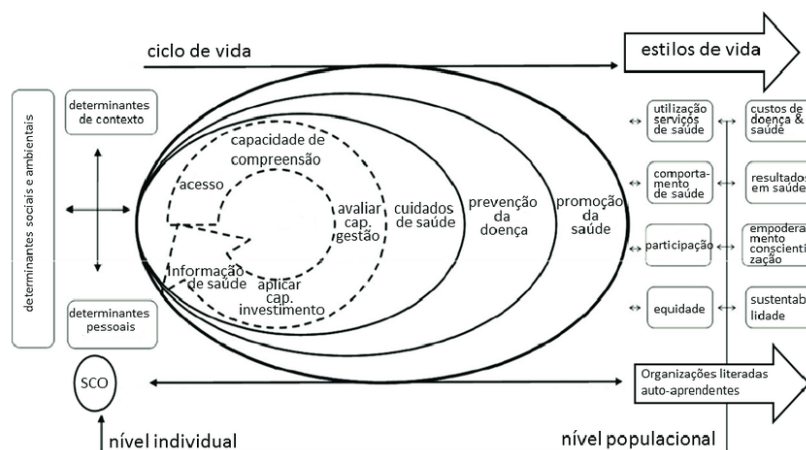


Figura 5: Modelo conceitual da Literacia em Saúde

Fonte: Sorensen et al. (2012) traduzido por Nunes (2014)

Este modelo pode servir como fundamento para o desenvolvimento de intervenções que visem melhorar a LS, além de fornecer uma base conceitual para criar e validar ferramentas de avaliação, abrangendo as dimensões da LS em contextos de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. Através deste modelo foi criado o Instrumento *European Health Measurement Instrument* (Kickbusch, 2013).

A LS compila o conhecimento, a motivação e as competências dos indivíduos para aceder, interpretar, avaliar e pôr em prática a informação relativamente à saúde de forma tomar decisões no seu dia-a-dia sobre os cuidados e promoção de saúde e a prevenção de doenças, de forma a melhorar a sua QdV (Arriaga, 2019).

A habilitação da sociedade no que diz respeito à própria saúde é, atualmente, um dos objetivos fulcrais na saúde a nível europeu (World Health Organization, 2009), e em Portugal não é diferente, estando enquadrado através de estratégias delimitadas no Plano Nacional de Saúde (Arriaga, 2019) e no Programa de Alfabetização em Saúde e Integração de Cuidados (Despacho Normativo nº6429/2017), uma vez que, tem influência direta na melhoria dos cuidados de saúde demonstrando, assim, uma preocupação para as políticas da saúde refletidas nestes planos (Sousa, 2020).

A promoção para a saúde apresenta um impacto direto na longevidade de vida dos indivíduos, sendo significativa não só para os portadores de doença, mas para a população em geral (Pardal, 2000). A LS pode ser um contributo importante para a igualdade nos cuidados de saúde (Berkman, et al., 2011).

Nos últimos anos, tem-se verificado que a literacia apresenta uma ligação importante com a saúde e, investigadores da área consideram que a LS é um caminho que relaciona a educação e os resultados na mesma (Canadian Council on Learning, 2007). Outros autores relatam que indivíduos com baixos níveis de LS estão diretamente associados a implicações consideráveis na gestão e prevenção dos seus problemas de saúde (Lee et al., 2021).

No meio clínico a capacidade e a clareza com que o paciente exprime e descreve os seus sintomas pode afetar o seu diagnóstico, e, por sua vez, a sua capacidade de discernimento pode, também, afetar a compreensão das instruções médicas. Posto isto, a LS apresenta uma grande relevância no que diz respeito, quer à manutenção como à melhoria das condições de saúde da população, promovendo também a redução das desigualdades em saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

A LS tem-se verificado como um elemento decisivo nos comportamentos e resultados em saúde, estando diretamente relacionada, de forma positiva, com uma melhor autogestão, prevenção e empoderamento de pessoas portadoras de doenças crónicas, entre elas, a diabetes, o tabagismo, a obesidade e as doenças sexualmente transmissíveis (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

A LS origina um melhor estado de saúde, uma redução dos custos para os cuidados de saúde e, um maior conhecimento sobre saúde, levando a um uso menor dos serviços. Esta mostra-se como um papel fundamental para que a população consiga gerir e atingir melhores competências de descoberta, compreensão, interpretação, conhecimento e comunicação de informações sobre saúde (Antunes, 2014).

Segundo Pedro, Amaral & Escoval (2016), a relação entre o nível de LS e o estado de saúde dos indivíduos está diretamente relacionado, sendo que, os indivíduos com baixos valores de LS apresentam menor probabilidade de:

- Compreender informação escrita e oral fornecida pelos técnicos da área da saúde;
- Conseguirem através de pesquisa individual obter informação sobre os serviços necessários;
- Realizar os procedimentos necessários para uma boa prática de saúde;
- Seguir as indicações prescritas pelos médicos e técnicos de saúde.

### 1.2.2 Literacia em Saúde na Europa e em Portugal

À semelhança de outros países europeus, Portugal reconheceu a necessidade de avaliar o nível de LS da sua população desde cedo, e, para isso, incluiu questões relacionadas à saúde num estudo sobre literacia em geral. A primeira contribuição significativa para a avaliação da LS a nível nacional ocorreu em 1995 e os resultados indicaram níveis baixos ou muito baixos de LS. O estudo também apontou que os grupos com níveis mais baixos de literacia são os idosos, os desempregados e as pessoas que desempenham funções domésticas (Benavente et al., 1995).

Assim em Portugal, a LS tem-se tornado um tema cada vez mais importante, principalmente nas últimas décadas, uma vez que, tem influência direta na melhoria dos cuidados de saúde demonstrando uma preocupação para as políticas da saúde refletidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012–2016 (Sousa, 2020). De acordo com os resultados do Inquérito de Literacia em Saúde em Portugal (ILS-PT), em 2014, 5 em cada 10 pessoas da população portuguesa apresentaram níveis de LS reduzidos.

Comparativamente com os países participantes no Health Literacy Survey EU 2014 (HLS-EU), Portugal apresenta apenas 8,6% dos indivíduos com LS de nível “excelente”, sendo assim, o país com menor percentagem neste nível, com uma média europeia de 16,5% (Arriaga et al., 2019). No que diz respeito à prevenção da doença os valores mostram que 42,8% da população inquirida apresenta limitações neste aspeto (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016). Em Portugal 42,4% apresenta um nível de LS “suficiente”, estando em 2<sup>o</sup> lugar comparativamente com os restantes países, sendo a média europeia de

36%. No que diz respeito a um nível de LS “problemática”, o nosso país apresenta um valor mais levado comparativamente à média europeia, com 38,1% e 35,2%, respetivamente (Arriaga et al., 2019).

Já para um nível “inadequado” de LS a média europeia está nos 12,4%, e Portugal apresenta um valor inferior, com apenas, 10,9%. Este estudo verificou, em Portugal, grupos muito vulneráveis neste âmbito, sendo que, 60% dos indivíduos apresentavam níveis de LS problemáticos ou inadequados, com uma representatividade na amostra de 5% ou mais (Arriaga et al., 2019). Estes valores demonstram a necessidade da promoção de LS bem como da necessidade do aumento dos níveis de LS da população portuguesa (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016).

No estudo de Pedro, Amaral & Escoval (2016), e como podemos verificar na figura 6, em Portugal, cerca de 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos 9 países em 49,2%. Em pior situação que os portugueses só se encontram os búlgaros, que revelam que 62,1% da população deste país apresenta níveis de literacia em saúde problemáticos ou inadequados. No polo oposto está a Holanda, país em que esta percentagem é de apenas 28,7%.

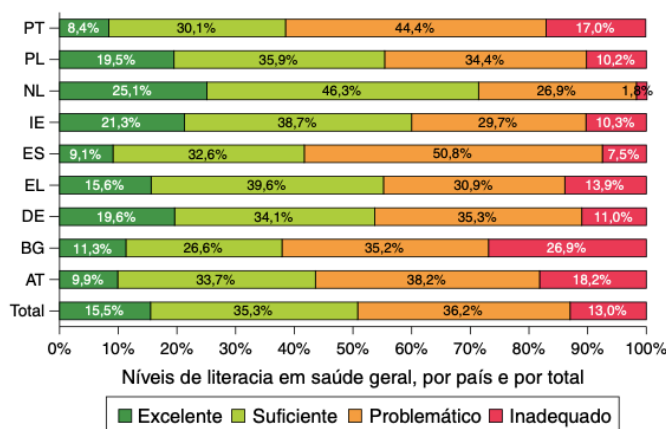


Figura 6: Percentagens dos níveis de LS geral, por país e por total / PT (n=963) / AT (n=979) / BG (n=925) / DE(NRW) (n=1.045) / EL (n=998) / ES (n=974) / IE (n=959) / NL (n=993) / PL (n=921) / Total (n=8.757)

Fonte: Pedro, Amaral & Escoval (2016)

Os grupos mais vulneráveis nesta matéria, são caracterizados por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, com baixos níveis de escolaridade e, com rendimentos baixos. Assim, estes resultados mostram claramente a necessidade e a importância em investir nesta área (Arriaga et al., 2019).

Como referido por Morais et al., (2020) em 2016, na 9ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, foram fundamentados os princípios para a promoção da saúde para o séc. XXI, destacando-se os seguintes pontos:

- Promover a responsabilidade social (pretendendo-se que esteja assumida nas políticas e nas práticas, quer do setor público, quer do setor privado para que haja promoção da mesma);
- Aumentar a capacitação dos indivíduos (dotar a população através de habilidades individuais para que sejam capazes de tomar decisões relativamente à saúde e capacitar de forma coletiva para criar condições que favoreçam a comunidade);

A promoção para a saúde é fundamental para apoiar o envolvimento da sociedade em todos os processos globais com o objetivo de permitir um maior controlo sobre saúde e a aquisição e desenvolvimento de habilidades que a permitam melhorar (Morais et al., 2020).

Face ao exposto o Ministério da Saúde e a Direção Geral de Saúde criaram em 2023 um Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento para entrar em vigor de 2023 a 2030. Este plano surge no seguimento do fim do plano posto em prática entre 2019 e 2021.

### **1.2.3 Literacia em Saúde e a Perda Auditiva e Reabilitação Auditiva**

A relação entre o nível de LS e o estado de saúde das pessoas está bem documentada na literatura. Indivíduos com baixa LS têm menor probabilidade de: compreender informações escritas e orais fornecidas pelos profissionais de saúde; serem capazes de navegar pelo sistema de saúde para obter os serviços necessários; realizar os procedimentos necessários; e seguir as indicações prescritas. Como resultado, é amplamente reconhecido que um nível inadequado de literacia em saúde gera elevados custos para o sistema de saúde (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Apesar da importância da LS para a saúde da população, anteriormente referida, esta desvaloriza as questões relacionadas com a PA, demorando vários anos entre o diagnóstico e a implementação de algum tipo de RA. Compreender a relação entre a PA e a LS pode fornecer *insights* sobre os resultados negativos para a saúde e o aumento do uso dos serviços de saúde por esta população (Wallace, Bradway & Cachione, 2022).

Ainda que, não haja literatura abundante nestes temas, através do estudo de Oliveira (2023), sabe-se que, indivíduos portadores de PA apresentam níveis de LS mais baixos, em todas as dimensões, quando comparados com indivíduos normo-ouvintes.

A autora verificou que, sendo, a audição a base da comunicação e, por conseguinte, sendo a comunicação imprescindível para sustentar a LS é muito importante que esta população seja ajudada para minimizar as desigualdades no acesso à saúde (Oliveira, 2023).

No estudo de Wells et al., (2020), os autores, verificaram também, que a PA estava associada a níveis de LS inadequados, isto após uma vasta análise de vários estudos nos Estados Unidos da América, onde concluíram, também, que estes fatores estão relacionados a um aumento anual dos custos em saúde, uma vez que, apenas 19% da população inquirida com PA é usuária de AP e, esta população apresenta níveis de satisfação inferiores no que diz respeito à satisfação com os cuidados de saúde em geral.

Devido às dificuldades associadas à PA e, uma vez que, esta prejudica a capacidade de comunicação de forma eficaz com os profissionais de saúde Tran et al., (2021), isto pode originar dificuldades do uso dessas informações para o autocuidado (Wallace, Bradway & Cachione, 2022).

No estudo de Tolisano et al., (2020), os autores verificaram que pessoas com PA grave apresentavam um índice de LS cerca de oito vezes mais baixo quando comparado com PA leve e moderada, no estudo de Tran et al., 2021, os autores verificaram o mesmo propósito, uma vez que, associaram uma maior PA a um pior índice de LS.

A corroborar estes resultados o estudo de Wells et al., (2020), constatou que pessoas com PA grave, especialmente sem tratamento, revelavam índices de LS ainda mais baixos, verificando, ainda, que o uso de aparelhos auditivos melhorou os índices de LS.

A comunicação é comprometida devido à PA o pode dificultar a compreensão das informações de saúde, e que, por sua vez, reduz a aprendizagem sobre os cuidados de saúde. Além disso, fatores como frustração, vergonha e a falta de acomodações adequadas também se mostraram importantes para o tema. O declínio cognitivo, associado à PA, também pode afetar a LS, já que a função cognitiva influencia a compreensão das informações de saúde, por isto, verificou-se que o uso de AP foi identificado como uma forma eficaz de reduzir o risco de baixa LS (Wallace, Bradway & Cachione, 2022).

## 1.2.4 Avaliação da Literacia em Saúde

Ao longo dos anos, a avaliação da LS tem sofrido evoluções e têm apresentado diferentes formas, o que resulta na necessidade de compreender e usar os resultados. Por isto, foram desenvolvidos instrumentos específicos para investigar formas singulares de LS com foco em informações de saúde de uma determinada fonte ou sobre um tópico específico (Norman, & Skinner, 2006; Nelson, et al., 2022).

- *National Assessments of Adult Literacy* (NAAL): Validado em 2003, o NAAL inclui uma medida de LS baseada na Teoria da Resposta do Item (IRT), além de métricas sobre classe social, recursos sociais e recursos sociais objetivos. Usado apenas para uma população adulta (maiores de 18 anos). Tendo sido validado nos Estados Unidos, é muito usado neste país, reconhecendo disparidades entre literacia e LS, disposta em 4 níveis: inferior a básico, básico, intermédio e proficiente (Rickard et al., 2016; Sousa, 2020);
- *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM): Foi inicialmente criada para avaliar o nível de literacia dos pacientes e é amplamente utilizada para avaliar a LS. Segundo Dumenci et al., (2013) as pontuações obtidas no REALM não devem ser usadas para tirar conclusões sobre o nível de LS de um indivíduo, devendo ser utilizado para avaliar a capacidade de uma pessoa de ler e articular termos relacionados à área da saúde. É um questionário composto por questões com grau crescente de dificuldade, sendo as respostas a base da sua avaliação (Dumenci et al., 2013; Sousa, 2020);
- *Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA): É um dos questionários mais aplicado e válido para medir a LS em todo o mundo estando traduzido para diversos idiomas. O questionário é constituído por duas secções de competência numérica e compreensão de leitura. A competência numérica mede a capacidade do indivíduo entender e agir de acordo com as instruções dos profissionais de saúde aquando da necessidade de capacidades de cálculo. As pontuações individuais variaram de 0 a 50. Na secção de compreensão de leitura, foi avaliada a capacidade dos participantes entenderem três textos, (instruções para preparação para um raio-X, direitos e deveres dos pacientes e formulários de consentimento hospitalar) foram também medidas e atribuídas pontuações entre de 0 e 50. A soma das duas pontuações daria um total de 100 pontos para LS, sendo esta dividida em três categorias: inadequada (0–59); fronteira (60–74) e adequada (75–100). O S-TOFHLA é a versão reduzida onde apenas avalia a compreensão na leitura (Reisi et al., 2014; Sousa, 2020);

- *Health Activities Literacy Scale (HALS)*: Realiza uma pesquisa transversal internacional, através de tarefas quotidianas de forma a avaliar a literacia, a numeração e habilidades de resolução de problemas em amostras nacionalmente representativas de indivíduos dos 16 aos 65 anos. HALS fornece uma medição objetiva da LS, as pontuações são somadas individualmente e refletidas numa escala de progressão para a habilidade da LS, sendo verificados 4 níveis (Nível 1: habilidades muito fracas; Nível 4: habilidades muito fortes). A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico considera o nível 3 como o nível mínimo necessário para uma LS adequada. Este corrigiu algumas falhas de ferramentas anteriores (a saber o REALM e o TOFHLA), no entanto também apresenta algumas limitações, pois, para além de ignorar as capacidades orais, também não mede a resolução de problemas, atitudes, valores e crenças (Van der Heide et al., 2013; Sousa, 2020);
- *Newest Vital Sign (NVS)*: Traduzido para português em 2014, é um questionário constituído por 6 questões com resposta alusiva a uma imagem de um rótulo de um gelado. É uma ferramenta de resposta rápida com 6 itens que envolvem a interpretação de informação escrita e numérica. Um questionário de resolução em pouco tempo onde as respostas são agrupadas em: pontuação de 0 a 1 (alta probabilidade de literacia limitada (50% ou mais)); pontuação de 2 a 3 (indica a possibilidade de literacia limitada); pontuação 4 a 6 (quase sempre indica literacia adequada) (Martins & Andrade, 2014; Sousa, 2020);
- *European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q)*: Desenvolvido com o objetivo de medir e comparar a LS das populações. Traduzido para português em 2016, constituído por 47 questões de respostas múltipla (muito difícil; difícil; fácil; muito fácil; não sei) que estudam três dimensões: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. Resultando em quatro níveis de literacia: inadequada, problemática, suficiente e excelente. A sua versão reduzida (HLS-EU-Q16) é constituída por 16 questões e foi traduzida para português europeu? em 2023, avalia as mesmas dimensões e resulta nos mesmos níveis de literacia (Pedro, Amaral & Escoval, 2016; Sousa, 2020);
- *Brief Health Literacy Screen (BHLS)*: É um questionário constituído por apenas três questões sobre auto cuidado, por isto, torna-se um questionário curto e de fácil implementação com o propósito de reconhecer rapidamente doentes com LS baixa (Tran, 2021).

Segundo Pedro, Amaral & Escoval (2016), os instrumentos mais usados para a medição dos níveis de LS são o RALM, o TOFHLA, o NVS e o HLS-EU-Q.

A ferramenta de medição da LS escolhida para o presente estudo foi a HLS-EU-Q16, sendo definida pelos autores da versão portuguesa Pedro (2023), através dos seguintes níveis: LS “inadequado” de 0 a 25 pontos; LS “problemático” de 25,1 a 33 pontos; LS “suficiente” de 33,1 a 42 pontos; LS “excelente” de 42,1 a 50 pontos. Esta categorização de LS indica que um nível inadequado pode influenciar a saúde da população de forma individual e coletiva com implicações na gestão de recursos e ganhos em saúde (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Existem inúmeros fatores que determinam e influenciam os níveis de LS da população, tais como: o nível de instrução (sendo que, quanto mais elevado o grau académico, maior o nível de LS); o estado financeiro (baixos rendimentos revelam níveis de literacia mais baixos); a condição socioeconómica (agregados mais vulneráveis, com condições socioeconómicas mais precárias, tendem a ter níveis de LS baixos); a idade (com uma proporcionalidade inversa, quanto maior a idade dos indivíduos, menor os níveis de LS); a utilização dos serviços de saúde, em especial os de urgência (indivíduos que recorrem com maior frequência aos serviços de saúde apresentam taxas mais baixas de LS) (Pedro, 2018).

### **1.3 Qualidade de Vida relacionada com a Saúde**

Qualidade de Vida, segundo a OMS, é definida como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este conceito inclui a saúde física, mas também a saúde mental do indivíduo, assim como o seu nível de independência e as suas relações interpessoais (Teixeira et al., 2008).

#### **1.3.1 Qualidade de Vida, Perda Auditiva e Reabilitação Auditiva**

A PA pode ter inúmeros fatores etiológicos, como alterações genéticas, infeções intrauterinas, baixo peso ao nascimento, doenças infecciosas e crónicas, medicação ototóxica, exposição a ruído de elevada intensidade durante longos períodos de tempo e até o envelhecimento (Barbosa et al., 2018).

Independentemente da causa e da idade de instalação da PA, esta gera um grande impacto na QdV dos indivíduos, interferindo nas funções da fala, linguagem e aprendizagem, no caso de ser adquirida em idade prematura, mas também tem impacto na comunicação (Barbosa et al., 2018).

Para além de poder ser adquirida em idade prematura, a PA pode também ser adquirida em idade adulta, através do processo natural de envelhecimento, nesta fase a PA provoca isolamento social no indivíduo, provocando muitas vezes alterações emocionais (Marques, Kozlowski & Marques, 2004).

Segundo o estudo de Carmo (2011), indivíduos com PA revelam piores resultados de QdV quando comparados com a população dos valores de referência, nas dimensões Função Física, Desempenho Físico e Emocional, Saúde em Geral, Saúde Mental e Vitalidade. De forma generalizada, a PA afeta negativamente a comunicação interpessoal, originando o isolamento social do indivíduo e consequentes sintomas de depressão. Assim, o autor concluiu que existe uma associação negativa entre a PA e a QdV, achando que, devido a isto, se torna “essencial a promoção destas ações de sensibilização nos Universos ocupacionais, parentais e educacionais, para a sua eficácia ser máxima, na mudança de paradigma baseado na terapêutica para a prevenção” (Carmo, 2011, pp).

No estudo de Hay-McCutcheon et al., (2021) os autores relatam que em comunidades carenciadas os indivíduos revelaram sentimentos de solidão, preocupação com a carga financeira relacionada com a PA e preocupações com a educação e a acessibilidade, assim como falta de recursos para lidar com a PA ou a não compreensão de como lidar com a mesma, foram relatados em estudos anteriores por adultos que vivem em comunidades rurais dos Estados Unidos da América (EUA).

Segundo a WHO, a RA apoia os indivíduos em áreas como a educação, o trabalho, o lazer em família ou em comunidade, ao longo da sua vida. As estratégias de reabilitação para pessoas com PA incluem:

- Uso de tecnologias auditivas (como aparelhos auditivos, implantes cocleares e implantes do ouvido médio) e treino auditivo;
- Terapia da fala e linguagem para aprimorar habilidades perceptivas e de comunicação;
- Uso de língua gestual e outras alternativas sensoriais (como leitura labial, impressão na palma da mão, Tadoma, comunicação por sinais);
- Disponibilização de dispositivos de assistência auditiva e serviços (como sistemas de modulação de frequência, dispositivos de alerta, ferramentas de telecomunicações, serviços de legendagem e interpretação em língua gestual);
- Apoio psicológico, treino e orientações que promovem maior participação na educação, no trabalho e na vida comunitária (WHO, 2025).

De entre as várias formas de RA, o aparelho auditivo é o mais convencional e o mais utilizado. O uso do aparelho é uma das formas comprovadas que ajuda a melhorar a QdV do indivíduo com PA, melhorando assim, a sua condição psicossocial (Marques, Kozlowski & Marques, 2004).

Para que a RA tenha um impacto positivo na vida da pessoa há vários fatores causa considerar nomeadamente: a idade do indivíduo, a etiologia da PA, o tipo e grau da PA, a tolerância a sons intensos (limiar de desconforto), as expectativas e a motivação do indivíduo, entre outras (Moda et al., 2013).

Assim, sabendo que a PA tem um papel importante na diminuição da QdV dos indivíduos, independentemente da idade dos mesmos, estes iniciam o seu processo de RA, com a seleção e a adaptação do aparelho indicado, com o objetivo de diminuir a sua privação sensorial, evitando o isolamento e proporcionando-lhes uma melhoria na capacidade de interação com o outro (Teixeira et al., 2008).

No estudo de Teixeira et al., (2008), os autores verificaram que após a adaptação dos indivíduos com aparelho auditivo a QdV melhorou significativamente. Os autores concluíram também que, melhorar a qualidade de vida desta população, que tende a aumentar nos próximos anos, é uma mais-valia social. Assim, a realização de avaliações auditivas e de encaminhamento para seleção e adaptação dos aparelhos auditivos devem fazer parte da rotina dos profissionais que trabalham com adultos e idosos, independentemente a sua área de saber.

Verificou-se, ainda, que a melhoria da QdV após a colocação de aparelhos auditivos corroborou em diferentes dimensões, comprovando assim, não só a importância da audição como a importância da RA. Assim, os autores verificaram melhorias nos seguintes domínios (comparativamente com o processo pré e pós adaptação): psicológico, físico, meio ambiente e social (Teixeira et al., 2008). Também no estudo de Rocha & Martinelli, (2020) com o objetivo de verificar se o uso de aparelhos auditivos tem algum tipo de impacto na QdV do idoso, os autores concluíram que ao fim de três meses de uso de aparelhos a QdV dos inquiridos melhorou significativamente, mostrando assim o benefício da RA para a QdV do idoso.

### **1.3.2 Qualidade de Vida e a Literacia em Saúde**

De forma a proteger e melhorar a saúde é importante que haja práticas profissionais que impulsionem comportamentos individuais positivos para com a própria saúde, acompanhadas por decisões políticas que permitam uma melhor QdV da população (Morais et al., 2020).

A equidade de acesso a cuidados de saúde, a prevenção, tratamento e reabilitação e as condições socioeconómicas e ambientais são fundamentais para uma boa promoção de bem-estar individual e coletivo (Morais et al., 2020).

A QdV é vista como um conceito multidimensional que pode refletir a situação geral de saúde do indivíduo sendo que mede quatro dimensões: a saúde física, a saúde fisiológica, a saúde social e a saúde mental (Miguel et al., 2008). Por isto, atualmente a QdV é vista como um fator importante resultante de cuidados de saúde e tem sido vista como um indicador para a saúde (Jiqian F et al., 2001).

Existe uma relação entre a LS e o estado de saúde dos indivíduos, uma vez que se sabe que um nível inadequado de LS constitui custos elevados para o sistema de saúde nas suas mais variadas áreas. Sendo importante a adoção de medidas para a obtenção de resultados positivos, tais como: um melhor estado da saúde com redução dos custos associados; e o aumento dos conhecimentos em saúde com uma utilização menos frequente dos serviços de saúde (Tomé et al., 2018).

Em conjunto com a intervenção é também, importante implementar medidas de sensibilização principalmente no que diz respeito à área auditiva, sendo importante esclarecer e sensibilizar para a importância dos rastreios em idades pré-escolar e escolar esclarecidos e realizados por Audiologistas; formações e sessões de esclarecimento sobre o funcionamento do sistema auditivo, os efeitos da exposição ao ruído, os comportamentos de risco a evitar, o tipo de proteção auditiva mais adequada e as diversas formas de preservar a saúde auditiva consoante as necessidades individuais (Tomé et al., 2018).

No estudo de N'Goran et al., (2017), foi observado que o tratamento é encarado como um fardo ou uma mudança negativa na QdV por indivíduos com baixo nível de LS. Desta forma, verificou-se que o analfabetismo em saúde tem um impacto direto na QdV do paciente e na forma como ele lida com a terapêutica, pois indivíduos com menores níveis de literacia apresentam diversas vulnerabilidades no processo saúde-doença. Tendo-se verificado que a baixa literacia está associada a uma pior saúde física e mental, além de uma maior taxa de mortalidade, pois, apesar de haver maior potencial terapêutico, esses indivíduos apresentam baixa adesão aos cuidados preventivos, o que afeta negativamente sua QdV (N'Goran, et al., 2017).

No estudo de Ferreira et al., (2024), os autores concluíram que um maior conhecimento da doença em estudo (Diabetes tipo 2) permite alcançar níveis de QdV mais elevados, verificando-se assim, também, a importância da LS para uma melhor QdV (Ferreira, et al., 2024). O mesmo se verificou no estudo de Ferreira et al., (2023), relacionando também a diabetes tipo 2, os autores verificaram igualmente que uma baixa LS está associada a níveis de QdV baixos (Ferreira et al., 2023).

No estudo de Silva, Borges & Pimenta, (2023), os autores verificaram que em indivíduos a realizar hemodiálise a QdV tinha um aumento de 0,78 pontos por cada ponto aumentado na escala de LS. Concluíram assim, que nesta população se verifica igualmente uma relação negativa entre a LS e os níveis de QdV (Silva, Borges & Pimenta, 2023).

A LS é essencial para os indivíduos na prevenção de doenças e na melhoria da QdV, pois permite que as pessoas compreendam como a doença afeta o corpo e, assim, adotem hábitos mais saudáveis para reduzir a incidência ou retardar a progressão da doença, contribuindo para um melhor bem-estar (Wang et al., 2017).

### 1.3.3 Avaliação da Qualidade de Vida

A avaliação da QdV é realizada através de instrumentos de medição já traduzidos e validados para o português europeu. Estes instrumentos, nomeadamente questionários, conseguem através das respostas catalogar e verificar o estado da QdV do indivíduo quando comparado com valores normativos (Raminhos, 2019).

Carmo (2011) defende no seu estudo que, é importante incrementar uma política de saúde que fomente ações de sensibilização, como a manutenção dos atuais meios de terapêutica existentes e dos que venham a desenvolver, certamente permitirá uma melhor utilização dos escassos recursos económicos disponíveis, para os próximos anos, sempre tendo como principal objetivo a Qualidade de Vida da População Portuguesa.

Existem diversos instrumentos para a avaliação e medição da QdV, segundo Neto & Ferreira, (2003), podemos dividir estes instrumentos em dois grupos: genéricos e específicos. Os genéricos com o objetivo de medir o impacto de uma doença e os específicos com o objetivo de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspetos da QdV. Segundo os autores os instrumentos usados para a medição da QdV devem apresentar características básicas de reprodutibilidade, validade e sensibilidade à mudança.

Assim, segundo os autores existem os seguintes instrumentos para medição da QdV:

- *Sickness Impact Profile* (SIP): apresenta reprodutibilidade e validade já demonstradas, no entanto, apresenta uma limitação, no que diz respeito ao tempo de preenchimento, uma vez que, demora cerca de 25 minutos para completar os seus 136 itens.
- *Time Trade-off*: apresenta reprodutibilidade, validade e sensibilidade à mudança, tendo como desvantagem informações pouco detalhadas.

- *Nottingham Health Profile*: possui a capacidade de medir, de forma subjetiva, a perceção do estado de saúde. Contém 38 itens e é de fácil aplicação, no que diz respeito ao tempo de preenchimento demora cerca de 10 minutos. É limitado em detetar níveis de incapacidade, visto que só permite dois níveis de resposta: “sim” ou “não”.
- *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*: é o instrumento de medida de QdV que tem recebido maior atenção nos últimos anos. Apresenta validade, reprodutibilidade e sensibilidade à mudança comprovada, além de requerer cerca de 10 minutos para ser aplicado. É um questionário constituído por oito dimensões: capacidade funcional, aspetos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspetos sociais, aspetos emocionais, saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de há um ano atrás. Este questionário avalia tanto os aspetos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspetos positivos (bem-estar).
- *Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100)*: é um instrumento de auto-avaliação e auto-explicativo, que possui seis domínios: psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade. Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões. Apresenta validade, reprodutibilidade e sensibilidade a mudanças.

Rôla, Costa e & Nicola, (2018) falam ainda do *Perfil de Saúde de Nottingham (PSN)*: validado em 2004 este é um instrumento simples de avaliação da QdV, composto por 38 questões com duas alternativas de respostas (sim e não). Este questionário apresenta seis domínios: habilidade física, nível de energia, dor, reações emocionais, isolamento social e qualidade do sono.

Para o presente estudo optou-se pelo SF-36v2 na sua versão portuguesa, por ser um questionário muito completo e por medir oito dimensões da saúde quer no seu aspeto positivo como negativo.

## 2. Estudo Empírico

### 2.1 Metodologia

Neste capítulo, será caracterizada a metodologia usada no presente trabalho de investigação, será feita a definição dos objetivos do estudo, a sua caracterização quanto ao tipo, a seleção e o tamanho da amostra usada, as variáveis em estudo, as hipóteses de investigação. os procedimentos de recolha e análise da informação obtida e o tratamento estatístico, bem como, a análise da informação, e, por fim, as considerações éticas e legais para a realização do presente estudo.

## 2.1.1 Objetivos, Finalidades e Caracterização do Estudo

### Objetivos

A LS em Portugal é ainda muito desvalorizada, principalmente no que diz respeito à saúde auditiva. Seja em que idade for, a saúde auditiva deve ser tida em atenção, uma vez que, existe a evidência comprovada por vários estudos esta tem um grande impacto na QdV do indivíduo.

Para além da audição ser contemplada no que diz respeito à LS em Portugal, a falta de informação sobre este tema partilhada com a população em geral e em contextos específicos como é o caso dos cuidados de saúde primários ou mesmo em contexto escolar, é algo preocupante, uma vez que, há perdas auditivas que poderiam ser evitadas e tratadas precocemente se existisse uma verdadeira política de promoção da saúde auditiva, diminuindo os efeitos colaterais.

Os objetivos da presente investigação são:

1. Estudar e avaliar a relação entre a população com Perda Auditiva em processo de Reabilitação Auditiva e a população Portuguesa em geral a nível de Literacia em Saúde e Qualidade de Vida;
2. Avaliar correlação entre a Qualidade de Vida e a Literacia em Saúde dos indivíduos com Perda Auditiva em processo de Reabilitação Auditiva;
3. Estudar as determinantes da Literacia em Saúde e da Qualidade de Vida de uma amostra com Perda Auditiva em processo de Reabilitação Auditiva.

### Finalidades do Estudo

O presente estudo tem como finalidade fornecer evidências que sustentem programas de promoção da LS e da Qvd em indivíduos com PA em processo de RA.

### Caracterização e Período Temporal do Estudo

O presente estudo foi realizado entre Outubro de 2024 e Junho de 2025. É um estudo observacional, transversal quanto ao corte por não apresentar um período de seguimento e. Trata-se, um estudo descritivo e analítico tendo em conta que descreve as características da população, através do tratamento e análise das variáveis do estudo, e se produzem inferências.

## 2.1.2 População e Amostra

Esta investigação teve como população alvo, indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos de ambos os sexos e residentes em Portugal Continental, independentemente da região do país, socialmente ativos, portadores de PA e em processo de RA independentemente da sua fase.

O método de amostragem usada no presente estudo é não probabilístico por conveniência, sendo assim, composta por indivíduos respeitantes dos critérios de inclusão, pacientes das clínicas de RA privadas colaboradoras.

Todos os indivíduos foram avaliados e submetidos à realização dos questionários, onde obtivemos um total de 400 unidades amostrais.

## 2.1.3 Variáveis em Estudo

A presente investigação efetuou a recolha das variáveis, dividindo-as em dois grupos, as dependentes e as independentes.

### Variáveis dependentes

As variáveis dependentes são a LS e a Qvd e as suas dimensões, obtidas pela análise e tratamento de dados dos questionários HLS-EU-Q16 e SF-36v2.

## Variáveis independentes

Estas são as variáveis independentes que foram devidamente codificadas para efeito de tratamento e análise de dados (conforme tabela 2):

Tabela 2: Variáveis independentes e a sua codificação

Variáveis	Codificação
Sexo	1 – Feminino 2 – Masculino
Idade	1 – 18 a 44 anos 2 – 45 a 74 anos 3 – 75 anos ou mais
Situação Profissional	1 – Ativas 2 – Não ativas
Nível de Escolaridade	1 – Baixo (até ao 4ºano) 2 – Médio (até ao 12º ano) 3 – Elevado (superior ao 12º ano)
Lateralidade da Perda Auditiva	1 – Unilateral 2 – Bilateral
Tipo de Reabilitação Auditiva	1 – Unilateral 2 – Bilateral
Anos de Reabilitação Auditiva	1 – Ligeira 2 – Moderada 3 – Severa 4 – Profunda
Grau de Perda Auditiva	1 – Menos de 1 ano 2 – 1 a 3 anos 3 – 4 a 6 anos 4 – 7 a 10 anos 5 – Mais de 10 anos
Tipo de Perda Auditiva	1 – Mista 2 – Condução 3 – Sensorioneural

## 2.1.4 Objetivos e Hipóteses de Investigação

Tendo em conta os objetivos formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

Objetivo 1 – Estudar e avaliar a relação entre a população com Perda Auditiva e a população Portuguesa em geral a nível da Literacia em Saúde e da Qualidade de Vida

**H1:** Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do HLS-EU-Q16, entre os indivíduos em Processo de RA e a População Portuguesa.

**H2:** Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do SF-36v2, entre os indivíduos em Processo de RA e a População Portuguesa.

Objetivo 2 – Avaliar correlação entre a Qualidade de Vida e a Literacia em Saúde dos indivíduos com Perda Auditiva em processo de Reabilitação Auditiva

**H3:** Existe correlação entre o G-HL16 e a QdV de indivíduos com PA em processo de RA.

Objetivo 3 – Estudar as determinantes da Literacia em Saúde e da Qualidade de Vida de uma amostra com Perda Auditiva em processo de Reabilitação Auditiva

**H4:** Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA do sexo feminino e masculino.

**H5:** Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante a faixa etária.

**H6:** Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante o nível de escolaridade.

**H7:** Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante a lateralidade da PA.

**H8:** Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA face ao número de AP usados.

**H9:** Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante o tempo de RA.

**H10:** Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante o tipo e grau de PA.

**H11:** Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante o número de anos de PA.

## **2.1.5 Critérios de Inclusão e Exclusão**

### **Critérios de Inclusão**

Como critérios de inclusão para o presente estudo foram tidos em consideração os seguintes: idade dos inquiridos superior ou igual a 18 anos; ser socialmente ativo; apresentar perda auditiva segundo o BIAP (1997); estar em processo de reabilitação auditiva independentemente da sua fase;

### **Critérios de Exclusão**

Como critérios de exclusão para o presente estudo foram tidos em consideração os seguintes: apresentar qualquer tipo de patologia que possa comprometer a compreensão das questões do estudo; não ter português como língua materna.

## **2.1.5 Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados**

### **Instrumentos**

Para a realização do presente estudo, foi usado o questionário de Estado de Saúde Versão Portuguesa 2 (SF-36 v2) (Anexo II), do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, como instrumento para a medição da QdV. Este questionário tem como objetivos medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença, monitorizar doentes com múltiplas condições, comparar doentes com condições diversas e comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral (Ferreira, 2000<sup>a</sup>).

Foi desenvolvido nos EUA, na década de 80, validado por Brazier et al.(1992) apresentando a versão portuguesa um alfa de cronbach entre 0,60 (função social) e 0,87 (função física e saúde geral) (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

A validação inicial deste questionário, foi realizada através da análise de compreensão e aceitação por um painel de indivíduos com características sociais e culturais distintas e, posterior envio aos autores do instrumento original para análise do mesmo. A validade de construção foi subjacente um estudo longitudinal, sendo suportada pela lógica da distribuição das principais escalas e pela análise das diferenças das médias das pontuações observadas (Brazier et al., 1992).

Posteriormente, em 2003, na sequência de atualizações feitas à versão original do questionário – motivadas pela sua adaptação a diferentes contextos linguísticos e culturais, sobretudo europeus – foi desenvolvida uma segunda versão em português, acompanhada da respetiva normatização. Esta versão resultou de vários estudos qualitativos e quantitativos e baseou-se numa amostra representativa da população portuguesa residente em território continental, com idades entre os 18 e os 64 anos (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

O Short Form Health Survey (SF-36) é um questionário não específico no que diz respeito ao tratamento, doença ou faixa etária do indivíduo, sendo apenas indicado para jovens com mais de 14 anos. Este pretende avaliar domínios da função física, desempenho físico e emocional, dor física, saúde em geral, vitalidade, função social e saúde mental (Ferreira, 2000b). Para cada domínio, a mediana dos coeficientes de fiabilidade iguala ou excede 0,80, com exceção da função social (0,76) (Ferreira, 2000<sup>a</sup>).

Segundo Ferreira & Santana (2003), a versão portuguesa do SF-36v2 foi usada para medir a perceção do estado de saúde e da qualidade de vida dos portugueses, sendo que, permite medir oito dimensões em saúde, isto devido aos itens que completam o questionário, sendo assim possível estruturar nas seguintes dimensões:

- Função Física (FF): para medir o impacto das limitações físicas na QdV (em situações do dia-a-dia, mais ou menos exigentes);
- Desempenho Físico (DF): escala que mede o impacto das limitações em saúde em diversos problemas físicos;
- Dor Corporal (DC): escala para representar, a intensidade, o desconforto causado e a forma como interfere no trabalho do dia-a-dia;
- Saúde Geral (SG): mede a perceção da saúde em geral;
- Vitalidade (VT): escala de vitalidade englobando os níveis de energia e fadiga;
- Função Social (FS): capta a quantidade e a qualidade da vida social e o impacto que as questões físicas e emocionais têm na mesma;
- Desempenho Emocional (DE): mede o impacto que os problemas emocionais têm nas limitações em saúde, o tipo e qualidade das atividades diárias e a dificuldade em realizá-las;
- Saúde Mental (SM): inclui os conceitos de ansiedade, depressão, perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico.

A dimensão FF avalia o impacto das limitações físicas na QdV, através de tarefas do dia-a-dia como tomar banho, vestir-se sem ajuda, praticar atividades físicas mais exigentes, carregar sacos de compras, ajoelhar-se ou caminhar uma certa distância (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

Há duas dimensões que analisam o efeito das limitações de saúde, sejam de origem física (DF) ou emocional (DE), no tipo e quantidade de trabalho realizado, incluindo a necessidade de o reduzir ou a dificuldade em desempenhá-lo (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

A dimensão DR refere-se tanto à intensidade e ao desconforto provocados pela dor como à forma como esta interfere nas atividades diárias. Já a dimensão SG avalia a perceção global da saúde, considerando o estado atual, a resistência a doenças e a aparência de saúde (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

A dimensão VT reflete os níveis de energia e fadiga, enquanto a FS capta a frequência e qualidade das interações sociais, bem como o impacto que os problemas físicos e emocionais têm nessas atividades (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

Por sua vez, a dimensão SM abrange aspetos como ansiedade, depressão, perda de controlo emocional ou comportamental e bem-estar psicológico (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

As pontuações por dimensão são apresentadas numa escala de orientação entre 0, correspondendo ao pior estado de saúde, e 100 correspondendo ao melhor estado de saúde. As oito dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: Saúde física e Saúde mental (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

No primeiro grupo inclui-se as dimensões FF, DF, DR e SG, enquanto o segundo abrange as dimensões SM, DE, FS e VT (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

No presente estudo foi, de igual modo, utilizado o questionário European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT), este questionário foi validado na sua versão inicial por Chew et al., (2008), com o objetivo de avaliar os níveis de LS das suas populações de modo a poder compará-los entre si. Os resultados são utilizados como suporte às iniciativas de promoção de LS, tornando-as mais dirigidas e adequadas às necessidades reais da população de cada país. Neste âmbito integraram este projeto países como a Espanha, a Grécia, a Holanda, a Irlanda, a Alemanha, a Bulgária, a Polónia e a Áustria (Chew et al., 2008).

Através da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, este questionário foi traduzido na sua versão completa, e validado pela Rede Académica de Literacia em Saúde (RALS) e os resultados foram publicados por Pedro, Amaral e Escoval (2016), com um alfa de cronbach entre 0,90 e 0,96. O questionário na sua versão completa é composto por 47 questões organizadas, sendo utilizado

no presente estudo a versão reduzida com 16 questões (com três domínios presentes: cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde (Anexo III).

A versão reduzida foi validada por Pedro et al., (2023), sendo composta por 16 itens selecionados dos 47 do questionário completo. Os autores defendem que para a correta avaliação da LS, os indivíduos têm de responder a pelo menos 14 das 16 questões. Sendo a escala de autoavaliação usada do tipo de Likert em que: 1 corresponde a “muito difícil”; 2 a “difícil”; 3 a “fácil” e 4 a “muito fácil” (Pedro et al., 2023).

Os 16 itens foram dicotomizados em:

- 0 valores: respostas “muito difícil” e “difícil”;
- 1 valor: respostas “muito fácil” e “fácil” (Pedro et al., 2023).

A soma dos valores atribuídos a cada um dos 16 itens corresponde ao nível de LS de cada indivíduo. Na interpretação dos resultados, consideraram que uma pontuação total :

- Maior ou igual a 13: Nível de LS “adequado”;
- Entre 9 e 12 pontos: Nível de LS “problemático”;
- Inferior ou igual a 8 pontos: Nível de LS “inadequado” (Pedro et al., 2023).

O primeiro grupo de questões, da questão um até à questão 7, inclusivé, reporta o domínio dos cuidados de saúde, já da questão 8 à questão 12, verificamos o domínio da prevenção da doença. Nas questões 13, 14, 15 e 16 está presente o domínio da promoção da saúde (Pedro et al., 2023).

No sentido de garantirem uma comparação eficaz entre os subdomínios, os índices foram padronizados com base no índice geral de LS, através de uma escala intermédia de 0 a 50. Os autores assumiram o cálculo do índice geral de LS (índice G-HL16), em que a média se refere à média dos itens de cada indivíduo, um é o valor mínimo possível da média, 3 é a gama da mesma e 50 é valor máximo escolhido pelos autores:

$$\text{Índice G-HL16} = (\text{média} - 1) \times (50/3)$$

Face ao exposto, os autores definiram quatro níveis de LS:

- Nível de LS “inadequado”: de 0 a 25 pontos;
- Nível de LS “problemático”: de 25,1 a 33 pontos;
- Nível de LS “suficiente”: de 33,1 a 42 pontos;
- Nível de LS “excelente”: de 42,1 a 50 pontos (Pedro et al., 2023).

Foi ainda, elaborado um questionário com doze questões para a caracterização sócio-demográfica e clínica (Anexo I), para caracterizar as unidades amostrais em aspetos considerados relevantes após a realização da pesquisa bibliográfica.

### 2.1.6 Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada após a obtenção do parecer favorável, da comissão de ética (Anexo IV). Foram aplicados: um questionário sócio demográfico (Anexo I), o SF-36v2 (Anexo V), o HLS-EU-Q16 (Anexo VI) e a autorização das clínicas de RA para a recolha de dados nas suas instalações (Anexo VII).

A seleção das unidades amostrais fez-se a partir das consultas de seguimento de RA sendo incluídos todos os indivíduos que aceitaram o termo de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo VIII).

O presente estudo seguiu as indicações das Declarações de Helsínquia V, e das revisões de Tóquio, Veneza, Hong Kong, Sommerset West, Edimburgo e Seul para pesquisas biomédicas envolvendo Seres Humanos.

A abordagem para a participação no estudo foi feita pela autora, explicando sempre primeiramente os objetivos do estudo e pedindo aos indivíduos colaboração ativa para as respostas dos questionários, assim como, a autorização para aceder aos dados audiométricos dos indivíduos.

A recolha foi feita em registo presencial, com o preenchimento do questionário em formato digital no *Google Forms* e todos os inquiridos responderam às questões diretamente num tablet. Os sujeitos com dificuldade tiveram o apoio da autora com leitura das questões em voz alta com um tom adequado às necessidades de escuta do indivíduo.

A recolha foi realizada num local indicado para tal, os indivíduos após realizarem a consulta de RA, em que as próteses são avaliadas e, é feita a manutenção e a limpeza das mesmas. Assim, é garantida uma melhor perceção por parte dos indivíduos, sendo que, a sujidade é um dos fatores que influencia a audição e, por conseguinte, a interpretação do indivíduo. Para além da limpeza e manutenção das próteses auditivas, na consulta é também realizada a otoscopia para visualização do ouvido, e é realizado o ATS para manutenção da PA e para calibração da prótese se assim se justificar.

Após a consulta, foi explicado, a todos os indivíduos, o objetivo do estudo, e os seus procedimentos, bem como, a garantia do anonimato e a não utilização das informações recolhidas para outros fins ou por

terceiros. Após todos os esclarecimentos, os indivíduos que aceitaram integrar o estudo, concordaram de forma positiva com o termo de consentimento informado livre e esclarecido, e os indivíduos que não aceitaram prosseguiram a sua consulta sem qualquer outro tipo de intervenção.

Depois da resposta positiva ao termo de consentimento iniciou-se a recolha das respostas aos questionários, sendo que, nenhum indivíduo foi sujeito a qualquer tipo de risco físico, moral ou psicológico. A autora do trabalho não é profissional em nenhuma das clínicas onde foi feita a recolha da amostra, não representando, assim, qualquer tipo de coação ou persuasão sobre o inquirido, facilitando, deste modo, o fornecimento de dados e das informações necessárias, colaborando ainda mais para a proteção de dados, uma vez que, a autora nunca teve contacto com nenhum dos indivíduos.

Seguidamente, o indivíduo, respondeu às perguntas do questionário sócio demográfico, e em seguida ao questionário de LS (HLS-EU-Q16) e, por fim, ao questionário da QdV (SF-36v2), a aplicação dos instrumentos foi sempre na mesma ordem para todos os participantes.

Resumindo, o protocolo usado com todos os participantes do estudo foi o que se segue:

- Consulta de RA e avaliação audiológica (otoscopia e ATS);
- Pedido de participação no estudo com todos os esclarecimentos sobre os objetivos da investigação e a metodologia requerida;
- Aceitação do termo de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo VIII);
- Preenchimento do questionário sócio demográfico e clínico (Anexo I);
- Preenchimento do questionário HLS-EU-Q16 (Anexo III);
- Preenchimento do questionário SF-36v2 (Anexo II).

Os questionários foram todos passados para o formato de *Google Forms*, para facilitar o processo de recolha e tratamento de dados e, para que, mais pessoas pudessem contribuir para o presente estudo. Como forma de nos certificarmos que todas as questões fossem respondidas, foram todas colocadas como obrigatórias, sendo que, o indivíduo apenas conseguia seguir com o questionário respondendo a todas as questões.

Uma vez que, para facilitar o estudo e o tratamento de dados os questionários foram usados em formato digital, foi usado um tablet para o preenchimento dos mesmos, em que o indivíduo é que assinalava o consentimento livre e informado. Aquando deste passo, se o indivíduo não quisesse ou não se sentisse à vontade com o método tecnológico de resposta, a autora é que registava as respostas.

Por se tratar de indivíduos com PA e em processo de RA, o tom de voz e a forma como eram explicados os procedimentos teve de ser o mais cuidado possível, devido por vezes á falta de interpretação, a ajuda da autora foi imprescindível para explicar algumas das questões apresentadas.

A realização dos questionários era dada como concluída exprimindo os agradecimentos necessários pela colaboração do inquirido, sendo assim o paciente dispensado.

### 2.1.7 Tratamento estatístico e análise de dados

O tratamento e a análise estatística foram realizados com recurso à aplicação informática “Statistical Product and Service Solutions” (SPSS), para tratamento e análise de dados através de métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial.

Na tabela 3 estão descritos todos os testes utilizados para responder a cada hipótese de investigação e ao respetivo objetivo, tendo em conta que, em todos os testes estatísticos recorreu-se ao nível de significância de 5%.

Quando foi necessário verificar a normalidade das variáveis aplicou-se o teste Shapiro-Will quando  $n$  era igual ou inferior a 30, e o teste Kolmoronov Smirnov quando  $n$  era superior a 30.

A homogeneidade das variâncias foi verificada através do teste de Levene.

Relativamente aos pressupostos dos testes:

1. Normalidade das variáveis (teorema do limite central);
2. Homogeneidade das variâncias (teste t de student para variâncias homogéneas, ANOVA ou Kruskal-Wallis para variâncias heterogéneas).

Mesmo verificando o pressuposto da normalidade, quando as variâncias são homogéneas recorre-se ao teste ANOVA porque é mais potente e robusto ao pressuposto da normalidade (Maroco, 2007).

Tabela3 : Objetivos e hipóteses de investigação e os testes usados

		Testes Usados	
Objetivo 1	H1	Teste t de student para 1 amostra	
	H2	Teste t de student para 1 amostra	
Objetivo 2	H3	Correlação de Spearman	
		Testes Usados	
		LS	QdV
Objetivo 3	H4	t de student para amostras independentes	t de student para amostras independentes
	H5	ANOVA	ANOVA e Kruskal-Wallis
	H6	Kruskal-Wallis	ANOVA e Kruskal-Wallis
	H7	t de student para amostras independentes	t de student para amostras independentes
	H8	t de student para amostras independentes	t de student para amostras independentes
	H9	ANOVA	ANOVA
	H10	ANOVA e Kruskal-Wallis	ANOVA e Kruskal-Wallis
	H11	Kruskal-Wallis	ANOVA e Kruskal-Wallis

### 2.1.8 Considerações éticas e legais

Para a realização da presente investigação, são necessários cumprir alguns pressupostos éticos e legais. Nomeadamente a aprovação por parte da Comissão Técnico-Científica do Mestrado de Gestão das Organizações da APNOR (aprovado a 23/11/2023 – anexo IV), assim como, o pedido de autorização para a utilização dos instrumentos usados na presente investigação aos respetivos autores (HLS-EU-Q16 autorizado pela Exma. Sra. Professora Doutora Ana Rita Pedro a 07-05-2024 – anexo VI; SF36 v2 autorizado pelo Exmo. Sr. Professor Doutor Pedro Ferreira a 23-04-2024 – anexo V).

Seguidamente, foram enviados os pedidos de autorização às clínicas de RA para participação no presente estudo, tendo as respostas sido favoráveis nesse sentido (Anexo VII).

Os participantes do presente estudo, aceitaram participar de forma gratuita e livre, tendo sido sempre assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (anexo VIII) para poderem prosseguir no estudo.

## 2.2 Resultados

Neste ponto da metodologia irão ser descritos todos os resultados obtidos, e serão respondidas as questões de investigação descritas anteriormente.

### 2.2.1 Caracterização Sociodemográfica

A amostra do presente estudo é constituída por 400 indivíduos com mais de 18 anos, residentes em Portugal continental, com português como língua materna e em fase de reabilitação auditiva. Tendo em conta os dados obtidos com o questionário sociodemográfico, construiu-se a tabela 4 com as seguintes variáveis: Sexo; Residência; Faixa Etária; Nível de Escolaridade; Situação Profissional.

De acordo com as respostas do questionário sociodemográfico, podemos constatar que 198 indivíduos são do sexo feminino e 202 indivíduos são do sexo masculino, maioritariamente naturais da zona Centro com 391 e apenas 9 da zona Norte.

No que diz respeito à idade a faixa etária mais predominante é de 45 a 74 anos com 221 indivíduos, o nível de escolaridade mais frequente é o baixo com 49,3% dos indivíduos e relativamente à situação profissional, os indivíduos não ativos são mais frequentes do que os ativos com 72,5% e 27,5%, respetivamente, estando assim congruente com a faixa etária mais representativa que corresponde à população mais velha.

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categorização	n (400)	%
Sexo	Feminino	198	49,5%
	Masculino	202	50,5%
Residência	Norte	9	2,3%
	Centro	391	97,8%
Faixa Etária	18 a 44 anos	32	8,0%
	45 a 74 anos	221	55,3%
	Mais de 75 anos	147	36,8%
Nível de Escolaridade	Baixo	197	49,3%
	Médio	153	38,3%
	Elevado	50	12,5%
Situação Profissional	Ativo	110	27,5%
	Não Ativo	290	72,5%

Nota: Na tabela acima está categorizada a amostra através do sexo; zona de Residência, Faixa etária; Nível de escolaridade e Situação profissional dos indivíduos.

## 2.2.2 Caracterização Audiológica e Clínica

Na tabela 5 verificamos as questões, clínicas como há quantos anos tem PA, a lateralidade da PA, se usa apenas um ou dois AP, há quantos anos é usuário de PA e o tipo e o grau de PA.

Através da tabela 5 descrita acima, podemos verificar que a maioria dos indivíduos (n=149) da amostra apresentam PA há mais de 10 anos, sendo esta, na sua maioria bilateral, 92,5% (n=370), sensorineural e de grau moderado, com 79% (n=316) e 65,3% (n=261) respetivamente. No que diz respeito à RA, verificamos que, o mais comum é o uso de dois aparelhos auditivos (n= 324) e que os usuários estão, na sua maioria, em processo de RA há menos de um ano, 35% (n=140) ou de um a 3 anos com 34,3% (n=137).

No que diz respeito à minoria, os indivíduos do presente estudo portadores de PA de 7 a 10 anos são apenas a 63 dos inquiridos, correspondendo a 15,8% da amostra, sendo a PA de grau profundo e de condução as menos frequentes, com 17 e 26 indivíduos respetivamente.

No que diz respeito à RA, como demonstrado, a maioria dos inquiridos usa dois aparelhos auditivos (n=324) e, no que diz respeito ao tempo de RA quase com o mesmo valor o mais frequente é um processo de RA há menos de um ano ou de um a 3 anos. Contrariamente verifica-se que, esta população apresenta PA na sua maioria há mais de 10 anos, no entanto, o tempo de uso de aparelho(s) este é bastante reduzido.

Tabela 5: Caracterização audiológica e clínica da amostra

Variável	Caracterização	n (400)	%
Anos de PA	0 a 3 anos	96	24%
	4 a 6 anos	92	23%
	7 a 10 anos	63	15,8%
	Mais de 10 anos	149	37,3%
Lateralidade da PA	Unilateral	30	7,5%
	Bilateral	370	92,5%
Número de AP	1 Aparelho	76	19%
	2 Aparelhos	324	81%
Anos de usuário de AP	Menos de 1 ano	140	35%
	1 a 3 anos	137	34,3%
	4 a 6 anos	69	17,3%
	7 a 10 anos	28	7%
	Mais de 10 anos	26	6,5%
Grau de PA	Ligeiro	36	9%
	Moderado	261	65,3%
	Severo	86	21,5%
	Profundo	17	4,3%
Tipo de PA	Condução	26	6,5%
	Mista	58	14,5%
	Sensorineural	316	79%

Nota: Na tabela acima está descrito o número de anos de perda auditiva, a lateralidade da perda, o número de aparelhos auditivos usados e o número de anos de uso e, por fim, o grau e o tipo de perda auditiva dos indivíduos.

## 2.3 Resultados Literacia em Saúde

O questionário HLS-EU-Q16 é uma versão resumida, composta por 16 perguntas escolhidas do questionário inicial de 47 itens. Este abrange três áreas principais: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde (Pedro et al., 2023).

O somatório das respostas do questionário HLS-EU-Q16, revelou um valor de LS mínimo de 2.00 e um valor máximo de LS de 16.00 dos indivíduos do estudo que corresponde a uma LS inadequada e adequada respetivamente, com uma média ( $\pm$ Desvio-padrão) de 10,12 ( $\pm$  3.12) o que corresponde a um valor de LS médio problemático.

## **Análise das questões do HLS-EU-Q16**

Neste subcapítulo foi realizada uma análise das respostas dos 16 itens do questionário usado para a avaliação da LS (HLS-EU-Q16).

Nestas 16 questões, o item com maior número de respostas “Muito Fácil” (n=275) foi a questão 9 “Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?”, pertencente à dimensão Prevenção da Saúde. Algumas das questões não obtiveram nenhuma resposta “Muito Difícil”, no entanto, todas as questões têm respostas associadas à classificação “Não Sei”.

A questão mais selecionada como “Muito Difícil” foi a questão 8 “Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?” com 15,6% de respostas (n=62).

## **Dimensão Cuidados de Saúde**

Esta dimensão é composta pelas questões de 1 a 7 (descritas na 6), dentro destas, a questão com maior resultado de respostas “Muito Fácil” foi a 3 (n=246), sendo que, na questão 4 “Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?” e na questão 7 “Seguir as instruções do médico ou farmacêutico?” nenhum dos indivíduos inquiridos respondeu “Muito Difícil”. Ainda assim, em todas estas questões a opção “Não Sei” foi selecionada por 3 indivíduos.

Na questão 4 “Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?” e 7 “Seguir a instruções do médico ou farmacêutico?” nenhum dos indivíduos respondeu “Muito Difícil”.

Tabela 6: Distribuição relativa e absoluta da amostra na dimensão Cuidados de Saúde

Dimensões	Muito	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não Sei
Questão Cuidados de Saúde	Difícil n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	18 (4,5%)	158 (39,5%)	159 (39,8%)	32 (8%)	33 (8,3%)
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	13 (3,3%)	133 (33,3%)	168 (42%)	45 (11,3%)	41 (10,3%)
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	10 (2,5%)	103 (25,8%)	246 (61,5%)	38 (9,5%)	3 (0,8%)
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	-	38 (9,5%)	187 (46,8%)	172 (43%)	3 (0,8%)
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	13 (13,3%)	134 (33,5%)	154 (38,5%)	26 (6,5%)	73 (18,3%)
6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	9 (2,3%)	138 (34,5%)	174 (43,5%)	24 (6,0%)	55 (13,8%)
7. Seguir as instruções do médico ou farmacêutico?	-	27 (6,8%)	199 (49,8%)	171 (42,8%)	3 (0,8%)

## Prevenção da Doença

Esta dimensão é composta por 5 questões dos itens 8 a 12 (descritos na tabela 7), onde a questão 8 “Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?” apresenta um número elevado de respostas “Não Sei”. Neste conjunto de questões a 9 “Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?” e 10 “Compreender porque precisa de fazer rastreios?” são as questões com maior número de respostas “Muito Fácil” com 68,8% (n=275) e 66,3% (n=265) respetivamente.

Tabela 7: Distribuição relativa e absoluta da amostra na dimensão Prevenção da Doença

Dimensões	Muito	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não Sei
Questão Cuidados de Saúde	Difícil	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
	n(%)				
1. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	62 (15,6%)	150 (37,5%)	68 (17%)	8 (2%)	112 (28%)
2. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	2 (0,5%)	2 (0,5%)	117 (29,3%)	275 (68,8%)	4 (1%)
3. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	-	13 (3,3%)	118 (29,5%)	265 (66,3%)	4 (1%)
4. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	45 (11,3%)	194 (48,5%)	115 (28,7%)	14 (3,5%)	33 (8%)
5. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	22 (5,5%)	195 (48,8%)	132 (33%)	17 (4,3%)	34 (8,5%)

## Promoção da Saúde

A dimensão destinada à avaliação da promoção da saúde é constituída pelos últimos 4 itens do questionário, da questão 13 à 16. Nestas 4 questões a maioria dos inquiridos respondeu como “Fácil”, à exceção da pergunta 13 “Saber mais sobre atividades que são boas para o seu bem-estar mental?” em que a maioria respondeu “Difícil”. Na questão 16 “Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?” nenhum dos inquiridos respondeu “Muito Difícil”.

Tabela 8: Distribuição relativa e absoluta da amostra na dimensão Promoção da Saúde

Dimensão	Muito	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não Sei
Questão Cuidados de Saúde	Difícil n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	9 (2,3%)	146 (36,5%)	123 (30,8%)	21 (5,3%)	101 (25,3%)
2. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	1 (0,3%)	52 (13%)	221 (55,3%)	121 (30,3%)	5 (1,3%)
3. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	5 (1,3%)	105 (26,3%)	226 (56,5%)	50 (12,5%)	14 (3,5%)
4. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	-	33 (8,3%)	247 (61,8%)	116 (29%)	4 (1%)

## Fiabilidade – Análise da Consistência Interna do HLS-EU-Q16

### *Alfa de Cronbach*

Na tabela 9 descrita abaixo, estão demonstrados os valores do coeficiente do Alfa de Cronbach para a consistência interna do somatório das respostas do questionário de LS e para os seus subdomínios, verificando-se assim, a consistência interna dos itens, onde se obteve um valor de Alfa de Cronbach de 0.894 indicando uma consistência interna boa, segundo Pestana & Gagueiro, (2014).

Como podemos constatar na análise da tabela 4 é no subdomínio cuidados de saúde que o Alfa de Cronbach assume um valor mais elevado com 0.830.

Tabela 9: Avaliação da consistência interna (*Alfa de Cronbach*) das dimensões do HLS-EU-Q16

Índices de LS	Alfa de Cronbach
LS Total	0.894
Cuidados de Saúde	0.830
Prevenção da Doença	0.744
Promoção da Saúde	0.691

## Correlação entre os diferentes subdomínios do HLS-EU-Q16

Inicialmente verificou-se a normalidade das variáveis através do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov onde se obteve um valor de prova de  $<.001$  para todos os subdomínios, não se verificando assim, normalidade das variáveis.

Para se avaliar a correlação dos diferentes domínios do questionário de LS, procedeu-se à realização do coeficiente de correlação de *Spearman*, como se pode verificar nos valores descritos na tabela 10, todos os valores são inferiores a 0,85, o que significa que não há redundância.

Tabela 10: Correlação de *Spearman* dos respetivos domínios do questionário HLS-EU-Q16

	Cuidados de Saúde	Prevenção da Doença	Promoção da Saúde
Cuidados de Saúde	1	0.531 <b>p&lt;.001*</b>	0.446 <b>p&lt;.001*</b>
Prevenção da Doença		1	0.513 <b>p&lt;.001*</b>
Promoção da Saúde			1

Nota: \*Encontram-se a negrito as evidências estatisticamente significativas

## Medidas de tendência central e de dispersão do HLS-EU-Q16

Após calcularmos o G-HL16, obteve-se um valor mínimo de 14,58 e um valor máximo de 50,0 com uma média de 31,9 ( $\pm 4,9$ ), ou seja, podemos categorizar a LS como problemática, valores na tabela 11.

Tabela 11: Análise dos valores de resultado do G-HL16 do HLS-EU-Q16

	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Mínimo (Mín)	Máximo (Máx)
Índice G-HL16	31,9	4,9	14,58	50
Cuidados de Saúde	31,44	6,54	7,14	50
Prevenção da Doença	29,94	6,23	10	50
Promoção da Saúde	32,53	6,72	12,5	50

Como podemos observar na tabela 12 os resultados do G-HL16 do presente estudo com os valores obtidos por Pedro et al., (2023) (G-HL47) e por Pedro, Amaral & Escoval (2016), verificamos que em todos os estudos a maioria dos indivíduos apresenta um nível de LS problemático sendo que no presente

estudo 68,2% dos inquiridos apresentam um nível de LS problemático, à semelhança dos 39% dos inquiridos no estudo de Pedro et al., (2023) e dos 44,4% no estudo de Pedro, Amaral & Escoval (2016).

O nível excelente é o que apresenta menor percentagem em ambos os estudos com 2,7% para o presente estudo e 8,4% para o estudo de Pedro et al., (2023), e 8,8% para o estudo de Pedro, Amaral & Escoval, (2016) seguido do nível inadequado que apresenta 9,3% no presente estudo.

Tabela 12: Valores em % dos resultados do presente estudo, do estudo de Pedro et al., (2023) e do estudo de Pedro, Amaral & Escoval, (2016)

	G-HL16 Presente Estudo	G-HL16 Pedro et al., (2023)	G-HL47 Pedro, Amaral & Escoval, (2016)
Inadequado	9,3%	17%	15,7%
Problemático	68,2%	44,4%	39%
Suficiente	19,8%	30,1%	36,5%
Excelente	2,7%	8,4%	8,8%

Comparou-se ainda, as dimensões com o estudo de Pedro, Amaral & Escoval (2016), uma vez que, no estudo de Pedro et al. (2023) esses valores não são disponibilizados, onde se obteve um valor de prova de 0.090 na dimensão Cuidados de Saúde e <.001 nas restantes, valores disponíveis na tabela 13.

Tabela 13: Proporções do presente estudo e do estudo de Pedro et al., (2023)

	Cuidados de Saúde	Promoção da Saúde	Prevenção da Doença
Presente estudo e Pedro et al., (2016)	p=0.090	p<.001	p<.001

## 2.4 Resultados Qualidade de Vida

O questionário SF36v2 é composto por 36 questões com alíneas que abrangem 8 dimensões: função física (FF), desempenho físico (DF), dor corporal (DC), saúde geral (SG), vitalidade (VT), função social (FS), desempenho emocional (DE) e saúde mental (SM). Estas dimensões originaram dois grandes grupos, a Medida de Saúde Física (MSF) e a Medida de Saúde Mental (MSM).

A soma das pontuações atribuídas permite medir assim as 8 dimensões em saúde, todas elas através de várias questões e numa escala de 0 a 100, com os extremos a corresponderem, respetivamente, à pior e à melhor QdV dos indivíduos (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

Posto isto, procedeu-se ao somatório das respostas do questionário SF-36v2 e dos respetivos domínios, tendo-se obtido valores mínimos e máximo, média e desvio padrão em cada, representados na tabela 14.

Tabela 14: Valores Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão dos domínios do SF-36v2

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
FF	0	100	35.03	28.61
DF	0	100	73.08	29.74
DC	0	100	31.88	27.80
SG	20	97	55.03	13.35
VT	15	100	59.18	16.80
FS	0	87.50	48.38	7.80
DE	0	100	79.79	26.03
SM	16	88	53.94	10.21

Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; VT – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental.

## Análise Fatorial do SF36 v2

### *Alfa de Cronbach*

Na tabela 15, estão demonstrados os valores do coeficiente do *Alfa de Cronbach* para a consistência interna do somatório das respostas do questionário SF36 v2 e para os seus domínios, verificando-se assim, a consistência interna dos itens, onde se obteve um valor de *Alfa de Cronbach* de 0.816 indicando uma consistência interna boa, segundo Pestana & Gagueiro, (2014).

No que diz respeito aos domínios estes apresentaram os seguintes valores para o *Alfa de Cronbach*: 0.938 no domínio de Função Física (FF), 0.962 no domínio Desempenho Físico (DF), 0.860 no domínio Dor Corporal (DC), 0.703 no domínio Saúde Geral (SG), 0.649 no domínio Vitalidade (VT), 0.865 no domínio Função Social (FS), 0.973 no domínio Desempenho Emocional (DE) e por fim, 0.754 no domínio Saúde Mental (SM).

Tabela 15: Valores da consistência interna (*Alfa de Cronbach*) das dimensões do SF36 v2

Domínios	<i>Alfa de Cronbach</i>
FF	0.938
DF	0.962
DC	0.860
SG	0.703
VT	0.649
FS	0.865
DE	0.973
SM	0.754

Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico, DC – Dor Corporal, SG – Saúde Geral, VT – Vitalidade, FS – Função Social, DE – Desempenho Emocional, SM – Saúde Mental.

### Correlação entre os diferentes subdomínios do SF-36v2

Para se avaliar a correlação dos diferentes domínios do questionário de QdV, procedeu-se primeiramente à realização da normalidade, onde se obteve  $p < .001$ , assim não se verifica a normalidade, procedendo-se à correlação de *Spearman*, como se pode verificar nos valores descritos na tabela 16, todos os valores são inferiores a 0.85, significa assim, que não há redundância.

Tabela 16: Correlação de *Spearman* dos respetivos domínios do questionário SF36v2

	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
FF	1	-0.546	0.446	0.476	0.286	-0.114	-0.190	-0.12
		<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>0.022</b>	<b>&lt;.001</b>	0.817
DF		1	-0.466	-0.315	-0.203	0.120	0.270	0.013
			<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>0.016</b>	<b>&lt;.001</b>	0.788
DC			1	0.389	0.059	-0.058	-0.200	-0.076
				<b>&lt;.001</b>	0.236	0.246	<b>&lt;.001</b>	0.131
SG				1	0.247	0.062	-0.193	0.020
					<b>&lt;.001</b>	0.214	<b>0.004</b>	0.685
VT					1	0.040	-0.145	0.081
						0.427	<b>0.004</b>	0.107
FS						1	0.037	-0.037
							0.463	0.459
DE							1	0.267
								<b>&lt;.001</b>
SM								1

Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico, DC – Dor Corporal, SG – Saúde Geral, VT – Vitalidade, FS – Função Social, DE – Desempenho Emocional, SM – Saúde Mental. As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

Comparou-se, ainda, os valores do presente estudo ( com o estudo de Carmo, (2011) e Ferreira, (2003), disponíveis na tabela 17 .

Tabela 17: Médias e Desvio Padrão das dimensões do SF36 v2 do presente estudo, do estudo de Ferreira & Santana (2003) e Carmo (2011)

Dimensões	Presente Estudo	Ferreira & Santana (2003)	Carmo (2011)
FF	35.03 (±28.60)	75.27 (±26.74)	65.04 (±29.77)
DF	73.08 (±29.74)	71.21 (±25.78)	66.73 (±30.65)
DC	31.88 (±27.79)	63.34 (±24.90)	65.10 (±34.01)
SG	55.03 (±13.35)	55.83 (±18.80)	45.17 (±18.57)
VT	59.18 (±16.80)	58.43 (±25.61)	46.35 (±25.76)
FS	48.38 (±7.80)	74.95 (±22.80)	63.33 (±25.55)
DE	79.79 (±26.03)	73.56 (±24.59)	67.70 (±30.82)
SM	53.94 (±10.21)	64.04 (±22.84)	53.45 (±27.39)

*Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; VT – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental.*

## 2.5 Validação das Hipóteses de Investigação

Objetivo 1 – Estudar e avaliar a relação entre a população com Perda Auditiva e a população Portuguesa em geral a nível de Literacia em Saúde e Qualidade de Vida

**H1: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do HLS-EU-Q16, entre os indivíduos em Processo de RA e a População Portuguesa.**

Na tabela 18, verificamos os valores das médias e desvio padrão da amostra do presente estudo e dos valores de referência da população portuguesa do estudo de Pedro, Amaral & Escoval (2016).

Assim, através do teste t de student para uma amostra, verificamos que existem evidências estatisticamente significativas nos domínios Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, o mesmo não se verifica no índice G-HL16 e no domínio Cuidados de Saúde.

Tabela 18: Análise dos valores Amostrais e de Referência de Pedro, Amaral & Escoval (2016)

	Média Amostrai	Desvio Padrão Amostrai	Média de Referência	Desvio Padrão de Referência	<b>p</b>
Índice G-HL16	31,9	4,9	31,5	7	0.051
Cuidados de Saúde	31,44	6,54	32	7,2	0.090
Prevenção da Doença	29,94	6,23	31,8	7,7	<b>&lt;.001</b>
Promoção da Saúde	32,53	6,72	31	8	<b>&lt;.001</b>

Nota: Na tabela acima verifica-se a Média (M) e o Desvio Padrão (DP) amostral e de referência | As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

## H2: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do SF-36v2, entre os indivíduos em Processo de RA e a População Portuguesa.

Na tabela 19 estão representados a média e o desvio padrão dos valores da amostra e de referência, assim como, os resultados do teste t de student para uma amostra, como forma de comparação dos valores das dimensões do SF36 v2 da amostra do presente estudo e da amostra do estudo de Ferreira & Santana (2003) que estabeleceu os valores de referência.

Tabela 19: Média, Desvio Padrão dos valores amostrais e de referência e valores de prova associados ao teste *t de Student*

Dimensões	Média Amostrai	Desvio Padrão Amostrai	Média de Referência	Desvio Padrão de Referência	<i>p</i>
FF	35.03	28.60	75.27	26.74	<b>&lt;.001</b>
DF	73.08	29.74	71.21	25.78	0.105
DC	31.88	27.79	63.34	24.90	<b>&lt;.001</b>
SG	55.03	13.35	55.83	18.80	0.116
VT	59.18	16.80	58.43	25.61	<b>&lt;.001</b>
FS	48.38	7.80	74.95	22.80	<b>&lt;.001</b>
DE	79.79	26.03	73.56	24.59	<b>&lt;.001</b>
SM	53.94	10.21	64.04	22.84	<b>&lt;.001</b>

Nota: FF – Função Física; DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; VT – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental| As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

Foram encontradas evidências estatisticamente significativas nas dimensões FF, DC, VT, FS, DE e SM.

Verificou-se evidências de menor QdV em todas as dimensões e melhor QdV na dimensão DE.

## Objetivo 2 – Avaliar correlação entre a Qualidade de Vida e a Literacia em Saúde dos indivíduos com Perda Auditiva em processo de Reabilitação Auditiva

### **H3: Existe correlação entre o G-HL16 de LS e a QdV de indivíduos com PA em processo de RA**

Não podemos assumir a normalidade das variáveis em estudo ( $p < .001$ ), assim recorreu-se à correlação de *Spearman*.

Verificou-se uma correlação significativamente negativa entre o G-HL16 e a MSF ( $\rho = -.290$  e  $p < .001$ ). Por outro lado, verifica-se uma correlação significativamente positiva entre o G-HL16 e a MSM ( $\rho = .246$  e  $p < .001$ ) sugerindo que níveis mais elevados de literacia em saúde se associam a melhores resultados na Medida Sumário Mental.

## Objetivo 3 – Estudar as determinantes da Literacia em Saúde e da Qualidade de Vida de uma amostra com Perda Auditiva em processo de Reabilitação Auditiva

### **H4: Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA do sexo feminino e masculino**

- **Literacia em Saúde**

Verificamos a normalidade (teorema do limite central) e a homogeneidade das variâncias. As variâncias populacionais estimadas a partir das 2 amostras são homogêneas ( $p = 0.477$ ).

Não encontramos diferenças significativas nas médias nos níveis de LS consoante o sexo dos indivíduos ( $p = 0.556$ ).

- **Qualidade de Vida**

Verificou-se a normalidade das variáveis (teorema do limite central) e a homogeneidade das variâncias, tendo-se verificado que apenas nas dimensões FS e DE não há homogeneidade das variâncias.

A tabela 20 apresenta os valores de prova associados a cada uma das dimensões do teste *t de student*, onde se verificam evidências estatisticamente significativas nas dimensões DC, SG e DE.

No domínio DC verifica-se uma média de QdV superior no sexo feminino (35,22) comparativamente ao sexo masculino (28,60), o mesmo se verifica no domínio SG com uma média superior no sexo feminino (56,30) em relação ao sexo masculino (53,78). Já no domínio DE o sexo masculino apresenta uma média superior relativamente ao feminino (84,16 e 75,34 respetivamente).

Tabela 20: Valores de prova associados ao teste t de student face ao sexo dos indivíduos

Dimensão	<i>p</i>
FF	0.493
DF	0.156
DC	<b>0.009</b>
SG	<b>0.029</b>
VT	0.457
FS	0.093
DE	<b>&lt;.001</b>
SM	0.063

Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico, DC – Dor Corporal, SG – Saúde Geral, VT – Vitalidade, FS – Função Social, DE – Desempenho Emocional, SM – Saúde Mental. As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

## H5: Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante a faixa etária

- Literacia em Saúde

Obtivemos normalidade no 1º grupo ( $p=0.079$ ), não se verificando nos restantes grupos ( $p<.001$ ), como Anova é robusta ao pressuposto da violação da normalidade (Maroco, 2007) passa-se a verificar a homogeneidade das variâncias.

Através do teste de Levene verificou-se que existe homogeneidade das variâncias ( $p=0.009$ ), assim realizou-se o teste ANOVA, onde se verificou evidências estatisticamente significativas entre os indivíduos com PA em processo de RA e a faixa etária ( $p<.001$ ).

- **Qualidade de Vida**

Verificou-se a normalidade das variáveis (teorema do limite central) e a homogeneidade das variâncias dos domínios, apenas se verificou homogeneidade nos domínios VT ( $p=0.744$ ), FS ( $p=0.143$ ), DE ( $p=0.274$ ) e SM ( $p=0.597$ ).

Verificam-se evidências estatisticamente significativas nos domínios FF, DF, DC, SG e DE. Os valores de prova dos testes ANOVA e Kruskal-Wallis estão descritos na tabela 21.

Tabela 21: Valores de prova associados ao teste ANOVA e Kruskal-Wallis face á faixa etária dos indivíduos

Dimensão	<b>p</b>
FF	<b>&lt;.001</b>
DF	<b>&lt;.001</b>
DC	<b>&lt;.001</b>
SG	<b>&lt;.001</b>
VT	0.139
FS	0.109
DE	<b>0.002</b>
SM	0.597

Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico, DC – Dor Corporal, SG – Saúde Geral, VT – Vitalidade, FS – Função Social, DE – Desempenho Emocional, SM – Saúde Mental| As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

## H6: Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante o nível de escolaridade

- **Literacia em Saúde**

Verifica-se normalidade (teorema do limite central) em todos os grupos. Seguidamente verificou-se a homogeneidade das variâncias com  $p<.001$ , logo não são homogéneas.

Assim, através do teste Kruskal-Wallis verificaram-se evidências estatisticamente significativas entre os indivíduos com PA em processo de RA e o nível de escolaridade ( $p<.001$ ).

- **Qualidade de Vida**

Verificou-se a normalidade das variáveis (teorema do limite central), e a homogeneidade das variâncias, não sendo homogéneas nos domínios FF, SG e VT, tendo-se realizado o teste Kruskal-Wallis para estes domínios e ANOVA para os restantes.

Verificam-se evidências estatisticamente significativas nos domínios FF, DF, DC, SG e VT como descritos na tabela 22.

Tabela 22: Valores de prova associados ao teste ANOVA e Kruskal-Wallis face ao nível de escolaridade dos indivíduos

Dimensões	<i>p</i>
FF	<b>&lt;.001</b>
DF	<b>0.005</b>
DC	<b>0.004</b>
SG	<b>&lt;.001</b>
VT	<b>0.004</b>
FS	0.540
DE	0.106
SM	0.820

*Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; VT – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental* | As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

## **H7: Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante a lateralidade da PA**

- **Literacia em Saúde**

A normalidade foi verificada através do teorema do limite central, seguidamente verificou-se a homogeneidade das variâncias ( $p=0,700$ ).

Verificam-se evidências estatisticamente significativas de que existem diferenças nos níveis de literacia em saúde entre indivíduos com PA unilateral e bilateral ( $p=0,045$ ).

Os indivíduos com PA unilateral apresentam média de índices de LS superiores comparativamente aos indivíduos com PA bilateral ( $31,74 (\pm 4,68)$  e  $33,81 (\pm 6,00)$  respetivamente).

- **Qualidade de Vida**

Verificou-se a normalidade das variáveis (teorema do limite central), relativamente á homogeneidade das variâncias todas as dimensões são homogéneas à exceção de SG ( $p=0.010$ ).

Os valores de prova associados ao teste t de student encontram-se na tabela 23, onde se verificam evidências estatisticamente significativas nas dimensões FF e DC.

Os indivíduos com PA bilateral apresentam melhor FF com uma média de 36,09 ( $\pm 28,64$ ), (unilateral 22,00 ( $\pm 25,11$ )), assim como são os que apresentam uma média maior de DC 36,60 ( $\pm 25,34$ ) (unilateral 23,07 ( $\pm 25,34$ )).

Tabela 23: Valores de prova associados ao teste t de student face à lateralidade da PA dos indivíduos

Dimensões	<b>p</b>
FF	<b>.005</b>
DF	.069
DC	<b>.035</b>
SG	.141
VT	.476
FS	.282
DE	.319
SM	.399

*Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; VT – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental* As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

### **H8: Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA face ao número de AP usados**

- **Literacia em Saúde**

Verificou-se a normalidade das variáveis (teorema do limite central) e verificou-se ainda, a homogeneidade das variâncias ( $p=0,284$ ).

Através do teste t de student verificam-se evidências estatísticas significativas de que existam diferenças nas médias do índice geral de LS consoante o número de AP usados ( $p=0,014$ ).

Os indivíduos que usam um AP apresentam uma média de LS superior com 32,99 ( $\pm 4,31$ ), comparativamente com os que usam dois AP 31,64 ( $\pm 4,90$ ).

- **Qualidade de Vida**

Verificou-se a normalidade (teorema do limite central) e a homogeneidade de variâncias em todas as dimensões.

Através do teste t de student não se verifica evidências significativas em nenhuma das dimensões, valores podem ser consultados na tabela 24.

Tabela 24: Valores de prova associados ao teste t de student para o número de AP usados pelos indivíduos

Dimensões	<b>p</b>
FF	.226
DF	.605
DC	.339
SG	.512
VT	.316
FS	.819
DE	.893
SM	.760

*Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; VT – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental* | As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

## **H9: Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante o tempo de RA**

- **Literacia em Saúde**

Não se verificou normalidade, mas verificou-se a homogeneidade das variâncias. Uma vez que, a análise de variâncias é robusta à violação do pressuposto da normalidade, decidimos prosseguir para o teste ANOVA (Maroco, 2007).

Não existem evidências estatísticas significativas face ao índice de LS dos indivíduos e o tempo de RA ( $p=0,085$ ).

- **Qualidade de Vida**

Não se verificou a normalidade das variáveis, mas verificou-se a homogeneidade das variâncias dos domínios á exceção de DF, DC, SG e DE.

Os valores estão descritos na tabela 25, não se verificando evidências significativas.

Tabela 25: Valores de prova do teste ANOVA e Kruskal-Wallis face ao tempo de RA dos indivíduos

Dimensões	<b>p</b>
FF	.085
DF	.383
DC	.200
SG	.448
VT	.657
FS	.584
DE	.860
SM	.135

*Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; VT – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental* | As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

## **H10: Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante o tipo e grau de PA**

- **Literacia em Saúde**

### - Tipo de PA

Não se verifica normalidade das variáveis, mas verifica-se homogeneidade das variâncias. Uma vez que, o método é robusto a violações da normalidade com uma referência adequada prosseguiu-se para o teste ANOVA (Maroco, 2007).

Não se verificam evidências significativas face ao índice de LS e ao tipo de PA ( $p=0,421$ ).

### - Grau de PA

Não se verifica normalidade das variáveis nem a homogeneidade das variâncias, assim, prosseguiu-se para o teste Kruskal-Wallis.

Verificou-se que existem evidências estatísticas significativas que o grau de PA tem interferência nos níveis de LS ( $p=0,004$ ).

- **Qualidade de Vida**

- Tipo de PA

Não se verifica normalidade das variáveis, após se verificar a homogeneidade das variâncias, verificou-se que os domínios FF, SG e FS não verificam a homogeneidade. Por isto, prossegue-se com o teste ANOVA em todos os domínios à exceção destes três que se prossegue com o *Kruskal-Wallis*.

Não se verificam evidências significativas em nenhum dos domínios, valores podem ser consultados na tabela 26.

Tabela 26: Valores de prova dos testes ANOVA e Kruskal-Wallis face ao tipo de PA dos indivíduos

Dimensões	<b>p</b>
FF	.350
DF	.400
DC	.332
SG	.528
VT	.218
FS	.974
DE	.103
SM	.135

Nota: FF – Função Física; DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; VT – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental| As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

## - Grau de PA

Não se verifica normalidade das variáveis, após se verificar a homogeneidade das variâncias, verificou-se que os domínios FS e DE não verificam a homogeneidade. Por isto, prossegue-se com o teste ANOVA em todos os domínios à exceção destes três que se prossegue com o Kruskal-Wallis.

Verifica-se evidências significativas apenas no domínio FF, valores podem ser consultados na tabela 27.

Tabela 27: Valores de prova dos testes ANOVA e Kruskal-Wallis face ao grau de PA dos indivíduos

Dimensões	<i>p</i>
FF	<b>.025</b>
DF	.103
DC	.352
SG	.109
VT	.869
FS	.847
DE	.878
SM	.364

*Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico, DC – Dor Corporal, SG – Saúde Geral, VT – Vitalidade, FS – Função Social, DE – Desempenho Emocional, SM – Saúde Mental* | As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

## H11: Existem diferenças entre os indivíduos com PA em processo de RA consoante o número de anos de PA

- **Literacia em Saúde**

Não se verifica normalidade das variáveis nem homogeneidade das variâncias, assim, prosseguiu-se para o teste Kruskal-Wallis.

Não existem evidências estatísticas significativas que o número de anos de PA tem interferência nos níveis de LS ( $p=0,609$ ).

- **Qualidade de Vida**

Não se verifica normalidade das variáveis, após se verificar a homogeneidade das variâncias, verificou-se que o domínio DC não verifica a homogeneidade. Por isto, prossegue-se com o teste ANOVA em todos os domínios à exceção deste que se prossegue com o Kruskal-Wallis.

Verifica-se evidências significativas apenas nos domínios FF e SG, valores podem ser consultados na tabela 28.

Tabela 28: Valores de prova dos testes ANOVA e Kruskal-Wallis face ao tempo de PA dos indivíduos

Dimensões	<b>p</b>
FF	<b>.003</b>
DF	.300
DC	.169
SG	<b>.002</b>
VT	.101
FS	.811
DE	.137
SM	.545

*Nota: FF – Função Física, DF – Desempenho Físico, DC – Dor Corporal, SG – Saúde Geral, VT – Vitalidade, FS – Função Social, DE – Desempenho Emocional, SM – Saúde Mental* | As evidências estatisticamente significativas encontram-se a negrito.

### 3 Discussão

Face ao objetivo do presente estudo, verificamos que os indivíduos com PA em processo de RA apresentam um índice de G-HL16 superior ao da população portuguesa, no entanto não é estatisticamente significativo ( $p=0,051$ ). Relativamente à QdV dos indivíduos com PA em processo de RA comparativamente com a população portuguesa verificam-se evidências estatísticas nos domínios FF, DC, VT, FS, DE e SM, assim, de forma geral a QdV dos indivíduos do presente estudo é inferior à da população portuguesa, o domínio com maior QdV é o DE.

No presente estudo verificou-se um maior número de indivíduos do sexo masculino, sendo que, 202 dos indivíduos são homens (50,5%) e 198 são mulheres (49,5%). Ao observarmos os resultados do Instituto Nacional de Estatística publicados em 2023 referentes ao ano 2021 verificamos 52,3% da população residente em Portugal é do sexo feminino (5.453.855) e 47,7% pertence ao sexo masculino (4.967.262) (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

Isto pode verificar-se, tendo em conta que, na literatura é descrito que a PA é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino devido a uma maior exposição ao ruído nas atividades profissionais (Reed et al., 2023), sendo congruente com muitas das justificações dadas pelos inquiridos aquando da participação no estudo.

A faixa etária mais prevalente do presente estudo é dos 65 aos 74 anos com 117 indivíduos e logo de seguida é dos 75 aos 84 anos com 113 indivíduos, como descrito no estudo de Reed et al., (2023), a PA está muito presente na população mais idosa, principalmente a partir dos 65 anos (Reed et al., 2023).

No presente estudo, a maioria dos indivíduos centra-se no ensino primário (primeiro ciclo) com 47,3%, já no ensino básico, o segundo mais incidente conta com 26,3% da população da presente investigação. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) e de acordo com os dados dos Censos 2021, 19,8% da população tinha o ensino superior, 24,7% ensino secundário ou pós-secundário, 26,2% ensino básico (10,7% com o 2.º ciclo e 15,5% com o 3.º ciclo), 21,4% primeiro ciclo e 13,7% sem qualquer nível de escolaridade completo.

Para estudar o nível de LS foi utilizado o questionário HLS-EU-Q16 onde se obteve uma consistência interna, segundo Pestana & Gagueiro, (2014), boa, ainda que um pouco inferior à da população portuguesa do estudo de Pedro, Amaral & Escoval, (2016), (0,894). No que diz respeito à consistência interna das dimensões, no presente estudo foram um pouco inferiores comparativamente às do estudo de Pedro, Amaral & Escoval, 2016, principalmente na dimensão promoção da saúde. Foi ainda realizada

a correlação *Spearman* para avaliar a correlação das diferentes dimensões, onde se obteve resultados inferiores a 0.85 verificando-se assim a não existência de redundância.

No que diz respeito ao objetivo 1 e hipótese 1, verifica-se no presente estudo, um resultado superior, ainda que sem evidências significativas, do G-HL16, comparativamente ao da população portuguesa, 31,9 ( $\pm 4,9$ ) e 31,5 ( $\pm 7$ ) respetivamente. Comparando as dimensões verifica-se também que os valores apresentam pouca diferença, 31,44 ( $\pm 6,54$ ); 29,94 ( $\pm 6,23$ ); 32 ( $\pm 6,72$ ) no presente estudo e 32 ( $\pm 7,2$ ); 31,8 ( $\pm 7,7$ ); 31 ( $\pm 8$ ) no estudo de Pedro, Amaral & Escoval, 2016.

Estes valores quando comparados ao estudo de Oliveira, 2023 representando a população com PA são de veras inferiores ao da nossa população, o G-HL16 é de 26,67 ( $\pm 26,90$ ) no estudo de Oliveira, 2023 e das dimensões são 27,65 ( $\pm 28,13$ ); 27,89 ( $\pm 28,13$ ); 24,60 ( $\pm 25,56$ ) respetivamente das dimensões. Esta diferença pode justificar o facto da população com PA e sem qualquer tipo de RA não tenha a LS suficiente para procurar ajuda. Podemos também verificar que a população do presente estudo, visto ser uma população acompanhada regularmente por um profissional de saúde (audiologista) pode ter assim, uma interferência positiva na LS dos indivíduos.

Para responder à hipótese 2 no objetivo 1, realizou-se o teste t de student para uma amostra e verificou-se que existem evidências significativas nos domínios FF; DC; VT; FS; DE e SM. No estudo de Carmo, (2011) o autor verificou que indivíduos com PA apresentam níveis inferiores de QdV nos domínios FF, DF, DE, SG, SM, VT. Os autores Marques, Kozlowski & Marques, (2004); Teixeira et al., (2008); Rocha & Martelini, (2020) verificaram que indivíduos com PA em processo de RA apresentam melhores níveis de QdV, comparando com indivíduos com PA sem RA. Os últimos autores verificaram ainda que, após 3 meses de uso de AP os níveis de QdV melhoraram significativamente.

Relativamente ao objetivo 2 e à hipótese 3, procedeu-se à realização da correlação de *Spearman*, onde se verificaram evidências estatisticamente significativas quer na MSF e MSM. Verificou-se ainda, uma correlação positiva relativamente ao índice de LS e ao MSM, ou seja, com o aumento de um o outro aumenta proporcionalmente. No que diz respeito á LS e QdV de indivíduos com PA e em processo de RA a literatura é escassa, não havendo assim uma forma de comparação para com o presente estudo.

Relativamente à hipótese 4 do objetivo 3 como forma de verificar se o sexo dos indivíduo teria algum tipo de influência face à LS da população do presente estudo prosseguiu-se á realização do teste t de student para amostras independentes. Não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas no G-HL16 de acordo com o sexo. No entanto, os resultados dos estudos de Tolisano et al., (2020) e Wells et al., (2020), indicam que as mulheres apresentam melhores níveis de LS do que os homens, o mesmo se verifica no presente estudo, com um G-HL16 de 31,75 ( $\pm 4,48$ ) nos indivíduos do

sexo masculino e 32,04 ( $\pm 5,14$ ) nos indivíduos do sexo feminino, superior no sexo feminino ainda que não significativo. Assim esta hipótese não é corroborada.

Seguidamente, ainda para a hipótese 4, verificou-se se o sexo apresenta diferenças relativamente à QdV dos indivíduos em estudo através. No presente estudo verificaram-se evidências estatisticamente significativas nos domínios DC e DE. No estudo de Carmo, (2011), o autor encontrou evidências significativas em 4 domínios. No estudo de Silva & Pimenta, (2023), os autores verificaram que os indivíduos do sexo masculino apresentavam melhor QdV comparativamente com os do sexo feminino. Assim a hipótese é parcialmente corroborada.

Para a hipótese 5 relativamente à LS, foi realizado o teste ANOVA, onde foram verificadas evidências significativas. Assim como nos estudos de Pedro, Amaral & Escoval, (2016); Tolisano et al., (2020); Oliveira, (2023), onde os autores verificaram que um aumento da idade está diretamente relacionado com níveis de G-HL16 inferiores.

No que diz respeito interferência da QdV na faixa etária, para a hipótese 5, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões FF, DF, DC, SG e DE, verificando-se assim, que a faixa etária teria interferência nos níveis de QdV da população em estudo. O mesmo se verifica no estudo de Carmo, (2011) onde o autor verificou que a idade interferia nos níveis de QdV dos indivíduos, ainda que não em todos os mesmos domínios como no presente estudo. No estudo de Silva & Pimenta, (2023) os autores verificaram que o aumento da idade significa uma diminuição dos níveis de QdV dos indivíduos.

Para responder à hipótese 6, relativamente aos níveis de LS dos indivíduos com PA em processo de RA e a sua escolaridade, realizou-se o teste Kruskal-Wallis onde se verificaram evidências estatisticamente significativas. Este propósito também se verifica na literatura, quer no estudo de Oliveira, (2023), quer no estudo de Pedro, Amaral & Escoval, (2016), onde os autores verificam um aumento proporcional entre o nível de escolaridade e o G-HL16.

Para a hipótese 6 relativamente à QdV, verificou-se no presente estudo evidências estatisticamente significativas nos domínios FF, DF, DC, SG e VT. O autor Carmo, (2011) também verificou correlação entre o nível de escolaridade dos indivíduos e a sua QdV. No estudo de Silva & Pimenta, (2023), os autores verificaram que maiores níveis de escolaridade estão relacionados a uma melhor QdV.

No que diz respeito à hipótese 7, quanto à lateralidade da PA e a LS, foram verificadas evidências significativas através do teste t de student para amostras independentes. Verificou-se ainda, que indivíduos com PA bilateral apresentam uma média de G-HL16 superiores ( $33,81 \pm 6$ ) relativamente aos que apresentam PA unilateral ( $31,74 \pm 4,68$ ). Não existe literatura disponível relativamente a esta hipótese.

Para a hipótese 7, relativamente à QdV e à lateralidade da PA verificou-se evidências significativas nos domínios FF e DC. Não existe literatura disponível relativamente a esta hipótese.

Relativamente ao número de AP usados e à hipótese 8, verificou-se através do teste t de student que existem evidências significativas face ao número de AP usados e ao G-HL16. Verificou-se ainda, que, indivíduos usuários de um AP apresentam uma média de G-HL16 superior relativamente aos que usam dois AP (32,99 ( $\pm 4,31$ ) e 31,64 ( $\pm 4,90$ ) respetivamente). Não existe literatura disponível relativamente a esta hipótese.

Relativamente à hipótese 8 e à QdV não foram encontradas evidências significativas de que o número de AP tenha algum tipo de influência na QdV dos indivíduos. Não existe literatura disponível relativamente a esta hipótese.

Para a hipótese 9 e no que diz respeito ao tempo de RA e ao G-HL16, através do presente estudo não foram encontradas evidências estatisticamente significativas. No que diz respeito ao tempo de RA, não há literatura disponível para apoiar a hipótese, no entanto, os autores Wells et al., (2020) verificaram que indivíduos com PA em processo de RA apresentavam melhores níveis de LS face aos indivíduos com PA e sem qualquer tipo de RA, nomeadamente RA com aparelhos auditivos, e destacam ainda que o uso dos AP parece reduzir o risco de baixa LS, o mesmo se verificou no estudo de Oliveira, (2023), onde a autora corroborou também que o índice de LS da população do seu estudo em processo de RA apresentava níveis de LS superiores aos dos indivíduos com PA sem RA.

O mesmo se verifica ao comparar o G-HL16 do presente estudo com o de Oliveira, (2023), sendo que, como já referido acima, os indivíduos do presente estudo apresentam índices de LS superiores aos da autora.

Relativamente à hipótese 9 e ao tempo de RA face à QdV, não tendo sido encontradas evidências estatisticamente significativas em nenhum domínio. No estudo de Rocha & Martelini (2020), os autores verificaram que os níveis de QdV da sua população aumentaram após 3 meses do início de processo de RA dos indivíduos.

Relativamente ao tipo e grau de PA e à hipótese 10, no que diz respeito ao tipo de PA não foram encontradas evidências significativas da relação entre o tipo de PA e o G-HL16. Já relativamente ao grau de PA foram encontradas evidências estatísticas de que o grau de PA influencia o G-HL16 dos indivíduos do presente estudo. Não existe literatura disponível relativamente a esta hipótese.

De forma a verificar a hipótese 10, no que diz respeito ao tipo e grau de PA dos indivíduos e à influência na sua QdV, no que diz respeito ao tipo de PA não foram encontradas evidências estatisticamente significativas em nenhum dos domínios. Já relativamente ao grau de PA apenas foram

encontradas evidências estatisticamente significativas apenas no domínio FF. No estudo de Lacerda et al., (2019), os autores verificaram que o aumento de grau de PA está associado a índices de QdV inferiores. Relativamente ao tipo de PA não foi encontrada literatura.

No que diz respeito ao número de anos de PA, e para a hipótese 11, não encontramos evidências estatisticamente significativas para afirmar que o tempo de PA dos indivíduos tinha influência G-HL16. No estudo de Oliveira, (2023) a autora verificou, também, que a antiguidade do diagnóstico de PA não parece influenciar os níveis de LS.

Para a hipótese 11 e para verificar se o número de anos de PA tem algum tipo de interferência nos níveis de QdV da população do presente estudo, foram encontradas evidências significativas nas dimensões FF e SG. Relativamente a esta hipótese não foi encontrada literatura disponível.

## 4 Conclusão

A PA, a falta de tratamento ou reabilitação da mesma pode ter um impacto muito negativo no que diz respeito à QdV da pessoa e da sua família. A audição torna-se fulcral no que diz respeito à LS sendo a comunicação a base da mesma, assim ouvir é fundamental para minimizar as desigualdades em saúde. Através da escassez de estudos a relacionar a QdV e a LS separadamente com a PA, surge a importância de relacionar a QdV e a LS em indivíduos com PA e em processo de RA. A RA nomeadamente com o uso de AP é alvo de inúmeras campanhas publicitárias falsas que levam a piorar a audição das pessoas, pelo que a LS torna-se ainda mais relevante para que o indivíduo tenha discernimento para a melhor tomada de decisão.

A avaliação da relação entre a QdV e a LS em indivíduos com PA e em processo de RA, foi realizada através dos questionários: HLS-EU-Q16, SF36v2 e um questionário de caracterização sociodemográfica e clínico, onde de forma resumida, se retiraram as seguintes conclusões:

- Indivíduos em processo de RA revelam níveis de LS superiores, ainda que não significativos, aos da população em geral;
- Indivíduos em processo de RA revelam níveis de LS superiores relativamente aos de indivíduos com PA sem RA;
- Um índice de LS mais baixo está relacionado a uma população com idade mais avançada;
- Maiores níveis de escolaridade estão diretamente proporcionais a maiores níveis de LS;
- Os indivíduos do presente estudo revelaram piores perceções de QdV nas dimensões FF, DC, FS e SM;
- Piores níveis de QdV estão associados a uma população com idade mais avançada;
- O grau de PA influencia a QdV dos indivíduos;
- Indivíduos com maior índice de LS apresentam níveis de QdV Mental superiores.

As conclusões mais importantes a ressaltar no presente estudo dizem respeito ao facto de indivíduos com PA há mais anos revelam níveis de LS inferiores e, indivíduos em processo de RA apresentam níveis de LS mais elevados. É importante, também, destacar que no presente estudo, os indivíduos em processo de RA há mais anos demonstram, níveis de QdV mais elevados.

Verificou-se ainda, de forma preocupante, que a maioria dos indivíduos do presente estudo apresentam perda auditiva detetada há mais de 10 anos e, iniciaram o seu processo de reabilitação há menos de um ano ou de um a 3 anos

Assim, torna-se de extrema importância adotar mais métodos de promoção de ações de sensibilização à população em geral, não só sobre os cuidados e a saúde auditiva, mas também, sobre a

importância da reabilitação auditiva, de forma a evitar uma regressão auditiva e conseqüentemente cognitiva mais acentuada.

Atualmente a reabilitação auditiva é um mercado muito explorado e em diversas vezes de forma errada prejudicando o indivíduo, assim é também de extrema importância o desenvolvimento de políticas de saúde que promovam e demonstrem o melhor aconselhamento relativamente à RA para que os indivíduos possam tomar decisões de forma consciente e atempadamente.

Face a estes resultados e à necessidade de investir mais na LS seria ainda, importante implementar a saúde auditiva nos cuidados de saúde primários, com um Audiologista, para que este possa não só rastrear a audição em indivíduos de todas as idades, mas também aconselhar e ajudar a população com perda auditiva, que por esta condição se torna mais vulnerável, em encontrar a solução mais indicada a cada situação clínica.

De forma geral conclui-se que o papel da LS e dos profissionais de saúde na área auditiva é fundamental, para que os indivíduos consigam identificar a PA o mais precoce possível e possam iniciar o processo de RA o mais célere possível mitigando os danos da perda auditiva e por consequência proporcionando mais ganhos em saúde.

### **Limites do estudo**

As limitações do presente estudo passam muito pela diversidade populacional, uma vez que, a maioria dos indivíduos com PA em Portugal têm idades mais avançadas, não sendo possível verificar se com pessoas mais jovens os resultados seriam diferentes.

Outra limitação do presente estudo, centrou-se na zona de residência dos indivíduos, sendo a maioria da zona centro do país, havendo falta de diversidade geográfica.

A escassez de escalas no âmbito da Audiologia também representa uma limitação, seria importante uma escala no sentido da Reabilitação Auditiva que envolvesse a QdV dos indivíduos e a sua LS para que fosse possível fazer o acompanhamento do seu processo de Reabilitação.

Tornou-se também uma limitação a escassez de permissão para a realização do estudo, a maioria das empresas da área têm políticas de privacidade muito restritas para os seus clientes o que dificultou muito a realização do presente estudo.

### **Futuras Investigações**

Os estudos futuros deveriam centrar-se em maior diversidade no que diz respeito à idade dos indivíduos e à sua zona geográfica dos mesmos.

## Referências Bibliográficas

American Speech-Language-Hearing Association. (2015). *Configuration of hearing loss*. <https://www.asha.org/siteassets/ais/ais-type-degree-and-configuration-of-hearing-loss.pdf>

Arriaga, T. M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019–2021*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Barbosa, H. J. C., Aguiar, R. A., Bernardes, H. M. C., Azevedo Junior, R. R., Braga, D. B., & Szpilman, A. R. M. (2018). Perfil clínico epidemiológico de pacientes com perda auditiva. *Journal of Health & Biological Sciences*, 6(4), 424–430. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.1783.p424-430.2018>

Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. F. D., & Ávila, P. (1995). *Estudo nacional de literacia: Relatório preliminar*. Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

BIAP – Bureau International d’Audiophonologie. (1997). *Les recommandations*. BIAP.

BIAP – Bureau International d’Audiophonologie. (2003). *Les recommandations*. BIAP.

Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O’Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *BMJ*, 305(6846), 160–164.

Carmo, P. C. (2011). *A qualidade de vida no indivíduo com perda auditiva* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico do Porto.

Catalani, B., Sassi, T. S. D. S., Bucuvic, É. C., Lourençone, L. F. M., Alvarenga, K. D. F., & Brito Neto, R. V. D. (2021). Prótese auditiva ancorada ao osso percutânea: Benefícios auditivos. *Audiology – Communication Research*, 26, e2412. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2412>

Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S., Grill, J. P., Snyder, A., Bradley, K. A., Nugent, S. M., Baines, A. D., & Van Ryn, M. (2008). Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 561–566. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0520-5>

Chien, W., & Lin, F. R. (2012). Prevalence of hearing aid use among older adults in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 172(3), 292–293. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1408>

Coimbra, M. D. T. D. J. (2014). *Análise comparativa do desempenho de próteses auditivas com processamento de sinal multichannel versus channelfree, em perdas auditivas neurosensoriais* (Tese de doutoramento). [Instituição não especificada].

Costa, A., Saboga-Nunes, L., & Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Observações: Boletim Epidemiológico*, 17, 38–40. [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4111/1/Boletim\\_Epidemiologico\\_Observacoes\\_N17\\_2016\\_artigo9.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4111/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N17_2016_artigo9.pdf)

Cunha, M., Santos, E., Costa, A., Pereira, M., Varanda, R., & Loureiro, S. (2014). Oral health, literacy and quality of life in elderly people: A systematic literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 125–134.

Despacho Normativo n.º 6429/2017 do Ministério da Saúde. (2017). *Diário da República*, II série (n.º 142). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6429-2017-107744169>

Dumenci, L., Matsuyama, R. K., Kuhn, L., Perera, R. A., & Siminoff, L. A. (2013). On the validity of the shortened Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) scale as a measure of health literacy. *Communication Methods and Measures*, 7(2), 134–143. <https://doi.org/10.1080/19312458.2013.789839>

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferguson, M. A., Kitterick, P. T., Chong, L. Y., Edmondson-Jones, M., Barker, F., & Hoare, D. J. (2017). Hearing aids for mild to moderate hearing loss in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD012023. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012023.pub2>

Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I: Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1–2), 55–66.

Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II: Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13(3), 119–127.

Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Physical and mental summary measures of health state for the Portuguese population. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163–171.

Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Perceção do estado de saúde e da qualidade de vida da população ativa: Contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (2), 15–30. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.007>

Ferreira, P. L., Morais, C., Pimenta, R., Ribeiro, I., Amorim, I., Alves, S. M., & Santiago, L. (2024). Knowledge about type 2 diabetes: Its impact for future management. *Frontiers in Public Health*, 12, 1328001. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1328001>

Ferreira, P. L., Morais, C., Pimenta, R., Ribeiro, I., Amorim, I., & Alves, S. M. (2023). Empowerment and knowledge as determinants for quality of life: A contribution to better type 2 diabetes self-management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4544. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054544>

Gelfand, S. A. (2009). *Essentials of audiology* (4th ed.). Thieme.

Hay-McCutcheon, M. J., Brothers, E. B., & Allen, R. S. (2023). An assessment of hearing health care needs in rural west central and south Alabama. *American Journal of Audiology*, 32(3), 487–499. [https://doi.org/10.1044/2023\\_AJA-22-00177](https://doi.org/10.1044/2023_AJA-22-00177)

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas demográficas – 2021*. <https://www.ine.pt>

Isaac, M. L., & Manfredi, A. K. S. (2005). Diagnóstico precoce da surdez na infância. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 38(3–4), 235–244. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v38i3/4p235-244>

Jiqian, F., Chonghua, W., Yuantao, H., Mingli, S., Fengqiong, Z., & Fengbin, L. (2001). Research and application of health-related quality of life. *Statistics Forecasts*, 1, 26–28.

Kickbusch, I., Pelikan, M. J., Apfel, F., & Tsouros, D. A. (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

Lacerda, A. B. M. D., Bramati, L., Silveira, F., Macedo, R., Gonçalves, C., & Marques, J. (2019). Eventuais consequências sociais e emocionais, com implicações laborais, secundárias à perda auditiva induzida pelo ruído. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 8, 1–15.

Lee, E. H., Lee, Y. W., Chae, D., Lee, K. W., Hong, S., Kim, S. H., & Chung, J. O. (2021). Pathways linking health literacy to self-management in people with type 2 diabetes. *Healthcare*, 9(12), 1734. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121734>

Lopes, A. C., Munhoz, G. S., & Bozza, A. (2015). Audiometria tonal liminar e de altas frequências. In *Tratado de audiologia*. Guanabara Koogan.

Lupsakko, T. A., Kautiainen, H. J., & Sulkava, R. (2005). The non-use of hearing aids in people aged 75 years and over in the city of Kuopio in Finland. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 262(3), 165–169.

Mahmoudi, E., Basu, T., Langa, K., McKee, M. M., Zazove, P., Alexander, N., & Kamdar, N. (2019). Can hearing aids delay time to diagnosis of dementia, depression, or falls in older adults? *Journal of the American Geriatrics Society*, *67*(11), 2362–2369. <https://doi.org/10.1111/jgs.16109>

Manchaiah, V. K., & Stephens, D. (2013). Perspectives on defining hearing loss and its consequences. *Hearing, Balance and Communication*, *11*(1), 6–16.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com SPSS* (3.ª ed.). Edições Sílabo.

Marques, A. C. D. O., Kozłowski, L., & Marques, J. M. (2004). Reabilitação auditiva no idoso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, *70*, 806–811. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992004000600017>

Martins, A. C., & Andrade, I. M. (2014). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(3), 75–84.

Miguel, R. S., López-González, A. M., Sánchez-Iriso, E., Mar, J., & Cabases, J. M. (2008). Measuring health-related quality of life in drug clinical trials: Is it given due importance? *Pharmacy World & Science*, *30*, 154–160.

Moda, I., Mantello, E. B., Reis, A. C. M. B., Isaac, M. D. L., Oliveira, A. A., & Hyppolito, M. A. (2013). Avaliação da satisfação do usuário de aparelho de amplificação sonora. *Revista CEFAC*, *15*, 778–785. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013000400006>

Morais, C., Amorim, M. I., Viana, C. C., Cerqueira, M. M., & Calvinho, M. S. (2020). Saúde em cadeia: (Co)construção de percursos de literacia em saúde e qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe7), 88–96. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0252>

Murta, A. R. T. (2020). *Tecnologia e emoções: Antes e após reabilitação auditiva com aparelho auditivo (estudo preparatório)* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/10545>

N’Goran, A. A., Pasquier, J., Deruaz-Luyet, A., Burnand, B., Haller, D. M., Neuner-Jehle, S., Zeller, A., Streit, S., Herzig, L., & Bodenmann, P. (2018). Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: A cross-sectional study in Switzerland. *BMJ Open*, *8*(2), e018281.

Neto, J. F. R., & Ferreira, C. G. (2003). Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, *13*(1), 42–46.

Nunes, R., & Ferrão, J. (2018). As ajudas auditivas e a reabilitação auditiva. In *Audiologia, som e audição: Das bases à clínica* (pp. 278–282). Círculo Médico.

Oliveira, N. M. S. (2023). *Avaliação da literacia em saúde de indivíduos com perda auditiva* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico do Porto.

Pardal, A. (2000). Perspetivas na integração da pessoa surda. In *Nos meandros da saúde: Qualidade de vida da criança surda* (pp. 107–130). 1.ª ed. Coimbra.

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34*(3), 259–275.

Pedro, A. R., Raposo, B., Luís, L., Amaral, O., Escoval, A., & Simões Dias, S. (2023). Portuguese version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 questionnaire: Psychometric properties. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4), 2892. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>

Penteado, S. P. (2009). *Desenvolvimento de prótese auditiva retroauricular, digital e de especificações mínimas* (Tese de doutoramento). Universidade de São Paulo.

Person, O. C., Simonian, A. A., Gonçalves, I. M., Puga, M. E. S., & Atallah, Á. N. (2022). Intervenções para perda auditiva sensorineural: O que mostram as revisões sistemáticas Cochrane? *Diagnóstico e Tratamento, 27*(3), 108–113.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo.

Raminhos, M. F. L. (2019). *Qualidade de vida em indivíduos com perda auditiva: Revisão sistemática da literatura* (Tese de doutoramento). Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Reed, N. S., Garcia-Morales, E. E., Myers, C., Huang, A. R., Ehrlich, J. R., Killeen, O. J., Hoover-Fong, J. E., Lin, F. R., Arnold, M. L., Oh, E. S., Schrack, J. A., & Deal, J. A. (2023). Prevalence of hearing loss and hearing aid use among U.S. Medicare beneficiaries aged 71 years and older. *JAMA Network Open, 6*(7), e2326320. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.26320>

World Health Organization, Regional Office for Europe. (2013). *Health literacy: The solid facts*. WHO Regional Office for Europe.

Reisi, M., Javadzade, S. H., Heydarabadi, A. B., Mostafavi, F., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2014). The relationship between functional health literacy and health-promoting behaviors among older adults. *Journal of Education and Health Promotion, 3*, 119.

Rikard, R. V., Thompson, M. S., McKinney, J., & Beauchamp, A. (2016). Examining health literacy disparities in the United States: A third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health, 16*, 1–11.

Rocha, L. V., & Martinelli, M. C. (2020). Cognição e benefício obtido com o uso de próteses auditivas: Um estudo em idosos. *CoDAS*, *32*(2), e20180259. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018259>

Rôla, C. V. S., Costa, S. P., & Nicola, P. A. (2018). Instrumentos de avaliação da qualidade de vida de pessoas jovens e idosas: Um estudo de revisão sistemática. *ID on Line: Revista de Psicologia*, *12*(42), 111–120.

Silva, A. B., & Pimenta, R. (2023). Assessing the relationship between health literacy and quality of life in chronic kidney disease patients. *Journal of Health Literacy*, *8*(3), 22–33. <https://doi.org/10.22038/jhl.2023.71897.1411>

Sousa, C. A. M. P. D. (2020). *Avaliação do nível de literacia em saúde e a sua relação com o índice de massa corporal nos professores em Portugal* (Dissertação de mestrado). Universidade Nova de Lisboa.

Tarabichi, O., Jensen, M., & Hansen, M. R. (2021). Advances in hearing preservation in cochlear implant surgery. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, *29*(5), 385–390. <https://doi.org/10.1097/M00.0000000000000742>

Teixeira, A. R., Almeida, L. G., Jotz, G. P., & De Barba, M. C. (2008). Qualidade de vida de adultos e idosos pós-adaptação de próteses auditivas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, *13*, 357–361. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342008000400010>

Tran, E. D., Vaisbuch, Y., Qian, Z. J., Fitzgerald, M. B., & Megwalu, U. C. (2021). Health literacy and hearing health care use. *The Laryngoscope*, *131*(5), E1688–E1694. <https://doi.org/10.1002/lary.29313>

Tolisano, A. M., Fang, L. B., Isaacson, B., Kutz, J. W., Jr., & Hunter, J. B. (2020). Can you hear me now? The impact of hearing loss on patient health literacy. *Otology & Neurotology*, *41*(8), 1027–1032. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000002713>

Tomé, D., Caeiro, A., Castro, F., Neto, C., Santos, T., & Lopes, P. (2018). Efeitos do ruído na audição. *Revista de Ciência Elementar*, *6*(4). <https://doi.org/10.24927/rce2018.083>

Van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Uiters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication*, *18*(Suppl. 1), 172–184. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825668>

Wallace, L. G., Bradway, C. K., & Cacchione, P. Z. (2022). The relationship between sensory loss and health literacy in older adults: A systematic review. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, *47*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.06.003>

Wang, C., Lang, J., Xuan, L., Li, X., & Zhang, L. (2017). The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *International journal for equity in health*, 16(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0551-9>

Ware, J. E., Jr, & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473–483.

Wells, T. S., Rush, S. R., Níquels, L. D., Wu, L., Bhattarai, G. R. & Yeh, C. S. (2020). Alfabetização limitada em saúde e perda auditiva entre idosos. *HLRP: Pesquisa e Prática de Alfabetização em Saúde*, 4(2), e129–e137. <https://doi.org/10.3928/24748307-20200511-01>

World Health Organization. 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, 26–30 October 2009: promoting health and development: closing the implementation gap. Geneva: WHO, 2009.

World Health Organization. (2025, February 26). *Deafness and Hearing Loss*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss> -2

# Anexos

# Anexo I

## Questionário Sociodemográfico e clínico

## Questionário Sociodemográfico e Clínico

1. Sexo: Feminino  Masculino
2. Idade: \_\_\_\_
3. Em que distrito se encontra: \_\_\_\_\_
4. Nível de escolaridade:  
 Primária (até ao 4ºano)       Ensino Básico (até 9ºano)  
 Ensino Secundário (até 12ºano)       Licenciatura ou Bacharelato  
 Mestrado       Doutoramento
5. Situação Profissional:  
 Estudante.       Trabalhador-Estudante  
 Desempregado       Reformado
6. Há quantos anos tem Perda Auditiva: \_\_\_\_\_
7. A Perda Auditiva é: Unilateral  Bilateral
8. Quantos aparelhos usa: 1  2
9. Há quantos anos usa aparelho auditivo: \_\_\_\_\_
10. Qual o Grau da perda auditiva (a responder pelo Audiologista):  
 Ligeiro       Moderado       Severo       Profundo
11. Qual o tipo de perda auditiva (a responder pelo Audiologista):  
 Mista       Condução       Sensorineural

# **Anexo II**

## **Questionário SF36 v2**

## QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**1. Em geral, diria que a sua saúde é:**

<b>Excelente</b>	<b>Muito boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Razoável</b>	<b>Fraca</b>
1	2	3	4	5

**2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:**

<b>Muito melhor</b>	<b>Com algumas melhoras</b>	<b>Aproximadamente igual</b>	<b>Um pouco pior</b>	<b>Muito pior</b>
1	2	3	4	5

**3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?**

*(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)*

	<b>Sim, muito limitado/a</b>	<b>Sim, um pouco limitado/a</b>	<b>Não, nada limitado/a</b>
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes .....	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa .....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia .....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada .....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas .....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se .....	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km .....	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros .....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros .....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

**4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade? .....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a? .....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? .....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia? .....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a? .....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a? .....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz? .....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a? .....	1	2	3	4	5

**10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?**

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

**11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.**

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros .....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa ..	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar .....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima .....	1	2	3	4	5

**MUITO OBRIGADO**

## **Anexo III**

### **Questionário HLS-EU-Q16**



**GRUPO I – Questionário Europeu de Literacia em Saúde**

Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a ... :

1. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil



	5 - Não Sei
8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei



<b>15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?</b>	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
<b>16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?</b>	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei

## **Anexo IV**

# **Autorização da Comissão Técnico-Científica do Mestrado de Gestão das Organizações da APNOR**

**Propostas para Dissertações/Estágios/Projetos (até à 15.ª Edição)**

**Instituto Politécnico de Porto, Ano Letivo 2023/2024**

<b>Nome do Estudante</b>	<b>Tema Proposto</b> [Tipo: Dissertação/Projeto/Relatório de estágio]	<b>Orientador(es)</b> [Grau Académico]	<b>Resultado</b>
Ana Catarina Tavares Pereira	Relação entre a reabilitação auditiva e a qualidade de vida e literacia em saúde, Dissertação	PhD Carla Matos Silva; PhD Rui Assunção Esteves Pimenta	Aprovado.

## **Anexo V**

### **Autorização do autor do SF36 v2**

**rimas@fe.uc.pt**  
para mim ▾

terça, 23/04/2024, 17:32 ☆ 😊 ↶ ⋮

Cara Dr<sup>a</sup> Ana Tavares,

É com muito gosto que enviamos, em anexo, a versão portuguesa do **SF-36** para utilizar no seu projeto de investigação. As informações sobre o processo de tradução e validação deste questionário encontram-se na plataforma RIMAS, disponível em <http://rimas.uc.pt/instrumentos/79/>.

Melhores cumprimentos.

Inês Ribeiro



**Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde**  
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra  
Av. Dias da Silva, 165, 3004-512 - Coimbra - Portugal

Um anexo • Verificado pelo Gmail ⓘ Adicionar ao Drive



## **Anexo VI**

### **Autorização da autora do HLS-EU-Q16**



## Autorização para utilização do HLS-EU-PT-Q16 no contexto/projeto requerido

Caixa de entrada x



**Ana Rita Pedro** <rita.pedro@ensp.unl.pt>  
para Ana ▾

terça, 7/05/2024, 10:38 ☆ 😊 ↶ ⋮

Bom dia.

É com muito gosto que autorizamos a utilização da escala por nós validada para o contexto português. Conforme solicitado, envio em anexo a referida escala.

Peço que em publicações e comunicações seja citado o artigo de validação da mesma em Portugal: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/2892>

Se for necessária ajuda para o calculo dos Scores, por favor não hesite em contactar.

Dado que este é um tema de foco na nossa investigação, gostaríamos de poder ir acompanhando os resultados a que chegarem, pelo que solicito que os partilhem connosco quando for oportuno.

Com os meus melhores cumprimentos,

**Ana Rita Pedro, PhD**

Escola Nacional de Saúde Pública

Tel. +351 21 751 2100 | Fax. +351 21 758 2754

Avenida Padre Cruz |1600-560 Lisboa | Portugal

[rita.pedro@ensp.unl.pt](mailto:rita.pedro@ensp.unl.pt) | [www.ensp.unl.pt](http://www.ensp.unl.pt)



...

[Mensagem reduzida] [Ver toda a mensagem](#)

## **Anexo VII**

# **Autorização das Clínicas de Reabilitação Auditiva**



**Vanessa Rodrigues** <backoffice@sonsdavida.pt>  
para mim ▾

terça, 21/05/2024, 12:04



Bom dia Ana Catarina,

Peço imensa desculpa não termos dado ainda feedback.

Teremos gosto em ajudar-te nessa recolha de dados.

Como te disse, a OUVIRMAIS é uma clínica recente, mas já vamos tendo alguns pacientes.

Envia-nos pf todos os questionários que são necessários passar e em que momentos.

Ficamos a aguardar.

Bom trabalho

Com os melhores cumprimentos,

**Vanessa Rodrigues**

COO

e [vanessa.rodrigues@sonsdavida.pt](mailto:vanessa.rodrigues@sonsdavida.pt)

m +351 910 375 663

(custo chamado rede móvel nacional)

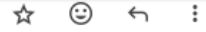


As informações contidas neste e-mail (incluindo quaisquer anexos)  
destinam-se apenas ao uso pessoal e confidencial do (s) destinatário (s)

J

**Joao Ferrao** <joao.ferrao@wsa.com>  
para mim ▾

quarta, 1/05/2024, 10:49



Estimada Audiologista Ana Tavares,

Confirmando a disponibilidade para a recolha da amostra descrita nos centros auditivos Widex.

A operacionalização da recolha deve ser agendada com antecedência para melhor gestão dos processos.

Obrigado,  
Com os melhores cumprimentos,

João Ferrão

**João Ferrão**

Direção Técnica de Audiologia  
Céd. Profissional C- 037392034

Av. Duque D'Avila n°141, 2° Esq.  
1050-081 Lisboa  
Tel.: +351 919 836 719  
Email: [joao.ferrao@widex.pt](mailto:joao.ferrao@widex.pt)





**Clinica Real** <geral.clinicareal@gmail.com>

para mim ▾

quarta, 15/05/2024, 14:26



Boa tarde Ana,

Teremos todo o gosto em colaborar no seu estudo de investigação.

Fico a aguardar o seu contacto para dar seguimento e início à recolha dos dados necessários junto dos utilizadores que aceitem participar no estudo.

Melhores cumprimentos,

## Helena Corte Real

Direção Clínica - Clínica Real

Largo Dr.º José Tavares BI11 Rc Drt; 3870-228 Murtosa

Tif.: +351 234 116 911 (chamada para rede fixa nacional)



AVISO: A informação contida nesta mensagem, assim como os eventuais ficheiros anexos, é privilegiada e confidencial, destinando-se exclusivamente ao(s) destinatário(s). Se não é o destinatário (ou o responsável pela sua entrega ao destinatário) e recebeu a mesma por engano, informamos que é estritamente proibido reproduzir, guardar, distribuir ou utilizar por qualquer forma toda ou parte desta mensagem e ficheiros anexos. Solicitamos que nos comunique imediatamente via email e a destrua.

WARNING: The information contained in this message, and any files attached, is privileged and confidential, and intended exclusively for the included addresses. If you are not the intended recipient (or the person responsible for delivering to the intended recipient) and received this message by mistake, be aware that copy, storage, distribution or any other use of all or part of this message and the files attached is strictly prohibited. Please immediately notify us via email and delete it



## **Anexo VIII**

### **Consentimento livre e informado**

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE  
POLITÉCNICO  
DO PORTO

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**DESIGNAÇÃO DO ESTUDO:** RELAÇÃO ENTRE A REABILITAÇÃO AUDITIVA E A QUALIDADE DE VIDA E LITERACIA EM SAÚDE

### Declaração de Consentimento Informado

Conforme o RGPD, a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro e a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964, Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013) – quando se aplicar

**Eu, abaixo-assinado**

**Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a [mencionar de uma forma clara e perceptível para o doente quais são os objetivos do estudo].**

**Sei que neste estudo está prevista a realização de questionários, e acesso ao meu exame audiológico, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.**

**Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.**

**Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto:**

**Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.**

**Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.**

**Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.**

**Nome do Investigador e Contacto:** Ana Catarina Tavares Pereira ([anactavaresp@gmail.com](mailto:anactavaresp@gmail.com) | 967000661)

Assinado por: Ana Catarina Tavares Pereira  
Num. de identificação: 15295864  
Data: 2024.03.21 19:01:38 +0000



ESS.0004.MD.317.02

**P.PORTO**

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE



**M**

**MESTRADO**

Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde