



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS COM HIPOACUSIA
EM UMA CIDADE NO INTERIOR DO MARANHÃO**

CAMILA KELLY DE MELO FIDELIS

CAMILA KELLY DE MELO FIDELIS

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS COM
HIPOACUSIA EM UMA CIDADE NO INTERIOR DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA/Imperatriz, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Esp. Fabrício
Leocádio Rodrigues de Sousa

**Imperatriz – MA
2023**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Kelly de Melo Fidelis, Camila.

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS COM
HIPOACUSIA EM UMA CIDADE NO INTERIOR DO MARANHÃO / Camila
Kelly de Melo Fidelis. - 2023.

40 p.

Orientador(a): Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
IMPERATRIZ, 2023.

1. Depressão. 2. Hipoacusia. 3. Idosos. I. Leocadio
Rodrigues de Sousa, Fabricio. II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA**

Candidato: CAMILA KELLY DE MELO FIDELIS

Título: ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS COM HIPOACUSIA EM UMA CIDADE NO INTERIOR DO MARANHÃO

Orientador: Prof. Esp. Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada 04/10/2023, às 19h30 considerou

Aprovado (x)

Reprovado ()

Banca Examinadora:

Presidente: Prof. Esp. Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Prof. Ma. Jaisane Santos Melo Lobato
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Prof. Esp. Martina Maria Lima Sá
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Imperatriz-MA, 04 de outubro de 2023

SUMÁRIO

RESUMO	2
ABSTRACT.....	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. MÉTODOS.....	6
3. RESULTADOS.....	8
4. DISCUSSÃO	13
5. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ANEXO(S)	20
APÊNDICE(S):.....	34

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Título: ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS COM HIPOACUSIA EM UMA CIDADE NO INTERIOR DO MARANHÃO

Autores: Camila Kelly de Melo Fidelis, Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa.

Status: Submetido

Revista: Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

ISSN: 2446-5410

Fator de Impacto: Qualis B3

DOI: Não Disponível

TÍTULO:

Análise da prevalência de depressão em idosos com hipoacusia em uma cidade no interior do Maranhão.

Autores:

Camila Kelly de Melo Fidelis ¹ Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa ²

¹ Discente da Universidade Federal do Maranhão

² Docente da Universidade Federal do Maranhão

Endereço completo do autor para correspondência:

Avenida Pedro Neiva de Santana, 520A, Jardim América, Imperatriz-MA, Brasil.

CEP: 65914-730

Telefone de contato: (88) 996482557

E-mail: camila.kmf@discente.ufma.br

Instituição sede da pesquisa:

Universidade Federal do Maranhão

Fontes de financiamento à pesquisa:

Próprio

Declaração de conflitos de interesse:

Declaramos que não há conflitos de interesse

RESUMO

Introdução: A hipoacusia é uma das sintomatologias mais comuns nos idosos, caracterizada pela incapacidade total ou parcial da audição. Ademais, a presbiacusia vem aumentando nos últimos anos, gerando problemas biopsicossociais que ocasionam declínio cognitivo e vulnerabilidade à depressão, interferindo na qualidade e na expectativa de vida do idoso. **Objetivo:** Identificar a prevalência de depressão em idosos com hipoacusia em uma unidade de referência em Imperatriz-MA. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo, transversal, descritiva, quantitativa e observacional. A população estudada foi composta por idosos com hipoacusia atendidos em uma unidade de referência em Imperatriz-MA. A coleta de dados ocorreu através da aplicação de questionário e de escala validada para obtenção do perfil epidemiológico e sociodemográfico. **Resultados:** Dos 81 participantes, houve maior prevalência do público feminino (71,6%) e da faixa etária de 60 a 69 anos (61,7%). Em relação ao tipo de surdez, 49,4% apresentaram surdez leve. Em relação a presença de depressão, 35,6% apresentaram depressão leve ou grave. A surdez moderada foi a mais prevalente nos participantes com depressão leve e grave ($p < 0,05$). Observou-se ainda que 56,8% referiam zumbido. Ao investigar o uso de Aparelho Auditivo Sonoro Individual (AASI), 13,6% afirmaram fazer uso ($p < 0,05$). E 100% dos participantes com depressão leve ou grave que residiam sozinhos, não faziam uso de antidepressivos ($p < 0,05$). **Conclusão:** A maioria dos idosos não apresentou depressão, apesar do grau de surdez. Entretanto, os achados encontrados, dentre eles a falta do uso de AASI, podem levar ao isolamento social e outras problemáticas, podendo torná-los suscetíveis à depressão.

Descritores: Idosos. Depressão. Hipoacusia.

ABSTRACT

Introduction: Hypoacusis is one of the most common symptoms in the elderly, characterized by total or partial hearing impairment. Furthermore, presbycusis has been increasing in recent years, generating biopsychosocial problems that cause cognitive decline and vulnerability to depression, interfering with the quality and life expectancy of the elderly. **Objective:** To identify the prevalence of depression in elderly people with hypoacusis in a reference unit in Imperatriz-MA. **Methodology:** This is a field, cross-sectional, descriptive, quantitative and observational research. The studied population consisted of elderly people with hypoacusis treated at a reference unit in Imperatriz-MA. Data collection occurred through the application of a questionnaire and a validated scale to obtain the epidemiological and sociodemographic profile. **Results:** Of the 81 participants, there was a higher prevalence of females (71.6%) and the age group from 60 to 69 years (61.7%). Regarding the type of deafness, 49.4% had mild deafness. Regarding the presence of depression, 35.6% had mild or severe depression. Moderate deafness was the most prevalent in participants with mild and severe depression ($p < 0.05$). It was also observed that 56.8% reported tinnitus. When investigating the use of Individual Sound Hearing Aid (AASI), 13.6% said they use it ($p < 0.05$). And 100% of participants with mild or severe depression who lived alone did not use antidepressants ($p < 0.05$). **Conclusion:** Most seniors did not have depression, despite the degree of deafness. However, the findings found, including the lack of use of hearing aids, can lead to social isolation and other problems, which may make them susceptible to depression.

Keywords: Elderly. Depression. Hypoacusis.

1. INTRODUÇÃO

A hipoacusia é uma das sintomatologias mais comuns em idosos, causada pelo déficit sensorial. Ela é caracterizada pela incapacidade total ou parcial da audição, que pode ser tanto adquirida como congênita. Estima-se que até 2050 mais de 900 milhões de indivíduos terão perda auditiva incapacitante, impactando diretamente na qualidade de vida desses, sendo, portanto, um problema de saúde pública¹.

A capacidade auditiva é determinada de acordo com os decibéis, que quantifica a intensidade e amplitude do som, variando de 0 a 110 dB, onde a partir de 20 dB já é considerado algum tipo de surdez dentre as existentes, como leve (20 dB a 40 dB), moderada (41 dB a 70 dB), severa (71 dB a 90 dB) ou profunda (> 90 dB). Em relação à deficiência auditiva, ela vai se dá de acordo com os padrões estabelecidos pela *American National Standards Institute* analisando a relação entre o desempenho do indivíduo e sua habilidade em condições normais para a detecção sonora².

Com o envelhecimento da população, a tendência é que a perda auditiva associada à idade, chamada de presbiacusia, seja aumentada, sendo a terceira patologia mais prevalente nessa faixa etária. Associado a esse fato, várias outras alterações podem ser atreladas a esses indivíduos, dentre elas as neuropsicológicas, como a depressão e a demência, tendo em vista os inúmeros prejuízos relacionados à capacidade cognitiva desses, gerando desordens biopsicossociais³.

Nesse contexto, diversas habilidades, dentre elas de memória, de linguagem, de comunicação e, posteriormente, de socialização são prejudicadas levando a consequências na integridade neural e função cognitiva do indivíduo, principalmente no que se refere ao público idoso. Dessa forma, pode-se inferir que pode haver a redução da atividade social desses, com deterioração cognitiva, alterações na memória e o elevado risco de desenvolver a depressão, mediante as alterações psicológicas vigentes⁴.

A depressão é outra patologia também considerada como problema de saúde pública, afetando milhares de pessoas. Na terceira idade, onde há maior vulnerabilidade do indivíduo, seu impacto tende a gerar maior relevância devido à morbimortalidade associada nesse público. Alguns fatores como já mencionados,

dentre eles o declínio cognitivo, podem acarretar nessa comorbidade, bem como o baixo índice de escolaridade em idosos⁵. Nesse público, a prevalência pode variar de 4,8% a 14,6%, sendo que, de acordo com a idade, pode aumentar, chegando a até 17,1% nos que apresentam idade acima de 75 anos e até 50% nos que possuem mais de 90 anos⁶.

Essa doença pode estar associada ao isolamento social e ao comprometimento funcional nos indivíduos acometidos com hipoacusia, sendo ela um dos fatores de risco para a demência nos idosos. Tal fato pode ser evidenciado já que sob essas circunstâncias de deficiência auditiva nos idosos, muitas vezes, se distanciam de familiares, de amigos ou demais componentes do seu meio e evitam possíveis cenários que envolvam sua interação social, tendo em vista que, nesses casos, tais situações apresentam ruídos, o que dificulta a sua comunicação e pode provocar o isolamento social desses⁷.

Ainda não se sabe se algumas alternativas terapêuticas, como o tratamento auditivo, é algo que possa vir a ser eficaz nesses casos, principalmente no que se refere à prevenção das alterações cognitivas e comportamentais dos idosos. Outro aspecto relevante está relacionado com a eficácia de tratamentos tanto para depressão, como para declínio cognitivo que atualmente são considerados limitados em sua eficiência dado à complexidade que envolve o processo de senescência⁸.

Apesar disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) vigente no país oferta a devida assistência aos indivíduos que apresentam deficiência auditiva, com equipe multiprofissional, marcações de consultas, bem como disponibilização de tratamento dependendo dos critérios de indicação ao paciente, como Aparelho Auditivo Sonoro Individual (AASI) ou até mesmo implante coclear⁹.

Diante do exposto, a pesquisa da incidência de depressão em idosos com hipoacusia em uma unidade de referência do interior do Maranhão visa traçar a análise dos fatores epidemiológicos, bem como a incidência de acordo com o grau de depressão e de hipoacusia nesse público-alvo, a fim de se obter resultados que forneçam melhor entendimento sobre esse assunto. De acordo com os resultados obtidos, poderá ser utilizado como base para políticas públicas que combatam a prevalência de tal achado, fornecendo, futuramente, melhorias na qualidade de vida do público idoso atendido e aumentando, assim, a expectativa de vida.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, do tipo observacional. A população estudada foi composta por idosos com hipoacusia atendidos em uma unidade de referência em Imperatriz-Maranhão.

A pesquisa foi realizada em uma unidade de referência em Imperatriz-Maranhão. Inicialmente, foi solicitado o acesso ao número de casos e a identificação dos idosos atendidos. Para isso, o profissional responsável pelos arquivos, ao concordar com a presente pesquisa, assinou o Termo de Fiel Depositário (ANEXO C), firmando o compromisso para uso de dados em arquivo e respeitando as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A amostra, estabelecida por conveniência, foi composta por indivíduos com idade acima de 60 anos, atendidos na clínica particular Otológica do município de Imperatriz, Maranhão, com a sintomatologia de hipoacusia. Dessa forma, a coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2022 a abril de 2023, com a aplicação de questionário (APÊNDICE A) e da Escala Geriátrica da Depressão (ANEXO A), sob vigência da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (ANEXO B).

Os critérios de inclusão da pesquisa foram participantes com idade igual ou superior a 60 anos, presentes na Otológica, com queixa de hipoacusia e que desejaram participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE. Foram excluídos da pesquisa participantes com idade inferior a 60 anos, que não apresentavam a sintomatologia de hipoacusia ou que não desejaram participar da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) foi aplicado de acordo com as variáveis a serem discutidas, constando aspectos epidemiológicos e sociodemográficos, assim como a Escala Geriátrica da Depressão (EGS) de 30 itens, validada e traduzida, que corrobora para análise dos graus de depressão entre os pacientes¹⁰.

Na aplicação do questionário, elaborado pelos autores, foram obtidas informações sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, moradia, renda e profissão), bem como informações epidemiológicas, a fim de se obter o perfil clínico dos idosos (exposição a ruídos, tipo de surdez, uso de antidepressivos, uso de aparelho auditivo sonoro individual, presença de zumbido e estado de saúde). Já a EGS foi aplicada obtendo-se os graus de depressão do

paciente, como depressão ausente (<10 itens), depressão leve (11 a 20 itens) e depressão grave (>20 itens)¹⁰.

Os dados obtidos foram armazenados no Microsoft[®] Office Excel 2023 e os testes realizados no programa *GraphPad Prism* versão 10.0.2. Para associação de variáveis quantitativas foi realizado o teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher, seguidos de análise de resíduos. Para desfechos de variáveis contínuas utilizou-se o teste ANOVA e de contingência. O coeficiente de correlação foi analisado para demonstrar o grau de correlação entre as variáveis estudadas. Apenas análises com $p < 0,05$ foram consideradas significantes.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA da Fundação Universidade Federal do Maranhão sob o parecer número 5.790.544. Os participantes elegíveis foram esclarecidos da importância, dos objetivos e da metodologia aplicada no estudo, bem como assinaram o TCLE, além de ficarem cientes da não obrigatoriedade da participação, da desistência em qualquer momento do estudo, da ausência de taxas a serem cobradas e do anonimato, que são assegurados, de acordo com a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3. RESULTADOS

A amostra foi composta por 81 pacientes. Dentre estes, 71,6% (58) pertenciam ao sexo feminino e 28,4% (23) pertenciam ao sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos de idade, correspondendo a 61,7% (50) dos pacientes, seguida de 70 a 79 anos com 25,9% (21) e 80 a 89 com 12,3% (10). Ademais, 67,9% (55) referiram serem aposentados, 17,3% (14) sustentavam-se com ajuda de terceiros, 7,4% (6) trabalhavam e 7,4% (6) recebiam pensão. Desses idosos, 77,5% (62) residiam com seus familiares, enquanto 22,5% (18) residiam sozinhos. Sobre seu estado de saúde, a maioria 56,8% (46) referiu como regular, 39,5% (32) como boa e 3,7% (3) como mau (Tabela 1).

Tabela 1. Característica sociodemográfica da população do estudo.

Variáveis	Todos os participantes (n=81)
Gênero	
Feminino	58 (71,6%)
Masculino	23 (28,4%)
Faixa Etária	
60-69 anos	50 (61,7%)
70-79 anos	21 (25,9%)
80-89 anos	10 (12,3%)
Renda	
Aposentadoria	55 (67,9%)
Ajuda de terceiros	14 (17,3%)
Trabalho	6 (7,4%)
Pensão	6 (7,4%)
Moradia	
Reside com familiares	62 (77,5%)
Reside sozinho	18 (22,5%)
Estado de saúde	
Regular	46 (56,8%)
Bom	32 (39,5%)
Mau	3 (3,7%)

Fonte: Autor, 2023.

Em relação aos graus de perda auditiva, a maioria dos pacientes 49,4% (40) apresentaram surdez leve. 29,6% (24) apresentaram surdez moderada, seguido de surdez profunda 13,6% (11), e surdez severa 7,4% (6) dos pacientes. Na surdez leve, o público feminino foi o mais acometido, com 77,5% (31), enquanto homens correspondiam a 22,5% (9). Na surdez moderada, o sexo feminino foi o mais

acometido com 62,5% (15), seguido dos homens com 37,5% (9). Na surdez profunda, o público mais afetado também foi o sexo feminino com 63,6% (7), seguido do sexo masculino com 36,4% (4). No que se refere à surdez severa, a prevalência se deu nas mulheres com 83,3% (5), seguido dos homens com 16,7% (1). Entretanto, a variável de graus de perda auditiva e sexo não foram estatisticamente significativos ($p > 0,05$), demonstrando que o sexo não apresenta influência sobre o tipo de surdez (Tabela 2).

Tabela 2. Graus de surdez e sexo.

Variáveis	N=81	<i>p</i> -valor = 0,1446
Graus de surdez		
Leve	40 (49,4%)	
Moderada	24 (29,6%)	
Profunda	11 (13,6%)	
Severa	6 (7,4%)	
Surdez Leve		0,2025
Feminino	31 (77,5%)	
Masculino	9 (22,5%)	
Surdez Moderada		0,2025
Feminino	15 (62,5%)	
Masculino	9 (37,5%)	
Surdez Profunda		0,2025
Feminino	7 (63,6%)	
Masculino	4 (36,4%)	
Surdez Severa		
Feminino	5 (83,3%)	
Masculino	1 (16,7%)	

Fonte: Autor, 2023.

No que se refere ao zumbido, 56,8% (46) dos idosos referiram presença e 43,2% (35) referiram ausência. Dos que confirmaram presença do zumbido, 71,7% (33) eram mulheres e 28,3% (13) eram homens. Dos que referiram ausência, 28,6% (10) eram do sexo masculino e 71,4% (25) do sexo feminino (Tabela 3).

Em relação à exposição de ruídos, 63,0% (51) dos pacientes relataram que nunca foram expostos a tal situação. Enquanto 35,8% (29) afirmaram terem sido expostos a algum período de ruído e 1,2% (1) não informou. Dos participantes que afirmaram terem sido expostos, 40,0% (12) foram expostos a ruídos por um período maior que 10 anos, enquanto 30,0% (9) afirmaram terem sido expostos por um

período maior que 5 anos e 26,6% (8) afirmaram terem sido expostos por um período inferior a 2 anos (Tabela 3).

Tabela 3. Descrição do zumbido e exposição a ruídos.

Variáveis	N (%)
Presença de zumbido	46 (56,8%)
Ausência de zumbido	35 (43,2%)
Exposição a ruídos	
Nunca	51 (63,0%)
>10 anos	12 (40,0%)
>05 anos	9 (30,0%)
<02 anos	8 (26,6%)

Fonte: Autor, 2023.

No que se refere à depressão, observou-se que 65,4% (53) dos pacientes apresentaram sintomas ausentes. Destes, 62,2% (33) eram da faixa etária de 60 a 69 anos, seguido pelo público de idosos com 70 a 79 anos com 22,7% (12) e pela faixa etária de 80 a 89 anos com 15,1% (8) (Tabela 4).

Em contrapartida, 34,6% (28) apresentaram sintomas de depressivos, sendo que desses 78,5% (22) apresentaram depressão leve e 21,5% (6) depressão grave. Nos participantes que apresentaram depressão leve, 63,6% (14) correspondiam a faixa etária de 60 a 69 anos. Enquanto 31,8% (7) correspondiam a faixa etária de 70 a 79 anos e 4,6% (1) correspondiam a faixa etária de 80 a 89 anos. Já entre os participantes que apresentaram depressão grave, 50,0% (3) correspondiam a faixa etária de 60 a 69 anos, seguida pela faixa etária de 70 a 79 anos, correspondendo a 33,3% (2) e 16,7% (1) encontrava-se na faixa etária de 80 a 89 anos (Tabela 4). Dentre aqueles com depressão leve, a maioria 81,8% (18) residem com familiares e 18,2% (4) residem sozinhos ($p>0,05$). Enquanto os participantes que apresentam depressão grave, 66,7% (4) residiam com familiares e 33,3% (2) residiam sozinhos ($p>0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4. Prevalência depressão, faixa etária e moradia.

Variáveis	N (%)
Ausência de depressão	53 (65,4%)
60-69 anos	33 (62,2%)
70-79 anos	12 (22,7%)
80-89 anos	8 (15,1%)
Depressão Leve	22 (78,5%)

60-69 anos		14 (63,6%)
70-79 anos		7 (31,8%)
80-89 anos		1 (4,6%)
Residir com familiares	<i>p-valor</i> = 0,5806	18 (81,8%)
Residir sozinho		4 (18,2%)
Depressão Grave		6 (21,5%)
60-69 anos		3 (50,0%)
70-79 anos		2 (33,3%)
80-89 anos		1 (16,7%)
Residir com familiares	<i>p-valor</i> = 0,5806	4 (66,7%)
Residir sozinho		2 (33,3%)

Fonte: Autor, 2023.

Dos 28 participantes que apresentaram sintomas de depressão, 39,3% (11) afirmaram que faziam uso de antidepressivos e 60,7% (17) afirmaram não fazer uso de medicamentos antidepressivos. Dos participantes que afirmaram fazer uso de medicamentos antidepressivos 90,9% (10) residem com familiares e 9,1% (1) não informou. E dentre os participantes que informaram não fazer uso de medicamentos antidepressivos 100% (17) afirmaram que residem sozinhos. Evidenciando que o fato de morar sozinho contribui na falta de adesão ao uso de medicamentos antidepressivos ($p < 0,05$) (Tabela 7).

Tabela 5. Depressão, uso de antidepressivo e moradia.

Variáveis	N (%)	<i>p-valor</i>
Uso de antidepressivo		
Depressão	11 (39,3%)	
Residem com familiares	10 (90,9%)*	<0,0001
Ausência de antidepressivo		
Depressão	17 (100,0%)	
Residem sozinhos	17 (100,0%)*	<0,0001

Fonte: Autor, 2023.

No que tange a relação de grau de surdez e depressão, evidenciou-se que em pacientes com surdez leve (40 participantes), 75,0% (30) apresentaram ausência da depressão, 17,5% (7) apresentaram depressão leve e 7,5% (3) apresentaram depressão grave. Já em participantes que apresentaram o grau de surdez moderada (24 participantes), 45,8% (11) apresentaram ausência de depressão, 45,8% (11) apresentaram depressão leve e 8,4% (2) apresentaram depressão grave. Nos

participantes que apresentaram surdez profunda (11 participantes), 63,6% (7) apresentaram ausência de depressão, 27,3% (3) apresentaram depressão leve e 6,1% (1) apresentou surdez grave. Dos participantes com surdez severa (6), 88,3% (5) tinha ausência de depressão e 11,7% (1) apresentou depressão leve. Quando comparada a depressão leve e grave entre os tipos de surdez, houve significância estatística ($p < 0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6. Graus de surdez e depressão.

Variáveis	N (%)	<i>p</i> -valor = 0,0861
Ausência de depressão		
Surdez leve	30 (75,0%)	
Surdez moderada	11 (45,8%)	
Surdez profunda	7 (63,6%)	
Surdez severa	5 (88,3%)	
Depressão leve*		0,0183
Surdez leve	7 (17,5%)	
Surdez moderada	11 (45,5%)	
Surdez profunda	3 (27,3%)	
Surdez severa	1 (11,7%)	
Depressão grave*		0,0183
Surdez leve	3 (7,5%)	
Surdez moderada	2 (8,4%)	
Surdez profunda	1 (6,1%)	
Surdez severa	0	

Fonte: Autor, 2023.

Quando se investigou o uso do Aparelho Auditivo Sonoro Individual (AASI) e o grau de surdez, verificou-se que 86,4% (70) não faziam uso do AASI, enquanto 13,6% (11) faziam uso ($p < 0,05$). Dos participantes que usavam AASI, 81,8% (9) faziam uso de forma bilateral e 18,2% (2) faziam uso de forma unilateral. Destes participantes, 54,5% (6) apresentavam surdez profunda, sendo que 83,3% (5) participantes faziam uso do AASI bilateralmente e 16,6% (1) fazia uso unilateral do AASI. Nos participantes que apresentaram surdez severa, 27,3% (3) faziam uso do AASI, sendo 100% bilateralmente. E nos participantes com surdez moderada 18,2% (2) faziam uso do AASI, sendo 50,0% (1) bilateralmente e 50,0% (1) unilateral (Tabela 7).

Tabela 7. Uso AASI e grau de surdez.

Variáveis	N (%)	<i>p</i> -valor
Uso de AASI	11 (13,6%)*	<0,0001
Bilateral	9 (81,8%)	0,1917

Surdez severa	3 (100,0%)	
Surdez profunda	5 (83,3%)	
Surdez moderada	1 (50,0%)	
Unilateral	2 (18,2%)	0,1917
Surdez profunda	1 (16,6%)	
Surdez moderada	1 (50,0%)	
Ausência do uso de AASI	70 (86,4%)*	<0,0001

Fonte: Autor, 2023.

4. DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa demonstraram que o sexo feminino foi o mais prevalente correspondendo a 71,6% dos participantes, observando-se que tal população é mais acometida com a sintomatologia da hipoacusia. Tal achado corrobora com o estudo de Paiva *et al.*¹¹ que também verificaram que idosos do sexo feminino possuem maior prevalência no que se refere à autopercepção negativa da audição. Isso demonstra a maior participação desse público no que se refere aos cuidados à saúde, com sua maior assiduidade em ambientes clínicos. Em contrapartida, uma pesquisa nacional mostrou que o sexo masculino possui uma ligeira predominância de hipoacusia quando comparado com o sexo feminino¹².

Em associação a esse achado, a faixa etária de 60 a 69 anos foi a mais acometida com hipoacusia, representando 61,7% da amostra. Esse dado revela que a maioria do público está no começo da terceira idade, tendo em vista que indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos já são considerados idosos, tendo seus direitos assegurados pelo Estatuto da Pessoa Idosa¹³. A partir dessa faixa etária ocorrem, juntamente com o processo de envelhecimento, alterações na acuidade auditiva, como a presbiacusia¹⁴. Além disso, foi nessa faixa etária que se observou maior acometimento de depressão leve (63,6%) e grave (50,0%).

Entretanto, tal problema não deve ser explicado pelo envelhecimento sem perspectivas de tratamento ou de reabilitação, considerando que isso pode ser fator de risco para desfechos negativos na saúde, impactando fisicamente e emocionalmente o idoso¹¹. Os achados da presente pesquisa estão de acordo com Torres *et al.*¹⁵, que também identificaram a maior prevalência da perda auditiva nos

idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, bem como o avanço da perda auditiva do tipo neurossensorial conforme se dá a progressão da faixa etária.

Em relação ao estado de saúde do público em questão, a maioria dos participantes referiram um estado de saúde regular (56,8%). Levando-se em consideração as comorbidades presentes nos idosos, doenças crônicas são prevalentes, o que culmina diretamente no decaimento do estado de saúde dessa população. Aguiar *et al.*¹⁶ evidenciaram em sua pesquisa que há maior prevalência de queixas auditivas no público com doenças crônicas não transmissíveis e com o avanço da idade, dentre elas a hipoacusia e o zumbido, além da dificuldade de compreensão. Logo, nota-se que o processo de envelhecimento está intimamente correlacionado com a hipoacusia e com a dificuldade de interação social nos idosos.

No que se refere aos graus de perda auditiva, a surdez leve foi a mais prevalente, representando 49,4% dos idosos, enquanto 7,4% apresentaram surdez severa. Em seu estudo, Nascimento e Souza¹⁷ demonstram que os indivíduos com surdez leve se mostram desatentos, fazendo-se necessário a repetição do que foi falado para compreensão. Essas características foram presentes durante a coleta de dados da vigente pesquisa, em que ao ser empregado os questionários a alguns participantes, houve a dificuldade de compreensão da fala e da escuta. No mesmo estudo¹⁷ os autores evidenciaram a prevalência da deficiência auditiva variando de 30% a 90%. Esse achado encontra-se de acordo com os dados obtidos na presente pesquisa, presumindo-se que há o aumento da sua incidência e do seu grau de comprometimento conforme o avanço da idade.

Quanto à exposição a ruídos, 63% dos pacientes afirmaram que nunca foram expostos a tal situação. Sabe-se que essa exposição, principalmente ocupacional e a longo prazo, está dentro dos fatores de risco adquiridos para o desenvolvimento da hipoacusia. Portanto, pode-se inferir que a perda auditiva presente nos participantes da vigente pesquisa não foi induzida por ruído. Essa problemática tornou-se comum após o advento da revolução industrial, provocada pela exposição diária e excessiva, caracterizando a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), com a perda progressiva e irreversível da audição¹⁸. Ademais, a maioria dos participantes (56,6%) apresentaram queixa de zumbido, incômodo esse que está fortemente correlacionado com a presbiacusia. Esse achado entra em consonância com o estudo realizado por Reisinger *et al.*¹⁹, que sugere que o avanço da idade e a perda auditiva são fatores que podem desencadear a sintomatologia do zumbido.

Os resultados da presente pesquisa demonstraram que os idosos que faziam uso do Aparelho Auditivo Sonoro Individual (AASI), corresponderam a 13,6% da amostra, enquanto que a maioria (86,4%) não faziam uso ($p < 0,05$). Esse achado encontra-se de acordo com o estudo de Heidari *et al.*²⁰, que demonstram que idosos apresentam dificuldade em aceitar a necessidade do uso do AASI, bem como em admitir a presbiacusia, acarretando prejuízos de comunicação. Outrossim, Soares e Fidêncio.²¹ investigaram em sua pesquisa o uso do AASI como instrumento fundamental na reabilitação auditiva nos pacientes idosos. Os autores evidenciaram que mesmo após 06 meses do uso do AASI, os participantes da pesquisa referiam a permanência da restrição participativa, culminando no maior impacto da deficiência auditiva desses no que tange ao domínio emocional²¹. Isso demonstra que mesmo com a implantação de instrumentos que auxiliam na reabilitação auditiva, tal ação não é suficiente perante o impacto que a hipoacusia gera nessa faixa etária, fazendo-se necessário, também, a participação familiar no processo de adesão e de reabilitação do paciente para a sua reinserção no meio social⁷.

Associado a isso, a solidão social e emocional e a perda auditiva aumentam a probabilidade de deixar os pacientes deprimidos²². Os resultados da presente pesquisa revelaram que 100% dos indivíduos com surdez severa faziam uso do AASI de modo bilateral, que apesar de não apresentar relevância estatística, representa uma maior incidência do uso AASI conforme o avanço do grau de surdez. Este dado está em consonância com a prerrogativa da necessidade do seu uso para finalidades terapêuticas e melhor qualidade de vida²⁰. Não obstante, na pesquisa realizada por Mener *et al.*²³, os autores mostraram que os indivíduos que faziam uso de pelo menos cinco horas semanais de AASI apresentaram uma associação a menores chances de desenvolvimento da depressão, demonstrando a importância de tal instrumento para minimizar desfechos negativos no público idoso.

No que tange aos sintomas depressivos, eles foram presentes em 34,6% dos participantes, sendo desses 78,5% com depressão leve e 21,5% com depressão grave, pontuando acima de 11 itens na Escala Geriátrica de Depressão¹⁰. Esses resultados foram mais prevalentes no público com surdez moderada com 45,5% e 8,4% ($p < 0,05$) respectivamente. Entretanto, a pesquisa de Gopinath *et al.*²⁴, revelou que os achados depressivos estão mais associados a perda auditiva leve, e não moderada ou severa, divergindo dos resultados da presente pesquisa. Mesmo com esse resultado, é possível inferir que a hipoacusia leva ao declínio de vários

domínios, dentre eles o cognitivo, aumentando riscos de demência e, conseqüentemente, de depressão no público da terceira idade²⁵, tendo em vista que tais resultados apresentaram relevância e achados depressivos também foram presentes em graus elevados de surdez.

Ademais, são significativamente altas as desordens cognitivas, a depressão, bem como a perda de suporte social em idosos que residem sozinhos, de acordo com a pesquisa de Kawamaki *et al.*²⁶ Essa conjuntura é uma problemática também abordada na vigente pesquisa, que, demonstrou que 100% ($p < 0,05$) dos participantes que residiam sozinhos e apresentavam sintomatologia de depressão não faziam uso de antidepressivos, indo de acordo com o estudo de Kawamaki *et al.*²⁶. Isso demonstra que o isolamento do idoso deve ser algo evitado, tendo em vista que o processo de senescência traz junto consigo a solidão, devendo-se compreender que o estabelecimento de vínculos é de suma importância para evitar tais problemáticas, como a adesão ao tratamento dessa patologia.

Comparando-se com um estudo realizado na China²⁷, essa abordagem também se mostrou relevante. Esse estudo²⁷ mostra que morar sozinho aumenta em 56% o risco de depressão, revelando que 43% da população chinesa sofre dessa doença. Tal dado encontra-se de acordo com os resultados obtidos na vigente pesquisa, que revelou que 90,9% ($p < 0,05$) dos idosos que faziam uso de medicamentos antidepressivos, residiam com familiares. Portanto, o convívio social para o público da terceira idade é importante para a minimização da depressão e para a adesão ao uso de antidepressivos quando necessários, culminando em melhores desfechos para esses idosos.

Sabe-se que a surdez está dentre as enfermidades mais acometidas na terceira idade, pautada numa problemática recorrente devido à falta de insumos que existem tanto para equipamentos que auxiliem no diagnóstico quanto para a reabilitação desses pacientes¹⁵. Tal fato também entra em consonância com o presente estudo, que evidenciou a falta de informação por parte dos idosos a respeito da presbiacusia, sendo a maioria das perdas auditivas autorreferidas. A carência do exame de audiometria, para auxiliar no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento também foi evidenciada, destacando que ainda é um exame que não contempla todos com a sintomatologia. Apesar da maioria dos participantes (67,9%) ser aposentada, não se sabe se esse fato se deve à falta de

incentivo ou acesso à realização desse exame no município de Imperatriz-MA, sendo necessários mais estudos para averiguação desse achado.

5. CONCLUSÃO

Os dados da presente pesquisa revelaram que a maioria dos idosos não apresentaram sintomas de depressão, apesar de 34,6% apresentarem algum grau de depressão (leve ou grave). Em relação aos graus de surdez houve prevalência da surdez leve (49,4%), com predominância do sexo feminino (71,6%). Em relação à depressão grave e à depressão leve, seu acometimento mais prevalente deu-se nos indivíduos com surdez moderada ($p < 0,05$). Os participantes, em sua maioria, não foram expostos a ruídos, no entanto, apresentavam zumbido, não faziam uso de Aparelho Auditivo Sonoro Individual (AASI) e não residiam sozinhos. Alguns desses fatores, além do fato de que indivíduos que não faziam uso de antidepressivos apresentavam sintomatologia de depressão, caso não ajustados, podem levar à dificuldade de interação social. Conseqüentemente, podem ocorrer isolamento social e tendência à depressão no público idoso. Entretanto, como a maioria dos participantes não residem sozinhos, explica-se a menor incidência da depressão na amostra estudada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS e União Internacional de Telecomunicações recomendam novo padrão global para prevenir perda auditiva entre 1,1 bilhão de pessoas - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. [www.paho.org](https://www.paho.org/pt/noticias/12-2-2019-oms-e-uniao-internacional-telecomunicacoes-recomendam-novo-padrao-global-para). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/12-2-2019-oms-e-uniao-internacional-telecomunicacoes-recomendam-novo-padrao-global-para>
2. Araújo MAN. A estruturação da linguagem e a formação de conceitos na qualificação de surdos para o trabalho. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2005; 25:240–51.
3. Costa-Guarisco LP, Dalpubel D, Labanca L, Chagas MHN. Percepção da perda auditiva: utilização da escala subjetiva de faces para triagem auditiva em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:3579–88.
4. Schindwein-Zanini R, Ikino C, Mada M, Ferreira ZCG. ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS EM PACIENTES COM QUEIXA DE PERDA AUDITIVA. *Arq Catarin Med*. 2021; 50(2):298-310.
5. LIMA, Ana Maraysa Peixoto et al. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, abr. 2016. ISSN 2238-3360. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>
6. Elizabete Viana De Freitas, Al E. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio De Janeiro (Rj): Guanabara Koogan; 2011.
7. Brink P, Stones M. Examination of the Relationship Among Hearing Impairment, Linguistic Communication, Mood, and Social Engagement of Residents in Complex Continuing-Care Facilities. *The Gerontologist*. 2007 Oct 1;47(5):633–41.
8. Rutherford BR, Brewster K, Golub JS, Kim AH, Roose SP. Sensation and Psychiatry: Linking Age-Related Hearing Loss to Late-Life Depression and Cognitive Decline. *American Journal of Psychiatry*. 2018 Mar;175(3):215–24.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Gerais Para a Atenção Especializada Às Pessoas Com Deficiência Auditiva No Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM/MS No 2.776. 2014;2014:1-21
10. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 1982; 17(1):37-49.
11. Paiva KM de, Samelli AG, Oliveira PL de, Hillesheim D, Haas P, Medeiros PA de, et al. Negative self-perception of hearing and depression in older adults: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*. 2023;57:15.
12. AGÊNCIA BRASIL: País tem 10,7 milhões de pessoas com deficiência auditiva, diz estudo. Instituto Locomotiva. Disponível em: <https://ilocomotiva.com.br/clipping/agencia-brasil-pais-tem-107-milhoes-de-pessoas-com-deficiencia-auditiva-diz-estudo/>
13. L14423 [Internet]. www.planalto.gov.br. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art1
14. Brasil. Secretaria De Atenção À Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, Df: Ministério Da Saúde; 2007.
15. Torres LR de L, Baeck HE, Diógenes B de S, Gurgel YM. Investigação dos fatores de risco pré-estabelecidos para perdas auditivas em idosos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2023 Apr 1;23(3):e12452.

16. Ingried Prímola Aguiar, Nadjara L, Emily A, Fernanda, Araújo S, Santos S, et al. QUEIXAS AUDITIVAS E VESTIBULARES EM PESSOAS IDOSAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA ONLINE. 2020 Dec 30;9(2):93–101
17. Nascimento J de R da S, Souza DS. As ações das equipes de saúde no atendimento aos idosos surdos ou deficientes auditivos. Research, Society and Development. 2021 Feb 18;10(2):e34510212733.
18. Cabral Barbosa A, De Oliveira Arantes A, De Almeida Sousa J, Carolina Rios Fonseca M, Mitsue de Castro Matsuoka S. NOISE-INDUCED HEARING LOSS. Health and Society. 2022 Sep 2;2(04):218–25.
19. Reisinger L, Schmidt F, Benz K, Vignali L, Roesch S, Kronbichler M, et al. Ageing as risk factor for tinnitus and its complex interplay with hearing loss—evidence from online and NHANES data. BMC Medicine. 2023 Aug 2;21(1).
20. Heidari F, Ghahraman MA, Tavanai E, Jalaie S, Zamiri Abdollahi F. Self-assessed hearing handicap in the elderly: a pilot study on Iranian population. Auditory and Vestibular Research. 2021 Jan 31;
21. Patricia Fagundes Soares, Luisa V. Percepção de familiares e autopercepção de idosos usuários de dispositivos de amplificação quanto à restrição de participação causada pela deficiência auditiva. Distúrbios da Comunicação,. 2023 Jun 1;35(1):e57951–1.
22. Contrera KJ, Sung YK, Betz J, Li L, Lin FR. Change in loneliness after intervention with cochlear implants or hearing aids. The Laryngoscope. 2017;127(8):1885–9.
23. Mener DJ, Betz J, Genther DJ, Chen D, Lin FR. Hearing loss and depression in older adults. J Am Geriatr Soc. 2013 Sep;61(9):1627-9.
24. Gopinath B, Wang JJ, Schneider J, Burlutsky G, Snowdon J, McMahon CM, et al. Depressive Symptoms in Older Adults with Hearing Impairments: The Blue Mountains Study. Journal of the American Geriatrics Society. 2009 Jul;57(7):1306–8.
25. Rutherford BR, Brewster K, Golub JS, Kim AH, Roose SP. Sensation and Psychiatry: Linking Age-Related Hearing Loss to Late-Life Depression and Cognitive Decline. American Journal of Psychiatry. 2018;175(3):215–24.
26. Alexandre S, de C, Almeida A, Araujo N, de I, de C. Experiências de solidão entre os idosos que moram sós. Saúde Coletiva. 2020;10(57):3729–38.
27. Wang Z, Yang H, Zheng P, Liu B, Guo Z, Geng S, et al. Life negative events and depressive symptoms: the China longitudinal ageing social survey. BMC Public Health. 2020;20(1).

ANEXO(S)**ANEXO A: Escala Geriátrica de Depressão (Yesavage, 1983):**

PACIENTE: _____

DATA DA AVALIAÇÃO: _____

AVALIADOR: _____

- | | | |
|---|---------|---------|
| 1. Você está satisfeito com sua vida? | () Sim | () Não |
| 2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? | () Sim | () Não |
| 3. Sente que sua vida está vazia? | () Sim | () Não |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido? | () Sim | () Não |
| 5. Você tem muita fé no futuro? | () Sim | () Não |
| 6. Tem pensamentos negativos? | () Sim | () Não |
| 7. Na maioria do tempo está de bom humor? | () Sim | () Não |
| 8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? | () Sim | () Não |
| 9. Sente-se feliz na maioria do tempo? | () Sim | () Não |
| 10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado? | () Sim | () Não |
| 11. Sente-se frequentemente intranquilo? | () Sim | () Não |
| 12. Prefere ficar em casa em vez de sair? | () Sim | () Não |
| 13. Preocupa-se muito com o futuro? | () Sim | () Não |
| 14. Acha que tem mais problemas de memória que os outros? | () Sim | () Não |
| 15. Acha bom estar vivo? | () Sim | () Não |
| 16. Fica frequentemente triste? | () Sim | () Não |
| 17. Sente-se inútil? | () Sim | () Não |
| 18. Preocupa-se muito com o passado? | () Sim | () Não |
| 19. Acha a vida muito interessante? | () Sim | () Não |
| 20. Para você é difícil começar novos projetos? | () Sim | () Não |
| 21. Sente-se cheio de energia? | () Sim | () Não |
| 22. Sente-se sem esperança? | () Sim | () Não |
| 23. Acha que os outros têm mais sorte que você? | () Sim | () Não |
| 24. Preocupa-se com coisas sem importância? | () Sim | () Não |
| 25. Sente frequentemente vontade de chorar? | () Sim | () Não |
| 26. É difícil para você concentrar-se? | () Sim | () Não |
| 27. Sente-se bem ao despertar? | () Sim | () Não |
| 28. Prefere evitar as reuniões sociais? | () Sim | () Não |
| 29. É fácil para você tomar decisões? | () Sim | () Não |
| 30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente? | () Sim | () Não |

A pontuação da Escala de Depressão Geriátrica (EGS-30) será obtida respeitando as orientações originais do teste (Yesavage et al., 1983), nas quais ausência de depressão corresponde à soma das pontuações menor ou igual a 10; depressão leve quando entre 11 e 20 e depressão grave, com soma maior que 20 pontos (Barreto et al., 2008)(Hartmann;Gomes, 2015).

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa: **“Análise da prevalência da depressão em idosos com hipoacusia em uma cidade no interior do Maranhão”**. Com o objetivo de identificar a incidência de depressão em idosos com hipoacusia em uma unidade de referência em Imperatriz-Maranhão no período de maio a agosto de 2022. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final deste documento. Você receberá uma cópia deste termo assinada em duas vias por você e pelo pesquisador responsável onde há o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação antes e durante a pesquisa. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhuma penalização e interrupção do seu acompanhamento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a Instituição. **Local de Execução:** Otolínea - Rua Alagoas 586, Juçara - Imperatriz, MA, 65919-170, Tel: (99) 3525-1018. **Critério de Inclusão dos Indivíduos:** Eu poderei ser incluído(a) nesta pesquisa se atender aos seguintes critérios: ter 60 anos ou mais, apresentar presbiacusia ou hipoacusia e aceitar participar da pesquisa. **Critérios de exclusão dos Indivíduos:** Ter menos de 60 anos ou indivíduos que não queiram participar. **Critérios de Acompanhamento e Assistência como responsáveis:** Os pacientes selecionados serão acompanhados pelo médico, bem como pelos demais pesquisadores, sendo estes responsáveis pela condução da pesquisa, durante toda a fase de execução do projeto. **Descrição do Estudo:** O estudo será realizado com abordagem transversal, do tipo observacional, descritiva e de caráter quantitativo realizada por meio da aplicação de questionário e da Escala Geriátrica da Depressão (GDS) de 30 itens aos pacientes idosos com hipoacusia atendidos na Otolínea de Imperatriz-MA. Ao fim do projeto, planeja-se verificar o índice de depressão nesses idosos com hipoacusia, para que contribua futuramente em um possível diagnóstico precoce, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. **Benefícios para o Indivíduo:** Eu poderei conhecer melhor meu estado de saúde. Haverá um grande benefício para a promoção da minha saúde. Caso detectado alguma alteração mais grave, poderei tratar precocemente e obter melhores resultados. **Direitos dos Indivíduos para recusar-se a participar**

ou retirar-se do estudo: Eu entendo que minha participação no projeto é voluntária e posso recusar-me a participar ou posso interromper minha participação em qualquer hora, sem penalização. **Direitos dos indivíduos quanto à privacidade:** Eu concordo com a publicação dos dados obtidos, desde que preservado o meu nome. Estou ciente que haverá total proteção à minha participação. **Publicação das Informações:** As informações coletadas referentes ao projeto estarão disponíveis para a equipe envolvida na pesquisa. Poderão ser publicados de acordo com o item anterior. **Informação Financeira:** Minha participação neste estudo não implica em contrato de trabalho. Eu não receberei nenhuma compensação financeira para participar do estudo. **Assinaturas:** O estudo foi discutido comigo e todas as questões foram respondidas. Eu entendo que perguntas adicionais relacionadas ao estudo devem ser dirigidas aos investigadores relacionados acima. Eu entendo que se tiver dúvidas sobre direitos dos voluntários, posso contatar o Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão. Eu concordo com os termos acima e acuso o recebimento de uma cópia deste consentimento.

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Pesquisador

ANEXO C: AUTORIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA



TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Fernanda Aguiar da Cruz, responsável técnica, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da instituição OTOCLÍNICA situada em Imperatriz-MA, declaro que os pesquisadores **FABRÍCIO LEOCÁDIO RODRIGUES DE SOUSA** e **CAMILA KELLY DE MELO FIDELIS**, estão autorizados a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa **"ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO EM IDOSOS COM HIPOACUSIA EM UMA CIDADE NO INTERIOR DO MARANHÃO"**, cujo objetivo geral é **"Identificar a prevalência de depressão em idosos com hipoacusia em uma unidade de referência em Imperatriz-Maranhão no período de maio a outubro de 2022."**

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Imperatriz, 04 de abril de 2022

Dr.º Fernando A. Aguiar da Cruz
Cirurgia - Cabeça e Pesçoço
CRO-MA 0172/2016 L111

Assinatura do Responsável

● Dr.º Ana Paula R. Milhemem CRM 582/04 ● Dr.º Fernando Aguiar da Cruz CRM 0172/MA / RQE 1311 ● Dr.º Fábio Guimarães CRM 4935/MA / RQE 2540 ● Dr.º Willen Lopes CRM 5250/MA / RQE 2791 ● Dr.º Fabrício Leocádio CRM 9915/04

Rua João Lisboa, 1285 - Centro - (entre ruas Sergipe e Bahia) - Cep. 65.900-633 - Imperatriz - MA
Fones: (99) 3523-1831/3523-2500 / 3071-3357 / 98428-4884 ☎ / Foneaudiólogo: (99)99178-2472 ☎
e-mail: otoclinica_oto@outlook.com

ANEXO D: NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- Declaração de Conflito de Interesse
- Parecer consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
- Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais
- Manuscrito redigido seguindo template da revista

Diretrizes para Autores

MENU

No menu "Sobre a Revista" <https://periodicos.ufes.br/rbps/about> está disponível nosso foco, escopo e periodicidade; Política de Acesso livre; Responsabilidades do autor; Aspectos éticos e Política contra plágio e más condutas e pesquisa; Documentação de conflito de interesse e de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; Registros de ensaios clínicos e direitos autorais (Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais).

As Diretrizes estão dispostas abaixo. Acesse o [template](#) para submeter o seu manuscrito na RBPS. Siga-o rigorosamente. Insira também as demais declarações e folhas de rosto.

SUBMISSÃO

A submissão de trabalhos na rbps é online pelo sistema Open Journal System (OJS) (<https://periodicos.ufes.br/rbps/about/submissions>). O autor correspondente deve fornecer um ID ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*, <http://orcid.org/>) no momento da submissão inserindo-o no perfil do usuário no sistema de submissão. Recomendamos que seja feito o mesmo para os coautores.

Na submissão, os autores devem realizar *upload* de todos os documentos constantes nas seções "conflitos de interesse" e "direitos autorais". Além disso, deve fazer *upload* do manuscrito a ser avaliado (seguir *templates* indicados).

FLUXO EDITORIAL

Na seleção de manuscritos para publicação, são avaliados: originalidade, relevância e metodologia, além da adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico (disponível em "Diretrizes para Autores").

Ao ser submetido à avaliação, o manuscrito é avaliado inicialmente pela Secretaria, observando se está em concordância com as normas de publicação da RBPS, principalmente à juntada documental exigida. Em seguida, o manuscrito é designado aos editores científicos para iniciar o processo de avaliação duplo-cega e por pares.

Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as "Diretrizes para Autores". Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas e inclusão de documentos eventualmente necessários.

Os editores científicos recebem os manuscritos designados pelo editor-chefe, avaliam se há concordância com o foco e escopo científico de publicação da RBPS e inicia, tarefa de revisão técnico-científica por meio de indicação de pareceristas/revisores ad hoc científicos que recebem os manuscritos. Esta etapa editorial ocorre com distribuição aos pareceristas/revisores ad hoc descentralizada, sendo que um revisor é vinculado a instituições localizadas no Estado do Espírito Santo ou em outros Estados, e o outro revisor externo, de instituições localizadas fora do Espírito Santo ou fora do Brasil.

Os editores científicos recebem as avaliações dos pareceristas/revisores ad hoc, elaboram parecer consubstanciado dos manuscritos científicos e remete-os ao editor-científico, num prazo médio de 30 dias úteis.

O processo de avaliação por pares e de forma cega (sistema de peer e *blind review*) é procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos pareceristas/revisores ad hoc, por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito e os revisores/pareceristas ad hoc certificarão que não há qualquer conflito de interesse nas análises técnico-científicas.

Os pareceres dos pareceristas/revisores ad hoc englobam três possibilidades: a) Submissão aceita; b) Submissão aceita com restrições; c) Submissão rejeitada. O

parecer final será emitido pelo editor científico que definirá os próximos passos do fluxo editorial do manuscrito. Os autores acompanham esse fluxo pelo sistema Open Journal System (OJS) que utilizou para submeter o manuscrito.

Os manuscritos, quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Essas eventuais modificações só ocorrerão após prévia consulta ao autor.

No caso de aceite com restrições, o editor científico devolverá o manuscrito aos autores para que façam as devidas alterações indicadas pelos pareceristas/revisores *ad hoc* e reapresentem para nova avaliação.

Quando recusado, o editor científico devolverá o manuscrito aos autores com a justificativa.

DIRETRIZES PARA AUTORES

1. CONTEÚDO DAS SEÇÕES

Os manuscritos enviados à RBPS devem ser redigidos no idioma português ou inglês e devem se enquadrar em uma das seções da revista, descritas a seguir:

1 - **Editorial**: comentário crítico e aprofundado, preparado pelos editores da Revista e/ou por pessoa convidada com notória vivência sobre o assunto abordado. Deve conter a estrutura de um texto dissertativo, com Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Referências.

2 - **Artigos originais** (perfazem mais de 80% da edição): apresentam resultados inéditos de pesquisa científica, clínica ou experimental, entre outros. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

3 - **Relatos de casos**: apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

4 - **Artigos de revisão**: avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

5 - Relatos de Experiência: Redação técnico-científica com objetivo de descrever experiência vivenciada e contribuir com a construção do conhecimento na área de forma sistematizada e estruturada com finalidade de trazer reflexões sobre determinada realidade e/ou experiência. Deve conter: Introdução (contextualização, relato da experiência, marco teórico), resultados, discussão e conclusões.

2. MANUSCRITOS EM LINGUA ESTRANGEIRA

A Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde aceita submissão de manuscritos na íntegra em língua estrangeira desde que os autores apresentem junto ao trabalho submetido o certificado de revisão de inglês ou espanhol.

Os pesquisadores deverão assumir os custos da revisão em língua estrangeira. Caso um dos coautores seja estrangeiro nativo da língua inglesa e/ou espanhola, este deverá revisar o inglês e o espanhol do trabalho. O autor principal (correspondente) deverá enviar atesto para revista confirmando que essa revisão foi feita por um dos autores nativos da língua inglesa ou espanhola.

Para manuscritos em língua portuguesa, é obrigatório seção de *abstract*, porém não é necessário submeter atesto de revisão da língua (essa etapa é realizada no fluxo de editoração da RBPS sem custos aos autores).

3. APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos deverão ser digitados em *Word for Windows* e enviados exclusivamente pelo Sistema *On-line* de Submissão de Manuscritos (<http://periodicos.ufes.br/rbps>), acompanhados dos documentos digitalizados: a) Declaração de Conflito de Interesse; b) Parecer consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; c) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm, fonte Arial tamanho 12 e espaço 1,5, com alinhamento do texto justificado e parágrafos com tabulação com recuo de primeira linha em 1,25. O número de páginas está limitado a 25 e deve obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, *Abstract*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

A) Página de rosto

Deverá ser enviada uma página de rosto contendo somente os seguintes itens: título do manuscrito em português e inglês e nome completo dos autores, informação sobre a afiliação dos autores (principal instituição de origem, cidade, estado e país), nome e endereço completo para correspondência, local em que o estudo foi realizado. Indicação do responsável pela troca de correspondência, fornecendo endereço completo (CEP, telefone com DDD e endereço eletrônico - e-mail) para contato.

Devem ser incluídas na folha de rosto as fontes de financiamento para realização da pesquisa, tais como: bolsas de estudos e auxílios financeiros.

IMPORTANTE: A Página de Rosto deve ser incluída como documento suplementar. Os dados contidos na página de rosto não devem ser incluídos no corpo do manuscrito para garantia do sistema de fluxo editorial *blind review*.

B) Resumo e Abstract

Os resumos devem possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter, no máximo, 250 palavras e ser apresentado em português e inglês, incluindo palavras de estrutura (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusão) e palavras-chave.

C) Palavras-chave e Keywords

São palavras ou expressões que identificam o conteúdo do manuscrito, fornecidas pelo próprio autor. Deverão ser seguidos os cabeçalhos de assuntos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês, indicados pela Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br>).

D) Estrutura do texto

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Relato de Casos e de Experiência.

E) Ilustrações

As ilustrações e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de cinco. No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, “Qualquer que seja o tipo de ilustração [ou tabela], sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”.

Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da Revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com resolução adequada (300 dpi). Desenhos e esquemas deverão ser limitados ao mínimo, feitos, preferencialmente, em *Corel Draw*, devendo ser fornecidos em formato digital junto com o arquivo do manuscrito e apresentados em folhas separadas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução. Essa autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à apreciação para publicação. Todas as ilustrações e tabelas, sem exceção, devem ser citadas no corpo do texto e ser apresentadas em páginas separadas.

F) Agradecimentos

É opcional aos autores. Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do manuscrito. Deverão estar dispostos no manuscrito antes das referências. Não devem ser feitos agradecimentos de cunho pessoal ou familiar.

G) Referências

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo *Vancouver*. Os exemplos devem estar conforme os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos ([National Library of Medicine](#)).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

H) Citação das referências no texto

Seguir o sistema numérico de citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Não devem ser citados os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nome de autores (seguido de número índice e ano de publicação do manuscrito) se estritamente necessário. Exemplos de citação de referências no texto:

- Números aleatórios

“O processamento é negligenciado pela maioria dos profissionais, chegando alguns autores a afirmar que cerca de 90% das falhas em radiografias acontecem na câmara escura”^{2,8,10}.

- Números sequenciais

“Desde que observações clínicas comprovaram que lesões de mancha branca são reversíveis, a remineralização passou a ser um importante mecanismo na prevenção e redução clínica das cáries em esmalte”¹⁻⁴.

- Citação de nome de autor

“Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite em uma paciente submetida à apicectomia com laser de Nd: YAG, que levou à necrose de parte da maxila, pela difusão do calor gerado ao tecido ósseo adjacente ao ápice radicular.”

I) Abreviaturas

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovadas pelo documento de Montreal publicado no British Medical Journal 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

J) Nomes de drogas

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido pelo símbolo que caracteriza a marca registrada, em sobrescrito.

K) Considerações finais

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a sua conformidade em relação a todos os itens aqui listados. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Para contato, envie e-mail para rbps.ccs@ufes.br

Correspondências devem ser enviadas à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde aos cuidados da Editoria-chefe da Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS), endereço: Avenida Marechal Campos, número 1468, Maruípe, Vitória, Espírito Santo, Brasil, Cep: 29040-090. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo.

Artigos Originais

O resumo deve possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter no máximo 250 palavras, em parágrafo único, espaçamento simples, e as seções **“Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão”**. O nome da seção deve estar em negrito. O texto deve ser em fonte Arial, 12, sem negrito. Ao final do resumo, devem ser listadas de 3 a 5 palavras-chave.

Relato de Caso

Apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

Relatos de Experiência

Redação técnico-científica com objetivo de descrever experiência vivenciada e contribuir com a construção do conhecimento na área de forma sistematizada e estruturada com finalidade de trazer reflexões sobre determinada realidade e/ou experiência. Deve conter: Introdução (contextualização, relato da experiência, marco teórico), resultados, discussão e conclusões.

Artigos de Revisão

Avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais

Solicita-se aos autores dos manuscritos submetidos à apreciação enviar à RBPS uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, contendo a assinatura de cada um dos autores, de acordo com o modelo apresentado a seguir:

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Nós, abaixo assinados, transferimos todos os direitos autorais do manuscrito intitulado “_____” à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Declaramos, ainda, que o manuscrito é original e não está sendo considerado para publicação em outra revista, no formato impresso ou eletrônico.

(Discriminar as funções de cada autor)

Exemplos:

(Nome do autor) realizou a aplicação do questionário, experimento clínico, correção e edição final.

(Nome do autor) realizou a busca bibliográfica, coletou dados e atuou na redação, correção e edição final.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

IMPORTANTE: A Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais deve ser incluída como documento suplementar.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Respeitosamente,

Equipe Editorial da RBPS.

ANEXO E: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP – HUUFMA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Análise da prevalência da depressão em idosos com hipoacusia em uma cidade no interior do Maranhão.

Pesquisador: FABRICIO LEOCADIO RODRIGUES DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57691822.3.0000.5086

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.790.544

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 02 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

APÊNDICE(S):

**APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS CLÍNICOS DE
PACIENTES**

Idade:

Escolaridade:

Sexo: () feminino () masculino

Estado Civil: () casado () solteiro () viúvo () separado () outro. _____.

Reside: () sozinho () familiares () outro. _____.

Profissão: _____.

Sofreu exposição à ruídos em algum período na vida? () sim () não. Quanto tempo?

_____.
A renda provém de: () pensão () aposentadoria () ajuda de terceiros () outros.

Surdez Leve () Surdez Moderada () Surdez Profunda () Surdez Severa

Faz uso de aparelho sonoro individual? () sim () não. Se sim: () unilateral ()
bilateral

Apresenta zumbido? () SIM () NÃO

Faz uso de antidepressivo? () SIM () NÃO qual?_____.

Como está a saúde? () boa () regular () má