



A Reabilitação Auditiva no Idoso: Impactos Funcionais, Cognitivos e a Importância da Intervenção Multidisciplinar

Hearing Rehabilitation in Older Adults: Functional and Cognitive Impacts and the Importance of Multidisciplinary Intervention

Bruno Magalhães de Pinho Tavares

Resumo: A perda auditiva relacionada à idade é altamente prevalente e repercute na comunicação, na participação social, na saúde emocional, na cognição, na autonomia, na segurança e na qualidade de vida. Este capítulo discute as principais consequências funcionais da perda auditiva no idoso e apresenta a reabilitação auditiva como processo contínuo e centrado na pessoa. São abordados avaliação clínica e audiológica, adaptação e acompanhamento do aparelho de amplificação sonora individual, indicação de implante coclear, treinamento auditivo, estratégias de comunicação e tecnologias assistivas. As evidências sustentam benefícios na audibilidade, na percepção da fala, na comunicação e na participação, enquanto efeitos sobre cognição, quedas, depressão e prevenção de demência devem ser interpretados com cautela. Metas individuais, expectativas realistas, uso regular do dispositivo, participação familiar e articulação entre otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, geriatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e cuidadores são centrais para o sucesso. A atenção à audição deve integrar as políticas de envelhecimento saudável e o cuidado integral à pessoa idosa.

Palavras-chave: idoso; perda auditiva; reabilitação auditiva; aparelhos auditivos; implante coclear; cognição.

Abstract: Age-related hearing loss is highly prevalent and affects communication, social participation, emotional health, cognition, autonomy, safety, and quality of life. This chapter discusses the main functional consequences of hearing loss in older adults and presents hearing rehabilitation as a continuous, person-centered process. It addresses clinical and audiological assessment, hearing-aid fitting and follow-up, indications for cochlear implantation, auditory training, communication strategies, and assistive technologies. The available evidence supports benefits in audibility, speech perception, communication, and participation, while the effects on cognition, falls, depression, and dementia prevention should be interpreted cautiously. Individual goals, realistic expectations, regular device use, family engagement, and coordination among otolaryngologists, audiologists, geriatricians, psychologists, occupational therapists, physical therapists, and caregivers are central to successful rehabilitation. Hearing care should therefore be integrated into healthy aging policies and comprehensive care for older adults.

Keywords: older adults; hearing loss; auditory rehabilitation; hearing aids; cochlear implant; cognition.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das transformações demográficas mais relevantes do século XXI. No Brasil, o Censo Demográfico de 2022 registrou cerca de 22,2 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, correspondendo a 10,9% da população, um crescimento de 57,4% em relação a 2010. Essa mudança impõe aos sistemas de saúde o desafio de não apenas prolongar a vida, mas preservar comunicação, participação social, autonomia e capacidade funcional ao longo dos anos (IBGE, 2023).

Entre as condições crônicas associadas ao envelhecimento, a perda auditiva ocupa posição de destaque. A Organização Mundial da Saúde estima que a deficiência auditiva atinja parcela expressiva da população idosa, com frequência crescente nas faixas etárias mais avançadas. Apesar de comum, permanece subdiagnosticada e, muitas vezes, é tratada como consequência inevitável da idade. Essa naturalização pode atrasar a procura por avaliação e reabilitação, permitindo que dificuldades inicialmente discretas se transformem em limitações importantes na vida cotidiana (World Health Organization, 2021).

A audição não se resume à detecção de sons. Ela sustenta a conversação, a compreensão de orientações, a manutenção de vínculos, o acesso à informação e a percepção de sinais ambientais. Quando ouvir se torna difícil, tarefas simples - acompanhar uma consulta, conversar em família, atender ao telefone ou participar de uma reunião - passam a exigir esforço adicional. Aos poucos, a pessoa pode evitar situações comunicativas, delegar decisões e reduzir sua presença em atividades sociais (World Health Organization, 2021).

O conceito de envelhecimento saudável, proposto pela Organização Mundial da Saúde, enfatiza o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional que permite bem-estar na velhice. Nessa perspectiva, ouvir adequadamente integra a capacidade intrínseca do indivíduo e influencia diretamente sua possibilidade de aprender, tomar decisões, manter relações e contribuir para a sociedade. A reabilitação auditiva deve, portanto, ser compreendida como estratégia de promoção do envelhecimento saudável e não apenas como prescrição de um dispositivo (World Health Organization, 2020).

O envelhecimento ativo acrescenta a essa discussão a ideia de que a pessoa idosa deve continuar participando das decisões e atividades que considera importantes. Essa participação depende de ambientes acessíveis e de condições que favoreçam a troca de informações. Quando a audição é ignorada, mesmo um idoso fisicamente independente pode perder espaço nas conversas, nas escolhas familiares e no próprio cuidado em saúde. Assim, identificar e tratar a perda auditiva é também combater barreiras de comunicação e promover cidadania (World Health Organization, 2020).

Este capítulo discute, em linguagem acessível a diferentes profissionais da saúde, por que a reabilitação auditiva é essencial para preservar comunicação, cognição, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa idosa. O foco está nas

repercussões humanas da perda auditiva, nos princípios da reabilitação, na adaptação aos dispositivos e na importância do cuidado multiprofissional e centrado na pessoa.

O ENVELHECIMENTO DO SISTEMA AUDITIVO

A presbiacusia é a perda auditiva relacionada ao envelhecimento. Em geral, apresenta instalação progressiva, acomete as duas orelhas e se manifesta inicialmente com maior dificuldade para perceber sons agudos. Como muitas consoantes da fala concentram informação nessas frequências, o idoso pode escutar que alguém está falando, mas não identificar com clareza todas as palavras. Daí surge a queixa clínica frequente de que a pessoa ouve, mas não entende (Schuknecht; Gacek, 1993; World Health Organization, 2021).

Essa dificuldade não depende apenas do volume do som. O envelhecimento pode comprometer estruturas da orelha interna, conexões do nervo auditivo e mecanismos cerebrais responsáveis por organizar estímulos rápidos, separar a fala do ruído e completar informações acústicas incompletas. Por isso, aumentar o volume da televisão nem sempre resolve o problema: sons mais fortes podem continuar pouco nítidos, especialmente em restaurantes, encontros familiares, igrejas, salas de espera ou qualquer ambiente com várias pessoas falando ao mesmo tempo (Schuknecht; Gacek, 1993; Nice, 2018).

No sistema auditivo periférico, as alterações relacionadas à idade reduzem a sensibilidade e a precisão com que diferentes frequências são representadas. No processamento central, pode haver menor eficiência na análise temporal e maior dificuldade de atenção seletiva. O cérebro precisa mobilizar mais recursos para decodificar a mensagem, fenômeno frequentemente denominado esforço de escuta. Uma conversa que antes era automática passa a exigir concentração intensa, favorecendo cansaço, irritabilidade e abandono da interação (World Health Organization, 2021; Glick; Sharma, 2017).

A evolução é heterogênea. Exposição acumulada ao ruído, doenças cardiovasculares, diabetes, tabagismo, uso de medicamentos ototóxicos, fatores genéticos e condições da orelha média podem influenciar o grau e a velocidade da perda. Por essa razão, não se deve atribuir toda dificuldade auditiva à idade sem avaliação clínica. Cerume impactado, infecções, alterações timpânicas e perdas assimétricas exigem investigação e manejo específicos (World Health Organization, 2021; Nice, 2018).

A dificuldade costuma ser maior quando a fala é rápida, o interlocutor está distante ou existem várias fontes sonoras competindo. Nessas situações, pequenas perdas de informação acumulam-se e o idoso precisa inferir palavras pelo contexto. Essa compensação funciona por algum tempo, mas torna a conversa cansativa. A queixa pode, portanto, variar muito entre ambientes: a pessoa compreende bem em uma sala silenciosa e apresenta grande limitação em um almoço familiar. Essa diferença explica por que testes em condições ideais nem sempre refletem toda a dificuldade vivida no cotidiano (Nice, 2018; World Health Organization, 2021).

É igualmente importante distinguir a audição da compreensão global. O desempenho comunicativo resulta da interação entre sensibilidade auditiva, visão, atenção, memória, velocidade de processamento, vocabulário, contexto e estado emocional. A avaliação da pessoa idosa deve considerar esse conjunto, evitando explicações simplistas e permitindo que a estratégia terapêutica seja adaptada às necessidades reais de cada indivíduo (World Health Organization, 2019; Nice, 2018).

CONSEQUÊNCIAS DA PERDA AUDITIVA NO IDOSO

A perda auditiva não tratada repercute muito além do ouvido. Seus efeitos se acumulam nas relações, no humor, na segurança, na cognição e na capacidade de realizar atividades cotidianas. A intensidade dessas consequências varia de acordo com o grau da perda, o ambiente, a personalidade, o suporte familiar, as comorbidades e o acesso à reabilitação (World Health Organization, 2021; Lawrence *et al.*, 2020; Yeo *et al.*, 2025).

Comunicação, Relações Familiares e Participação Social

As primeiras repercussões costumam surgir na comunicação. O idoso pede repetições, responde de forma inadequada por não ter compreendido toda a frase ou parece desatento. Familiares podem interpretar esses episódios como teimosia, desinteresse ou falha de memória. O aumento do volume da voz, as correções constantes e a impaciência criam um ciclo de tensão no qual todos se sentem frustrados (World Health Organization, 2021; Michaud; Duchesne, 2017).

Com o tempo, a pessoa pode falar menos para evitar constrangimentos, afastar-se de ambientes ruidosos e recusar convites. A perda de espontaneidade comunicativa limita a troca de experiências e reduz a participação em decisões familiares. Mesmo permanecendo fisicamente presente, o idoso pode tornar-se progressivamente excluído das conversas, o que favorece solidão e sensação de inutilidade (World Health Organization, 2021; Lawrence *et al.*, 2020).

A comunicação deficiente também afeta os cuidadores. Repetir informações, intermediar contatos e assumir tarefas que antes eram realizadas pelo idoso aumentam a carga cotidiana. Estratégias simples - falar de frente, reduzir ruídos, iluminar adequadamente o ambiente e confirmar a compreensão - podem aliviar parte dessa sobrecarga, mas não substituem a avaliação e a reabilitação quando há perda auditiva significativa (Nice, 2018; World Health Organization, 2021).

Em muitos lares, a perda auditiva modifica papéis familiares de modo silencioso. O cônjuge passa a responder pelo idoso, os filhos assumem telefonemas e decisões, e a pessoa afetada é progressivamente excluída de assuntos que lhe dizem respeito. Embora a intenção seja ajudar, esse padrão pode reduzir a autonomia e favorecer dependência. A equipe deve orientar a família a facilitar a comunicação sem substituir a voz do paciente (World Health Organization, 2019; Michaud; Duchesne, 2017).

Saúde Emocional e Qualidade de Vida

A restrição das interações pode contribuir para tristeza, ansiedade, irritabilidade e perda de confiança. Estudos observacionais identificam associação entre perda auditiva e maior frequência de sintomas depressivos em idosos, embora essa relação seja influenciada por múltiplos fatores. O receio de compreender algo errado pode gerar ansiedade antecipatória e levar a pessoa a evitar consultas, eventos sociais, atividades religiosas e encontros com amigos (Lawrence *et al.*, 2020).

A qualidade de vida diminui quando o indivíduo deixa de participar das experiências que considera significativas. Ouvir música, acompanhar programas, conversar com netos e manter contato por telefone podem ter valor afetivo central. A reabilitação deve ser orientada por essas prioridades pessoais, pois o sucesso não é definido apenas pela melhora de um teste, mas pela recuperação de atividades e relações relevantes (Mulrow *et al.*, 1990; Michaud; Duchesne, 2017; Tang *et al.*, 2025).

O estigma relacionado ao uso de aparelhos ainda representa um obstáculo. Algumas pessoas associam o dispositivo à fragilidade, à velhice ou à deficiência e adiam a adaptação por anos. Essa resistência deve ser acolhida com escuta e informação, e não com julgamento. Aparelhos discretos e tecnologias modernas podem ajudar, mas a mudança mais importante é compreender que utilizar um recurso de acessibilidade é uma forma de preservar independência, não de perdê-la (World Health Organization, 2021; Nice, 2018).

Cognição e Esforço de Escuta

A perda auditiva está associada, em estudos populacionais, a um maior risco de declínio cognitivo e demência. Essa associação não significa que toda pessoa com perda auditiva desenvolverá demência nem que a amplificação, isoladamente, seja capaz de preveni-la. Entre os mecanismos propostos estão menor estimulação social, aumento do esforço de escuta, compartilhamento de fatores vasculares e redução da reserva cognitiva disponível para memória e outras tarefas (Lin *et al.*, 2023; World Health Organization, 2021).

O ensaio clínico ACHIEVE avaliou uma intervenção auditiva com aconselhamento e aparelhos em idosos sem comprometimento cognitivo importante. Na análise global, não houve diferença significativa no declínio cognitivo em três anos; entretanto, no grupo com maior risco basal, a intervenção mostrou benefício. Esses resultados reforçam uma interpretação equilibrada: a reabilitação auditiva é recomendada por seus efeitos comunicativos e funcionais e pode contribuir para a saúde cognitiva de grupos vulneráveis, mas não deve ser apresentada como garantia de prevenção da demência (Lin *et al.*, 2023).

Na prática, reduzir o esforço necessário para acompanhar uma conversa pode liberar recursos de atenção, facilitar a participação em atividades intelectuais e diminuir a exaustão ao final do dia. A audição deve integrar a avaliação global do idoso com queixa de memória, pois a má compreensão das instruções pode reduzir

o desempenho em testes cognitivos e simular ou acentuar dificuldades cognitivas (Lin *et al.*, 2023; Nice, 2018).

Autonomia, Desempenho Funcional e Segurança

A audição participa de inúmeras atividades instrumentais da vida diária. Compreender orientações médicas, organizar medicamentos, resolver assuntos bancários, utilizar transporte, atender chamadas e reconhecer alarmes dependem de acesso confiável à informação sonora. Quando esse acesso falha, a pessoa pode necessitar de ajuda crescente e perder autonomia antes que exista incapacidade física relevante (World Health Organization, 2019, 2021).

A literatura também demonstra associação entre perda auditiva e maior risco de quedas. Uma meta-análise publicada em 2025 identificou aumento das chances e do risco longitudinal de quedas em pessoas com deficiência auditiva. As possíveis explicações incluem atenção dividida, menor percepção de pistas ambientais e coexistência de alterações vestibulares. Ainda não está comprovado que tratar a perda auditiva, por si só, previna quedas, mas a audição deve ser considerada na avaliação multifatorial de risco, juntamente com visão, equilíbrio, força muscular, medicamentos e ambiente domiciliar (Yeo *et al.*, 2025).

Além disso, a dificuldade para compreender profissionais de saúde pode comprometer a adesão terapêutica e o consentimento informado. Consultas em que todos utilizam máscaras, falam à distância ou mantêm ruído de fundo tornam-se especialmente desafiadoras. Garantir comunicação acessível é medida de segurança do paciente e parte do cuidado digno à pessoa idosa (World Health Organization, 2021; Nice, 2018).

A repercussão funcional pode ser agravada em pessoas com dupla perda sensorial, principalmente quando coexistem baixa visão e deficiência auditiva. Nesses casos, pistas visuais e leitura orofacial também ficam limitadas, e o manuseio de aparelhos pode tornar-se mais difícil. A avaliação deve incluir iluminação, contraste, tamanho dos controles e necessidade de apoio para garantir que a tecnologia seja realmente utilizável (World Health Organization, 2019; Nice, 2018).

Quadro 1 – Principais consequências da perda auditiva no idoso.

- Isolamento social e menor participação em atividades coletivas;
- Dificuldade de comunicação e conflitos familiares;
- Sintomas depressivos, ansiedade e perda de autoconfiança;
- Maior esforço de escuta e possível repercussão cognitiva;
- Maior risco de quedas dentro de um contexto multifatorial;
- Redução da autonomia e da independência nas atividades cotidianas;
- Piora da qualidade de vida e sobrecarga de familiares e cuidadores.

Fonte: elaboração do autor com base em World Health Organization (2021), Lawrence *et al.* (2020), Tang *et al.* (2025) e Yeo *et al.* (2025).

O rastreio da dificuldade auditiva pode começar com perguntas simples sobre compreensão da fala, necessidade de repetição, aumento do volume da televisão e dificuldade em ambientes ruidosos. Queixas do próprio idoso ou observações de

familiares devem motivar avaliação audiológica, sobretudo quando há repercussão na comunicação, na participação social ou na segurança. O rastreio não substitui a avaliação diagnóstica, mas pode reduzir o intervalo entre o início das dificuldades e o acesso à reabilitação (Nice, 2018; World Health Organization, 2021).

REABILITAÇÃO AUDITIVA

Reabilitação auditiva é o conjunto de medidas destinadas a reduzir as limitações de atividade e as restrições de participação decorrentes da perda auditiva. Seu objetivo é melhorar a comunicação no cotidiano e não simplesmente tornar todos os sons mais fortes. O processo pode incluir aconselhamento, dispositivos de amplificação, tecnologias assistivas, treinamento auditivo, estratégias de comunicação e acompanhamento da família (Boothroyd, 2007; World Health Organization, 2021).

A primeira etapa é compreender as queixas e as metas do paciente. Duas pessoas com audiogramas semelhantes podem apresentar necessidades muito diferentes: uma deseja acompanhar reuniões de trabalho; outra, conversar com os netos; outra, voltar a frequentar atividades comunitárias. A escolha terapêutica deve considerar grau e configuração da perda, reconhecimento de fala, destreza manual, visão, cognição, estilo de vida, condições econômicas e disponibilidade de apoio (World Health Organization, 2019; Nice, 2018).

A avaliação inicial inclui história clínica, exame otorrinolaringológico e testes audiológicos compatíveis com a queixa. O objetivo não é acumular exames, mas confirmar a perda, identificar causas tratáveis e compreender sua repercussão funcional. Perguntas sobre situações específicas - televisão, telefone, reuniões, fala no ruído e comunicação com familiares - ajudam a traduzir o diagnóstico em metas concretas de reabilitação (Nice, 2018).

Adaptação ao Aparelho de Amplificação Sonora Individual

O aparelho de amplificação sonora individual (AASI) é uma das principais estratégias de reabilitação da perda auditiva relacionada à idade. Ele capta, processa e amplifica os sons de acordo com as características auditivas e as necessidades do usuário. Entretanto, o simples fornecimento do aparelho não constitui reabilitação completa. É necessário orientar sobre colocação, retirada, higiene, recarga ou troca de pilhas, proteção contra umidade e manejo de situações comunicativas. Sempre que possível, a adaptação deve incluir verificação objetiva do desempenho eletroacústico, associada à avaliação do benefício percebido e funcional, para confirmar que a amplificação está adequada às necessidades individuais (Nice, 2018; Almufarrij; Dillon; Munro, 2021).

A adaptação é gradual. Nas primeiras semanas, sons ambientais antes pouco percebidos - talheres, água corrente, passos e ruídos do trânsito - podem parecer estranhos ou excessivamente presentes. O cérebro precisa reaprender a organizar essas informações. O uso regular, associado a ajustes e acompanhamento, favorece

a aclimatização e permite que o profissional identifique desconfortos, dificuldades de manuseio e expectativas inadequadas (Nice, 2018; Karawani; Jenkins; Anderson, 2022).

O paciente deve compreender que o AASI melhora a audibilidade, mas não restaura uma audição idêntica à de décadas anteriores. Ambientes muito ruidosos continuarão desafiadores, principalmente quando há redução importante do reconhecimento de fala ou alterações cognitivas associadas. Expectativas realistas aumentam adesão e satisfação. O benefício deve ser avaliado pela melhora na vida diária, pelo tempo de uso, pela facilidade de comunicação e pela retomada de atividades significativas (Tang *et al.*, 2025; Nice, 2018).

Alguns idosos abandonam o aparelho por dificuldade de inserção, sensação de ouvido tampado, desconforto, excesso de ruído ambiental ou falta de benefício percebido. Esses problemas frequentemente têm solução com nova orientação, ajuste, mudança do molde ou revisão da estratégia. Antes de concluir que “o paciente não se adaptou”, é necessário identificar a barreira específica. A adesão é construída por tentativa, acompanhamento e participação ativa do usuário (Nice, 2018; Michaud; Duchesne, 2017).

Implante Coclear

O implante coclear pode ser considerado em adultos e idosos com perda auditiva neurossensorial e benefício insuficiente com aparelhos auditivos adequadamente adaptados, especialmente quando o reconhecimento de fala permanece significativamente comprometido. Diferentemente do AASI, que amplifica o som, o implante transforma o estímulo acústico em sinais elétricos que estimulam diretamente o nervo auditivo. A indicação deve ser individualizada e depende de avaliação especializada, desempenho audiológico com amplificação, configuração e grau da perda, condições clínicas, critérios assistenciais vigentes e expectativas do paciente (Nice, 2018; Kay-Rivest; Schlacter; Waltzman, 2022).

A idade cronológica, isoladamente, não impede a indicação. Muitos idosos obtêm melhora importante da compreensão da fala e da participação social, desde que sejam selecionados de forma adequada e recebam acompanhamento. O tema deve ser apresentado sem promessas irreais: os resultados variam, a aprendizagem é progressiva e a reabilitação após a ativação é parte essencial do processo (Kay-Rivest; Schlacter; Waltzman, 2022).

Treinamento Auditivo, Estratégias Comunicativas e Plasticidade Cerebral

O treinamento auditivo busca aperfeiçoar habilidades como discriminação, reconhecimento de fala e compreensão em diferentes condições. Pode incluir atividades estruturadas, exercícios domiciliares e prática orientada com sons e palavras. Estudos relatam melhora sobretudo nas tarefas treinadas, mas a generalização para outros desfechos comunicativos ainda é heterogênea. Por isso, seu papel é complementar o dispositivo e deve ser individualizado (Henshaw;

Ferguson, 2013; Michaud; Duchesne, 2017).

A plasticidade cerebral refere-se à capacidade do sistema nervoso de reorganizar-se diante da experiência e da estimulação. Na pessoa idosa, essa capacidade permanece presente, embora seja influenciada por idade, tempo de privação auditiva, cognição, motivação e regularidade do uso. Períodos prolongados de privação podem dificultar a readaptação; ainda assim, benefícios são possíveis mesmo após anos de perda auditiva (Glick; Sharma, 2017; Karawani; Jenkins; Anderson, 2022).

Estratégias ambientais fazem grande diferença: reduzir ruídos concorrentes, aproximar-se antes de falar, manter contato visual, iluminar o rosto, articular naturalmente, evitar falar de outro cômodo e confirmar informações importantes. A leitura orofacial, o contexto e as pistas visuais complementam a audição. Em consultas, orientações por escrito e técnica de repetição pelo paciente ajudam a verificar a compreensão (Nice, 2018; World Health Organization, 2021).

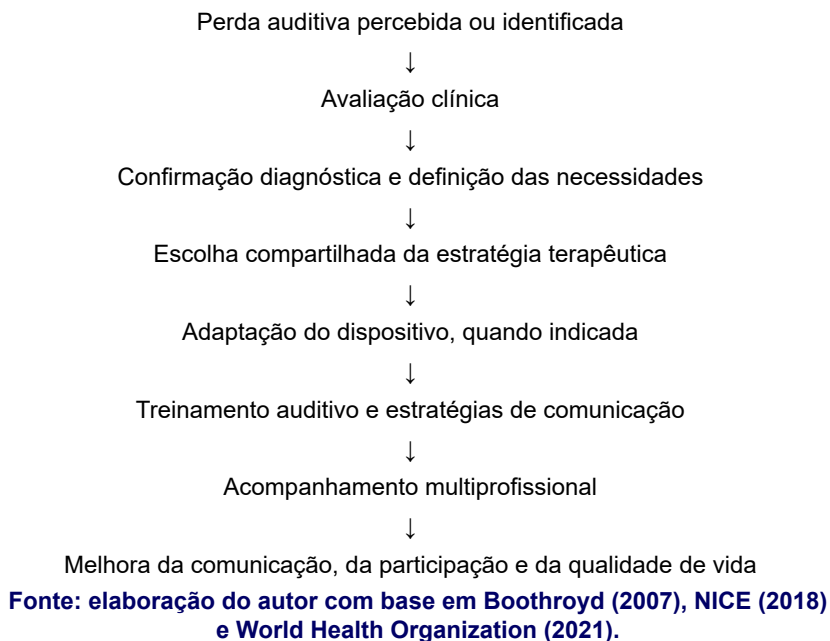
Além dos aparelhos e do implante coclear, recursos de tecnologia assistiva podem melhorar situações específicas. Sistemas de transmissão remota aproximam a voz do interlocutor, legendas facilitam o acesso a conteúdos audiovisuais e alertas luminosos ou vibratórios aumentam a segurança. A escolha deve ser simples e compatível com a rotina; tecnologias complexas que não são compreendidas ou utilizadas não produzem benefício real (World Health Organization, 2021; Nice, 2018).

Uso Contínuo e Acompanhamento

O uso esporádico limita a adaptação e pode reforçar a impressão de que o dispositivo não funciona. Sempre que tolerado e indicado, recomenda-se incorporá-lo à rotina, aumentando gradualmente o período de utilização. Barreiras como desconforto, microfonia, dificuldade de manuseio, estigma, custo e falta de apoio devem ser investigadas, e não atribuídas simplesmente à “falta de vontade” (Nice, 2018; Karawani; Jenkins; Anderson, 2022).

O acompanhamento permite revisar metas, realizar ajustes, conferir o estado do dispositivo, reforçar orientações e monitorar mudanças auditivas. A evolução clínica, novas doenças, alterações cognitivas ou motoras e mudanças no ambiente familiar podem exigir reformulação do plano. Reabilitação auditiva é um processo contínuo, centrado em resultados funcionais e compartilhado entre paciente, família e equipe (Nice, 2018; Michaud; Duchesne, 2017).

Instrumentos de autoavaliação e relatos da família podem complementar os testes, documentando dificuldades e benefícios percebidos. A pergunta central é se a pessoa está conseguindo participar melhor. Quando isso não ocorre, o plano deve ser revisto: o problema pode estar no dispositivo, na expectativa, no ambiente, na cognição, no suporte familiar ou em uma combinação desses fatores (Nice, 2018; Tang *et al.*, 2025).

Fluxograma 1 – Processo de reabilitação auditiva.

O processo é cíclico: resultados e dificuldades devem ser revistos ao longo do acompanhamento.

A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A perda auditiva no idoso ocorre em um contexto de saúde complexo. Alterações visuais, motoras, cognitivas, emocionais e sociais influenciam a capacidade de utilizar dispositivos e aplicar estratégias comunicativas. A atuação integrada evita que cada profissional trate apenas uma parte do problema e permite construir objetivos comuns, definidos com a pessoa idosa e sua família (World Health Organization, 2019, 2021).

Médico: Realiza avaliação clínica, identifica causas tratáveis, investiga sinais de alerta, analisa comorbidades e indica ou encaminha para as estratégias terapêuticas apropriadas. O otorrinolaringologista participa do diagnóstico e da definição de possibilidades como AASI, tecnologias assistivas e implante coclear; o geriatra integra a audição ao cuidado global, à cognição, à funcionalidade e à segurança (Nice, 2018; World Health Organization, 2019).

Fonoaudiólogo: Avalia a audição e a comunicação, participa da seleção e adaptação do dispositivo, orienta o uso, verifica o benefício funcional e conduz treinamento auditivo e aconselhamento. Também ensina estratégias de comunicação ao paciente, à família e aos cuidadores (Nice, 2018; Boothroyd, 2007).

Psicólogo: Pode auxiliar no enfrentamento do estigma, na adaptação às mudanças, no manejo de ansiedade, tristeza, isolamento e conflitos familiares. A escuta psicológica é especialmente relevante quando a perda auditiva repercute na identidade e na participação social (World Health Organization, 2019; Lawrence *et al.*, 2020).

Terapeuta ocupacional: Contribui para integrar o dispositivo e as estratégias comunicativas às atividades diárias. Pode adaptar rotinas e ambiente, trabalhar a destreza para o manuseio e recomendar recursos de acessibilidade para telefone, televisão, campainhas e alarmes (World Health Organization, 2019; Nice, 2018).

Fisioterapeuta: É importante quando coexistem tontura, instabilidade ou risco de quedas. Avalia equilíbrio, marcha, força e mobilidade, desenvolvendo intervenções inseridas em um plano multifatorial de prevenção de quedas (World Health Organization, 2019; Yeo *et al.*, 2025).

Família e cuidadores: São parceiros essenciais. Devem apoiar o uso do dispositivo sem infantilizar o idoso, adotar estratégias de comunicação e relatar dificuldades observadas. A decisão final deve respeitar preferências, autonomia e capacidade de escolha da pessoa idosa (World Health Organization, 2019; Michaud; Duchesne, 2017).

A comunicação entre os profissionais deve ser objetiva e registrada de forma compreensível. Informações sobre benefício do aparelho, dificuldades de manuseio, humor, cognição, risco de quedas e metas funcionais devem circular entre os profissionais envolvidos. Metas concretas, como “voltar a acompanhar o almoço em família”, “compreender orientações médicas” ou “atender ao telefone com menos ajuda”, são mais úteis do que objetivos vagos. Essa coordenação favorece a participação do paciente, torna o progresso visível, evita orientações contraditórias e reduz o risco de abandono do processo por excesso de etapas ou falta de clareza (World Health Organization, 2019; Nice, 2018).

O cuidado multidisciplinar não significa encaminhar todos os idosos a todas as áreas, mas reconhecer necessidades e articular os profissionais adequados. Uma pessoa independente e cognitivamente preservada pode necessitar apenas de avaliação médica e fonoaudiológica; outra, com quedas, depressão e dificuldade de manuseio, exige plano mais amplo. A intensidade do cuidado deve ser proporcional à complexidade do caso (World Health Organization, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reabilitar a audição no idoso significa preservar sua possibilidade de compreender, escolher, relacionar-se e participar. A perda auditiva não deve ser reduzida a um número no audiograma nem aceita passivamente como consequência inevitável da idade. Quando não reconhecida, pode contribuir para isolamento, sofrimento emocional, esforço cognitivo, perda de autonomia e maior vulnerabilidade funcional (World Health Organization, 2021; Lawrence *et al.*, 2020; Yeo *et al.*, 2025).

O cuidado efetivo combina diagnóstico adequado, dispositivo quando indicado, treinamento, estratégias comunicativas, acompanhamento e participação familiar. A tecnologia é importante, mas seus resultados dependem da inserção em um processo de reabilitação centrado na pessoa, com metas realistas e revisão contínua (Boothroyd, 2007; Nice, 2018).

Ampliar o acesso à triagem, ao diagnóstico e à reabilitação deve ser prioridade dos serviços de saúde. A demora entre a percepção da dificuldade e o início do cuidado pode prolongar isolamento e privação auditiva. Profissionais de diferentes áreas podem contribuir ao perguntar sobre audição, observar sinais de dificuldade e orientar a busca por avaliação (World Health Organization, 2021; Nice, 2018).

Ouvir significa permanecer conectado à família, aos serviços de saúde e à sociedade. Ao favorecer comunicação e participação, a reabilitação auditiva torna-se parte essencial do envelhecimento saudável, da segurança e da qualidade de vida. O objetivo final não é apenas ampliar sons, mas ampliar possibilidades de presença, autonomia e pertencimento (World Health Organization, 2020, 2021).

REFERÊNCIAS

ALMUFARRIJ, I.; DILLON, H.; MUNRO, K. J. Does probe-tube verification of real-ear hearing aid amplification characteristics improve outcomes in adults? A systematic review and meta-analysis. **Trends in Hearing**, v. 25, 2331216521999563, 2021. DOI: 10.1177/2331216521999563.

BOOTHROYD, A. Adult aural rehabilitation: what is it and does it work? **Trends in Amplification**, v. 11, n. 2, p. 63-71, 2007. DOI: 10.1177/1084713807301073.

GLICK, H.; SHARMA, A. Cross-modal plasticity in developmental and age-related hearing loss: clinical implications. **Hearing Research**, v. 343, p. 191-201, 2017. DOI: 10.1016/j.heares.2016.08.012.

HENSHAW, H.; FERGUSON, M. A. **Efficacy of individual computer-based auditory training for people with hearing loss: a systematic review of the evidence**. PLOS ONE, v. 8, n. 5, e62836, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0062836.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

KARAWANI, H.; JENKINS, K.; ANDERSON, S. Neural plasticity induced by hearing aid use. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 14, 884917, 2022. DOI: 10.3389/fnagi.2022.884917.

KAY-RIVEST, E.; SCHLACTER, J.; WALTZMAN, S. B. Cochlear implantation outcomes in the older adult: a scoping review. **Cochlear Implants International**, v. 23, n. 5, p. 280-290, 2022. DOI: 10.1080/14670100.2022.2091723.

LAWRENCE, B. J. *et al.* Hearing loss and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. **The Gerontologist**, v. 60, n. 3, p. e137-e154, 2020. DOI: 10.1093/geront/gnz009.

LIN, F. R. *et al.* Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 402, n. 10404, p. 786-797, 2023. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)01406-X.

MICHAUD, H. N.; DUCHESNE, L. Aural rehabilitation for older adults with hearing loss: impacts on quality of life - a systematic review of randomized controlled trials. **Journal of the American Academy of Audiology**, v. 28, n. 7, p. 596-609, 2017. DOI: 10.3766/jaaa.15090.

MULROW, C. D. *et al.* Quality-of-life changes and hearing impairment: a randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, v. 113, n. 3, p. 188-194, 1990. DOI: 10.7326/0003-4819-113-3-188.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Hearing loss in adults: assessment and management**. London: NICE, 2018. (NICE Guideline NG98). Atualizado em 2023.

SCHUKNECHT, H. F.; GACEK, M. R. Cochlear pathology in presbycusis. **Annals of Otology, Rhinology & Laryngology**, v. 102, n. 1, pt. 2, p. 1-16, 1993. DOI: 10.1177/00034894931020S101.

TANG, D. *et al.* The benefits of hearing aids for adults: a systematic umbrella review. **Ear and Hearing**, v. 46, n. 3, p. 563-570, 2025. DOI: 10.1097/AUD.0000000000001620.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Healthy ageing and functional ability**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care**. Geneva: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on hearing**. Geneva: World Health Organization, 2021.

YEO, B. S. Y. *et al.* Hearing loss and falls: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery**, v. 151, n. 5, p. 485-494, 2025. DOI: 10.1001/jamaoto.2025.0056.