



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

EMILLY SHANAIA SILVA VIEIRA
MICAELLE CARVALHO MONTEIRO

**IMPACTO DA PROTETIZAÇÃO AUDITIVA NA QUALIDADE DE VIDA DO
ADULTO COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: REVISÃO DE ESCOPO**

São Cristóvão
2023

EMILLY SHANAIA SILVA VIEIRA
MICAELLE CARVALHO MONTEIRO

**IMPACTO DA PROTETIZAÇÃO AUDITIVA NA QUALIDADE DE VIDA DO
ADULTO COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado sob forma de artigo científico ao Departamento de Fonoaudiologia como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dr^a Barbara Cristina da Silva Rosa.

Co-orientadora: Profa. Dr^a Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro César.

São Cristóvão

2023

VIEIRA, Emily Shanaia Silva; MONTEIRO, Micaelle Carvalho.

Impacto da protetização auditiva na qualidade de vida do adulto com deficiência auditiva: revisão de escopo / Emily ShanaiaSilva Vieira; Micaelle Carvalho Monteiro – São Cristóvão, 2023.

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, SE, 2023.

Orientador: Profa. Dr^a Barbara Cristina da Silva Rosa

Unitermos: “auxiliares de audição”, “aparelho auditivo”, “implante coclear”, “fonoaudiologia”, “deficiência auditiva”, “perda auditiva” e “qualidade de vida”.

EMILLY SHANAIA SILVA VIEIRA
MICAELLE CARVALHO MONTEIRO

**IMPACTO DA PROTETIZAÇÃO AUDITIVA NA QUALIDADE DE VIDA DO
ADULTO COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: REVISÃO DE ESCOPO**

São Cristóvão, ___/___/___.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do grau de Fonoaudiólogo.

Profa. Dr^a Barbara Cristina da Silva Rosa – Orientador (Presidente)

Universidade Federal de Sergipe

Profa. Dr^a Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro César – 1º examinador

Universidade Federal de Sergipe

Profa. Dr^a Raphaela Barroso Guedes Granzotti – 2º examinador

Universidade Federal de Sergipe

O presente Trabalho de Conclusão de Curso seguiu as norma da Audiology - Communication Research (ACR) – ISSN 2317-6431 (Anexo).

RESUMO

O uso de próteses auditivas é uma das formas de diminuir o impacto causado pela perda auditiva na vida do indivíduo. **Objetivo:** Verificar os benefícios da protetização auditiva na qualidade de vida do adulto com deficiência. **Método:** Revisão de escopo guiada pelas recomendações PRISMA com o auxílio dos unitermos “auxiliares de audição”, “aparelho auditivo”, “implante coclear”, “fonoaudiologia”, “deficiência auditiva”, “perda auditiva”, “qualidade de vida”, e seus respectivos em inglês e espanhol nos bancos virtuais de dados: LILACS, SciELO, PubMed, SCOPUS, Web of Science e Open Grey. Analisados qualitativamente. **Resultados:** Foram identificados 1.312 registros e selecionados seis artigos, com população protetizada auditivamente dos 18 aos 92 anos, de ambos os sexos, usuários de implante coclear e aparelho de amplificação sonora individual. Foram utilizados questionários (de avaliação das expectativas do adulto/idoso no usuário de próteses auditivas, International Outcome Inventory For Hearing Aids, de Implante Coclear de Nijmegen, de Satisfação, Caregiver Strain Questionnaire, Relativo ao Índice, World Health Organization Quality of Life-bref, Glasgow Health Status Inventory, Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit, Coclear Implant Quality of Life e escalas (Care Giving Burden Scale), Quantificada de Denver e visual analógica). Os resultados indicaram melhor qualidade de vida nos domínios testados, tanto na visão dos adultos surdos quanto de seus parceiros. **Conclusão:** Apesar da heterogeneidade dos protocolos de qualidade de vida utilizados nos estudos selecionados, foi possível verificar que a protetização auditiva incrementa a qualidade de vida do adulto com deficiência auditiva.

Palavras-chaves: auxiliares de audição, aparelho auditivo, implante coclear, fonoaudiologia, deficiência auditiva, perda auditiva, qualidade de vida.

ABSTRACT

The use of hearing aids is one of the ways to reduce the impact caused by hearing loss in the individual's life. Objective: To verify the benefits of hearing aids in the quality of life of adults with hearing loss. Method: Scoping review guided by PRISMA recommendations with the aid of the keywords "hearing aids", "hearing aid", "cochlear implant", "speech therapy", "hearing impairment", "hearing loss", "quality of life", and their respective terms in English and Spanish in virtual databases: LILACS, SciELO, PubMed, SCOPUS, Web of Science and Open Grey. Analyzed qualitatively. Results: We identified 1,312 records and selected six articles, with a hearing impaired population from 18 to 92 years of age, of both genders, users of cochlear implants and individual sound amplification devices. Questionnaires were used (assessment of the expectations of the adult/elderly in the hearing aid user, International Outcome Inventory For Hearing Aids, Nijmegen Cochlear Implant, Satisfaction, Caregiver Strain Questionnaire, Index Relative, World Health Organization Quality of Life-bref, Glasgow Health Status Inventory, Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit, Cochlear Implant Quality of Life and scales (Care Giving Burden Scale), Denver Quantified and visual analog). The results indicated better quality of life in the domains tested, both in the view of deaf adults and their partners. Conclusion: Despite the heterogeneity of the quality of life protocols used in the selected studies, it was possible to verify that hearing protection increases the quality of life of adults with hearing loss.

Keywords: hearing aids, hearing aid, cochlear implant, speech therapy, hearing impairment, hearing loss, quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS

AASI	Aparelho de amplificação sonora individual
APHAB	Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit
DA	Deficiência Auditiva
CIQOL	Coclear Implant Quality of Life
CISQ	Questionário de Satisfação do Implante Coclear
COSMIN	Padrões Baseados em Consenso para a Seleção de Profissionais de Saúde diretrizes de instrumentos de medição de saúde
CSQ	Questionário de Satisfação do Cliente
F	Feminino
GHSI	Glasgow Health Status Inventory
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Implante Coclear
IOI – HÁ	International Outcome Inventory For Hearing Aids
IRQF	Questionário Relativo ao Índice
M	Masculino
NCIQ	Questionário de Implante Coclear de Nijmegen
OMS	Organização mundial da saúde
PHAB	Profile of hearing aid benefit
PHAP	Profile of Hearing Aid Performance
PROMIS	Sistema de Informação de Desfechos Relatados pelo Paciente
VAS - EVA	Escala visual analógica
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

RESUMOS E UNITERMOS	6
1 INTRODUÇÃO	10
2 MÉTODOS	13
2.1 Protocolo e registro	13
2.2 Critérios de elegibilidade	13
2.3 Estratégia de busca e Busca de dados	13
2.4 Coleta e Extração de dados	14
2.5 Análise de risco de viés	15
2.6 Análise dos resultados	15
3 RESULTADOS	16
4 DISCUSSÃO	18
5 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A audição é a função sensorial que nos permite captar os sons, analisá-los e atribuir-lhes significado, é parte fundamental para o desenvolvimento completo do ser humano e quando alterada, afeta a base da comunicação oral. Assim, a deficiência auditiva resulta da diminuição da capacidade de escutar os sons, podendo acometer o sujeito em diferentes graus ⁽¹⁾.

De acordo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2013 aproximadamente 2,2 milhões de pessoas apresentavam deficiência auditiva no Brasil, isso equivale a 1,1% da população, sendo que 0,2% da população possui a deficiência desde o nascimento (CENSO, 2015) ⁽²⁾. Como consequência da perda auditiva, os indivíduos podem apresentar dificuldades na comunicação, isolamento social, depressão e sentimentos negativos que impactam diretamente a qualidade de vida e a percepção que o sujeito tem do seu estado de saúde ⁽¹⁾.

Os impactos da perda auditiva ainda sofrem influências de aspectos relacionados à assistência à saúde, a fatores sociodemográficos e fatores clínicos. O uso de próteses auditivas é uma das formas de diminuir o impacto causado pela perda auditiva na vida do indivíduo. A amplificação sonora não se restringe apenas em tornar audíveis e satisfatórios os sons de fala, mas também proporcionar a percepção de sinais ambientais, de perigo e alerta, essenciais para a independência no dia-a-dia e para a melhora da qualidade de vida ⁽³⁾.

Um recurso que busca minimizar os danos da deficiência auditiva é o Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), um mini-amplificador eletrônico cujo propósito é compensar as limitações e impedimentos provocados pela diminuição da acuidade

auditiva, melhorando a compreensão da fala em várias situações. Sua finalidade é maximizar o resíduo auditivo através da captura dos sons do ambiente e de fala, com aumento da intensidade sonora ⁽⁴⁾. Tornando a audição residual mais funcional e proporcionando melhor qualidade de vida e proteção ao usuário. Outro recurso que busca minimizar os impactos da deficiência auditiva é o implante coclear (IC), que atua de maneira a transformar o som em impulso elétrico, transmitindo-o diretamente para o nervo coclear. Desta forma, beneficia pessoas com deficiência auditiva neurossensorial severa e profunda, que apresentam pouco ou nenhum aproveitamento das próteses auditivas convencionais ⁽⁵⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, no ano 1998, a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura, dos sistemas de valores e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Além disso, determinou que os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha, impactando a condição de saúde e a qualidade de vida. Segundo a OMS, devem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Avaliar a qualidade de vida de usuários de AASI e IC é um importante indicador dos benefícios da protetização auditiva, pois permite definir as implicações de uma melhor capacidade auditiva nas atividades de vida do dia-a-dia, de lazer e comunicativas ⁽¹⁾.

Acreditando-se na interferência negativa da deficiência auditiva na qualidade de vida e na importância da reabilitação auditiva, mais especificamente do uso de próteses auditivas e do implante coclear para a adequada interação do sujeito surdo ao meio e a consequente melhora na qualidade de vida, optou-se por realizar este

estudo. Sendo assim, o objetivo deste trabalho de revisão consistiu em verificar os benefícios da protetização auditiva na qualidade de vida do adulto.

2 MÉTODO

21. . Protocolo e registro

A presente revisão de escopo foi realizada de acordo com os dados do PRISMA *scoping review* - PRISMA-ScR (Peters *et al.*, 2015) ⁽⁶⁾, e registrada na PROSPERO sob o ID: CRD42022363325 (Anexo 1). A busca foi feita nos idiomas português, inglês e espanhol, sendo considerado somente os estudos publicados nos últimos dez anos.

22 . Critérios de elegibilidade

A pesquisa foi realizada utilizando a estratégia P.I.C.O. (P- pacientes; I – intervenção; C - controle; O- *outcome* ou desfecho) para elaboração da seguinte pergunta: “Quais os impactos da protetização auditiva (I) na qualidade de vida (O) do indivíduo surdo adulto (P)?”.

Foram incluídos na pesquisa: estudos descritivos e observacionais, sem restrição quanto ao idioma, com população protetizada auditivamente dos 18 aos 92 anos de idade, participantes usuários de implante coclear (IC) ou aparelho de amplificação sonora individual (AASI), de ambos os sexos.

Foram excluídos: estudos fora do escopo, deficiências auditivas com comorbidades associadas, estudos de caso, ensaios clínicos, artigos que não deixaram claro os impactos da qualidade de vida do protetizado, artigos de revisão e cartas/editoriais. Estudos que continham deficiência auditiva com comorbidades associadas foram excluídos, pois, os impactos na qualidade de vida do protetizado poderiam sofrer viés devido à comorbidades.

23 . Estratégia de busca e bases de dados

A pesquisa foi desenvolvida por dois autores (ESSV e MCM) de maneira

independente. Foi realizada uma busca sistemática nos seguintes bancos de dados: LILACS, SciELO, PubMed, SCOPUS e *Web of Science*. A busca na “literatura cinza” ocorreu na plataforma *Open Grey*.

Os descritores foram selecionados por meio dos descritores em ciências da saúde (DeCS). A busca foi feita nos idiomas português, inglês e espanhol, sendo considerado somente os estudos publicados nos últimos 10 anos, utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR” para uma melhor e abrangente estratégia de pesquisa. Os unitermos utilizados foram: “auxiliares de audição”, “aparelho auditivo”, “implante coclear”, “fonoaudiologia”, “deficiência auditiva”, “perda auditiva” e “qualidade de vida”, “*hearing aids*”, “*hearing aid*”, “*cochlear implant*”, “*speech therapy*”, “*hearing impairment*”, “*hearing loss*” and “*quality of life*”. A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de novembro e dezembro de 2022. Com o intuito de identificar estudos adicionais, foi realizada uma busca manual no referencial dos estudos considerados elegíveis para esta revisão.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa, os dois revisores analisaram, de forma independente, os títulos e resumos. Os trabalhos que não atendiam os objetivos desta revisão foram excluídos. Na etapa seguinte, os artigos previamente selecionados foram submetidos a uma análise completa do texto com intuito de verificar se os conteúdos contemplavam os critérios de elegibilidade. Nos casos em que houve discrepâncias entre os dois revisores (ESSV e MCM), um terceiro revisor (BCSR) foi consultado para decisão final. Os artigos excluídos foram registrados e os motivos da exclusão foram definidos.

24 Coleta e extração de dados

Os dados foram extraídos por dois autores independentes (ESSV e MCM), e o registro foi feito em tabela padronizada que constava os seguintes dados: autor; ano; idioma; amostra (número de sujeitos, idade e sexo); protocolos utilizados, principais resultados (IC ou AASI, bilateral ou unilateral) e conclusão dos estudos.

25 Análise de risco de viés

O risco de viés foi avaliado pela ferramenta *Joanna Briggs Institute -JBI* ⁷, sendo utilizada a tradução livre do inglês para o português. As questões de (Q) avaliação do JBI foram: Q.1. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos? Q.2. Os sujeitos do estudo e o cenário foram descritos em detalhes? Q.3. A exposição foi medida de forma válida e confiável? Q.4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição? Q.5. Foram identificados fatores de confusão? Q.6. Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão? Q.7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável? Q.8. Foi utilizada análise estatística apropriada?

As questões apresentam quatro categorias de respostas possíveis: sim (1,0 ponto), não (0 ponto), incerto (0,5 ponto) ou não aplicável. O risco de viés foi considerado alto se o estudo obteve até 49% das respostas “sim” (0 a 3,5 pontos), moderado 50% a 69% (4 a 5,5 pontos), e baixo quando obteve igual ou superior a 70% de “sim” (6 a 8 pontos). A ferramenta não foi utilizada como critério de exclusão, mas sim para avaliação da qualidade dos artigos.

2.6. Análise dos resultados

Os resultados obtidos foram analisados qualitativamente, em razão, da heterogeneidade dos estudos.

3 RESULTADOS

3.1 Seleção dos Estudos

A figura 1 mostra os dados das etapas de identificação, blindagem, elegibilidade e inclusão dos artigos durante a pesquisa. Inicialmente foram identificados 1.312 artigos nas seis bases de dados. Desses, sete estudos encontravam-se duplicados e por isso foram removidos. Após a remoção dos artigos duplicados, 1.305 estudos foram analisados por meio do título e resumo. Feita análise destes, 1.285 artigos foram excluídos, restando vinte artigos possivelmente elegíveis. Foi realizada também uma busca manual, porém não foi encontrado nenhum artigo que se encaixasse nos critérios da pesquisa. Assim, vinte artigos foram submetidos a leitura completa. Destes, quatorze artigos (GAYLOR JM *et al.*, 2013; TEFILI *et al.*, 2013; ANTONIO; LOURDES 2014; MENESES; CARDOSO; SILVA, 2014; BERTUOL *et al.*, 2018; GALLAGHER *et al.*, 2018; KITTERICK *et al.*, 2018; BLAZER DG, *et al.*, 2019 CAVALCANTE *et al.*, 2019.; BUCHMAN *et al.*, 2020; DIXON *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020.; ZANDER *et al.*, 2020.; TSIMPIDA *et al.*, 2022), não contemplaram os critérios de elegibilidade e foram excluídos, pois não se encaixaram nos critérios da pesquisa.

< FIGURA 1 >

3.2 Características dos Estudos

Foram incluídos nesta revisão de escopo seis artigos (Moura *et al.*, 2013; Chen *et al.*, 2016; Ramos *et al.*, 2016; Sousa *et al.*, 2018; Ribeiro *et al.*, 2019; Mcrackan *et al.*, 2021) ^(8, 9, 10, 11, 1, 12) que relataram a presença de benefícios da protetização auditiva na qualidade de vida. A amostra total foi composta por participantes de ambos os

sexos com o uso do AASI ou do IC, com idades entre 18 e 92 anos (média de idade: 55 ± 37).

< QUADRO 2 e 3 >

3.3 Risco de Viés

Todos os seis artigos incluídos nesta revisão de escopo, (100%) estudos (MOURA et al., 2013, Chen S et al., 2016, Ramos et al., 2016, Sousa et a., 2018, Ribeiro et al., 2019, Mcrackan et al., 2021) ^(8, 9, 10, 11, 1, 12) contemplaram todos os critérios de verificação do JBI (2017) e obtiveram pontuação suficiente para se encaixar em baixo risco. O apêndice 4 contém informações detalhadas sobre o risco de viés de cada estudo.

< QUADRO 4 >

4 DISCUSSÃO

Esta revisão de escopo buscou trazer dados sobre os impactos da protetização auditiva na qualidade de vida do adulto com deficiência auditiva.

Durante a pesquisa foi possível observar que metade dos estudos selecionados (Moura et al., 2013; Sousa et al., 2018; Ribeiro et al., 2019) ^(8, 11, 1) são do Brasil. Dessa forma, ratificamos neste estudo a preocupação de pesquisadores e clínicos do Brasil sobre a qualidade da protetização de adultos com deficiência auditiva.

Os estudos incluídos foram publicados entre os anos 2013 a 2021, com maior concentração no ano de 2016, evidenciando que as últimas duas décadas tem sido alvo de pesquisas sobre o assunto.

Os resultados obtidos no presente estudo apontaram para um maior uso do instrumento *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)* ^(18, 21, 23, 24) para avaliação da qualidade de vida dos usuários de IC e AASI, sendo utilizado em dois artigos ^(11, 1). O questionário *World Health Organization Quality of Life* versão abreviada (WHOQOL-bref) ^(21, 23, 24) foi o mais utilizado pelos estudos. É composto por 26 perguntas, sendo que sua pontuação varia entre um e cinco pontos, distribuídas pelos domínios: percepção da qualidade de vida, satisfação com a saúde geral, físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais. O WHOQOL-bref, uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), valoriza a percepção

individual, podendo avaliar a QV em diversos grupos e situações, independentemente do nível de escolaridade. As questões do WHOQOL-bref são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). As pontuações de cada domínio são transformadas em uma escala de zero a 100 e expressas em termos de médias, conforme preconiza o manual produzido pela equipe do WHOQOL, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de QV. Diante disso, o instrumento apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, demanda pouco tempo de aplicação, sendo possível descrever a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive. No entanto, não mede de forma específica a QV mediante o uso ou não de próteses auditivas.

Demais instrumentos foram utilizados, sendo descritos e discutidos a seguir. O questionário para a avaliação das expectativas do adulto/idoso usuário de próteses auditivas idealizado por (Schuster *et al.*, 2011) que consiste em um instrumento que permite ao profissional conhecer o paciente adulto/idoso sobre suas expectativas quanto ao uso de próteses auditivas e com relação à sua reabilitação. Possui 12 questões, divididas em duas escalas ou dimensões, das quais uma é referente às expectativas e outra às preocupações destes pacientes, abordando os principais aspectos envolvidos nos momentos que antecedem a primeira experiência com aparelho de amplificação sonora individual. O estudo que utilizou este instrumento foi o de Moura *et al.* (2013) ⁽⁸⁾.. Como foi aplicado em apenas um estudo, a comparação com outros fica limitada.

O *International Outcome Inventory For Hearing Aids* - IOI – HA (de autoria de Cox & Alexander, 2002), foi desenvolvido como produto de um *workshop* internacional (*Self Report Outcome Measures in audiological Rehabilitation*) sobre medidas de auto-avaliação em reabilitação auditiva, com tradução para 21 idiomas, inclusive para o português. É um instrumento que possibilita a mensuração do grau de benefício subjetivo do usuário de prótese auditiva em relação a sua prótese e seu meio ambiente, além de ser uma ferramenta simples, fácil de aplicar e servir como instrumento facilitador durante o período de aclimatização da prótese auditiva. Avalia sete domínios considerados importantes para o sucesso da reabilitação auditiva, os quais são: uso, benefício, limitação de atividade residual, satisfação, restrição de participação residual, impacto nos outros e na qualidade de vida. Apesar de sua adaptação transcultural para o português do Brasil, apenas o estudo de Moura *et al.* (2013) ⁽⁸⁾ o utilizou, dificultando uma discussão mais aprofundada sobre o instrumento.

O Questionário de Implante Coclear de Nijmegen - NCIQ (Harsymczuk & Deane, 2007) caracteriza-se como um questionário específico para a avaliação da QV em adultos usuários de IC e com alta consistência interna. É composto por 60 questões divididas em três domínios gerais, com seus respectivos subdomínios: físico (percepção básica do som, percepção avançada do som e produção de fala), psicológico (autoestima) e social (atividade e funcionamento social). Foi utilizado apenas por Chen *et al.* (2016) ⁽⁹⁾, dificultando sua comparação com demais estudos.

O questionário de Satisfação do Implante Coclear – CISQ (Hinderink *et al.*, 2000) avalia gráficos demográficos, físicos, domínios psicossociais e QV do destinatário de IC. Foi utilizado apenas por Chen *et al.* (2016) ⁽⁹⁾, contribuindo para outra limitação a ser apontada.

O *Glasgow Health Status Inventory* – GHSI (idealizado por Preedy & Watson, 2010), é um questionário de 18 itens preenchido pelo paciente que avalia o estado de saúde, medindo o efeito de um problema de saúde (neste caso, a perda auditiva) na qualidade de vida de uma pessoa. Permite a comparação cruzada entre muitas condições de saúde, entre diferentes intervenções de saúde e entre subgrupos demográficos e culturais. O GHSI pode ser usado a qualquer momento e mede a qualidade de vida geral da pessoa e como os problemas de saúde a afetam. O estudo que o utilizou na amostra selecionada foi o de Ramos et al., 2016.

O questionário *Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit* – APHAB (Löhler et al., 1996), é uma versão abreviada dos questionários PHAP e PHAB, é composto por 24 itens divididos em quatro sub-escalas de avaliação da comunicação, incluindo situações em ambientes favoráveis, as vivenciadas na presença de ruído, salas reverberantes e sons intensos do ambiente. Também foi desenvolvido um programa (software) para analisar os resultados obtidos nas diferentes sub-escalas. Esse questionário oferece informações que facilitam a percepção do sucesso da adaptação, auxiliando o paciente na análise das vantagens e desvantagens do uso da amplificação, levando o paciente a perceber seu desempenho em determinadas situações, auxiliando nos ajustes da prótese auditiva e avaliando a adaptação da prótese auditiva, quantificando o benefício da amplificação. O questionário de auto-avaliação PHAP (Cox, et al., 1990), tem o objetivo de quantificar o auxílio proporcionado pelo uso de próteses auditivas em diferentes situações da vida diária e avaliar a opinião do paciente frente ao uso da amplificação. São abordadas diferentes situações de comunicação do cotidiano e as reações frente a sons intensos de ambientes. Esse questionário foi expandido, gerando um novo questionário, o PHAB (Cox., et al, 1992), que possui as mesmas instruções, itens e alternativas de respostas

do PHAP, acrescentando dois momentos de respostas: sem e com prótese auditiva. Esse questionário oferece dados para medir o benefício da amplificação, comparando as respostas nestas duas situações. O estudo que o utilizou foi Ramos *et al.*, 2016.

O *Glasgow Health Status Inventory* (GHSI, Preedy & Watson, 2010) tem como foco específico as dificuldades auditivas e seu impacto na vida diária (via relato do entrevistador), enquanto o questionário *Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit* (APHAB) aborda a capacidade auditiva em diversas situações cotidianas, porém ambas são autoavaliações. Foram utilizados por Ramos *et al.*, 2016

Mcrackan et al, 2021 ⁽¹²⁾, fizeram o uso do instrumento *Cochlear Implant Quality of Life* (CIQOL)-35 Profile, que foi desenvolvido de acordo com o Sistema de Informação de Desfechos Relatados pelo Paciente (PROMIS) e os Padrões Baseados em Consenso para a Seleção de Profissionais de Saúde diretrizes de instrumentos de medição de saúde (COSMIN). O Perfil CIQOL-35 consiste em 35 itens em seis construtos de domínio (comunicação, emocional, entretenimento, ambiente, esforço auditivo e social). que fornece medidas psicometricamente sólidas e eficientes que podem ser usadas para avaliar a qualidade de vida em usuários adultos de IC em ambientes clínicos e de pesquisa, além também da Escala visual analógica – EVA/VAS (Bonica, 1990), que tem como objetivo auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, consiste em um instrumento importante para verificar a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor. que proporciona uma medição simples e a evolução da intensidade da dor através de gráficos.

Além disso, pesquisadores desenvolveram seus próprios questionários. Por exemplo, os participantes do estudo de Chen *et al.* (2016) ⁽⁹⁾ responderam a um questionário que consistia em perguntas modificadas retiradas dos seguintes questionários: Caregiver Strain Questionnaire (de Robinson, 1983), Care Giving Burden Scale (CGBS – de Gerritson & Van Der Ende, 1994), Escala Quantificada de Denver modificada (de Stark & Hickon, 2004), Formulário de questionário relativo ao índice (IRQF) (de Wexler *et al.*, 1982) e Questionário de Satisfação do Cliente (CSQ – de Larsen *et al.*, 1979). Assim, estes questionários objetivaram avaliar os dados demográficos, os domínios psicossociais dos parceiros e a percepção do parceiro sobre as mudanças na qualidade de vida de pacientes com IC.

A presença da deficiência auditiva pode levar a graves consequências para o desenvolvimento da fala e aprendizagem. Impacta na qualidade de vida sendo determinada pela idade da aquisição da perda, natureza, grau da perda, estilo de vida, ocupação e percepção das desvantagens sociais e emocionais ⁽¹³⁾.

Com bases nos resultados apresentados, o uso de um dispositivo eletrônico (AASI ou IC) mostrou-se de grande importância para indivíduos com deficiência auditiva. As próteses auditivas, por sua vez, são uma das formas de diminuir o impacto causado pela perda auditiva na vida do indivíduo. De acordo com os estudos de Moura *et al.* (2013) ⁽⁸⁾, a amplificação sonora não se restringe apenas em tornar audíveis e satisfatórios os sons de fala, mas também a proporcionar a percepção de sinais ambientais, de perigo e alerta, essenciais para a independência no dia-a-dia e para a melhora da qualidade de vida.

Além de proporcionar o acesso aos sons e possibilitar a comunicação oral, o IC promoveu a (re)habilitação auditiva que minimiza ou previne restrições ocasionadas pela deficiência auditiva, quebrando barreiras e paradigmas no processo de comunicação. Além de ser visto como um instrumento que visa facilitar a interação social, o aprendizado e desenvolvimento cognitivo e emocional do indivíduo ⁽¹³⁾.

Acerca das expectativas quanto ao IC, Silva *et al.* (2020) ⁽¹⁴⁾, contaram com a participação de pacientes adolescentes e adultos com idades não discriminadas, sendo este um viés que deve ser considerado. Indicaram, de modo geral, um sentimento de satisfação por parte dos usuários, que relataram gostar de ouvir, mesmo alguns tendo indicado insatisfação e frustração acerca da expectativa que tinham antes do implante de que poderiam falar ao telefone. Os efeitos sociais relatados neste estudo foram de uma inserção social e profissional mais adequada, pois com o IC os indivíduos passaram a ouvir e compreender os sons, mesmo em ambientes com ruído.

Confrontando os benefícios versados anteriormente, ainda existem muitas divergências quanto ao IC. A comunidade surda é contrária ao implante por acreditar que este seja um retrocesso na luta pelo reconhecimento da Língua de Sinais, de sua cultura e modo de ser diferente dos ouvintes ou até mesmo pelo desconhecimento quanto aos seus procedimentos e benefícios. Os profissionais da área da saúde, por outro lado, o defendem como o meio mais assertivo no tratamento de pessoas com deficiência auditiva para que estas possam retomar suas práticas sociais e profissionais, de modo a otimizar suas interações com pessoas ouvintes e serem mais independentes ⁽¹⁴⁾.

Além disso, o aumento da satisfação com o desempenho do IC pode influenciar o comportamento do usuário, como o aumento do uso do dispositivo, como mostrado em adultos usuários de AASI, ou o aumento da adesão às atividades de treinamento auditivo, o que pode, por sua vez, melhorar as habilidades funcionais do usuário segundo Mcrackan *et al.* (2021) ⁽¹²⁾.

Avaliar a qualidade de vida de usuários de AASI, pode ser um importante indicador dos benefícios da amplificação ⁽¹⁾, permitindo mensurar as implicações de uma melhor capacidade auditiva nas atividades de vida diária, de lazer e comunicativas. Foi constatada também a necessidade de melhor compreender os diferentes aspectos relacionados à QV da população adulta usuária de IC de modo a obter informações mais detalhadas, capazes de auxiliar no processo de orientação aos IC, na validação dos resultados dessa tecnologia, bem como na condução do processo terapêutico, segundo Sousa *et al.* (2018) ⁽¹¹⁾.

Os estudos de Moura *et al.* (2013) ⁽⁸⁾, Ramos *et al.* (2016) ⁽¹⁰⁾, Sousa *et al.* (2018) ⁽¹¹⁾ e Mccrackan *et al.* (2021) ⁽¹²⁾ não evidenciaram a influência dos implantes bilaterais em relação aos unilaterais. No entanto, foi observada uma tendência de resultados superiores para os usuários com dispositivos bilaterais, ratificando a literatura (Fetterman & Domico, 2002; Damen *et al.*, 2007) ⁽¹⁵⁾ que mostra a importância da audição bilateral para funcional tanto para pessoas com audição normal quanto para aqueles com DA. A amplificação bilateral deve ser indicada para todos os pacientes com perda auditiva simétrica, pois estes apresentam vantagens binaurais, entre elas, melhor localização da fonte sonora, eliminação do efeito sombra, habilidade de separar os sons dos ruídos ambientais, melhor reconhecimento de fala na presença de ruído além da somação binaural, pois o som apresentado em ambas as orelhas é percebido com mais intensidade do que na audição monoaural. Portanto, a menos que exista uma contraindicação, o uso de duas próteses auditivas é sempre a melhor alternativa. Para os profissionais da área, a indicação do uso binaural é uma segurança, pois além de todas as vantagens relatadas, evita a privação auditiva, descrita como uma redução nos índices de reconhecimento de fala, decorrente da perda auditiva sem o uso de amplificação, e consequente privação sensorial. Com

isso, os indivíduos com perda auditiva e que necessitam de próteses auditivas ou IC poderão ser beneficiados nos aspectos sociais, emocionais e intelectuais, com consequente melhora da qualidade de vida.

Em relação às variáveis analisadas nos estudos, o gênero, o tempo de uso do IC e a condição auditiva não influenciaram os resultados de QV de acordo com os diferentes instrumentos utilizados pelos pesquisadores da área. A literatura (Martins *et al.*, 2012) ⁽¹⁶⁾ considera ser necessário um tempo de uso do IC de aproximadamente dois anos para a comprovação dos seus benefícios. Entretanto, nos estudos selecionados foram observados bons resultados quanto ao tempo de uso das próteses, mesmo antes de completar um ano de IC, mostrando ser este um tratamento eficaz.

Os artigos elencados nesta revisão corroboraram a importância da adesão aos dispositivos auditivos em indivíduos surdos, demonstrando a presença de benefícios durante o uso das próteses auditivas na qualidade de vida, impactando positivamente nas práticas cotidianas do adulto. Apesar da variedade de recursos e de possibilidades para mensurar os benefícios da protetização auditiva na qualidade de vida do adulto, a padronização do uso de protocolos e a realização de estudos longitudinais poderiam fornecer melhores subsídios para a análise dos parâmetros citados pelos artigos, sendo estas as limitações a serem consideradas na presente pesquisa.

Assim, por meio dos resultados encontrados na literatura, foi possível verificar que a protetização auditiva promoveu a melhora da qualidade de vida do adulto com deficiência auditiva.

5 CONCLUSÃO

Apesar da heterogeneidade dos protocolos de qualidade de vida utilizados nos estudos selecionados, foi possível verificar que a protetização auditiva demonstrou incrementar a qualidade de vida do adulto com deficiência auditiva. Entretanto, a escassez de estudos que realizam a análise dos parâmetros pré e pós implantação, limitou a compreensão dos impactos da protetização auditiva na qualidade de vida do adulto. Diante disso, a padronização quanto a utilização de protocolos e a realização de estudos longitudinais poderia fornecer maiores subsídios para a análise dos parâmetros a serem aprimorados tecnologicamente, bem como incluídos na prática de reabilitação desses sujeitos. Assim, torna-se primordial a realização de novas pesquisas sobre os impactos da protetização auditiva na qualidade de vida do adulto surdo, com o objetivo de aprimorar a compreensão sobre os impactos da protetização na qualidade de vida do adulto com deficiência auditiva, tendo-se em vista o aumento da sobretaxa de vida, ou seja, o maior envelhecimento da população mundial.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro UASL, Souza VC, Lemos SMA. Qualidade de vida e determinantes sociais em usuários de aparelho de amplificação sonora individual. CoDAS [Internet]. 2019;31(CoDAS, 2019 31(2)):e20170287. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017287>
2. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet]. 2010
3. RUSSO I.C.P. ALMEIDA, K.; FREIRE, G. M. F. Seleção e adaptação da prótese auditiva para a idoso. In: ALMEIDA, K; IÓRIO, M. C. M. Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas. 2. ed. São Paulo: Lovise; 2003. p. 385- 410
4. PEREIRA, R. C. Molde Auricular. In: Prótese Auditiva. Rio de Janeiro: Revinter, 2015. cap. 3.
5. Angelo TCS de, Bevilacqua MC, Moret ALM. Percepção da fala em deficientes auditivos pré-linguais usuários de implante coclear. Pró-Fono R Atual Cient [Internet]. 2010Jul;22(Pró-Fono R. Atual. Cient., 2010 22(3)):275–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-56872010000300020>
6. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):141-146: <https://doi:10.1097/XEB.0000000000000050>
7. JBI. **Joanna Briggs Institute**, 2017. Lista de Verificação para Estudos Transversais Analíticos. Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.
8. Moura TP, Santos SN, Costa MJ. Preocupações anteriores à adaptação de próteses auditivas e suas implicações no benefício subjetivo do usuário. Rev. Distúrb Comum. 2013; 25(3):315- 326.
9. Chen S, Karamy B, Shipp D, Nedzelski J, Chen J, Lin V. Assessment of the psychosocial impacts of cochlear implants on adult recipients and their partners. Cochlear Implants Int.[Internet]. 2016;17(2):90-97. Available from: <https://doi:10.1080/14670100.2015.1102456>
10. Ramos-Macías Á, Falcón González JC, Borkoski-Barreiro SA, Ramos de Miguel Á, Batista DS, Pérez Plasencia D. Health-Related Quality of Life in Adult Cochlear Implant Users: A Descriptive Observational Study. *Audiol Neurootol*. 2016;21 Suppl 1:36-42. Available from: <https://doi:10.1159/000448353>
11. Sousa, Aline Faria de. Qualidade de vida e implante coclear: Resultados em adultos com deficiência auditiva pós-lingual [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2017 [citado 2023-04-12]. <https://doi:10.11606/D.5.2017.tde-01082017-095114>
12. McRackan TR, Reddy P, Costello MS, Dubno JR. Role of Preoperative Patient Expectations in Adult Cochlear Implant Outcomes. *Otol Neurotol*. 2021;42(2):e130-e136. Available from: <https://doi:10.1097/MAO.0000000000002873>

13. Cavalcante MV, Bittencourt IG de S, Vieira ACS, Carneiro J do N, Teixeira L de M. The scenario of researches regarding life experiences with cochlear implants: an integrative literature review. *Rev CEFAC* [Internet]. 2020;22(Rev. CEFAC, 2020 22(1)):e15818. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022115818>
14. Silva JCGS, Paulino VC, Costa M da PR da. Impactos sociais na vida da pessoa com implante coclear: uma revisão sistemática. *Rev. Educ. Espec.* [Internet]. 9º de março de 2020 [citado 12º de abril de 2023];33:e5/ 1-24. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/38002>
15. Fetterman BL, Domico EH. Speech recognition in background noise of cochlear implant patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;126(3):257-263. <http://doi:10.1067/mhn.2002.123044>
16. Martins MBB, Lima FVF de, Santos Júnior RC, Santos ACG, Barreto VMP, Jesus EPF de. Implante coclear: nossa experiência e revisão de literatura. *Int Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2012Oct;16(4):476–81. Available from: <https://doi.org/10.7162/S1809-9772012000400008>
17. Dimatos OC, Ikino CMY, Philippi PA, Dimatos SC, Birck MS, Freitas PF. Profile of patients of the auditory health of the state of Santa Catarina served at HU-UFSC. *ArqInt Otorrinolaringol.* 2011;15:59-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-48722011000100009>.
18. Gaylor JM, Raman G, Chung M, et al. Cochlear implantation in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;139(3):265-272. Available from: <https://doi:10.1001/jamaoto.2013.1744>
19. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Junior PRB, Szwarcwald CL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2009, v. 12, n. 3 , pp. 281-296. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300001>.
20. Neves CZ, Rosito LPS, Santos JPNA, Teixeira AR. Autopercepção do zumbido: estudo pré e pós-adaptação de próteses auditivas. *Audiol, Commun Res* [Internet]. 2020;25(Audiol., Commun. Res., 2020 25):e2325. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2325>
21. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 2, 153–159 (1993). <https://doi.org/10.1007/BF00435734>
22. Viacelli SNA, Costa-Ferreira MID. Profile of hearing aid users with a view to amplification, cognition and auditory processing. *Rev CEFAC.* 2011;15:1125-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000098>.
23. Fleck MP de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2000;5(Ciênc. saúde coletiva, 2000 5(1)):33–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>

24. World Health Organization. (1998). WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70897>

Figura 1. Dados das etapas de identificação, blindagem, elegibilidade e inclusão dos artigos durante a pesquisa

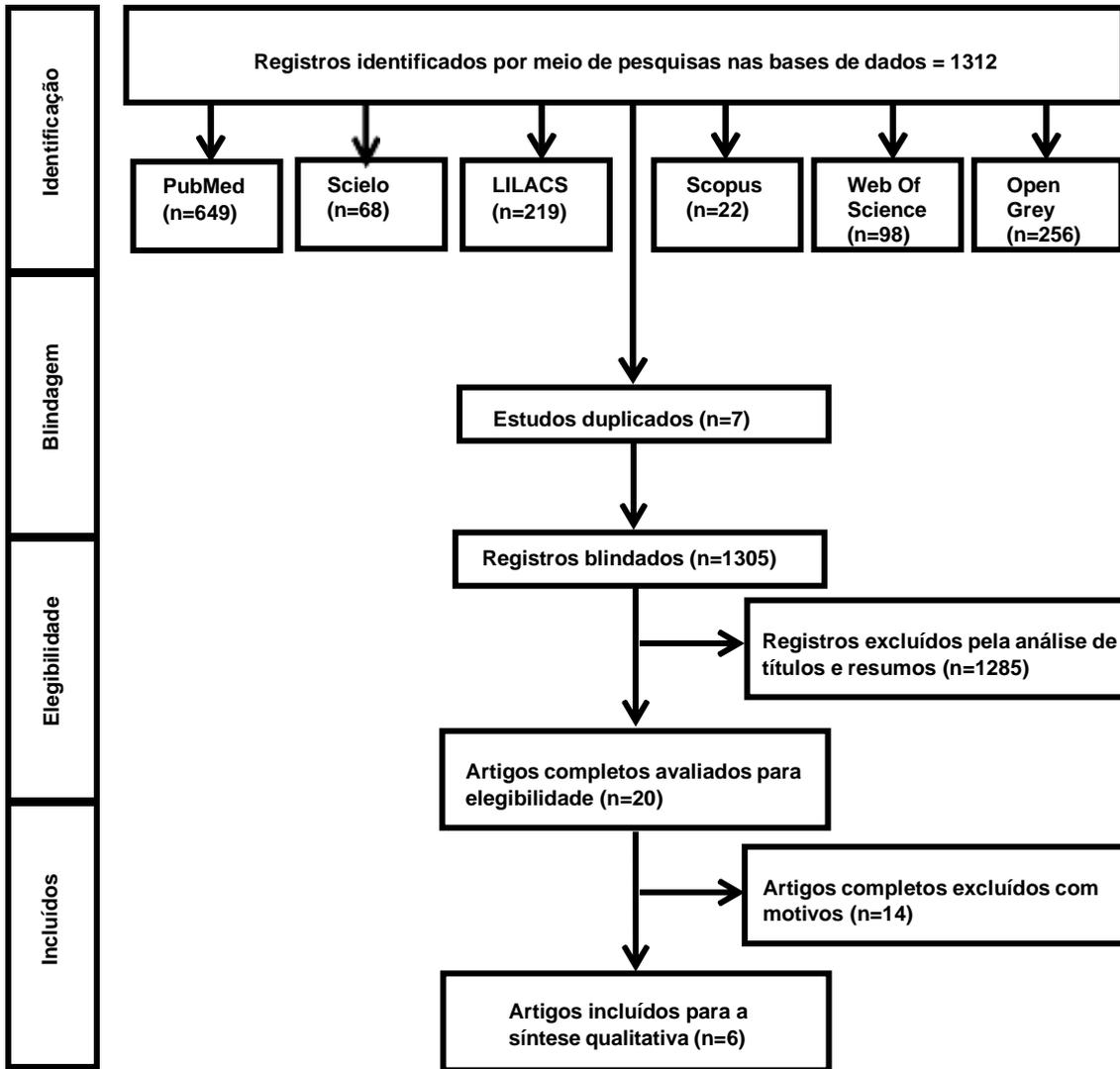


Figura 1. Flowchart do estudo.

Quadro 2 -Descrição das características do estudo, da amostra e qual o tipo de protetização efetivadas nos estudos selecionados

Dados de identificação e tipo do estudo		Amostra	Tipo de protetização e localização
Autores/Ano, Cidade/País do Estudo e Idioma de Publicação	Tipo de estudo	N/Gênero/Idade	Dispositivo/Características
Moura <i>et al.</i> , 2013 Santa Maria Brasil/Português	Observacional e prospectivo	N=28 Idade: 61 a 94 (média de idade 77,5 ± 16,5). Gênero: 16 M e 12 F	Dispositivo: AASI Lado de uso: bilateral. Não especifica o tempo de uso e o tempo da deficiência
Chen <i>et al.</i> , 2016 Toronto Canadá/Inglês	Transversal e qualitativo	N=43 Idade: média de 62 ± 10,5. Gênero: 20 F e 23 M	Dispositivo: IC Tempo médio de uso: 5,6 ± 6 anos Tempo de DA antes do uso do IC (5 entre 0-4 anos; 4 entre 5-9 anos; 4 entre 15-19 anos e 6 com 20 anos ou mais). Não informa lado de uso.
Ramos <i>et al.</i> , 2016 Las Palmas Espanha/Inglês	Observacional descritivo	N=150 Gênero: 80 F e 70 M Idades: 18 a 60 anos (N=100) e acima de 60 anos (N=50). Média de idade 39 ± 21.	Dispositivo: IC Uni e bilateral. Tempo de uso entre 1 e 10 anos. Não informa o tempo da deficiência auditiva.
Sousa <i>et al.</i> , 2018 São Paulo Brasil/Inglês	Transversal clínico	N= 26 Gênero: 14 F e 12 M Idade: 18 a 62 anos Média de idade 40 ± 22.	Dispositivo: IC Unilateral e bilateral. Tempo médio de uso: 80 meses.
Ribeiro <i>et al.</i> , 2019 Belo Horizonte Brasil/Português	Observacional e Transversal	N= 114 Gênero: 59 F e 55 M Idade: 19 a 92 anos Média de idade 55,5 ± 36,5	Dispositivo: AASI Não informaram o lado de uso e tempo do uso. Tempo de perda auditiva: entre zero e 60 anos.
Mcrackan <i>et al.</i> , 2021 Charleston Estados Unidos/Inglês	Transversal	N= 41 Gênero: 23 M e 18 F Idade: maior ou igual a 18 anos. Média de idade 63,9 ± 10,1.	Dispositivo: IC Uni e bilateral. Tempo de uso: 12 meses. Tempo da deficiência auditiva:17 anos.

Quadro 3 - Descrição dos dados de identificação dos estudos, dos protocolos e questionários utilizados e os principais resultados e conclusão dos estudos selecionados

Dados de identificação	Método	Resultados da aplicação dos questionários e protocolos de Qualidade de Vida e Conclusão
Autores/Ano	Protocolos/Questionários	Principais resultados e conclusão do artigo
Moura <i>et al.</i> , 2013.	Foram utilizados dois questionários: O Questionário para a avaliação das expectativas do adulto/idoso no usuário de próteses auditivas, para investigar as preocupações prévias ao uso das próteses auditivas e o International Outcome Inventory For Hearing Aids (IOI – HA), para mensurar o nível de benefício subjetivo do usuário de próteses auditivas em relação a sua prótese e o meio ambiente	No questionário para avaliação das expectativas do adulto/idoso observou-se um baixo nível de preocupação quanto à prótese auditiva. Enquanto no IOI-HÁ observou-se uma avaliação positiva do uso das próteses auditivas. Diante disso, após a análise dos dados, foi verificado que as preocupações não interferiram no benefício subjetivo referido pelo paciente.
Chen <i>et al.</i> , 2016	Os autores idealizaram dois instrumentos: O Instrumento preenchido pelos pacientes implantados, com base no Questionário de Implante Coclear de Nijmegen (NCIQ) e Questionário de Satisfação do Implante Coclear (CISQ) e o Instrumento preenchidos pelos cuidadores e companheiros, com base no Caregiver Strain Questionnaire, Care Giving Burden Scale (CGBS), Escala Quantificada de Denver (modificado para os parceiros), Questionário Relativo ao Índice (IRQF) e Questionário de Satisfação do Cliente (CSQ).	Em relação aos usuários, foram citados os seguintes aspectos: conversar com outras pessoas em local tranquilo; maior segurança e autoconfiança para conversar; ouvir carros se aproximando no trânsito com melhoras superiores a 80% e as que apresentaram relativa melhoria (menos de 50%): autopercepção como DA e o fato de que a audição não é mais um fator limitador em suas vidas, localização sonora (atrás), assistir televisão e ouvir música. Em relação aos parceiros/ cuidadores: relato de melhorias em todos os domínios bem-estar físico, emocional, social e geral. De forma geral, o uso de IC demonstrou ter benefícios significativos para o bem-estar psicossocial tanto dos usuários de IC quanto de seus cuidadores/companheiros.
Ramos <i>et al.</i> , 2016	Foram aplicados dois instrumentos: o Glasgow Health Status Inventory (GHSI) com foco específico nas dificuldades auditivas e seu impacto na vida diária (através do relatório do entrevistador) e o Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit (APHAB) com foco na	Após analisarem as diferentes subescalas do Inventário de Benefícios de Glasgow, não mostram relação entre a subescala física e as habilidades de comunicação. Concluindo, que o tratamento de IC fornecido a pacientes idosos com deficiência auditiva tem o potencial de melhorar a qualidade de vida e a compreensão da fala em um grau semelhante ao observado em usuários de IC mais jovens. O APHAB, não demonstrou

	capacidade auditiva em uma variedade de situações diárias e auto-avaliação.	nenhuma evidência de influência entre a saúde geral autorrelatada dos pacientes e as variáveis do paciente (sexo, configuração do implante, idade ou duração da experiência pós-implante). No entanto, o modelo de rede neural demonstrou uma influência sobre o estado geral de saúde a partir de auto-relatos de suporte social, saúde física e dificuldades auto-avaliadas para comunicação tanto em ruído quanto ambientes de escuta mais fáceis. Diante disso, houve incremento da qualidade de vida logo após a implantação, independentemente da idade. Usuários com uso de IC bilateral apresentaram melhores resultados em ambientes com ruído de fundo e em sala reverberante do que usuários de IC unilateral.
Sousa <i>et al.</i> , 2018	Foram usados os questionários: o Nijmegen de Implantes Cocleares e o World Health Organization Quality of Life bref (WHOQOL-bref). Ambos foram enviados via mídia eletrônica.	O Nijmegen de Implantes Cocleares (NCIQ-P) demonstrou que o domínio social (limitações em atividades e interações sociais), foi o aspecto mais bem pontuado na amostra, com percentual de 70,2% e 72,9% respectivamente, seguido pelo domínio psicológico e físico, com o percentual de 69,9% e 67,8% respectivamente. No WHOQOL-bref os domínios psicológico e físico foram os aspectos mais bem avaliados, com 73,6% e 72,5% respectivamente, seguido pelo domínio das relações sociais e meio ambiente e obtiveram como média percentual 69,9% e 61,1% nessa ordem. De forma geral o IC trouxe benefícios relacionados à qualidade de vida dos sujeitos da amostra.
Ribeiro <i>et al.</i> , 2019	Foi utilizado o instrumento: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- bref), para mensurar a qualidade de vida de usuários de AASI.	O presente estudo permitiu verificar que usuários que utilizaram o AASI de forma efetiva tiveram maior chance de apresentar uma boa percepção da qualidade de vida global. A qualidade de vida de usuários de AASI esteve relacionada com os fatores socioambientais, demográficos e clínicos, assim como a percepção do estado geral de saúde, que pode sofrer influência de fatores como a presença de tontura e escolaridade.
Mcrackan <i>et al.</i> , 2021	Foram aplicados dois instrumentos: O Coclear Implant Quality of Life (CIQOL- Profile) e a Escala visual analógica (VAS) de 0 a 100 de 10 cm para que os usuários avaliassem sua satisfação geral com IC.	Os domínios emocional, entretenimento e social do CIQOL demonstraram benefícios superiores e os domínios de comunicação e esforço auditivo e o escore global demonstrou benefícios inferiores. Na escala visual analógica, não houve diferenças nas expectativas de satisfação do IC autorelatado. De forma geral, as expectativas dos pacientes antes do implante coclear podem influenciar sua qualidade de vida pós-operatória, mas não o reconhecimento de fala pós-operatório.

Quadro 4 - Análise do risco de viés a partir do JBI (2017).

Estudo/Questões	1	2	3	4	5	6	7	8	RISCO DE VIÉS	
									(TOTAL)	
Moura <i>et al.</i> , 2013	1	0,5	1	1	1	1	1	1	7,5	Baixo
Chen <i>et al.</i> , 2016	1	0,5	1	1	1	1	1	1	7,5	Baixo
Ramos <i>et al.</i> , 2016	1	0,5	1	1	1	1	1	1	7,5	Baixo
Sousa <i>et al.</i> , 2018	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baixo
Ribeiro <i>et al.</i> , 2019	1	0,5	1	1	1	1	1	1	7,5	Baixo
Mcrackan <i>et al.</i> , 2021	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baixo

Legenda: **Q.1.** Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos? **Q.2.** Os sujeitos do estudo e o cenário foram descritos em detalhes? **Q.3.** A exposição foi medida de forma válida e confiável? *Legenda:* **Q.4.** Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição? **Q.5.** Foram identificados fatores de confusão? **Q.6.** Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão? **Q.7.** Os resultados foram medidos de forma válida e confiável? **Q.8.** Foi utilizada análise estatística apropriada?

Impact of hearing aids on adult quality of life: a systematic review

To enable PROSPERO to focus on COVID-19 submissions, this registration record has undergone basic automated checks for eligibility and is published exactly as submitted. PROSPERO has never provided peer review, and usual checking by the PROSPERO team does not endorse content. Therefore, automatically published records should be treated as any other PROSPERO registration. Further detail is provided [here](#).

Citation

Micaelle Monteiro, Emilly Shanaia Vieira, Bárbara Rosa, Carla Patrícia César. Impact of hearing aids on adult quality of life: a systematic review. PROSPERO 2022 CRD42022363325 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42022363325

Review question

What are the impacts of hearing aids on the adult's quality of life?

Searches

The databases that will be used are: LILACS, SciELO, PubMed, Web of Science , Scopus and Open Gray.

Based on these eligibility criteria, the collection will be selected and those that meet the eligibility criteria will be qualitatively analyzed, verifying the risk of bias. The results will be analyzed qualitatively, being grouped according to the thematic axis.

Types of study to be included

All kinds of research in this context, with an excess of studies on studies with disabilities, the elderly and people without hearing impairment.

Condition or domain being studied

The hearing aid is one of the alternatives used in the auditory rehabilitation process that aims to help communication and minimize the limitations caused by hearing loss.

Participants/population

Studies with adults with hearing impairment with and without the use of hearing aids will be included in the research and studies with children, the elderly and people without hearing impairment will be excluded.

Intervention(s), exposure(s)

Articles will be analyzed in the following languages: Portuguese, English and Spanish, from the last ten years. Inclusion criteria: adults with hearing impairment and exclusion criteria: elderly and children.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Audiology - Communication Research (ACR), ISSN 2317-6431 é uma publicação técnico-científica da Academia Brasileira de Audiologia (ABA), continuação da Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (RSBF) (ISSN versão online 1982-0232). É publicada em um único volume anual com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Audiologia, Distúrbios da Comunicação Humana e áreas afins, visando o aperfeiçoamento e a atualização dos profissionais relacionados. A ACR é um periódico de acesso aberto, com publicação bilíngue (Português/Inglês) e exclusivamente online.

São aceitos trabalhos originais (inéditos) em português ou inglês, que contribuam para o conhecimento e apresentem aplicabilidade para a Fonoaudiologia. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade do trabalho não ter sido publicado anteriormente nem estar sendo analisado por outra revista. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o artigo será desconsiderado. Todos os artigos submetidos são avaliados pelo Conselho Editorial e após aprovação são encaminhados para análise de uma comissão de revisores (*peer review*). Entretanto, a decisão final sobre a publicação cabe aos Editores. O aceite do manuscrito será baseado na originalidade, na significância e na contribuição científica para o conhecimento da área. O anonimato é garantido durante todo o processo de avaliação. O conteúdo do manuscrito, a veracidade das informações e das citações bibliográficas, assim como a respectiva tradução para o Inglês e a garantia de que esta seja realizada por revisor nativo do idioma, é de responsabilidade exclusiva dos autores.

PROCESSO EDITORIAL

Os manuscritos submetidos devem obedecer rigorosamente às normas da revista e todas as exigências devem ser atendidas. **Aqueles que não estiverem de acordo com as normas da revista não serão avaliados.** A secretaria editorial comunicará por e-mail sobre inadequações com relação à forma e apresentação do artigo. Após a notificação, o autor responsável terá um prazo para a adequação do manuscrito. Caso o prazo não seja cumprido, o processo de submissão será arquivado. Todo o processo de avaliação é realizado pelo sistema e as informações relacionadas ao processo editorial ficam disponíveis online.

Os manuscritos submetidos serão avaliados pelos Editores quanto à adequação do conteúdo à linha editorial da revista, à relevância e à originalidade do estudo. Aqueles que não se adequarem ao escopo da revista, que não indicarem a contribuição do estudo para a Fonoaudiologia e que tiverem erros significativos de metodologia serão rejeitados e os autores notificados sobre os motivos da recusa. Após a aprovação pelo Editor, os manuscritos serão enviados para avaliação de pelo menos dois revisores com expertise na área (avaliação por pares). Os revisores podem sugerir modificações, correções, solicitar esclarecimentos e fazer recomendações. Os comentários dos revisores poderão ser encaminhados aos autores, como forma de orientação para as modificações que devem ser realizadas no texto. Após a realização das modificações sugeridas pelos revisores, o artigo corrigido deverá ser reenviado pelo sistema online. Sugerimos que as alterações realizadas sejam destacadas de cor diferente no texto, para facilitar a revisão do artigo. Os autores podem enviar uma carta aos revisores e/ou editores, justificando os motivos pelos quais as

modificações sugeridas não foram efetuadas. Essa carta pode ser incluída antes da página inicial, no mesmo arquivo do artigo, sem a identificação dos autores. A versão corrigida do artigo será submetida à nova rodada de avaliação pelos revisores. Este processo pode necessitar de várias rodadas até que o manuscrito seja considerado adequado. Em seguida, os editores aceitam ou recusam o artigo para publicação. Somente após o aceite final dos editores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Os autores dos artigos selecionados para publicação serão notificados por e-mail, e receberão instruções relacionadas aos procedimentos editoriais técnicos. Os trabalhos em análise editorial não poderão ser submetidos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que sejam efetivamente publicados ou rejeitados pelo corpo editorial. Somente o editor poderá autorizar a reprodução dos artigos publicados na *Audiology - Communication Research (ACR)* em outro periódico.

Em casos de dúvidas, os autores deverão entrar em contato com a secretaria executiva da revista através do endereço de e-mail revista@audiologiabrasil.org.br.

FORMA E ESTRUTURA DO MANUSCRITO

A *Audiology - Communication Research (ACR)* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org), em <https://www.who.int/clinical-trials-registry-platform> ou www.ensaiosclinicos.gov.br. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo "Recomendações Para Elaboração, Redação, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Periódicos Médicos", versão de dezembro de 2014, disponível em: www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese2014.pdf.

O texto deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de artigo.

A ACR publica os seguintes tipos de artigos: Artigos originais, Relato de casos originais, Artigos de revisão ou meta-análises, Comunicações breves e Cartas ao editor.

Não serão aceitos relato de casos simples, revisão simples de literatura, resumos, resenhas e relatórios técnicos.

O manuscrito não deve conter dados de autoria – estes dados devem ser apresentados somente na Página de Identificação.

Artigos originais

São trabalhos destinados à divulgação de resultados originais e inéditos de pesquisa científica. Devem conter os seguintes itens: Resumo e descritores, *Abstract* e *keywords*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

- **Introdução:** deve apresentar uma breve revisão de literatura, contextualizando o trabalho, que justifique os objetivos do estudo. Os objetivos devem ser apresentados ao final da introdução, sem iniciar uma nova seção.

- **Métodos:** devem ser descritos com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido.

- **Resultados:** devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados recebam análise estatística inferencial para que sejam mais conclusivos.

- **Discussão:** os resultados devem ser discutidos e comparados aos estudos da literatura pertinente. Não deve repetir os resultados nem a introdução.

- **Conclusão:** deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência.

- **Referências:** das referências citadas (máximo 30), pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

O número de aprovação do **Comitê de Ética em Pesquisa**, bem como a afirmação de que todos os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução MS/CNS/CNEP nº 196/96 de 10 de outubro de 1996), no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados no item Métodos.

Relato de casos originais

Descrevem casos ou experiências inéditas, incomuns ou inovadoras, que representem originalidade de uma conduta ou tratamento e ilustrem situações pouco frequentes, com características singulares de interesse para a prática profissional, descrevendo seus aspectos, história, condutas e resultados observados.

Devem conter: Resumo e descritores, *Abstract* e *keywords*, Introdução (com breve revisão da literatura), Apresentação do caso clínico, Discussão, Comentários finais e Referências.

A Apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação da pesquisa e seus resultados. No caso de utilização de imagens de pacientes, anexar cópia do Consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

Devem ser apresentadas, no máximo 15 referências.

Artigos de revisão ou meta-análises

São artigos destinados a identificar sistematicamente e avaliar criticamente todas as evidências científicas a respeito de uma questão de pesquisa. Resultam de uma pesquisa metodológica com o objetivo de identificar, coletar e analisar estudos que testam uma mesma hipótese, sistematicamente reúnem os mesmos dados, dispõem estes dados em gráficos, quadros e/ou tabelas e interpretam as evidências. As revisões de literatura devem descrever detalhadamente o método de levantamento dos dados, justificar a escolha das bases de dados consultadas e indicar a relevância do tema e a contribuição para a Ciência. Os resultados numéricos dos estudos incluídos na revisão podem, em muitas circunstâncias, ser analisados estatisticamente por meio de meta-análise. Os artigos de meta-análise devem respeitar rigorosamente as normas indicadas para essa técnica.

Devem seguir a estrutura: Resumo e descritores, *Abstract* e *keywords*, Introdução, Objetivos, Estratégia de pesquisa, Critérios de seleção, Análise dos dados, Resultados, Discussão, Conclusão

e Referências. Todos os trabalhos selecionados para a revisão sistemática devem ser listados nas referências.

Não há limitação para o número de referências. Das referências citadas, pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

Comunicações breves

São artigos curtos de pesquisa, com o objetivo de apresentar resultados preliminares interessantes e com impacto para a Fonoaudiologia. São limitados a 1500 palavras (da introdução à conclusão).

Seguem o mesmo formato dos Artigos Originais, devendo conter: Resumo e descritores, *Abstract* e *keywords*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

Devem ser apresentadas, no máximo 15 referências, das quais pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

Cartas ao editor

Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, ou discussões de assuntos específicos da atualidade. Serão publicadas a critério dos Editores. Devem ser breves (até 500 palavras), possuir título próprio diferente do título da seção, citações e referências bibliográficas.

SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo sistema de submissão online *ScholarOne*, disponível em <https://mc04.manuscriptcentral.com/acr-scielo>.

Todos os autores deverão ser cadastrados no sistema, para receberem as correspondências relativas ao andamento do artigo.

Para iniciar uma submissão, o autor responsável deverá previamente associar no sistema o cadastro de seu *ORCID* (*Open Researcher and Contributor ID* - <https://orcid.org/signin>). Todos os autores devem ter o cadastro associado ao *ORCID* atualizado assim como informá-los na Página de Identificação (ver abaixo).

Em casos de dúvidas, os autores deverão entrar em contato com a secretaria executiva da revista através do e-mail revista@audiologiabrasil.org.br

REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser incluídos, **obrigatoriamente**, além do arquivo do artigo, os seguintes documentos suplementares:

1. Carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e; transferência de direitos autorais, além de pequeno esclarecimento sobre a contribuição de cada autor (modelo do documento encontra-se disponível em: https://www.scielo.br/media/files/acr_normas_1_3.doc). Deve estar digitalizado. No sistema identifique como "Supplemental File NOT for Review";
2. Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o estudo, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais. O documento deve estar digitalizado. No sistema identifique como "Supplemental File NOT for Review";
3. Cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), somente quando for necessária a autorização do uso de imagem. O documento deve estar digitalizado. No sistema identifique como "Supplemental File NOT for Review";

4. Declaração de conflitos de interesse, quando pertinente (potenciais conflitos de interesses disponível em: https://www.scielo.br/media/files/acr_normas_1_4.doc).
5. Página de identificação do manuscrito. Todos os dados de autoria devem estar na Página de identificação (disponível em: <https://encurtador.com.br/iosG5>). O manuscrito não deve conter dados de autoria. No sistema tipifique como "Title Page";
6. Tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências. Devem ser apresentados também em anexo, no sistema de submissão. Tabelas e quadros devem ser apresentadas em formato DOC ou DOCX. Figuras, gráficos, ilustrações e fotografias devem ser apresentadas no mínimo em 300 dpi, com boa resolução e nitidez. No sistema tipifique como "Table", "Figure" ou "Image";

PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO

Seguindo o documento modelo (<https://encurtador.com.br/iosG5>), deve conter, obrigatoriamente, na seguinte sequência:

- a) título do artigo resumido com até 40 caracteres (considerando espaços), em português e em inglês.
- b) título do artigo, em português e em inglês. O título deve ser conciso, porém informativo.
- c) identificação dos autores com nome completo de cada autor;
- d) departamento e/ou instituição onde o trabalho foi realizado, bem como cidade, o estado e o país da instituição;
- e) nome das instituições à qual cada autor está filiado;
- f) declaração de conflitos de interesse;
- g) texto breve descrevendo a contribuição de cada autor listado. A ACR adota os critérios de autoria e contribuição do ICMJE.
- h) fontes de auxílio à pesquisa, se houver;
- i) nome, telefone, endereço institucional e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
- j) Resumo / Abstract seguindo por palavras-chaves / keywords
- k) agradecimentos. Incluem reconhecimento a pessoas ou instituições que colaboraram efetivamente com a execução da pesquisa. Devem ser incluídos agradecimentos às instituições de fomento que tiverem fornecido auxílio e/ou financiamentos para a execução da pesquisa, inclusive explicitando números de processos, quando for o caso.

Autoria

São considerados autores aqueles que têm efetiva contribuição intelectual e científica na realização do trabalho. Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria do artigo e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado por contribuições substanciais durante:

1. Concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados;
2. Redação ou revisão do artigo de forma intelectualmente importante;
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

As pessoas que não cumprem estes requisitos e que tiveram participação puramente técnica (ato operatório, revisão bibliográfica, chefes de departamento, serviços ou financiados)

devem ser listadas nos agradecimentos. A participação limitada à obtenção de fundos, coleta de dados, supervisão geral ou chefia de um grupo de pesquisa não justifica autoria.

FORMATAÇÃO E PREPARO DO MANUSCRITO

Forma: O texto deve ser formatado em Microsoft Word, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm),

Margem: 2,5 cm de cada lado

Fonte: Arial tamanho 12 para texto. Para tabelas, quadros, figuras e anexos: fonte Arial 8

Espaçamento entre linhas: espaço duplo (inclusive tabelas, quadros e anexos)

Recuos e espaçamentos: zero Alinhamento do texto: justificado

Tabulação de parágrafo: 1,25 cm

Manual de formatação: para mais detalhes e outras especificações relativas a formatação do manuscrito, por favor acesse: http://www.audiolcommres.org.br/pdf/normas_1_2.pdf

Extensão do manuscrito: a extensão do manuscrito (incluindo página de identificação, resumo e abstract, texto, tabelas, quadros, figuras, anexos e referências) não deve ultrapassar as indicações: 30 páginas para Artigos originais e Revisões sistemáticas, 20 páginas para Relatos de casos, 1500 palavras (da introdução à conclusão) para Comunicações breves e 500 palavras para Cartas ao editor.

Sequência do artigo: cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: título do artigo em português e em inglês, Resumo e descritores, *Abstract* e *keywords*, texto (de acordo com os itens necessários à seção para a qual o artigo foi enviado), Agradecimentos, Referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos, com suas respectivas legendas.

Título, resumo e descritores

O manuscrito deve iniciar-se pelo título do artigo, em português e inglês, seguido de resumo, em português e inglês, de no máximo 250 palavras. O resumo em português deve ser apresentado primeiro, seguido pelo abstract, com quebra de página entre eles. O texto deve ser corrido, sem parágrafo. O resumo e o abstract devem conter exatamente as mesmas informações.

O resumo deverá conter informações relevantes do estudo, que constem no texto e que incentivem a leitura do artigo. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Não deve conter a instituição em que o estudo foi realizado e não deve conter resultados numéricos ou estatísticos.

Assim, para Artigos originais e Comunicações breves, a estrutura deve ser, em Português: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão; em inglês: *Introduction, Purpose, Methods, Results, Conclusion*.

Para Artigos de revisão ou meta-análises, devem seguir a estrutura, em Português: Introdução, Objetivos, Estratégia de pesquisa, Critérios de seleção, Resultados, Conclusão; em Inglês: *Introduction, Purpose, Research strategy, Selection criteria, Results, Conclusion*.

Para Relatos de caso originais o resumo não deve ser estruturado e não deve apresentar *headlines*.

Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/*keywords* que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Texto

O texto deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de artigo. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e sem nenhuma referência ao nome dos autores, como no exemplo:

"Embora a medicação seja necessária e fundamental para muitos pacientes proporcionando melhoras significativas, aumentando a sobrevivência desses indivíduos⁽⁷⁾, existem relatos na literatura que discutem seus efeitos adversos^(8,9)."

Gramática e ortografia: devem ser utilizadas as novas regras gramaticais da língua portuguesa. Palavras ou expressões em inglês que não possuam tradução oficial para o português devem ser escritas em itálico.

Numerais: até dez devem ser escritos por extenso. Somente a partir do 11 é que devem ser indicados por numerais arábicos.

Idade: descrever a idade sempre em anos e meses (exemplo: 7 anos e 11 meses). Deve ser sempre indicada por numerais. Utilizar a expressão "média de idade".

Sujeitos: ao descrever sujeitos, evitar "sexo" (sexo masculino, sexo feminino); utilizar "gênero" (gênero masculino, gênero feminino).

Referências

Devem ser numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, de acordo com a ocorrência no texto. A apresentação deverá estar baseada no formato "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine*.

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Recomenda-se utilizar preferencialmente referências publicadas nos últimos cinco anos.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Musiek FE, Shinn JB, Jirsa R, Bamiou DE, Baran JA, Zaida E. The GIN (Gaps in Noise) test performance in subjects with confirmed central auditory nervous system involvement. *Ear Hear*. 2005; Dec;26(6):608-18.

LIVROS

Coates V, Beznos GW, Françoso LA. *Medicina do adolescente*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2003. 731p.

CAPÍTULO DE LIVRO

Santos MFC, Pereira LD. Escuta com Dígitos. In: Pereira LD, Schochat E. (Org.) *Processamento auditivo: manual de avaliação*. São Paulo: Lovise, 1997. p.15-32.

CAPÍTULO DE LIVRO (mesma autoria)

Russo IC. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. *Distúrbios da audição: a presbiacusia*; p. 51-82.

TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS

Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: *Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research*; 1984 Sep 6-10; Toronto. *Proceedings*. Toronto: AMA; 1984; 25:2293-4.

DISSERTAÇÕES E TESES

Linares AE. *Correlação do potencial auditivo de estado estável com outros achados em audiologia pediátrica [tese]*. São Paulo:

Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ASHA: American Speech and Hearing Association [Internet]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2008. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]; [about 3 screens] Available from: http://www.asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm

Tabelas

Devem ser apresentadas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do artigo, após as referências. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada tabela. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, autoexplicativo, inserido acima da tabela, sem abreviações ou siglas. Devem ser apresentadas em preto e branco, com linhas simples, sem nenhum destaque. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

Quadros

Os quadros deverão ser encaminhados separadamente do texto, cada um em uma página, ao final do artigo, após as referências. Devem ser numerados sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto.

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que pode ter traçado vertical e deve ser fechado lateralmente. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada quadro. Todos os quadros deverão ter título reduzido, autoexplicativo, inserido acima do quadro, sem abreviações ou siglas. No rodapé deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. Serão aceitos no máximo dois quadros.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do artigo, após as referências. Devem ser numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada figura. No rodapé deve constar legenda para abreviaturas e siglas. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou em escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título sem abreviações ou siglas, digitado em fonte Arial 8, abaixo da figura. Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

Anexos

São dados necessários à compreensão do texto. Podem ser apresentados como listas, protocolos, formulários, testes etc. Devem ser digitados com espaço duplo e fonte Arial 8, numerados sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Devem ter título reduzido, autoexplicativo, inserido acima do conteúdo, sem abreviações ou siglas. Devem ser apresentados em preto e branco.

Legendas

Devem ser apresentadas em fonte Arial 8, usando espaço duplo, justificado, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar o significado das abreviaturas e siglas por extenso. Não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Notas de rodapé

Quando houver nota de rodapé, deve ser identificada com um asterisco (*). No caso de ocorrência de mais de uma nota de rodapé, as seguintes devem acrescentar asteriscos. No rodapé, a nota deve ser formatada em fonte Arial 10, com parágrafo justificado.

Unidades de medida

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser apresentadas em unidades métricas (metro, quilograma, litro) ou seus múltiplos decimais. As temperaturas devem ser expressas em graus Celsius e as pressões sanguíneas devem ser expressas em milímetros de mercúrio.

Tradução

Todos os trabalhos terão publicação bilingue Português/Inglês. Os artigos podem ser encaminhados em Português ou em Inglês. Nos casos dos artigos redigidos em Inglês será solicitada uma cópia em Português da versão final.

A versão do artigo em Inglês é de responsabilidade exclusiva dos autores. Após revisão técnica do manuscrito aprovado em Português os autores serão orientados a realizarem a tradução do documento para a língua inglesa, garantindo pelo menos a revisão por empresa especializada com experiência internacional.

Representações comerciais

Agentes terapêuticos devem ser indicados pelos seus nomes genéricos seguidos, entre parênteses, pelo nome comercial, fabricante, cidade, estado e país de origem. Todos os instrumentos ou aparelhos de fabricação utilizados devem ser citados com o seu nome comercial, fabricante, cidade, estado e país de origem. É necessária a colocação do símbolo (sobrescrito) de marca registrada ® ou ™ em todos os nomes de instrumentos ou outras representações comerciais.

ORCID ID

O número de registro no ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*, <http://orcid.org/>) de todos os autores devem estar associados aos seus respectivos cadastros no ScholarOne.

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Audiologia - Pesquisa em Comunicação

ID do manuscrito

ACR-2023-2804

Título

Impacto da protetização auditiva na qualidade de vida do adulto com deficiência auditiva: revisão de escopo

Autores

Vieira, Emilly

Monteiro , Micaelle

Cesar, Carla

Rosa, Bárbara

Data Enviada

21 de abril de 2023

Painel do autor

1 Manuscritos enviados >

Iniciar novo envio >

Instruções herdadas >

5 E-mails Mais Recentes >

Manuscritos enviados

STATUS	EU IA	TÍTULO	CRIADA	SUBMETIDO
ADM: Assistente Editorial, ACR	ACR-2023-2804	Impacto da protetização auditiva na qualidade de vida do adulto com deficiência auditiva: revisão de escopo View Submission	21 de abril de 2023	21 de abril de 2023
<ul style="list-style-type: none">Aguardando processamento administrativo				

 [Diário de contato](#)