

REGIANE BERGAMO GOMES DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA E DEFICIÊNCIA AUDITIVA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS
QUE INFLUENCIAM A ADAPTAÇÃO DE PRÓTESES AUDITIVAS POR IDOSOS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2013**

REGIANE BERGAMO GOMES DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA E DEFICIÊNCIA AUDITIVA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS
QUE INFLUENCIAM A ADAPTAÇÃO DE PRÓTESES AUDITIVAS POR IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado
em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco,
como exigência parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia, área de concentração:
Psicologia da Saúde, sob a orientação da Profa. Dra.
Luciane Pinho de Almeida.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2013**

Ficha catalográfica

Silva, Regiane Bergamo Gomes da
S586q Qualidade de vida e deficiência auditiva: aspectos psicossociais que influenciam a adaptação de próteses auditivas por idosos / Regiane Bergamo Gomes da Silva; orientação Luciane Pinho de Almeida. 2013. 142 f.+ anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2013.

1. Idosos – Distúrbios da audição 2. Qualidade de vida 3. Aparelhos auditivos I. Almeida, Luciane Pinho de II. Título

CDD – 617.89

A dissertação apresentada por REGIANE BERGAMO GOMES DA SILVA, intitulada "QUALIDADE DE VIDA E DEFICIÊNCIA AUDITIVA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS QUE INFLUENCIAM A ADAPTAÇÃO DE PRÓTESES AUDITIVAS POR IDOSOS", como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Luciane Pinho de Almeida- UCDB (orientadora)

Profª Drª Edna Maria Severino Peters Kahhale – PUC-SP

Profª Drª Heloisa Bruna Grubis - UCDB

Prof. Dr. Márcio Luís Costa - UCDB

Campo Grande-MS, 17 de dezembro de 2013.

Aos meus pais, Pedro e Ercy, pelo carinho, amor e dedicação, me ensinando sempre o caminho da vida...

E aos meus amados, Luiz Alexandre e Giovanna, que seguem comigo este caminho, fazendo-o valer a pena.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de Luz em minha vida. Agradeço pela oportunidade de viver, pela saúde e sonhos que me motivaram a iniciar e concluir esse projeto.

Aos participantes dessa pesquisa, que me permitiram partilhar de suas experiências de vida e me presentearam com suas verdadeiras histórias de superação das limitações que a longevidade proporciona aos que alcançam a Terceira Idade.

À minha orientadora, professora Dra. Luciane Pinho de Almeida, por acreditar em meu sonho de desenvolver esse trabalho e participar dele, compartilhando comigo seus conhecimentos e me motivando a buscar o caminho para realizá-lo.

Aos professores do Mestrado em Psicologia da UCDB, que com muita seriedade e empenho conduziram o curso, me proporcionando, através de seus saberes e práticas, valiosas contribuições científicas.

Ao meu marido, Luiz Alexandre, pelo incentivo e apoio nas minhas escolhas, me dedicando sempre muito amor e compreensão. A sua serenidade e equilíbrio emocional foram essenciais em todos os momentos. Obrigada por fazer parte da minha vida.

À minha amada filha Giovanna, razão do meu viver, por compreender a minha ausência ao longo dessa pesquisa e me dedicar sempre muito carinho. Amor imensurável.

À amiga e companheira de trabalho Bethânia dos Santos Porto, por não me deixar desistir desse sonho.

Aos amigos e companheiros de trabalho, Ilzis Fernandes da Silva, Nayane Vasquez, Fernanda de Almeida Marques, Milena de Oliveira Nunes, Leandro Galindo Martins, Marcelo Barbosa Gomes e Adriele Cristina Ferraz Rocha por partilharem comigo as glórias e os dissabores dessa profissão.

Aos professores Dr. Márcio Luis Costa e Dra. Heloísa Bruna Grubits Freire pela participação na avaliação dessa dissertação e pelas valiosas contribuições realizadas na qualificação.

À professora Dra. Edna Maria Severino Peters Kahhale, por aceitar compor a Banca de Defesa.

À Luciana Fukuhara, do programa de Mestrado em Psicologia da UCDB, pela atenção e disponibilidade sempre presentes.

À professora e amiga Karla de Toledo Candido Muller, pelas valiosas sugestões e incentivo.

"Envelhecer é o único meio de viver muito tempo. A idade madura é aquela na qual ainda se é jovem, porém com muito mais esforço. O que mais me atormenta em relação às tolices de minha juventude, não é havê-las cometido... é sim não poder voltar a cometê-las. Envelhecer é passar da paixão para a compaixão. Muitas pessoas não chegam aos oitenta porque perdem muito tempo tentando ficar nos quarenta. Aos vinte anos reina o desejo, aos trinta reina a razão, aos quarenta o juízo. O que não é belo aos vinte, forte aos trinta, rico aos quarenta, nem sábio aos cinquenta, nunca será nem belo, nem forte, nem rico, nem sábio... Quando se passa dos sessenta, são poucas as coisas que nos parecem absurdas. Os jovens pensam que os velhos são bobos; os velhos sabem que os jovens o são. A maturidade do homem é voltar a encontrar a serenidade como aquela que se usufruía quando se era menino. Nada passa mais depressa que os anos. Quando era jovem dizia: “verás quando tiver cinquenta anos”. Tenho cinquenta anos e não estou vendo nada. Nos olhos dos jovens arde a chama, nos olhos dos velhos brilha a luz. A iniciativa da juventude vale tanto quanto a experiência dos velhos. Sempre há um menino em todos os homens. A cada idade lhe cai bem uma conduta diferente. Os jovens andam em grupo, os adultos em pares e os velhos andam sós. Feliz é quem foi jovem em sua juventude e feliz é quem foi sábio em sua velhice. Todos desejamos chegar à velhice e todos negamos que tenhamos chegado. Não entendo isso dos anos: que, todavia, é bom vivê-los, mas não tê-los."

(Albert Camus)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi o de compreender, por meio de relatos orais, os aspectos psicossociais decorrentes do uso de próteses auditivas por idosos com idade de 60 anos ou mais e a forma como contribuem para a melhoria da qualidade de vida dessa população. Foram selecionados para essa pesquisa cinco idosos, sendo duas mulheres e três homens, portadores de deficiência auditiva neurossensorial bilateral adquirida, com idades entre 62 e 75 anos e usuários de prótese auditiva há, pelo menos, seis meses da data da entrevista. Como método adotou-se a pesquisa qualitativa e os dados foram construídos através da aplicação do questionário sóciodemográfico para caracterização da população e da entrevista não estruturada, com roteiro de perguntas relacionadas à deficiência auditiva e ao uso de próteses. A análise dos dados foi realizada através da transcrição de todas as entrevistas e em seguida de suas leituras, o que possibilitou explorar e analisar o conteúdo do material coletado. Como resultados observou-se que o idoso atribuiu à deficiência auditiva o sentido da limitação do contato com o outro, sendo associada ao envelhecimento e desencadeando o sentimento de exclusão social. Ao deficiente auditivo foi conferido o sentido negativo de ser menos capaz, influenciando diretamente no seu papel na sociedade e com isso restringindo sua qualidade de vida. Às próteses auditivas foram conferidos sentidos negativos e positivos, pois adquiriram o caráter de dispositivos que possibilitam o restabelecimento do contato com o outro e que afastam o deficiente auditivo da situação de incapacidade e isolamento, mas que não o fazem por completo, uma vez que não resolvem todas as dificuldades de comunicação provenientes da deficiência auditiva. Conclusão: A partir dos resultados encontrados, concluiu-se que os idosos participantes perceberam que a Qualidade de Vida após a adaptação da prótese auditiva melhorou, porém é um processo contínuo, pois os aspectos psicossociais que influenciam seu uso incidem diretamente na sua relação com o outro, tanto no fator de facilitação quanto no de negação. Os dados desta pesquisa trouxeram informações sobre os sentidos produzidos pelos idosos frente à decisão do uso da prótese auditiva, oferecendo subsídios aos profissionais na busca para melhoria dos serviços prestados a essa população.

Palavras-chave: idosos; perda auditiva; auxiliares de audição; qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand, through oral histories, psychosocial aspects arising from the use of hearing aids by the elderly aged 60 years or older and how they contribute to improve the quality of life of this population. Were selected for this study five seniors, including two women and three men, with bilateral acquired sensorineural hearing loss, ages 62 and 75 years old and hearing aids users for at least six months from date of interview. As a method adopted the qualitative research and the data were constructed by applying the sociodemographic questionnaire to characterize the population and non-structured interview script with questions related to hearing loss and the use of prosthesis. Data analysis was conducted by the transcription of all interviews and then his readings, which allowed to explore and analyze the contents of the material collected. The results revealed that the elderly hearing loss attributed to the effect of limiting contact with others, being associated with aging and triggering the feeling of social exclusion. It was conferred to the hearing disabled the negative sense of being less able, directly influencing their role in society and thereby restricting their quality of life. At hearing aids negative and positive meanings were given, as they have acquired the character of devices that allow the reestablishment of contact with other people and secluded the hearing disabled from incapacity and isolation , however not completely, since it do not solve all the difficulties of communication from hearing loss. Conclusion: From these results, it was concluded that elderly participants realized that the Quality of Life after fitting of hearing aids has improved, but is an ongoing process because the psychosocial aspects that influence its use have a direct impact on its relationship with the another, both in facilitating factor as in denial. Data from this study have brought information about meanings produced by the elderly against the decision of the hearing aids use, offering support to professionals in the quest to improve services to this population.

Keywords: elderly; hearing loss; hearing aids; quality of life.

LISTA DE SIGLAS

AASI	- Aparelho de Amplificação Sonora Individual
CCI	- Centro de Convivência do Idoso
CNAS	- Conselho Nacional de Assistência Social
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONEP	- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PAI	- Projeto Autonomia do Idoso
PAPI	- Programa de Atenção à Pessoa Idosa
PNI	- Política Nacional do Idoso
QV	- Qualidade de Vida
QVRS	- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SDH/PR	- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SUS	- Sistema Único de Saúde
WHOQOL	- World Health Organization Quality of Life

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Quadro apresentando a classificação das perdas auditivas quanto ao grau, segundo Silman e Silverman (1997)	68
FIGURA 2 - Quadro contendo a caracterização: gênero, idade, escolaridade, ocupação, tipo e grau da perda auditiva, tipo de adaptação e tempo de uso das próteses auditivas dos participantes da pesquisa	69
FIGURA 3 - Quadro contendo os temas e subtemas que emergiram após o processo de análise das falas	72
FIGURA 4 - Próteses auditivas Retroauriculares (por trás da orelha)	100
FIGURA 5 - Prótese Auditiva Intra Canal	101
FIGURA 6 - Prótese Auditiva Micro Canal	101

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL	20
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA: OS DIVERSOS SENTIDOS DO “ENVELHECER”	21
2.2 POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO	25
2.3 ESTATUTO DO IDOSO: UM OLHAR PARA O FUTURO	33
3 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO	37
3.1 QUALIDADE DE VIDA	38
3.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	41
3.3 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO	43
4 PRESBIACUSIA	48
4.1 CONCEITO E DESCRIÇÕES	49
4.2 CONSEQUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS DA PRESBIACUSIA	51
5 PRÓTESES AUDITIVAS	54
6 OBJETIVOS	61
6.1 OBJETIVO GERAL	62
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
7 MÉTODO	63
7.1 TIPO DE ESTUDO	64
7.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	68
7.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	70
7.4 ANÁLISE DOS DADOS	71
7.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	73
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	75

8.2 RESULTADOS QUALITATIVOS	77
8.2.1 O sentimento de exclusão acerca da deficiência	78
8.2.2 Próteses Auditivas: relação de desempenho e suas implicações	
psicossociais	86
8.2.2.1 A prótese auditiva como um recurso tecnológico benéfico	86
8.2.2.2 O reconhecimento das limitações da prótese auditiva	88
8.2.2.3 A atitude de resignação e o autocuidado	91
8.2.2.4 Impacto da prótese auditiva na identidade do idoso	93
8.2.2.5 A busca pelo tratamento: a pressão imposta pela família e pela	
sociedade	95
8.2.2.6 A expectativa dos resultados	97
8.2.2.7 Imagem pessoal: fatores estéticos no processo de adaptação das	
próteses auditivas	99
8.2.2.8 Dificuldades no acesso: os altos custos das próteses auditivas no	
Brasil	102
8.2.3 A prótese auditiva como instrumento de inclusão social e seu impacto	
na qualidade de vida dos idosos	104
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICES	134
APÊNDICE 1 - Limiares audiométricos tonais	135
APÊNDICE 2 - Questionário Sócio-demográfico	136
APÊNDICE 3 - Roteiro de Entrevista.....	137
APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	138
ANEXO	139

Como fonoaudióloga e pesquisadora, iniciei meus estudos sobre o envelhecimento humano pela experiência profissional com esta população na área da Audição. Com a Especialização em Audiologia pude aperfeiçoar meus conhecimentos nesta área, o que contribuiu para o meu interesse em continuar pesquisando e ingressar no Mestrado.

Desde o início das minhas atividades profissionais, uma das minhas grandes paixões é a área da seleção e adaptação de próteses auditivas, e foi atuando com pacientes deficientes auditivos que despertei o interesse pela adaptação de próteses auditivas em idosos. Assim, no decorrer desses anos, fui observando os vários fatores que influenciavam a decisão do uso desses equipamentos por idosos e os aspectos psicossociais envolvidos nesta questão.

Desta forma, essa experiência foi relevante e despertou em mim o interesse pelo Mestrado na área da Psicologia, com o intuito de entender quais os aspectos psicossociais que poderiam interferir no processo de adaptação da prótese auditiva por idosos e contribuir para um envelhecimento bem sucedido.

Freire (2000) relata que com o entendimento de que a velhice não significa necessariamente doença, e sendo o idoso capaz de mudanças, o significado de envelhecimento bem sucedido passa a ter maior importância, considerando o grande número de pessoas que espera gozar de uma longa velhice. Existe hoje uma maior consciência de que os idosos podem sentir-se felizes e realizados e de que, quanto mais atuantes e integrados em seu meio social, menos ônus trarão para a família e para os serviços de saúde.

Assim, experienciar a velhice passa a ser cada vez menos uma possibilidade para se tornar uma certeza e o que se busca são ferramentas para continuar vivendo com qualidade.

Segundo Papaléo Netto e Ponte (1996) o século XX foi marcado por diversas medidas que visaram postergar a morte e trouxeram como impacto direto o aumento drástico da expectativa de vida da população.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004), estima-se que, no ano de 2050, o número de pessoas no Brasil com idade igual ou superior a 60 anos, os denominados idosos pelo Estatuto do Idoso de 2003, será superior a 64 milhões de pessoas, sendo que destas, mais de 13 milhões terão idade superior a 80 anos.

No entanto, não estamos preparados para envelhecer, ou seja, enfrentar mudanças anatômicas e funcionais nos diversos órgãos e sistemas do nosso corpo e todas as suas consequências.

Rigo e Teixeira (2005); Russo, Almeida e Freire (2003) e Tesch-Römer (1997) consideram que esta etapa da vida pode vir acompanhada de perdas psicossociais como isolamento, depressão, frustração, irritabilidade e sentimento de solidão, além de consequências biológicas, dentre as quais podemos citar: alterações na saúde geral, problemas de destreza manual, deficiência visual e deficiência auditiva.

Hull (1999) destaca que um dos mais frustrantes déficits sensoriais que acompanham o processo de envelhecimento é a deterioração da função auditiva, conhecida como presbiacusia, que pode ser definida como uma desordem auditiva multidimensional que afeta cerca de 40% de todas as pessoas com idade acima de 65 anos. Desse modo, o impacto da deficiência auditiva é relevante, pois leva a alterações significativas nas capacidades comunicativas do sujeito, que em função delas, deixa de participar das atividades sociais e familiares.

Ainda de acordo com este autor, não importa a causa ou quem apresenta, a presbiacusia é um distúrbio frustrante que afeta muitos adultos. Seus efeitos principais centram-se na quebra da comunicação, que é comumente exacerbada devido ao fato do indivíduo comprometido e da família, muitas vezes, não terem consciência da causa.

Assim, o que se observa é que a perda de audição tem um efeito adverso no estado funcional, na qualidade de vida, na função cognitiva e no bem-estar emocional, comportamental e social do indivíduo idoso (BARALDI et al., 2004).

Entretanto, a maioria dos pacientes idosos com perda auditiva pode ser reabilitada e este procedimento pode apresentar bons resultados. Megale (2006) destaca em seu estudo que para minimizar os efeitos decorrentes dessas dificuldades, os idosos podem se beneficiar do uso da prótese auditiva, também conhecida como Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) ou equipamento auxiliar para audição. Contudo, sabe-se que, apesar do avanço tecnológico, as próteses auditivas não conseguem ser um substituto da orelha, mas

algo importante, que se tornou um grande aliado para os deficientes auditivos em busca de um aprimoramento da comunicação, sempre que não seja possível algum outro tratamento.

Porém, para Russo (1999), o que se observa na prática clínica é que alguns destes idosos relutam em aceitar a existência da deficiência auditiva e a possibilidade do uso de próteses auditivas. Há ainda aqueles que, iniciam o processo de reabilitação audiológica, mas apesar de terem sido submetidos a processos adequados de adaptação das próteses no que diz respeito à tecnologia, características eletroacústicas, modelos utilizados e orientações fornecidas, deixam de usá-las.

Nestes casos, aspectos relativos à subjetividade assumem o foco principal e demasiada importância e parecem determinar as percepções e os sentidos atribuídos pelo indivíduo à deficiência auditiva e ao consequente uso das próteses auditivas (ou não), do que simplesmente as questões psicoacústicas (COSTA, 2006).

Suspeita-se que muitos aspectos, como, por exemplo, dificuldades financeiras (RUSSO; FARIAS, 2010), estigma (ERLER; GARSTECKI, 2002), preconceito (FIALHO, 2001), negação da surdez (IERVOLINO; CASTIGLIONI; ALMEIDA, 2003) e associação da perda de audição com a velhice (COSTA, 2006), possam contribuir na decisão sobre o uso das próteses. Entretanto, não se sabe de que forma tais sentidos são produzidos e como podem influenciar nesta decisão.

Diante desta realidade e considerando que a inabilidade de comunicação em função da deficiência auditiva pode resultar em significativos problemas psicossociais, este estudo tem como objetivo fornecer uma visão geral a respeito da construção social da velhice e do impacto da prótese auditiva na QV de indivíduos com idade de 60 anos ou mais.

Sendo assim, no segundo capítulo, descrevemos a atual situação dos idosos no Brasil, suas lutas e conquistas, que foram estabelecidas em forma de leis, através da Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, a fim de garantir seus direitos na sociedade.

O terceiro capítulo apresenta um breve histórico e conceitos de Qualidade de Vida (QV), Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e Qualidade de Vida no Envelhecimento, tendo como suporte teórico pesquisas desenvolvidas sobre a temática. O

quarto capítulo apresenta o conceito, descrições e implicações psicossociais da presbiacusia, denominação atribuída à perda auditiva decorrente do envelhecimento.

O quinto capítulo é dedicado à apresentação das próteses auditivas, destacando seus benefícios e fatores que podem levar ao sucesso ou insucesso na adaptação das mesmas. O sexto capítulo descreve o objetivo geral e os específicos e o sétimo capítulo apresenta os procedimentos metodológicos que pautaram a pesquisa.

Por fim, o oitavo capítulo trata dos resultados obtidos, que possibilitaram a análise e a discussão dos dados, tendo como referências principais: o sentimento de exclusão acerca da deficiência, próteses auditivas: relação de desempenho e suas implicações psicossociais e a prótese auditiva como instrumento de inclusão social e seu impacto na QV dos idosos.

2 POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA: OS DIVERSOS SENTIDOS DO “ENVELHECER”

Quando desfrutamos da juventude, o envelhecer parece uma etapa da vida ainda muito distante, no qual vivenciamos um turbilhão de pensamentos, emoções e sentimentos, ora de pavor, ora de medo, mas com a infinita vontade de se manter saudável por muito tempo.

Ribeiro (1999) relata que até os vinte e cinco anos, aproximadamente, o ser humano é submetido a um processo, o de desenvolvimento, período no qual atinge o ápice de suas funções. A partir daí, nos anos que se seguem, esse processo de desenvolvimento dá lugar a inúmeras alterações, que tem início em torno dos 25-30 anos e vão ganhando maior velocidade a partir dos 40 anos.

Ainda de acordo com a autora acima, o processo de envelhecimento é progressivo e degenerativo. É caracterizado pela diminuição da eficiência funcional e é universal nas espécies, não sendo determinado por fatores ambientais, apesar de ser influenciado por eles. Mas cada espécie de ser vivo tem seu próprio modo de envelhecer.

Dados estatísticos do IBGE (2004) revelam que o Brasil está passando por um período de transição demográfica, no qual se observa um crescente aumento da população idosa.

Segundo Veras (1996), ultimamente as questões relativas à terceira idade têm recebido importância relevante, uma vez que o envelhecimento da população é um fenômeno global que repercute nos setores econômico e social, especialmente nos países em desenvolvimento.

Entre esses países encontra-se o Brasil, cuja população apresenta-se em rápido processo de envelhecimento, levando-se em consideração que o número de idosos em idade igual ou superior aos sessenta anos passou de três milhões em 1960 para sete milhões em 1975 e quatorze milhões em 2002. Estima-se que, com o aumento crescente dessa população, no ano de 2020 o Brasil se tornará o sexto país do mundo em contingente de idosos, alcançando a marca dos trinta e dois milhões (VERAS, 1996).

Para Paschoal (1996), a velhice se define a partir de um conjunto de esferas: biológica, social, econômica, cognitiva, funcional e cronológica. Assim, entende-se que, biologicamente, o envelhecimento se inicia ao nascimento e não necessariamente numa determinada idade; socialmente, a condição da velhice vai variar de acordo com o momento histórico e cultural vivido pelo sujeito; intelectualmente, quando alguém está ficando velho e suas faculdades cognitivas começam a falhar, surgindo as dificuldades de memória, atenção, orientação e concentração; economicamente, quando a pessoa entra na velhice e se aposenta, ou deixa de ser produtiva para a sociedade; funcionalmente, quando o sujeito perde sua independência, precisando da ajuda de outros para desempenhar suas necessidades básicas; e finalmente, cronologicamente, quando a pessoa é considerada idosa ao completar sessenta ou sessenta e cinco anos.

Especificamente em relação ao aspecto biológico do envelhecimento, Papaléo Netto e Ponte (1996) destacam que este é o processo fisiológico que determina a longevidade do organismo, tendo como consequência o declínio linear das funções dos diversos órgãos.

Como consequência, o organismo passa a apresentar mudanças externas (como flacidez muscular, rugas na pele, cabelos brancos, entre outras) e internas (como o mau funcionamento de órgãos vitais). Assim, essas modificações diminuem a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o mais vulnerável aos processos patológicos (JORDÃO NETTO, 1997).

Na perspectiva econômica da velhice, as preocupações estão voltadas em situar o idoso na estrutura social produtiva, considerando sua saída do mercado de trabalho, o início da aposentadoria e o impacto socioeconômico decorrente do crescimento demográfico desta população, o que traz contornos políticos e sociais a esta perspectiva (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

Sommerhalder e Nogueira (2000) destacam que, de forma geral, a sociedade se organiza em torno de critérios cronológicos. Dessa forma, por volta dos 06 anos, a criança está apta para a alfabetização, com 18 anos, aproximadamente, espera-se que o jovem ingresse em uma universidade, por volta dos 35-40 anos espera-se que a pessoa tenha constituído uma família, na faixa dos 50 anos, que garanta a estabilidade financeira e por volta dos 65 anos, que usufrua de sua aposentadoria.

Para Salgado (1997), a aposentadoria é o marco que define a velhice de forma funcional, ou seja, é a etapa marcada pela imagem da improdutividade e inatividade, mesmo que o indivíduo ainda não seja considerado velho do ponto de vista biofisiológico.

Nesta fase, ao invés de representar um caminho para retirar-se da correria competitiva e, conseqüentemente, desfrutar os próximos anos de vida com tranquilidade, a aposentadoria passa a ser um peso na vida do idoso, levando a um sentimento de inutilidade. Tal sentimento acaba tornando-o fechado para as inovações, sentindo-se incapaz de realizar novas atividades, perdendo qualquer expectativa para mudar o estado das coisas, se renovar, aprender e demonstrar interesse pelas coisas e por si mesmo (SIMÕES, 1998).

Scharfstein (1999) ressalta que o significado de ser idoso vem acompanhado de outras categorias sociais, como ser aposentado, apresentar limitações físicas, entre outros, sendo que, na verdade, estes não são atributos intrínsecos da idade, pois o indivíduo pode ser idoso e ter saúde, bem como a aposentadoria pode ter significado diferente para cada um.

Portanto, a velhice enquanto destino biológico é uma realidade inquestionável, embora a visão que se tenha da pessoa idosa seja uma realidade construída e mutável, variando de acordo com o contexto sócio-político-cultural no qual ela está inserida naquele momento (BEAUVOIR, 1990).

Outro exemplo que ilustra a concepção da velhice ao longo do tempo são os termos utilizados para designar esta fase da vida. Peixoto (1998) relata que, em documentos oficiais anteriores à década de 60, as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos eram chamadas simplesmente de “velhas”.

De acordo com Neri e Freire (2000), atualmente, vários são os termos empregados para designar a velhice. Entre eles podemos citar: pessoa de meia idade, melhor idade, idade madura, idoso, pessoa idosa e, o mais comum, terceira idade.

Ainda de acordo com estas autoras, o significado da expressão “terceira idade” surgiu na França, na década de 1960, com o intuito de designar a idade em que o indivíduo idoso se aposentava. Nessa época, a aposentadoria ocorria por volta dos 45 anos e era necessário

garantir a atividade das pessoas com boa saúde após a aposentadoria e nesse contexto a expressão “terceira idade” apresentava uma conotação melhor do que “velhice”.

Para destacar esse segmento da população que estava em ascensão, os Programas de Extensão Universitária, vinculados às IES (Instituições de Ensino Superior), criaram alternativas como a Universidade da Terceira Idade, com o objetivo de promover um maior envolvimento social desse grupo. Sendo assim, com o aumento da expectativa de vida, a expressão “terceira idade” acabou servindo para designar a faixa etária entre a vida adulta e a velhice e é hoje adotado por muitos países, inclusive o Brasil.

Estudos internacionais sobre gerontologia vêm tentando compreender, de uma forma mais ampla e completa, o que é o envelhecimento, buscando entender o significado de uma velhice boa, saudável e bem sucedida (NERI, 1995).

Entretanto, o envelhecimento populacional traz uma série de consequências psicossociais. Ele é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea e o que podemos observar é que em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados desta dinâmica é a crescente demanda de idosos que buscam os serviços de saúde e outros espaços sociais para seu atendimento (COSTA; VERAS, 2003).

Com isso, o idoso utiliza-se com mais frequência dos serviços de saúde, as internações são mais frequentes e o tempo de ocupação dos leitos é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos perduram por vários anos, ou seja, são crônicas e múltiplas e exigem acompanhamentos constantes, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. Os idosos também buscam mais espaços para o lazer e a interação social, o que em outra época esta era uma faixa etária que não era atendida por estes setores (COSTA; VERAS, 2003).

Dessa forma, Paschoal (1996) destaca que o envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver é mais importante desde que se consiga agregar mais qualidade a esses anos adicionais de vida.

É neste contexto que surgem os desafios para a saúde pública, como reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que procura atingir algumas metas para a população idosa tais como: buscar alternativas para o fortalecimento de políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente voltadas para essa faixa etária e de meios para conservar e melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento, a fim de proporcionar aos idosos uma vida mais ativa, com maior independência e autonomia.

É necessário encontrar formas para incorporar os idosos em nossa sociedade, modificar conceitos já enraizados e lançar mão de novas tecnologias, com inovação e sabedoria, buscando de forma mais justa e democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para essa população que cresce em grande escala no nosso país.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

O ‘Dia do Idoso’ é comemorado no Brasil no dia 1º de Outubro e tem como objetivo a valorização do idoso. Até o ano de 2006, esta data era celebrada no dia 27 de Setembro, porém, em razão da criação do estatuto do idoso em 1º de Outubro, o dia do idoso foi transferido para esta data de acordo com a Lei nº 11.433 de 28 de Dezembro de 2006 (BRASIL, 2006).

A implantação no Brasil de uma política nacional para esse segmento populacional é relativamente recente, datada de 1994. Entretanto, anteriormente a esta implantação, podemos destacar dois importantes documentos que garantiram proteção aos idosos, sendo eles a Lei nº 6.179 de 1974, que cria a Renda Mensal Vitalícia, através do então INPS - Instituto Nacional de Previdência Social e a Constituição Federal, promulgada em 1988, destacando os artigos 14, 203, 229 e 230.

Para um adequado entendimento dessa retrospectiva histórica, se faz necessário um resgate dos acontecimentos a partir da década de 70, quando até então todo o trabalho realizado com idosos no Brasil era de fundo caritativo, desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades filantrópicas. Foi nesta década que começou a surgir um

número significativo de idosos em nossa sociedade, causando preocupação nas áreas governamental e privada e provocando o despertar desses segmentos para a questão social do idoso.

Dessa forma, diante da inegável necessidade de se avaliarem as condições sociais e amparar essa crescente população, instituiu-se, através da Lei nº 6.179 de 1974, o amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos. De acordo com a lei acima, no Art 1º:

[...] os maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada, não auferam rendimento, sob qualquer forma, superior ao valor da renda mensal fixada no artigo 2º, não sejam mantidos por pessoa de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento, passam a ser amparados pela Previdência Social, urbana ou rural.

Entretanto, esta lei não garantia aos idosos todos os seus direitos e foi através da Constituição Federal de 1988 que a discussão sobre essa crescente parcela da população ganhou projeção significativa. Nela, a proteção do idoso também está prevista em vários dispositivos.

De acordo com o artigo 14, da Constituição Federal, “A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos” e no inciso II, letra “b”, para os maiores de 70 anos o exercício do direito ao voto não é obrigatório, mas facultativo (BRASIL, 1988).

No artigo 203, a Constituição tratou da assistência social, prevendo a concessão de ajuda a quem necessitar, independentemente de prévia contribuição e destaca-se, no inciso I, a proteção à velhice, prevendo-se, no inciso V, a concessão de um salário mínimo mensal ao idoso que comprovar não ter meios próprios de subsistência nem ter uma família que o possa amparar. Pelo artigo 229 foi estabelecida a responsabilidade dos filhos maiores de idade, aos quais foi atribuída a obrigação de amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (BRASIL, 1988).

No entanto, é o artigo 230 da Constituição que trata de forma ampla do amparo e assistência ao idoso, estabelecendo que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assisti-lo, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-

estar e garantindo seu direito à vida. O § 1º dispõe que os programas de amparo aos idosos serão executados, preferencialmente, em seus lares e finalmente, pelo § 2º do artigo 230 ficou assegurada aos maiores de 65 anos, a gratuidade nos transportes coletivos (BRASIL, 1988).

Apesar dessas conquistas, até 1994 não existia no Brasil uma política nacional para os idosos, o que havia era um conjunto de iniciativas privadas e algumas medidas públicas consubstanciadas em programas (PAI, Papi, Conviver, Saúde do Idoso), que eram destinados a idosos em situação econômica ruim. Era mais uma ação de caráter assistencial em “favor” deles do que uma política que lhes proporcionasse serviços e ações preventivas e reabilitadoras (SCHONS; PALMA, 2000).

Por isso, diante da difícil garantia de obediência dos preceitos constitucionais e de que a questão do idoso tem sido discutida de forma abrangente e se tornou alvo importante das preocupações do governo, está em vigor no Brasil a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Segundo a lei acima, a Política Nacional do Idoso (PNI) tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

No seu artigo 3º, as disposições tratam o envelhecimento populacional como uma questão de interesse da sociedade em geral e seguem os seguintes princípios:

- I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

Através da articulação de órgãos do Governo como: Ministério da Previdência e Assistência Social, da Educação, da Justiça, da Cultura, do Trabalho e Emprego, da Saúde, do Esporte e Turismo, do Planejamento, do Orçamento e Gestão e da Secretaria de Desenvolvimento Urbano, houve a estimulação para a elaboração de um plano governamental pela integração da PNI, garantindo aos idosos seus direitos e também os seus deveres perante a sociedade em geral.

Dessa forma, o Art. 10º da PNI dispõe que: Na implementação da Política Nacional do Idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I - Na área da Promoção e Assistência Social:

- a) Prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais;
- b) Estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como os hospitais-dia, os centros de convivência, centros de cuidados diurnos, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;
- c) Promover simpósios, seminários e encontros específicos;
- d) Planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisa e publicações sobre a situação social do idoso e;
- e) Promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso.

Um grande sinal do avanço na proteção aos idosos, mediante a preocupação de garantir a essa população qualidade de vida na sua longevidade, foi a criação dos Centros de Convivência dos Idosos (CCI). Segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109/2009), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos é um serviço da proteção social básica, que tem como objetivo proporcionar o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio na comunidade, bem como na prevenção de situações de risco social.

Ainda mediante o tratado na resolução CNAS nº 109/2009, os Serviços de Convivência para Idosos apresentam como específicos os objetivos abaixo:

- Contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo;
- Assegurar espaço de encontro para os idosos e encontros intergeracionais de modo a promover a sua convivência familiar e comunitária;
- Detectar necessidades e motivações e desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida;
- Propiciar vivências que valorizam as experiências e estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir. Isso contribuirá para o desenvolvimento da autonomia social dos usuários.

Sendo assim, a intervenção social deve estar pautada nas características, interesses e demandas dessa faixa etária e considerar que a vivência em grupo, as experimentações artísticas, culturais, esportivas e de lazer e a valorização das experiências vividas constituem

formas privilegiadas de expressão, interação e proteção social (RESOLUÇÃO CNAS 109/2009).

II – Na área de saúde:

- a) Garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS);
- b) Prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- c) Adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS);
- d) Elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- e) Desenvolver formas de cooperação entre as secretarias de saúde dos estados, do Distrito federal e dos municípios e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) Incluir a geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- g) Realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção tratamento e reabilitação e;
- h) Criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

Estas prioridades garantem aos idosos programas de saúde e medidas profiláticas específicas através de normas padronizadas para atendimento geriátrico, ou seja, suas diretrizes priorizam o estímulo à capacitação dos médicos nas áreas da gerontologia e geriatria e a divulgação de estudos e pesquisas sobre os aspectos relacionados à terceira idade e ao envelhecimento.

III - Na área da Educação:

- a) Adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;
- b) Inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;
- c) Incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;
- d) Desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;
- e) Desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso e;
- f) Apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber.

A educação e a informação são alguns dos fatores determinantes para a qualidade de vida e uma longevidade mais produtiva e saudável. Pessoas que não sabem ler, escrever ou interpretar uma informação que recebem numa consulta médica, por exemplo, não dominam

seu processo de vida nem estão aptos para decidir acertadamente suas vidas. O movimento para introduzir pessoas idosas em cursos técnico-profissionalizantes e em cursos livres em universidades é um processo recente e atende às necessidades sociais de capacitar e reorientar estas pessoas para uma nova fase de vida e possível reinserção no mercado de trabalho (MARTINS; HAGEN, 2007).

Iniciadas em países desenvolvidos na década de 90, as Universidades da Terceira Idade já se apresentam em grande número e são consideradas bem sucedidas. Contam, em seu projeto curricular, na sua maioria, com aprendizagem e atividades de informática. Um dos aspectos positivos e de relevância é que o idoso é inserido na vida acadêmica e passa a conviver com alunos jovens e currículos de disciplinas opcionais de seu interesse (MARTINS; HAGEN, 2007).

Martins e Hagen (2007) destacam que o ensino para idosos apresenta especificidades que precisam ser pesquisadas e sistematizadas, com o objetivo de desenvolver uma metodologia inclusiva e eficaz. Mas a princípio, algumas especificidades podem ser destacadas, como:

- Conhecimentos e experiências acumuladas – as pessoas idosas já chegam à sala de aula com uma imensa bagagem de vivências e conhecimentos que não podem ser desprezados pelo educador;
- Velocidade de aprendizagem – em pessoas idosas, o ritmo de aprendizagem costuma ser mais lento e, portanto, deve ser respeitado, evitando gerar insegurança e bloqueios aos conteúdos tratados no curso;
- Dificuldades de ordem visual – não é incomum em cursos de informática, por exemplo, observar idosos que necessitam, além da correção visual dos óculos, de lupas para melhor visualizar imagens em um monitor de computador;
- Dificuldades de ordem auditiva – idosos que apresentam algum tipo de problema auditivo requerem atenção especial, maior proximidade do professor na sala e até mesmo o uso de aparelhos auditivos apropriados;

- Problemas de locomoção – a dependência de instrumentos de locomoção como muletas, andadores ou cadeiras de rodas exigem cuidados especiais na acomodação de alguns idosos ao local de estudo.

Além da capacitação, estas instituições e projetos oportunizam aos idosos, além da socialização, as atividades intergeracionais e o consequente entrelaçamento com os aspectos psicológicos que envolvem a autoestima, o afeto, as emoções e a predisposição do idoso em viver sua vida de forma agradável e produtiva (MARTINS; HAGEN, 2007).

IV - Na área de Trabalho e Previdência Social:

- a) Garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;
- b) Priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários e;
- c) Criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento.

Levando em consideração esses aspectos, o artigo 26 do Estatuto do Idoso, garante que o idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas, bem como seu desejo de se manter em atividade laboral. Assim, o Estado deve estabelecer garantias concretas para que o idoso seja inserido no mercado de trabalho. O trabalho é dignificante ao ser humano e faz com que o idoso sinta-se socialmente útil, mantendo-se sua integridade e valorização social.

Para Zanelli e Silva (1996), o trabalho é fundamental para o desenvolvimento pessoal e reconhecimento social, tendo o aposentado dificuldades de desvincular-se do mesmo. O trabalho representa o papel de regulador da organização da vida humana, em que horários, atividades e relacionamentos pessoais são determinados conforme as suas exigências, sendo fundamentais para a vida social e produtiva. As atividades exercidas, ao longo da vida, servem como referências para as pessoas, por isso considera-se difícil desarticular-se delas.

Entretanto, a aposentadoria também requer atenção e preparo dos idosos para esse novo processo. Por um lado, a aposentadoria é considerada como um direito e uma conquista do trabalhador, depois de muitos esforços e anos de trabalho. Por outro, desvaloriza o sujeito depois de aposentado, que passa a ser visto como improdutivo e, portanto, inútil. O idoso aposentado necessita, muitas vezes, permanecer trabalhando por necessidade financeira,

considerando-se que, para a grande maioria dos brasileiros, os valores recebidos como aposentadoria não cobrem as suas necessidades de manutenção e de seus dependentes, principalmente quando cabe ao idoso o papel de mantenedor do grupo familiar (BULLA; KAEFER, 2003).

V - Na área de Habitação e Urbanismo:

- a) Destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares;
- b) Incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência de locomoção;
- c) Elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular e;
- d) Diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas.

De acordo com a PNI, os programas de assistência ao idoso devem elaborar critérios que garantam seu acesso à moradia popular, bem como o desenvolvimento de condições habitacionais adaptadas às condições de acesso e locomoção que podem ser limitadas pela idade e ainda, a diminuição de barreiras arquitetônicas e urbanas.

VI - Na área de Justiça:

- a) Promover e defender os direitos da pessoa idosa e;
- b) Zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.

É dever de todo cidadão denunciar qualquer mau trato, negligência ou desrespeito cometido com o idoso.

Segundo o serviço da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, (SDH/PR), o Disque 100 registrou um crescimento de 186% de denúncias de violações de direitos das pessoas idosas de 2012 em relação ao ano anterior. Em 2011, foram 8.220 registros, sendo que esse número saltou para 23.523 em 2012. As ocorrências mais comuns são negligência, violência psicológica, abuso financeiro e violência física.

VII - Na área de Cultura, Esporte e Lazer:

- a) Garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;
- b) Propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;

- c) Incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;
- d) Valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural e;
- e) Incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

Para possibilitar a participação do idoso em eventos culturais, uma proposta de incentivo deve ser instituída, a fim de promover preços reduzidos dos ingressos em todo território nacional. Por outro lado, os idosos também devem ser estimulados a desenvolver atividades culturais e de lazer, possibilitando a transmissão de suas habilidades e conhecimentos ao público mais jovem, como forma de preservar e continuar a identidade cultural.

Pereira, Cotta e Priore (2005) consideram que a velhice não torna um ser humano mais ou menos importante que os demais cidadãos, porém o caráter débil e a falta de respeito aos direitos humanos e sociais no Brasil colocam os idosos em uma posição crítica e pouco favorecida, levando em consideração os cuidados necessários pertinentes a esta fase da vida. Desse modo, é comum em países onde os direitos sociais não são considerados de forma adequada, a criação de estatutos na tentativa de assegurar e respeitar os grupos mais vulneráveis.

Considerando o que foi discutido até aqui, podemos observar que apesar do caráter inovador e do avanço da Política Nacional do Idoso, é certo que ainda há muito a ser feito até que os direitos sociais dos idosos sejam plenamente respeitados e exercidos de forma justa e séria.

2.3 ESTATUTO DO IDOSO: UM OLHAR PARA O FUTURO

Diante dessa perspectiva, foi criado no Brasil o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Essa iniciativa constitui significativo passo em favor da justiça, considerando as complexas relações de milhões de brasileiros idosos, homens e mulheres de todos os níveis socioeconômicos, com a família, a sociedade e o Estado e determina inúmeros

benefícios e garantias à terceira idade, além de instituir penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos idosos, sejam masculinos ou femininos (BRASIL, 2003).

Na atualidade, o Estatuto do Idoso estabelece prioridade absoluta às normas protetivas ao idoso, destacando novos direitos e estabelecendo vários mecanismos específicos de proteção, os quais vão desde precedência no atendimento ao permanente aprimoramento de suas condições de vida, até à inviolabilidade física, psíquica e moral (CENEVIVA, 2004).

Para Uvo e Zanatta (2005), esse Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa no país, pois a partir dele os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos e os demais membros da sociedade se tornarão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas.

E assegurando os direitos dos idosos, os principais pontos do Estatuto do Idoso Brasileiro, de acordo com Aguiar (2012) historicamente garante:

I – Lazer, Cultura e Esporte - a todos os idosos, pois, assegura desconto de pelo menos 50% nas atividades culturais, de lazer e esportivas. Determina ainda que os meios de comunicação deverão manter espaços (ou horários especiais) de programação de caráter educativo, informativo, artístico e cultural sobre o processo de envelhecimento do ser humano.

II – Transporte – é uma realidade a gratuidade nos transportes coletivos públicos para as pessoas maiores de 65 (sessenta e cinco) anos. A legislação Estadual e Municipal, em cada localidade do Brasil, poderá dispor sobre a gratuidade também para as pessoas na faixa etária de 60 a 65 anos. No caso de transporte coletivo intermunicipal e interestadual, ficam reservadas duas vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos nacionais e desconto garantido de 50% para os idosos de mesma renda que excedam essa reserva em cada coletivo/horários.

III – Previdência – a garantia do reajuste dos benefícios da Previdência Social deve ser na mesma data do reajuste do salário mínimo nacional, porém com percentual definido em legislação complementar do Governo Federal, inclusive já em vigor em todo o território brasileiro.

IV – Assistência – é garantido o recebimento de pelo menos um salário mínimo nacional, como benefício da Previdência Social, por pessoas a partir do momento que completa 65 anos

de idade, consideradas incapazes de prover sua capacidade laboral ou de sua subsistência ou cujas famílias não tenham renda mínima para sobreviver condignamente falando.

V – Justiça – os idosos tem prioridade na tramitação dos processos e procedimentos judiciais nos quais são partes, isto já a partir de 60 anos de idade.

VI – Saúde – todo idoso tem direito ao atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Vale salientar que a distribuição de remédios, principalmente os de uso continuado, diário, deve ser gratuita, assim como próteses e outros recursos para tratamento e reabilitação psíquica ou motora. É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

VII – Educação – os currículos escolares deverão prever conteúdos voltados ao processo de envelhecimento da pessoa humana, a fim de contribuir para a eliminação do preconceito por raça, credo religioso, sexo, partido político, cor, etc. O poder público federal, estadual e municipal apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos em padrão editorial que facilite a leitura em bibliotecas ou em casa, bem como voltar aos estudos após os 60 ou 65 anos de idade, isto dependerá de cada pessoa em si e que deve ter apoio da sociedade e dos governos.

VIII – Habitação – os idosos tem prioridade para a aquisição de moradia própria nos programas habitacionais dos governos federal, estadual e municipal, mediante reserva de 3% (três por cento) das unidades construídas, além de critérios de financiamento da casa própria compatíveis com os rendimentos de aposentadoria ou pensão de cada idoso.

Apesar da importância dos aspectos aqui destacados referentes ao Estatuto do Idoso, Neri (2005), ao analisar as políticas de atendimento aos direitos do idoso expressos nesse marco legal, concluiu que o documento é revelador de uma ideologia negativa da velhice, compatível com o padrão de conhecimentos e atitudes daqueles envolvidos na sua elaboração (políticos, profissionais, grupos organizados de idosos), segundo os quais o envelhecimento é uma fase compreendida por perdas físicas, intelectuais e sociais, negando análise crítica

consubstanciada por dados científicos recentes que o apontam, também, como uma ocasião para ganhos, dependendo, principalmente, do estilo de vida e do ambiente no qual o idoso estava inserido ao longo do seu desenvolvimento e maturidade.

Sendo assim, a despeito dessa ideologia e conforme o exposto até aqui sobre os direitos conquistados pelos idosos, é inegável a necessidade de uma transformação progressiva do lugar social da terceira idade e do reconhecimento da velhice e do idoso como sujeito participativo e como agente social, permitindo assim o redimensionamento e a inserção do idoso na ordem da temporalidade e delineando a possibilidade de dimensão de futuro.

3 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

3.1 QUALIDADE DE VIDA

Em 1920, o termo “qualidade de vida” foi utilizado pela primeira vez por Arthur Cecil Pigou (1877-1959), um economista inglês (VIDO; FERNANDES, 2007). Em 1964, o Presidente dos Estados Unidos da América do Norte, Lyndon Johnson Stonewall (1908-1973), utilizou o termo em referência ao sistema bancário norte-americano e, desde então, o termo foi e tem sido aplicado de diversas formas, em diferentes contextos, por diferentes autores.

Vários estudos, com o objetivo de definir e referenciar a avaliação de QV, apontam que, na literatura médica, o termo surgiu na década de 1930 e, na década de 1970, os serviços de saúde começaram a aplicar o conceito de QV associado às atividades de atendimento ambulatorial e hospitalar (SEIDL; ZANNON, 2004).

Entretanto, após alguns anos, observou-se que o foco da qualidade deve ser o indivíduo que utiliza o sistema de saúde. Assim, a partir dessa perspectiva muitas mudanças ocorreram e, através de novos instrumentos, foi possível investigar o perfil de saúde e o comportamento de pacientes frente às intervenções terapêuticas. Isso permitiu, através das análises, que ações estratégicas fossem definidas na área de saúde, como controle da efetividade e manutenção da QV.

Analisando o histórico de QV, percebe-se que a preocupação com o termo não é atual como alguns acreditam e transcorre ao longo da história da humanidade, adquirindo relevância, através de amplos debates e abrangendo diversas áreas do conhecimento. Vários estudiosos no assunto têm trabalhado na busca de uma definição mais clara e unânime para o termo “qualidade de vida”, porém esta tarefa é um tanto difícil, face à atribuição de diversos significados e a abordagens diferentes.

O World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group), que se destina ao estudo da QV, trouxe como definição que: “Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (TRENTINI; XAVIER; FLECK, 2008, p. 25). Já Patrick (2008, p. 34), por sua vez, definiu QV como “[...]”

as percepções individuais das pessoas de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ela vive, e em relação as suas metas, expectativas, padrões e interesses [...]”.

Segundo a OMS, “a saúde não é o centro da qualidade de vida”. Para avaliar QV é necessário avaliar as dimensões. Sendo assim, o conceito de QV consiste em três níveis: avaliação total do bem-estar, domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual e social) e componentes de cada domínio. Analisando esses três níveis em uma pirâmide, o topo seria a avaliação total do bem-estar seguida dos outros dois, sendo os “componentes de cada domínio” a base da pirâmide (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Bezerra (2006) afirma que, para se ter QV é necessário que o sujeito desenvolva potencialidades, como viver, sentir ou amar, trabalhar, enfim, produzir bens, artes ou ciência, procurando a realização pessoal. De acordo com essa perspectiva, ele deve valorizar as relações sob um olhar dimensional de sua vida, e não só em relação à intensidade de sintomas de sua doença.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8):

[...] Qualidade de Vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem estar.

Para os autores, vários aspectos da vida e os valores que os indivíduos atribuem a ela devem ser considerados. Papaléo Netto, Carvalho Filho e Salles (2005) relatam que a expressão QV é baseada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948.

O artigo 25, inciso I, da Declaração estabelece que: I) Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda de meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (ONU, 1948).

Considerando essa perspectiva, a QV não se relaciona apenas à resolução dos problemas básicos de sobrevivência, ela deve garantir condições de conforto e satisfação psicológica, física, individual e familiar dos indivíduos, devendo ser entendida como a sensação de bem-estar de cada um, no que diz respeito aos aspectos materiais objetivos e aos aspectos emocionais subjetivos (WILHEIM, 1978 apud CORRÊA; TOURINHO, 2001).

Em uma visão holística, QV é uma condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, que podem ser modificáveis ou não e que caracterizam as condições em que vive o ser humano (NAHAS, 2001). Como refere Brito, (2008) o conceito de QV não se limita em si mesmo, sendo avaliado de forma subjetiva através de condições trazidas por ele.

Fleck (2008) destaca que três aspectos fundamentais devem ser observados na avaliação de QV: subjetividade, que considera a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e aspectos da sua vida em geral; multidimensionalidade, que se refere às diferentes dimensões que compõem o conceito de QV; e a presença de dimensões positivas e negativas, pois é necessário que alguns componentes estejam presentes, como mobilidade, e outros ausentes, como por exemplo, dor, para o alcance de uma “boa” QV. A partir da compreensão desse aspecto da QV, fica claro que esta só pode ser avaliada pela própria pessoa.

O aspecto da multidimensionalidade significa que a QV abrange várias dimensões da vida do indivíduo (FLECK, 2008); é um reconhecimento dos diferentes aspectos referentes à vida de uma pessoa (SEIDL; ZANNON, 2004) e, na avaliação, é um fator que deve ser considerado.

Para Lentz et al., (2000, p. 8) “a qualidade de vida é uma dimensão complexa para ser definida, e sua conceituação, ponderação e valorização vêm sofrendo uma evolução, que por certo acompanha a dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças”. De maneira semelhante, Ciconelli et al. (1999) referem que cada sociedade tem suas crenças, costumes, hábitos sociais e comportamentos peculiares. Esses aspectos funcionam como norteadores para que esses indivíduos tenham ciência do que são e o que devem ou não fazer. Assim, a cultura de uma dada nação é ditada por tais conceitos ou regras.

Embora seja difícil estabelecer um conceito unânime sobre QV, é importante considerar que nas duas últimas décadas foi observado um grande crescimento nas pesquisas, elaboração e validação de instrumentos de avaliação, demonstrando assim um amadurecimento no conceito e na metodologia ao utilizá-lo na linguagem científica (SEIDL; ZANNON, 2004).

3.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A QVRS pode ser considerada como o valor atribuído à vida, ponderado pelos danos funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial (CAMPOS; NETO, 2008).

Muitas definições são empregadas à QVRS. Trata-se de um conceito que é comumente relacionado à consequência de uma patologia ou agravo decorrente delas no estado de saúde do indivíduo. Para os autores Guiteras e Bayés (1993, p. 179), a QVRS “[...] é a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde [...]”. Já Cleary, Wilson e Fowler (1995, p. 91) relatam que o conceito “[...] refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida [...]”.

De acordo com Wilson (1984 apud Vilela e Mendes, 2000, p. 49), “A saúde é, portanto, situacional: ou seja, está relacionada àquilo que um povo acredita ser a integralidade da vida [...]”. O autor ressalta ainda, que a saúde está relacionada à satisfação das necessidades biológicas, como a alimentação, a água, o vestuário, o abrigo, a não existência de doença e as necessidades de harmonia pessoal, tais como: responsabilidade, objetivo e significado de vida, dignidade humana e comunicação.

Patrick (2008) refere que existem fronteiras para a QV, destacando que estado de saúde, estado funcional, bem-estar, QV e QVRS são conceitos que costumam ser empregados sem muita exatidão e de forma alternada. Assim, não há uma definição apropriada para todos

os usos ou indivíduos, porém, sabe-se que QV é mais abrangente que estado de saúde, sendo este apenas um domínio a ser avaliado.

Portanto, a promoção da saúde está relacionada a vários fatores, como QV, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Ela pode ser realizada por meio de estratégias como políticas públicas, ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde e parcerias com setores da sociedade (BUSS, 2000). Dessa forma, fica entendido que a saúde não é simplesmente a ausência de doença, ela tem dimensão social e política (VILELA; MENDES, 2000).

Fleck (2008) considera que o conceito de QV em saúde foi introduzido sem uma concordância, o que possibilitou alguns conceitos distorcidos. De um lado uma visão biológica e funcional, como status de saúde e de outro lado, o social e psicológico, como bem-estar, satisfação e felicidade. Ressalta, ainda, que a QVRS apresenta encontros com várias nuances desses conceitos, em um aspecto mais geral, a saúde tem um particular valor e diferencial e aparece apenas como um dos domínios a serem avaliados.

Para Patrick (2008), a QVRS, muitas vezes é definida como o “funcionamento físico, emocional e social”. Embora, no caso de indivíduos com deficiência, a relação com o estado funcional pode ser imprópria e confusa, pois se considera que, mesmo com uma deficiência a pessoa pode ter uma alta QV. E isso pode acontecer devido ao apoio proporcionado pelo ambiente ou pela percepção que tem de sua vida, das suas necessidades e desejos.

Quanto à conceituação de QV na área de saúde, Seidl e Zannon (2004) destacam que são identificadas duas tendências. Em uma a QV apresenta um conceito mais genérico, com um significado mais amplo, sem mencionar disfunções ou danos, com influências da sociologia e em outra a QVRS (*health-related quality of life*), com os mesmos objetivos do conceito geral de QV, mas diretamente aplicado às doenças e às intervenções em saúde.

Minayo (2000, p. 15) relacionando QV e saúde descreveu que:

[...] pode concluir, que o tema Qualidade de Vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apoia na compreensão

das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. Quando vista de forma mais focalizada, Qualidade de Vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los.

Sendo assim, compreender os vários aspectos que envolvem o termo “qualidade de vida” e sua aplicabilidade para pessoas idosas usuárias de próteses auditivas, é de grande relevância para a compreensão dos aspectos desenvolvidos nessa pesquisa, objetivando dessa forma uma intervenção mais ampla e adequada em cada situação.

3.3 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

A preocupação com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos anos à medida que o número de idosos e a expansão de longevidade passaram a ser uma experiência compartilhada por um número crescente de indivíduos. O bem estar físico, psicológico e social dos idosos interessam cada vez mais aos planejadores de políticas públicas em saúde, educação, trabalho e seguimento social, assim como à ciência (NERI, 2000).

Freitas et al. (2002) destacam que o envelhecimento da população é um fato que se constata tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. O envelhecimento é considerado como uma fase do continuum que é a vida, começando com a concepção e terminando com a morte.

De acordo com Papaléo Netto (1996), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem provocar a diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida (VECCHIA; RUIZ; BOCCHI, 2005).

Paschoal (2000) refere em seu estudo que viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida. A longevidade pode ser um problema, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, com participação na sociedade, cumprindo papéis sociais significativos, com elevada autoestima e encontrando um sentido para suas vidas, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado.

Estudos sobre condições que concebem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como variações da própria velhice revestem-se de grande importância científica e social. Através de pesquisas, podemos não apenas contribuir para o entendimento dos limites do ser humano como também podemos auxiliar na geração de alternativas de intervenção para esta crescente parcela da população (NERI, 1995).

Ribeiro et al. (2010), com vistas a identificar aspectos sobre a QV em uma população de idosos institucionalizados, aplicaram o instrumento de avaliação WHOQOL-bref em 69 idosos com média de idade de 75 anos e concluíram que o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida foi o psicológico, seguido do social e do ambiental; o físico mostrou as médias mais fracas entre as facetas em razão da idade e, conseqüentemente, da impossibilidade de locomoção e de exercer atividades da vida diária.

Contudo, Pedroso e Coelho (2012) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a QV de idosos e entrevistaram 50 indivíduos com faixa etária igual ou superior a 60 anos. O instrumento utilizado foi a versão brasileira do questionário de QV SF-36. Os resultados mostraram que os domínios que apresentaram melhores escores foram: limitação por aspectos emocionais, aspectos sociais, e saúde mental. Os dados sugerem que, nesta amostra, o

comprometimento da qualidade de vida está mais relacionado aos aspectos físicos do que aos aspectos emocionais e sociais.

Durante muitos séculos, o envelhecimento humano foi tratado, principalmente como questão biológica, buscando, acima de tudo, o prolongamento da vida das pessoas. Entretanto, a partir do século XX, o envelhecimento passou a ser amplamente discutido e estudado por vários pesquisadores, que evidenciaram as suas condicionantes sociais e psicológicas, uma vez que, junto às transformações corporais, as pessoas apresentavam mudanças de comportamento, de valores, de crenças, entre outros. E isso acontecia de acordo com as diferentes fases e grupos etários a que pertenciam, inclusive em função de suas escolhas e adaptações individuais ao longo da vida (JORDÃO NETTO, 1997).

O autor acima ainda ressaltou que, no envelhecimento, o organismo sofre modificações na forma do corpo e nas funções orgânicas, bem como transformações nas reações químicas presentes no organismo. No processo biológico, o envelhecimento é influenciado por fatores de origem interna, de forma geral abrangendo características genéticas, condições nutricionais e traços psicológicos, associados ao meio ambiente e às condições materiais em que cada sujeito vive.

Browne et al. (1994), fazendo uso de instrumentos semiestruturados, estudando exclusivamente idosos saudáveis, com mais de 65 anos, residentes na comunidade, procuraram determinar quais os domínios de qualidade de vida que seriam mais relevantes para esses idosos. O objetivo era o de medir a QV através dos próprios critérios da população estudada. As relações com a família foram relatadas como variável importante para 89%, as atividades sociais e de lazer 95%, a saúde 91%, as condições de moradia 80% e a religião em 75% dos casos. Os idosos dessa amostra estavam bastante satisfeitos com seus próprios desempenhos nesses domínios por eles mesmos listados.

Segundo Lawton (1991), a QV na velhice, é uma avaliação multidimensional relacionada a critérios socionormativos e intrapessoais a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo idoso e o seu ambiente. Isto é, a qualidade de vida na velhice é dependente de muitos fatores em interação constante ao longo da vida do indivíduo. Para ele, a avaliação de QV incide sobre quatro áreas sobrepostas e inter-relacionadas: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar psicológico, das quais depende a funcionalidade do idoso.

Lindgren et al. (1994), com um instrumento centrado nas questões objetivas sobre a QV, avaliaram idosos acima de 75 anos, institucionalizados e residentes na comunidade, com diversos graus de comprometimento da saúde física. Nessa população, 33% não podiam ler jornal sem fazer uso de óculos, mais de um terço apresentava problemas de audição, 47% apresentaram problemas de mobilidade e 66% relataram algum tipo de problema para dormir. Um percentual de 42% sentia solidão algumas vezes ou frequentemente, e 65% estavam preocupados (na maior parte das vezes, com o medo de quedas ao solo). Contrastando com essas medidas objetivas, um percentual de 87% classificou subjetivamente a própria saúde como boa e 79% estavam contentes ou “quase” contentes com sua situação atual.

Para Russo (1999), dentre os vários problemas de saúde que podem afetar significativamente a QV dos idosos está a perda da audição, que pode ocorrer em qualquer fase da vida, mas a maior prevalência ocorre em idosos a partir dos 60 anos de idade. Para a autora, de todas as privações sensoriais que acometem o envelhecimento, a incapacidade de comunicar-se com os outros devido à perda auditiva pode ser uma das consequências mais frustrantes, produzindo um impacto profundo e devastador em sua vida psicossocial.

Pesquisas sobre a QV de idosos com deficiência auditiva têm auxiliado no direcionamento de metas para a sua reabilitação. Dentre as intervenções utilizadas está a adaptação das próteses auditivas, recomendadas para a maioria dos idosos para restabelecimento da comunicação e melhora do seu convívio social.

Gonçalves et al. (2008), destacam que a deficiência auditiva em idosos é considerada um problema de saúde pública, em função de sua alta prevalência e das dificuldades que acarreta, interferindo na adequada vida social dessa população. Para verificar a relação entre deficiência auditiva, idade, gênero e qualidade de vida de idosos, realizaram um estudo com 51 indivíduos com idades de 60 anos ou mais. A avaliação da qualidade de vida foi realizada utilizando-se o instrumento WHOQOL-bref, sendo constatado que 75% dos participantes apresentaram maiores escores no domínio relações sociais em relação à deficiência auditiva.

De Barba et al. (2008) avaliaram a QV de 20 indivíduos deficientes auditivos adultos e idosos, de ambos os sexos, com idades entre 45 e 81 anos, após a adaptação das próteses auditivas. A coleta de dados foi feita por meio do instrumento WHOQOL-bref, que foi aplicado antes da adaptação da prótese auditiva e após um mês de uso. Como resultados

observaram que houve melhora da qualidade de vida dos participantes, comparando-se os períodos pré e pós-adaptação. Essa melhora foi significativa no domínio psicológico, bem como no escore global dos resultados.

Em um estudo recente, Cheik et al. (2012) compararam o efeito da prótese auditiva na QV, no equilíbrio e no medo de queda em 56 idosos com perda auditiva bilateral. Os idosos responderam aos questionários de QV Short Form Health Survey (SF-36), Falls Efficacy Scale-Internacional (FES-I) e ao teste de Berg Balance Scale (BBS). Os autores observaram que houve melhora da qualidade de vida nos domínios Estado da Saúde Geral (EGS) e Capacidade Funcional (CF), assim como do zumbido e o aumento da autoconfiança após a adaptação da prótese auditiva.

Falar em critérios para definir QV na velhice, faz lembrar que existem várias maneiras de ser velho e diferentes padrões de envelhecimento. À medida que a pessoa vai ficando mais velha, acentuam-se algumas perdas biológicas e alteram-se padrões metabólicos. Podem ocorrer perdas progressivas na memória, na cognição, na visão, na audição e na comunicação, que podem ser agravadas por problemas orgânicos e psicológicos. A proximidade da morte, a incerteza em relação a doenças e o risco crescente de dependência são importantes fatores na determinação das perdas e do senso de autonomia (TRENTINI, 2004).

Nos estudos que enfatizam a QV em idosos usuários de próteses auditivas, observamos que em sua grande maioria, os pesquisadores utilizam-se de instrumentos de medida, ou seja, de questionários fechados.

Na literatura científica existem muitos estudos sobre QV comprovando a relevância e a atualidade do assunto, porém poucas pesquisas envolvem QV e uso de próteses auditivas por idosos. O que se observa é que as pesquisas que se preocupam com esta temática assumem, em sua grande maioria, uma metodologia quantitativa. Percebe-se que embora os estudos sobre a QV de idosos usuários de próteses auditivas estão despertando o interesse de pesquisadores, há uma necessidade premente do desenvolvimento de projetos de cunho qualitativo, dando voz aos participantes e visibilidade às suas vivências e percepções, a fim de complementar as pesquisas que adotam a metodologia quantitativa.

4.1 CONCEITO E DESCRIÇÕES

Na literatura científica, a perda auditiva no idoso recebe o nome de presbiacusia e é tida como um dos principais fatores responsáveis pela dificuldade de comunicação nesta população.

Segundo Jerger e Jerger (1998), a presbiacusia refere-se a alterações auditivas decorrentes do envelhecimento do sistema auditivo, tendo seu início na 5ª década de vida, as quais podem ser causadas por fatores genéticos ou ambientais. Os achados físicos e os estudos histopatológicos revelam mudanças em todas as partes deste sistema, causando uma perda auditiva neurosensorial.

De acordo com Bess et al. (1989), a perda auditiva neurosensorial é uma consequência frequente do processo de envelhecimento. A presbiacusia (do Grego *presby*, velho e *oukouein*, ouvir) é definida em senso restrito como a perda auditiva avaliada em um indivíduo na quinta década de vida ou mais velho, decorrente exclusivamente de mudanças relacionadas à idade, possivelmente com uma base genética.

Hinchcliffe (1962, p. 53) definiu a patologia da presbiacusia como:

[...] uma deficiência na sensibilidade liminar auditiva, nas discriminações temporal, de frequência e sonora, no julgamento auditivo e no reconhecimento de fala, aliada ao rebaixamento do limite de altas frequências e ao decréscimo da inteligibilidade de fala distorcida e à habilidade de recordar sentenças longas.

Resumidamente, a presbiacusia é, tipicamente, caracterizada pela perda auditiva bilateral para tons de alta frequência, em consequência das mudanças degenerativas e fisiológicas no sistema auditivo com o aumento da idade (CORSO, 1977).

Meyerhoff e Patt (1997) destacam que 25% das pessoas entre 65 e 74 anos e 50% das pessoas com 75 anos ou mais apresentam deficiência auditiva. Ressaltam ainda a importância da realização de novas pesquisas para elucidar a causa exata da presbiacusia, mas que provavelmente ela resulta de várias fontes, incluindo a degeneração da cóclea e distúrbios do processamento auditivo central que ocorre com o avanço da idade. Acreditam ainda que a

presbiacusia possa ser causada por uma interação das alterações no Sistema Nervoso Central e periférico auditivos.

Idosos portadores de presbiacusia experimentam uma diminuição da sensibilidade auditiva e uma redução na inteligibilidade da fala, o que vem a comprometer seriamente o seu processo de comunicação verbal. Frequentemente, respostas inadequadas de indivíduos idosos presbiacúsicos geram uma imagem de senilidade, a qual pode não condizer com a realidade. A queixa típica destes indivíduos é a de ouvirem, mas não entenderem o que lhes é dito (RUSSO, 1988).

Bergman (1971), após avaliar 352 indivíduos por meio de testes de fala sensibilizada constatou que, quanto mais idoso é o indivíduo, maior a dificuldade no desempenho de tarefas que exijam separação e reconhecimento de palavras, indicando que com a idade, a taxa de processamento de informação é reduzida, revelando uma deterioração no seu desempenho comunicativo.

Analizando o tema do envelhecimento, Papaléo Netto e Ponte (1996) apontam que não se constitui em tarefa fácil e simples distinguir os limites entre senescência e senilidade, ou seja, entre as modificações peculiares do envelhecimento daquelas provenientes de processos mórbidos, mas que são comuns em idosos. Afirmam ainda que há um razoável consenso entre os pesquisadores de considerar como senescentes as alterações que ocorrem progressivamente, ou seja, que se iniciam na meia idade e se prolongam e se acentuam na velhice, como por exemplo, as diminuições das acuidades visual e auditiva, aceitas pela maioria dos autores como efetivas manifestações do envelhecimento.

Russo (1999) afirma que a perda de audição no indivíduo idoso pode resultar em um dos mais incapacitantes distúrbios da comunicação, já que a mesma é comumente acompanhada de uma frustrante diminuição da compreensão da fala, o que compromete sua relação com os amigos e familiares e acarreta prejuízos em sua qualidade de vida.

Para Gates e Mills (2005), esta alteração é caracterizada pela redução da sensibilidade auditiva e da compreensão da fala em ambientes ruidosos, lentidão do processamento de informações acústicas e dificuldade na localização de fontes sonoras. Como resultado, as

pessoas com esta deficiência têm dificuldades em situações de conversação, ouvir música, orientar-se com sons de alarme e participar de atividades sociais.

Como exposto até agora, observa-se que, além das dificuldades auditivas, a presbiacusia traz grandes prejuízos psicossociais para os seus portadores.

4.2 CONSEQUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS DA PRESBIACUSIA

Além de ser considerado externo à pessoa, o envelhecimento não é bem-vindo em nossa cultura e sociedade. A diminuição das funções físicas no idoso, como agilidade e coordenação motora, torna-se ainda mais complicada com as falhas na visão e na audição. Como resultado, o indivíduo idoso sente que perdeu seu lugar na sociedade, na família e no trabalho (ROSENHALL, 2002).

Mas o que mais se evidencia no processo de envelhecimento são as alterações da comunicação, especialmente aquelas causadas pela perda de audição. As dificuldades causadas pela diminuição da audição marginalizam ainda mais o idoso, levando-o a uma vida menos ativa, mais isolada e comprometem as condições físicas e psíquicas, não só pela redução das atividades físicas e intelectuais que este fato gera, mas também pela solidão, ansiedade e desgaste da imagem pessoal (CHEN, 1994).

Para Signorini (1989) a deficiência auditiva pode ter implicações no relacionamento social do idoso por limitar a sua interação comunicativa. Muitos até, por não se sentirem à vontade para pedir que repitam a conversa, deixam de frequentar lugares movimentados como teatro, cinema, restaurante, reuniões familiares e começam a se afastar do seu convívio social.

Russo (1999) destaca que comunicar é partilhar com alguém um conteúdo de informações, pensamentos, ideias, desejos e aspirações, com quem passamos a ter alguma coisa em comum. A comunicação feita por meio da linguagem falada responde à necessidade vital do homem na busca de novas experiências e conhecimentos, sendo um ato social fundamental em nossas vidas.

De acordo com Hull (1999) a diminuição da audição e a redução concomitante da habilidade de comunicação é um dos maiores problemas que algumas pessoas idosas enfrentam no seu dia a dia, já que acarreta implicações psicossociais graves para a vida do indivíduo e para os que convivem com ele.

No caso dos idosos, esses problemas são potencializados, já que se transformam em mais um fator de desagregação social. O declínio do status desses idosos na sociedade e na família tende a isolá-lo e privá-lo de fontes de informação e comunicação, levando-os a um profundo impacto social. Para os idosos, muitas vezes, acaba sendo mais cômodo afastar-se das situações de interação do que enfrentar os constrangimentos decorrentes da falta de compreensão (RUSSO, 1999).

Lüders (1999) afirma que os familiares também poderiam ajudar muito mais o idoso se fossem bem informados e orientados em como proceder na interação com os membros mais velhos, portadores de deficiência auditiva.

As tensões geradas no ambiente familiar em decorrência das dificuldades de comunicação apresentadas por esses indivíduos podem levá-los ao isolamento e a depressão. Muitas vezes o deficiente auditivo acredita que não há um esforço da família para propiciar uma comunicação efetiva. Em contrapartida, é comum os familiares alegarem que o deficiente auditivo só escuta quando quer (IERVOLINO; CASTIGLIONE; ALMEIDA, 2003).

Além disso, o aumento da pressão auto imposta para ser bem sucedido na compreensão da mensagem gera ansiedade e, dessa forma, maior probabilidade de falhar na tarefa. Essa ansiedade gerada, leva à frustração, que conduz à falha, que por sua vez leva à raiva, que conduz ao afastamento da situação de comunicação. As consequências disso são o isolamento e a segregação (BOÉCHAT et al., 2003).

Assim, segundo Russo (2004), a deficiência auditiva para os idosos não significa apenas não ouvir bem, mas também o surgimento de uma série de frustrações decorrentes da dificuldade de compreender. Essa dificuldade leva ao afastamento das situações nas quais a comunicação ocorre, uma vez que a falta de compreensão das mensagens leva a respostas inapropriadas, acabando o idoso deficiente auditivo descrito como um sujeito confuso, distraído, não comunicativo, difícil, zangado, velho e senil.

Jerger e Jerger (1998) ressaltam que é preciso considerar que todas estas implicações psicossociais da deficiência auditiva estão combinadas a outras que ocorrem simultaneamente e são inerentes ao processo de envelhecimento, tanto no aspecto orgânico quanto no social, pessoal e financeiro.

De acordo com Kramer, Kaptetn, Kuik e Deeg (2002), que investigaram a associação entre a deficiência auditiva e as doenças crônicas relacionadas à idade e a saúde psicossocial, os idosos com deficiência auditiva apresentaram significativamente mais sintomas de depressão, diminuição da percepção de independência, maior sentimento de solidão e uma diminuição de suas relações sociais quando comparados a idosos com audição dentro dos padrões de normalidade. Constataram que o efeito negativo da deficiência auditiva tem implicações diretas na qualidade de vida desses indivíduos.

Russo (2004, p. 586) destaca o fator psicossocial da deficiência auditiva e descreve que:

[...] de todas as privações sensoriais, a perda auditiva é a que produz efeito mais devastador no processo de comunicação do idoso. A deficiência auditiva é uma das condições mais incapacitantes: limita a ação de seu portador ou o impede de desempenhar seu papel na sociedade de maneira plena. Além disso, tem sérias implicações psicossociais em sua qualidade de vida e na qualidade de vida daqueles que convivem com ele no dia a dia.

Como podemos observar, a deficiência auditiva pode trazer consequências devastadoras para esta população, pois as dificuldades geradas por ela no idoso são acentuadas e se transformam em mais um fator de desagregação social. Entretanto, a maioria dos indivíduos com presbiacusia pode ser reabilitada através de uma intervenção adequada, como o uso das próteses auditivas, apresentando bons resultados.

Para amenizar os efeitos negativos da deficiência auditiva, de acordo com Almeida (2004), existem as próteses auditivas, as quais se constituem nos instrumentos primários para a reabilitação audiológica desta população. Graças ao avanço tecnológico obtido nas duas últimas décadas, pode-se dizer que, atualmente, a maioria dos indivíduos portadores de perda auditiva irá obter benefícios com o uso destes equipamentos.

Almeida e Taguchi (2003) chamam a atenção para a contribuição do fonoaudiólogo na reinserção do deficiente auditivo na sociedade. Ele é o profissional que se preocupa com a comunicação em seus vários aspectos, sendo ela vital para os seres humanos. Por isso, o fonoaudiólogo não pode se limitar ao processo de avaliação audiológica, seleção e adaptação de próteses auditivas, mas acima de tudo ele deve levar em consideração os aspectos psicossociais que interferem nessa adaptação, a fim de minimizar as dificuldades relacionadas à perda de audição.

Segundo Russo (2004), a implantação de um programa de reabilitação audiológica global, que auxilie os idosos portadores de deficiência auditiva, assim como seus familiares a lidarem com as desvantagens e as incapacidades resultantes dessa deficiência, é importante e fundamental para o sucesso da adaptação das próteses auditivas. Para isso, essa reabilitação deve consistir de cinco etapas que nortearão esse processo, sendo elas: avaliação holística, adaptação das próteses auditivas e orientações, explicação sobre o funcionamento do sistema auditivo e resultados do audiograma, aconselhamento e estratégias de comunicação.

Almeida (2004) descreve que os objetivos do uso de próteses auditivas são basicamente: (1) corrigir ou diminuir a perda da sensibilidade auditiva, propiciando a audibilidade dos sinais menos intensos e o conforto dos sinais de moderada ou forte intensidade; (2) eliminar ou ao menos diminuir as limitações e as consequências psicossociais decorrentes da perda auditiva; e (3) restabelecer ou ainda aumentar o envolvimento social do indivíduo através da melhora de sua comunicação interativa.

Ainda de acordo com esta autora, a maioria dos deficientes auditivos pode se beneficiar do uso de prótese auditiva e melhorar significativamente sua qualidade de vida.

Silva et al. (2002) realizaram um estudo com o objetivo de descrever e apontar, por meio de relatos orais de pacientes com idade a partir de 77 anos, portadores de deficiência

auditiva, as dificuldades e limitações que apresentavam antes de utilizarem as próteses auditivas e de analisar as mudanças e benefícios ocorridos após a reabilitação. Concluíram que há uma importante relação entre a reabilitação auditiva e a melhora da função cognitiva, além de contribuir para a melhora na qualidade de vida do idoso.

Em estudo semelhante, Murlow et al. (1990) observaram melhora das funções social, emocional, comunicativa e cognitiva, além da diminuição do isolamento e da depressão em idosos usuários de próteses auditivas, quando comparados aos que aguardavam em uma fila de espera para receber as próteses.

Almeida e Taguchi (2003) relatam que a satisfação proporcionada pelas próteses auditivas envolve aspectos emocionais, como a expectativa dos resultados, o desejo de usar e também os fatores econômicos.

Avaliar o grau de satisfação de um usuário de próteses auditivas constitui uma tarefa essencial, pois mesmo sabendo dos benefícios que podem ser obtidos com o seu uso e apesar do avanço tecnológico alcançado pelas indústrias fabricantes em todo o mundo, ainda é grande o número de idosos com presbiacusia que optam por não utilizá-las (RUSSO, 1999).

Para isso, muitas pesquisas foram realizadas com o propósito de identificar e compreender melhor os fatores que influenciam na adaptação de próteses auditivas em idosos e no sucesso da reabilitação audiológica.

Diante dos fatores relacionados ao sucesso da adaptação de próteses auditivas, Russo (1988) realizou um estudo com idosos portadores de perda auditiva no qual analisou a reação destes frente à perspectiva de realizarem testes com próteses auditivas, identificando os motivos alegados por aqueles que se recusaram a testar. Dentre eles, encontraram-se os problemas financeiros.

Como já citado anteriormente, o Estatuto do Idoso, através da Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003, em seu art. 1º, instituiu a regulamentação dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. De acordo com a Lei acima, no Cap. IV, art. 15º: “é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e

contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”. O parágrafo 2º inclui: “incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação” (BRASIL, 2003).

Desta maneira, em setembro de 2004 foi instituída, no Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva através das Portarias GM nº 2073 e SAS nº 587, com a intenção de promover uma ampla cobertura nacional no atendimento aos portadores de deficiência auditiva, tendo em vista a garantia da universalidade do acesso, a qual promove, dessa forma, o controle social da saúde auditiva (RUSSO; FARIAS, 2010).

Cox e Alexander (2000) relatam que, de maneira ideal, a satisfação do indivíduo usuário da prótese auditiva deveria resultar apenas de uma interação entre os ajustes das próteses e da experiência técnica e de habilidades de reabilitação do Fonoaudiólogo que realiza o atendimento. No entanto, observa-se que muitas variáveis estão envolvidas e influenciam na decisão, como por exemplo: estilo de vida, personalidade, motivação para o uso da prótese, expectativas quanto aos benefícios, entre outros.

Russo (2004) alerta para o fato de que, muitas vezes os profissionais da Audiologia concentram sua atenção no diagnóstico e à adaptação das próteses auditivas e dispensam pouca atenção aos aspectos psicossociais e às estratégias a serem utilizadas para facilitar o processo de comunicação e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Em seu trabalho, Signorini (1989) ressaltou a importância dos aspectos emocionais, familiares, sociais e de personalidade, além de problemas enfrentados no período de adaptação das próteses auditivas na aceitação das mesmas. Segundo a autora, a visão do sujeito quanto a ser “velho”, a participação da família e a motivação quanto ao uso das próteses auditivas, determinam em grande parte o sucesso de sua adaptação e reabilitação auditiva.

Lutfi (2006) analisou, por meio de relatos orais, o impacto do uso de próteses auditivas em idosos. Participaram sete idosos com idades entre 62 e 82 anos, com deficiência auditiva neurossensorial e usuários de próteses auditivas. Através da história oral temática, os

resultados revelaram que a deficiência auditiva dos participantes foi percebida por familiares ou amigos e que procuraram por tratamento adequado em virtude das críticas e discussões por ela geradas. Para a maioria deles, as próteses auditivas proporcionaram melhora na qualidade de vida, recuperação do respeito da família e dos amigos e a reinserção na sociedade. Concluiu que o impacto negativo proporcionado pelo uso das próteses auditivas tende a diminuir quando os idosos estão felizes com o que voltam a ouvir, tendo a satisfação de observar que a vida, aos poucos, volta a ser o que era antes da deficiência auditiva.

Boéchat (1992) destaca que, ao atender o deficiente auditivo e, mais especificamente, ao realizar o processo de seleção e adaptação de próteses auditivas, o profissional envolvido se preocupa mais com a prótese auditiva em si do que com a pessoa que a usa, deixando em segundo plano as questões emocionais e sociais que acompanham a deficiência auditiva.

Para Passos (1995) esta atitude se deve ao fato de que nas áreas da saúde privilegiam-se as partes do corpo em detrimento de uma visão global do sujeito, no sentido holístico.

Nesse sentido, Mannoni (1980) ressaltou ser imprescindível em toda clínica a compreensão dos fatores que vão além das alterações orgânicas, da doença em si, sendo isso possível através da escuta, do ouvir o paciente, que necessita de alguém que seja capaz de entender o significado do seu sintoma.

Em relação à questão específica da deficiência auditiva nos idosos, Russo (2003) afirma ser de suma importância ter em mente que não se trata apenas do envelhecer, nem apenas de uma pessoa idosa que apresenta um sistema auditivo lesionado e que usa prótese auditiva. Trata-se de uma pessoa idosa que usa prótese auditiva e que tem uma vida a ser vivida.

Ruschel, Carvalho e Guarinello (2007) relatam que a família também assume papel fundamental no auxílio à superação das dificuldades apresentadas pelos idosos no processo de adaptação das próteses auditivas, principalmente em relação ao manuseio das mesmas e aos diálogos, visando à melhora da comunicação.

Outro aspecto relevante observado e muito discutido entre os pesquisadores é a respeito da aceitação da perda auditiva e sua associação com fatores estigmatizantes.

Rezen e Hausman (2000) consideram que todos os sujeitos que apresentam alguma perda física ou emocional, estando aí incluída a deficiência auditiva, passam pelos estágios de negação (reação inicial perante uma ameaça do bem estar físico e emocional), projeção (culpar uma terceira pessoa pelo problema), raiva (ressentimento generalizado), depressão (constrangimento sobre um comportamento anterior, junto com isolamento e mudança de personalidade) e aceitação (percepção da existência de um problema relacionado com a audição). Para os autores, é neste último estágio que se poderia lidar com efetividade com os problemas da perda auditiva.

Segundo Sweetow (1999), uma das reações mais comuns apresentada pelos pacientes ao terem diagnosticada a deficiência auditiva é a negação. Isso muitas vezes ocorre por três principais razões: a progressão lenta da deficiência auditiva, a raiva cultivada sobre sua origem e sua associação com a velhice.

Dentre os idosos com perda auditiva, uma grande parcela não aceita a sua condição e demora a procurar ajuda profissional. Essa não aceitação está relacionada ao fato de que a deficiência auditiva é uma deficiência invisível, portanto, aparentemente fácil de ser escondida, e o uso da prótese auditiva a torna visível (FREIRE, 1999).

Quanto ao processo de negação, Iervolino, Castiglioni e Almeida (2003) destacam que esta é uma das reações mais comuns da pessoa com deficiência auditiva adquirida e que é muito comum encontrar indivíduos que relutam em aceitar a irreversibilidade da perda e procuram por tratamentos alternativos. Muitos relatam que conhecem pessoas que adquiriram as próteses auditivas e que nunca se adaptaram, não fazendo uso efetivo das mesmas. Isso funciona como fator desmotivante para aceitação e adesão a um programa de reabilitação auditiva.

De acordo com Fialho (2001), os fatores sociais e o estigma relacionado à velhice são bastante citados por várias pesquisas como possíveis causas da não aceitação dos idosos à adaptação das próteses auditivas e reabilitação e sugere a necessidade de se compreender a presbiacusia também de forma subjetiva, a fim de se pensar sobre a questão sem dissociar o sujeito sociocultural do biológico.

Para Russo (2004), a grande preocupação dos profissionais da Audiologia, até a década de 1980, era com a prótese auditiva em si, ou seja, com a adequação das suas características eletroacústicas e configuração audiométrica do indivíduo presbiacúsico. No entanto, o que ela destaca quanto à prática clínica, é que por melhor que seja a adequação dessas características, era grande o número de idosos que abandonavam o uso das próteses auditivas. E foi a partir desta constatação que estes profissionais mudaram a sua postura e passaram a ouvir verdadeiramente o sujeito, entendendo que a prótese auditiva era somente uma parte do vasto processo de reabilitação auditiva nessa população.

Nesse sentido, não é o grau da perda auditiva, o tipo da prótese auditiva ou as adequações das características eletroacústicas que levarão o indivíduo a aceitar melhor o seu uso, mas sim as possibilidades que tem de aceitar e lidar com o seu problema. É preciso entender que por trás da deficiência auditiva existe um sujeito que sofre com essa condição e que tem algo a dizer sobre o seu problema, auxiliando, desta forma, no seu processo de reabilitação.

6.1 OBJETIVO GERAL

Analisar e compreender os aspectos psicossociais decorrentes do uso de próteses auditivas e a forma como contribuem para a melhoria da qualidade de vida de indivíduos com idade de 60 anos ou mais.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o modo como os idosos definem a deficiência auditiva e suas dificuldades sem o uso da prótese auditiva.
- Avaliar as expectativas e perspectivas dos idosos quanto ao uso das próteses auditivas e destacar suas dificuldades no acesso e na adaptação das mesmas.
- Avaliar o benefício do uso da prótese auditiva pelos idosos na comunicação.
- Compreender o impacto social da prótese auditiva na QV dos idosos.

7.1 TIPO DE ESTUDO

Tendo em vista o objetivo dessa pesquisa, que é de analisar e compreender os aspectos psicossociais decorrentes do uso de próteses auditivas por idosos e a forma como contribuem para a melhoria na qualidade de vida dessa população, optamos pela abordagem qualitativa, de forma a obter relatos nas próprias palavras do entrevistado.

Vários estudos já foram realizados na tentativa de se compreender como os aspectos psicossociais da perda auditiva e do uso de próteses auditivas influenciam na qualidade de vida dos idosos. Entretanto, em sua grande maioria, observamos que foi realizado de forma quantitativa, através de escalas e questionários fechados. Por este motivo, entendemos que é de grande relevância a realização de pesquisas qualitativas, as quais permitem realizar um estudo das questões subjetivas do sujeito da pesquisa, desvendando particularidades difíceis de serem identificadas em pesquisas quantitativas.

No contexto de saúde, melhorar a QV dos pacientes é um dos principais objetivos a serem alcançados e, no caso dos idosos com perda auditiva, o uso de próteses auditivas apresenta-se como a melhor forma de intervenção na busca da QV. No entanto, é fundamental que a opinião e os valores dos envolvidos sejam considerados, dedicando lugar privilegiado à compreensão do indivíduo e as formas que utiliza para interpretar suas vivências.

Bignardi (2003) em suas reflexões sobre a pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa ressaltou que o fenômeno “qualidade de vida” passou a ser investigado por meio de questionários e grupos focais utilizando uma abordagem qualitativa, tornando-se possível compreender sua intimidade a ponto de se desenvolver instrumentos capazes de mensurar a subjetividade. Com auxílio destes recursos métricos tem-se demonstrado a ação de intervenções imateriais, sendo que estas respostas do terreno biológico eram dificilmente evidenciáveis antes do advento destes instrumentos nascidos da sinergia entre a metodologia qualitativa e a quantitativa.

O mesmo autor entende, portanto, que a realidade só pode ser apreendida em sua complexidade com metodologias de pesquisa que tenham por meta alcançar a verticalidade

informacional da intimidade dos fenômenos aliada à mensuração e tradução matemática da horizontalidade dos mesmos.

Silvério e Patrício (2007), concordando com estas reflexões, relatam que os métodos qualitativos também possibilitam conhecer o processo de construção dos fenômenos, entendendo-se que esses são concebidos pela subjetividade humana e pela integração de seus significados culturais, afetivos e ambientais, particulares e coletivos.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2007), preocupa-se em responder a questões muito particulares, em um nível de realidade que não pode ser quantificado. A autora chama a atenção para o fato de que este método trabalha as experiências e vivências, em um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um conjunto de fenômenos humanos entendidos como parte da realidade social, não podendo ser traduzidos em números e indicadores quantitativos.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), este método é capaz de produzir melhor compreensão da complexidade inerente aos seres humanos, destacando sua capacidade de dar forma e criar suas próprias experiências e a ideia de que a verdade é um conjunto de realidades.

Os métodos qualitativos já são tradicionalmente conhecidos e utilizados em algumas disciplinas das ciências humanas. Spink e Menegon (2004) destacam que na Psicologia, a utilização dos métodos qualitativos está pautada no aparecimento de uma vertente teórica crítica, que se baseia em questionamentos epistemológicos e políticos. Sendo assim, as discussões sobre metodologias qualitativas acontecem devido a questionamentos acerca da visão hegemônica positivista, onde a ideia de ciência está ligada às noções de objetividade, rigor e validade, as quais são repensadas e redimensionadas a partir da epistemologia qualitativa.

Neves (1996, p. 4) afirma que:

[...] a falta de exploração de um certo tema na literatura disponível, o caráter descritivo da pesquisa que se pretende empreender ou a intenção de compreender um fenômeno complexo na sua totalidade, são elementos que tornam propício o emprego de métodos qualitativos.

González Rey (2002) ressalta que a pesquisa qualitativa, na Psicologia, tem como objetivo atender às necessidades epistemológicas pautadas no estudo da subjetividade e permitir a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica que representa esta subjetividade.

Do ponto de vista metodológico, acredita-se que a melhor alternativa para se captar a realidade é aquela que possibilita ao pesquisador colocar-se no papel do outro (Godoy, 1995). Denzin e Lincoln (2005) complementam que a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo e que consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo em uma série de representações. Busca-se entender o fenômeno em termo dos significados que as pessoas a ele conferem, pautados nas suas vivências e experiências.

Conforme a visão de Patton (2001) existem dez características principais dentro da investigação qualitativa, sendo estas:

- 1) Naturalística - o pesquisador deve observar os fenômenos em suas condições naturais de produção, sem a manipulação de variáveis;
- 2) Orientada pela lógica indutiva - o pesquisador deve se apropriar da situação a ser investigada sem se pautar em dimensões e categorias de análise pré-definidas;
- 3) Ampla e holística - o pesquisador deve buscar compreender o fenômeno estudado em sua totalidade e obter uma visão mais ampla da situação;
- 4) Mutável e dinâmica - seu “objeto” de estudo está em constante modificação, sendo necessária certa flexibilidade para a construção de novos sentidos a cada mudança observada;
- 5) Profunda e meticulosa - o que desobriga o pesquisador a investigar um grande número de indivíduos, possibilitando analisar cada caso como único, de forma singular;
- 6) Neutralidade empática - esta qualidade faz com que o pesquisador mantenha uma postura aberta e sem julgamentos durante a coleta de dados, ao mesmo tempo em que demonstra

interesse e cuidado para com o pesquisado. Nada mais é do que uma postura ética na relação pesquisador-pesquisado;

- 7) Contextual - compreende que os resultados serão influenciados pelo contexto histórico social;
- 8) Trabalho de campo - para que se possa descrever e compreender tanto os comportamentos passíveis de observação quanto os dados subjetivos que são percebidos através do contato direto com os pesquisados;
- 9) Detalhada - por ser de fundamental importância conter descrições minuciosas de todas as vivências, situações, objetos e pessoas envolvidas na pesquisa;
- 10) Flexível - o conteúdo da pesquisa se desenvolve e se modifica à medida que se aumenta o entendimento da situação por meio do trabalho de campo.

Ainda de acordo com Patton (2001) esses pressupostos servem unicamente como sugestões para a orientação do pesquisador durante seu processo de investigação. Eles devem ser empregados de acordo com as características e particularidades de cada pesquisa.

Para Chizzotti (2003), a consciência e o compromisso com a validade da pesquisa qualitativa é crescente e necessária na construção da vida social. Os pesquisadores que escolhem este método investigativo não pretendem desviar-se do rigor e objetividade, imprescindíveis na construção do conhecimento científico, mas admitem que a experiência humana não pode ser limitada aos métodos monotéticos de análise e descrição.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa possibilita entender e explicar o significado de determinados fenômenos de forma holística e peculiar, com o objetivo de compreendê-los em sua totalidade e dentro do contexto dos que os vivenciam.

Neste sentido, buscamos analisar e compreender as expectativas e impactos ocorridos na vida de idosos presbiacúsicos que optaram pelo uso de próteses auditivas, o que nos possibilitou descrever e explicar a realidade estudada.

7.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para atingir o objetivo previamente estipulado, foram entrevistados 05 idosos com idades entre 62 e 75 anos, de ambos os sexos, sendo 03 homens e 02 mulheres. Os participantes foram indicados por colegas fonoaudiólogos e escolhidos aleatoriamente dentre aqueles que passaram pelo processo de diagnóstico da deficiência auditiva e apresentavam a devida indicação médica para o uso de prótese auditiva. Todos os participantes são portadores de deficiência auditiva neurosensorial bilateral adquirida, com curva audiométrica descendente (característica da presbiacusia), usuários de próteses auditivas há pelo menos 06 meses e obedeciam aos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa.

Para a classificação das perdas auditivas quanto ao tipo e grau, foram seguidos os critérios sugeridos por Silman & Silverman (1997), que propuseram que o grau da perda auditiva fosse determinado utilizando-se a média das frequências de 500Hz, 1000Hz e 2000Hz, bem como das frequências de 3000Hz e 4000Hz, já que os indivíduos aqui estudados apresentam configuração audiométrica descendente. Tal classificação é descrita na Figura 1.

LIMIARES TONAIS (dBNA)	GRAU DA PERDA AUDITIVA
Até 25	Normal
26-40	Leve
41-55	Moderada
56-70	Moderadamente Severa
71-90	Severa
Maior que 90	Profunda

Legenda: dBNA = deciBel Nível de Audição

Figura 1 – Quadro apresentando a classificação das perdas auditivas quanto ao grau, segundo Silman e Silverman (1997).

Os valores dos limiares audiométricos tonais por via aérea e via óssea (obtidos do prontuário clínico), bem como os limiares e os índices de percentuais de reconhecimento de

fala dos participantes dessa pesquisa foram dispostos em tabela (Apêndice 1), a fim de se ter uma melhor noção dos parâmetros estabelecidos e utilizados.

Alguns aspectos socioculturais dos participantes, como gênero, grau de escolaridade, idade, ocupação atual, bem como o tipo e grau da perda auditiva, o tipo de adaptação (monoaural/binaural) e o tempo de uso das próteses auditivas não foram usados como critérios de exclusão (Figura 2).

P	Gênero	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	Tipo e grau da perda auditiva	Tipo de adaptação	Tempo de uso
P1	Feminino	62	Médio Completo	Aposentada	PA NS ¹ de grau moderado bilateral	Binaural ²	2 anos e 2 meses
P2	Feminino	67	Fundamental Completo	Aposentada	PA NS de grau moderado ³ bilateral	Binaural	3 anos e 6 meses
P3	Masculino	72	Fundamental Incompleto	Aposentado	PA NS de grau leve ⁴ bilateral	Binaural	1 ano e 4 meses
P4	Masculino	75	Superior Completo	Aposentado	PA NS de grau moderado bilateral	Binaural	1 ano e 2 meses
P5	Masculino	73	Fundamental Incompleto	Aposentado	PA NS de grau leve bilateral	Binaural	4 anos e 8 meses

Legenda: P = participante; PA = perda auditiva; NS = neurosensorial

Figura 2. Quadro contendo a caracterização: gênero, idade, escolaridade, ocupação, tipo e grau da perda auditiva, tipo de adaptação e tempo de uso das próteses auditivas dos participantes da pesquisa.

Apesar de não terem sido usados como critério de exclusão, os dados foram selecionados e descritos, pois entendemos que os mesmos podem nos auxiliar a compreender melhor os sentidos produzidos pelos participantes.

¹ Comprometimento da orelha interna que resulta em lesão das células ciliadas ou no nervo auditivo.

² Relacionado às duas orelhas.

³ Grau da perda auditiva de acordo com Silman & Silverman (1997).

⁴ Grau da perda auditiva de acordo com Silman & Silverman (1997).

7.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa, os dados foram construídos através da aplicação do questionário sociodemográfico (Apêndice 2) para caracterização da população e da técnica da entrevista, considerada a estratégia mais utilizada no trabalho de campo nas pesquisas de caráter qualitativo, possibilitando coletar informações da dimensão pessoal a fim de detectar atitudes, motivações e opiniões dos entrevistados.

Segundo Minayo (2007), a entrevista é considerada uma conversa a dois, uma forma privilegiada de interação social e tem por objetivo construir informações importantes para um objeto de pesquisa.

De acordo com Manzini (2004), a entrevista na pesquisa qualitativa pode ser basicamente de três tipos: entrevista estruturada, semiestruturada, e não estruturada. Entretanto, dentro da literatura, também podem ser encontradas outras nomenclaturas. Assim, a entrevista não estruturada é também conhecida como entrevista aberta ou não diretiva; a entrevista estruturada, como entrevista diretiva ou fechada e a entrevista semiestruturada, como semidiretiva ou semiaberta.

Desta forma, os dados foram construídos por meio da realização de entrevistas não estruturadas, as quais foram realizadas pela pesquisadora e gravadas em um gravador digital. O objetivo das entrevistas foi o de investigar através de relatos orais dos participantes suas explicações sobre os assuntos em questão.

Cada entrevista teve a duração média de 30 minutos. O roteiro da entrevista foi composto por seis perguntas gerais e abertas como apoio (Apêndice 3). Segundo Ander – Egg (1978), a entrevista não estruturada é o mais informal de todos os tipos abordados, assemelhando-se muito a uma conversa comum. As questões surgem espontaneamente no decorrer da entrevista e a condução da entrevista acaba por ser partilhada entre entrevistador e candidato.

Na medida em que o diálogo ia se desenvolvendo, a pesquisadora utilizava-se de perguntas de apoio, buscando compreender melhor os sentidos construídos pelos participantes para os assuntos abordados.

Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa por meio de ligações telefônicas. Nesse momento foram explicadas todas as características da pesquisa, bem como seus objetivos e a forma como seria realizada.

Após tal procedimento, as entrevistas foram agendadas e realizadas na casa dos participantes, a fim de garantir um ambiente mais informal e mais aberto, por ser um contexto mais familiar. Antes de iniciar as entrevistas, os mesmos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4), contendo informações sobre a pesquisa e seus objetivos.

Este projeto aqui apresentado foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Católica Dom Bosco sob o parecer nº 50256/2012 (Anexo I).

7.4 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta fase foi realizada a leitura das falas obtidas nas entrevistas, para apreensão global das ideias, informações e seus significados. Os dados foram organizados e agrupados conforme o conteúdo apresentado em cada pergunta, para identificação dos temas e dos subtemas.

Após a organização dos dados foi possível explorar o material, fase que representa a administração sistemática das decisões, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Emergiram os temas e os subtemas a partir do contexto das falas dos participantes da pesquisa, considerando a frequência e a relevância a determinado assunto.

A partir do processo de organização dos dados foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Os dados construídos através das entrevistas não

estruturadas junto aos participantes foram submetidos a análises que permitiram destacar as informações encontradas, bem como as inferências para esclarecer as descobertas da pesquisa.

Sendo assim, a análise foi realizada de acordo com os seguintes passos: transcrições das entrevistas, criação de uma estrutura de temas, identificação e classificação dos relatos obtidos segundo o tema ao qual se referiam e elaboração de subtemas a partir da descrição do assunto e análise propriamente dita.

Após o processo de análise das falas, emergiram os seguintes temas e subtemas (Figura 3).

TEMA	SUBTEMAS
Tema 1 O sentimento de exclusão acerca da deficiência	<ul style="list-style-type: none"> - o sentimento de exclusão - dependência, inferioridade - discriminação, vergonha - isolamento - limitação da interação comunicativa
Tema 2 Próteses Auditivas: relação de desempenho e suas implicações psicossociais	<ul style="list-style-type: none"> - a prótese auditiva como recurso tecnológico benéfico - o reconhecimento das limitações da prótese auditiva - a atitude de resignação e o autocuidado - o impacto da prótese auditiva na identidade do idoso - a busca pelo tratamento: a pressão imposta pela família e pela sociedade - a expectativa dos resultados - imagem pessoal: os fatores estéticos no processo de adaptação da prótese auditiva - dificuldades no acesso: os altos custos das próteses auditivas no Brasil
Tema 3 A prótese auditiva como instrumento de inclusão social e seu impacto na qualidade de vida dos idosos	<ul style="list-style-type: none"> - relações interpessoais – família/amigos - convívio social - comunicação

Figura 3 – Quadro contendo os temas e subtemas que emergiram após o processo de análise das falas.

Os resultados são apresentados por meio de transcrição literal da fala dos participantes, preservando-se as expressões utilizadas por eles e mantendo-se os vícios linguísticos que apresentavam significado no contexto da fala. Os principais trechos foram destacados em *itálico* e os participantes são identificados pela letra P, seguido de um número de 1 a 5.

7.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para viabilização desse estudo, a pesquisadora seguiu as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), estabelecidos na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), tratando-se de investigação não invasiva e que não envolve qualquer tipo de manipulação que poderá atentar contra a ética em pesquisa.

Foi assegurado aos participantes o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, bem como a confidencialidade dos resultados e a privacidade de sua identificação.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nesta primeira etapa, buscando facilitar a percepção e a interpretação contextual dos relatos, procuramos caracterizar o perfil sociodemográfico e a perda auditiva dos 05 participantes da pesquisa. Desse modo, destacamos aqui os dados referentes às variáveis, quanto à idade, gênero, escolaridade e ocupação dos participantes, bem como suas queixas relacionadas à audição, tipo e grau da perda auditiva, tipo de adaptação (mono ou binaural), tempo de uso das próteses auditivas e benefícios relacionados à amplificação fornecida.

P 1: 62 anos, sexo feminino, ensino médio completo, aposentada.

A participante é divorciada e tem um filho. Mora com uma irmã, que é Síndrome de Down. Suas dificuldades para ouvir foram percebidas há aproximadamente dez anos, em situações onde acompanhava sua irmã, que é especial, nos procedimentos de sua reabilitação e tratamento. Observava que ouvia, mas não entendia o que os interlocutores falavam. Nega a presença de zumbido, mas refere que por diversas vezes, inclusive quando criança, apresentou quadro de infecções de ouvido, necessitando de tratamento otológico constante. Nega trabalho exposto à ruído. Apresenta perda auditiva neurosensorial de grau moderado bilateral. A participante relatou que na sua primeira experiência com as próteses auditivas apresentou certa resistência, pois fazia muito barulho (sic) e por isso abandonou seu uso. Com o passar dos anos percebeu a necessidade e voltou a procurar especialistas para nova experiência. Optou pela adaptação binaural, pois observava que assim conseguia localizar o som com mais facilidade. Relatou que não apresenta constrangimento pela questão estética, destacando que o fato de ouvir novamente é o mais importante. Faz uso das próteses auditivas há dois anos e dois meses.

P 2: 67 anos, sexo feminino, ensino fundamental completo, dona de casa.

A participante é casada, tem dois filhos e dois netos. Mora com o esposo, pois seus filhos são casados e residem em outra cidade. Relatou apresentar dificuldades há aproximadamente cinco anos, sendo que além de não ouvir o que dizem, apresenta grande dificuldade de compreender a fala durante a conversação, principalmente em reuniões familiares. O problema também ocorre ao assistir televisão, tendo que aumentar o volume

para ouvir melhor, o que causa transtorno familiar, pois seu marido reclama que o volume está incomodando. Nega zumbido ou outros problemas otológicos, como infecções de ouvido. Apresenta perda auditiva neurossensorial de grau moderado bilateral. Relatou que desde o início do tratamento e uso das próteses auditivas nunca apresentou resistência ou vergonha em usá-las, preferindo a adaptação binaural para melhor inteligibilidade de fala. Faz uso das próteses auditivas há três anos e seis meses.

P 3: 72 anos, sexo masculino, aposentado, ensino fundamental incompleto.

O participante é viúvo, tem três filhos e cinco netos. Reside atualmente com um filho, que é solteiro. Refere que quem o alertou para o fato de sua dificuldade em ouvir foi o seu filho, pois o volume da televisão era elevado e o incomodava. Segundo ele, trabalhou em serralheria por quarenta anos e nunca usou nenhum tipo de proteção contra o ruído, pois desconhecia tal recurso. Apresenta zumbido bilateral constante, como se fosse um grilo na sua cabeça (sic), que às vezes o deixa nervoso e aumenta sua dificuldade em entender o que as pessoas falam. Disse que já procurou vários especialistas, mas não obteve sucesso nos tratamentos. Observa que com o uso das próteses auditivas o zumbido diminuiu, mas não desaparece por completo. Apresenta perda auditiva neurossensorial de grau leve bilateral. Relatou que só conseguiu adquirir as próteses auditivas através de um serviço público, pois vive de sua aposentadoria e não tinha condições financeiras para comprá-las, devido ao alto custo das mesmas. Faz uso das próteses auditivas há um ano e quatro meses.

P 4: 75 anos, sexo masculino, aposentado, nível superior completo.

O participante é casado, tem três filhos e dois netos. Reside com a esposa. Refere perda auditiva há aproximadamente dez anos e atribui a dificuldade à sua profissão de Dentista, tempo em que ficava exposto constantemente aos ruídos dos motores usados em seu consultório. Apresenta diabetes e hipertensão arterial, ambos controlados pelo uso de medicamentos apropriados. Refere zumbido e nega outros problemas otológicos. Relatou que após uma grave depressão, mudou seu estilo de vida e começou a frequentar atividades oferecidas à terceira idade e a partir daí começou a sentir maiores dificuldades em compreender os interlocutores, tanto em situação de diálogo quanto em grupo de pessoas falando. Sendo assim, procurou o médico otorrinolaringologista que indicou o uso das próteses auditivas. Apresenta perda auditiva neurossensorial de grau moderado bilateral. Para

melhor inteligibilidade de fala foi realizada a adaptação binaural. O participante relatou que, após a adaptação observou grande melhora na sua comunicação, principalmente em situações de grupo, onde não precisava mais pedir que repetissem ou para falarem mais alto. Faz uso das próteses auditivas há um ano e dois meses.

P 5: 73 anos, sexo masculino, aposentado, nível fundamental incompleto.

O participante é casado, tem quatro filhos e seis netos. Reside com a esposa. Refere perda auditiva há aproximadamente cinco anos e dificuldade de entendimento de fala. Nega zumbido ou outros problemas otológicos. Relatou que sua maior dificuldade é participar de reuniões familiares e frequentar a igreja, pois não consegue entender o que as pessoas falam. Apresenta perda auditiva neurossensorial de grau leve bilateral. Optou pela adaptação binaural, referindo melhora da localização sonora e da inteligibilidade de fala. Fez experiência domiciliar por três semanas e no início do tratamento pensou que não iria se adaptar, pois os sons o incomodavam. Com o passar do tempo foi se acostumando e com os retornos periódicos ao fonoaudiólogo sentiu melhora e o desconforto desapareceu. Faz uso das próteses auditivas há quatro anos e oito meses.

A partir da caracterização dos participantes, serão apresentados os dados obtidos por meio de seus discursos.

8.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

A partir das entrevistas com os participantes foi possível identificar categorias que orientaram e garantiram os resultados qualitativos dessa pesquisa. A seguir serão apresentadas as categorias abordadas pelos participantes, sendo ilustradas com trechos de seus depoimentos em negrito a fim de destacar o conteúdo relevante para análise.

É importante ressaltar que não é nossa intenção, com esta análise, exaurir todas as possibilidades de caracterização e interpretação dos temas levantados pelos participantes e sim abordar os mais relevantes correspondentes aos objetivos dessa pesquisa.

8.2.1 O sentimento de exclusão acerca da deficiência

Estudos sobre a percepção do deficiente em relação à sua própria deficiência são escassos. Nogueira et al. (2002) escreveram um artigo no qual realizaram um levantamento de 22 teses e dissertações produzidas no Brasil entre 1983 e 1999, nas áreas da Educação e Psicologia, em que foi dada voz a pessoas com deficiência mental, auditiva, visual e física para expressarem a sua visão de mundo e a de si próprias. Após a leitura de cada tese e dissertação, os autores analisaram os objetivos, referenciais teóricos, metodologia, participantes e principais resultados de cada trabalho. De um modo geral, as conclusões encontradas na maioria das teses e dissertações revelam que a imagem que o deficiente tem de si está muito vinculada à percepção que as outras pessoas têm dele e em sua grande maioria é formada por estereótipos e preconceitos que acabam excluindo-o do convívio em sociedade.

Para Russo (2004), a deficiência auditiva gera, no idoso, um dos mais incapacitantes distúrbios de comunicação, impedindo-o de desempenhar o seu papel na sociedade e comprometendo a sua comunicação com familiares, amigos e pessoas de seu convívio.

Durante o processo de coleta de dados, os participantes produziram segmentos discursivos nos quais procuraram definir e explicar o sentido da deficiência auditiva em suas vidas. Através desses segmentos discursivos, foi possível encontrar sentidos relativos à limitação do contato com o outro, desencadeando assim **o sentimento de exclusão**.

P 1: “Porque eu estava sentindo necessidade de ouvir melhor. E a gente às vezes, na roda de amigos, todo mundo conversando assim e a gente não tá entendendo nada. Como vai participar se não está ouvindo...”

P 3: “Precisa ficar repetindo as coisa, né. Por isso, pra num atrapalha a conversa, a gente fica quieto. É chato isso. Eu moro com um filho, né. Ele chegava em casa e a televisão tava com o som lá no alto e reclamava (risos). Se abaixava eu não escutava, aí ficava ruim, né?”

Muitas são as situações descritas como sendo de exclusão. Sob esse rótulo estão contidos inúmeros processos e categorias, uma série de manifestações que aparecem como fraturas ou rupturas de vínculos sociais, como as pessoas idosas, deficientes, desadaptados sociais e minorias étnicas ou de cor (WANDERLEY, 2002).

Nas reflexões sobre a exclusão social, consideramos como Sawaia (1999), que refere que existe um sofrimento ético-político gerado pela situação social do indivíduo ser tratado como inferior e sem valor, assim como pelo seu impedimento de desenvolver, mesmo em uma pequena parte, o seu potencial humano.

P 2: “É muito difícil não ouvir, sei lá, por causa da surdez, da velhice... As pessoas tudo conversando e a gente lá, ou entende tudo errado ou fica sem conversá né?”

P 5: “É assim... As pessoa de fora num tem muita paciência né? Tão lá conversando e a gente fica sem participá, porque num tá intendendo o assunto. E pra num parecê que a gente num tá intendendo, fica quieto. E a gente fica triste com isso, né? Parece que a gente num é capaz...”

Para Maciel (2000), cada deficiência acaba acarretando um tipo de comportamento e suscitando diferentes formas de reações, preconceitos e inquietações. As deficiências físicas, como paralisias, ausência de membros ou da visão, causam imediatamente apreensão mais intensa por terem maior visibilidade. Já as deficiências auditiva e mental, por sua vez, são pouco percebidas inicialmente pelas pessoas, mas causam mais estresse à medida que se toma consciência da realidade das mesmas.

A mesma autora ainda destaca que a falta de conhecimento da sociedade, em geral, faz com que a deficiência seja considerada uma doença crônica, um peso ou um problema. O estigma da deficiência é grave, transformando as pessoas cegas, surdas e com deficiências mentais ou físicas em seres incapazes, dependentes, inferiores, sem direitos, sempre deixados em segundo plano na ordem das coisas. É necessário muito esforço para superar este estigma.

Marin e Góes (2006) constataram que nas atividades do cotidiano as relações interpessoais são restritas em espaços de comunicação oral e as pessoas com deficiência auditiva acabam dependendo da companhia de um ouvinte. Daí os sentimentos de **dependência e inferioridade**.

P 1: “Você fica com uma estranha dependência, porque você não sabe o que ele falou. E nem todo mundo gosta de ficar repetindo, né? E isso me incomodava muito, demais, ficava angustiada.”

P 1: “Por exemplo, no ano passado eu fiz um curso de fitoterapia e uma amiga ficava do meu lado o tempo inteiro, porque eu ficava: o que que ela falou, o que que ela falou, o que que ela falou. Porque aquele outro aparelho de antes ele não dava pra usar ele dentro da sala de aula, por

causa do ar refrigerado, ele ficava chiando, aí era pior ainda. E aí foi terrível o dia que a minha amiga teve que faltar à aula eu acabei contando, falando a verdade, que eu não escuto. Eu não conseguia captar nada. Eu ficava todo tempo hã hã hã...”

Iervolino, Castiglione e Almeida (2003), destacam que nas situações de convívio social do deficiente auditivo existe a vergonha de pedir para o interlocutor repetir ou falar mais alto e isso acontece devido ao receio de, com isso, ser discriminado e tornar-se motivo de desprezo.

Discriminar significa “fazer uma distinção”. Existem diversos significados para a palavra, mas o mais comum, no entanto, tem a ver com a discriminação sociológica, ou seja, a social, racial, religiosa ou étnica. A discriminação é considerada eticamente uma violência à pessoa frente à sua representação enquanto sujeito pertencente ao meio. Freire (2000) considera que a discriminação, independente de sua razão, nos leva a um processo de luta profundamente ancorado na ética. Isto significa, na visão de Dussel (2000), que lutar contra a exclusão social é lutar pela vida, pela humanização de homens e mulheres.

Dessa forma, observamos que a **discriminação e a vergonha** estavam presentes nos relatos dos participantes, contribuindo para a sua exclusão social e demonstrando a sua dificuldade de adaptação e isolamento, impactos estes que emergiram nas entrevistas, sejam pela autodiscriminação, discriminação familiar e social e alterações no relacionamento.

P 1: “E muitas vezes, por vergonha de pedir para repetir eu acabava não participando das conversas, porque ninguém gosta de ficar repetindo, repetindo, toda hora. A gente fica parecendo aquele bobo que fica toda hora naquele o que que é?”

P 2: “O que num gosto é de ficar pedindo pra repetir, todo mundo faz cara feia, e fica falando “você é surda?” (risos). E aí a gente fica com cara de boba.”

P 3: “Num gosto disso não, de ficar pedindo pra fala di novo, toda hora isso. Meu filho chegava cansado do serviço, num queria ficá enchendo a cabeça dele. A gente fica envergonhado né? Pra mim é bom quando vô jogá um baralhinho lá com os amigo (risos), eu converso mió, nem preciso pedir para repetir (risos).”

A partir desses segmentos discursivos podemos observar que, para os participantes, a deficiência auditiva está relacionada à restrição do relacionamento social, ou seja, na limitação do contato com o outro, pois ela incide diretamente sobre a comunicação. Para estes

indivíduos, pedir ao interlocutor que repita o que foi dito é algo que parece causar desconforto e constrangimento social. Nota-se também a preocupação com a reação do interlocutor frente ao pedido de repetição e o receio de incomodar o outro ou receber um julgamento negativo como, por exemplo, mal educado, incapaz ou senil.

A autopercepção de pessoas surdas foi verificada em estudos com participantes de ambos os sexos, adolescentes e adultos. Os resultados demonstram que, em muitos casos, a surdez é vista como falta ou deficiência e que quando a pessoa surda percebe-se como diferente do ouvinte ela acaba deparando-se com obstáculos sociais para se adaptar a uma sociedade em que os ouvintes são predominantes (NOGUEIRA et al., 2002).

Podemos observar que se torna relevante ressaltar a importância de tornar o idoso confiante e dono de si e que trabalhar em favor dessa questão seria o ideal para uma vida mais digna a essa população, fazendo com que a sua exclusão seja banida em todas as formas e que ele seja incluído na sociedade como um cidadão de respeito.

Segundo Erdman (1993) dentre os problemas associados à deficiência auditiva e que levam o idoso ao sentimento de exclusão está o **isolamento**, que pode ocorrer na medida em que o indivíduo deixa de pedir para as pessoas repetirem ou falarem mais alto, devido à vergonha e para não se tornar motivo de zombaria ou de desprezo.

P 1: “Você sabe né, para não incomodar a gente acaba ficando quieta, eu saía de perto, ia dar uma volta, ia embora. Eu sou assim, sou surda mas não atrapalho ninguém, porque ninguém gosta desse nhém nhém nhém (risos).”

P 2: “Aí eu saía de perto, para não ficar atrapalhando, né, é chato, ficava envergonhada”.

P 5: “Antes a gente não escutava, saía de perto para não parecer bobo que não entende. Agora escuta bem, é claro que é diferente um pouco o som, mas agora escuta, se comunica melhor com as pessoas”, antes ficava excluído dos assunto.”

O que podemos notar, de modo geral, é que essas reações estão relacionadas à fuga das situações nas quais a comunicação é exigida. Diante das dificuldades impostas pela deficiência auditiva, os participantes relatam que preferem sair da conversa, como por exemplo, ir dormir, ficar quieto, ficar sozinho, pedir que o outro escute por eles e até mesmo

fingir que entendeu o que foi dito. Todas estas reações demonstram o isolamento, causado pela deficiência auditiva.

P 2: “Por exemplo, aonde você vai e tem pessoas, numa festinha, num casamento, a gente fica assim, sem entender né? Ainda mais porque tem mais barulho de gente, tudo misturado... Aí a gente fica só olhando, fingindo que tá entendendo, né? (risos) Eu tô escutando mas não tô entendendo o que eles fala.”

P 3: “Televisão... Quando eu não tô ouvindo, vou dormir. Porque se põe alto as pessoa que está perto reclama, fala que tá muito alto. Se vai diminuir um pouco, aí eu não escuto, né? Aí vou dormir mesmo, pra num atrapaiá ninguém.”

P 5: “Aí tem que fica pedindo pra repeti e eu não gosto disso não. As pessoa acha que a gente tá com má vontade. Aí fico nervoso e saio, não vou fica atrapalhando a conversa dos outro.”

Esta visão negativa atribuída ao deficiente auditivo idoso parece estar ligada à cultura da nossa sociedade, demonstrando a influência do longo tempo vivido e relacionando-o à senilidade e a incapacidade de se relacionar com seu meio.

A posição do idoso varia não só em relação àqueles com quem ele convive, mas também de acordo com o seu próprio comportamento. Desta forma, o diálogo e a compreensão mútua devem ser buscados e mantidos uma vez que este contribui para o equilíbrio da família, e assim o idoso permanece no local que lhe é de direito ocupando seu nível na hierarquia familiar (QUEIROZ, 1995).

Assim sendo, repensar os padrões tradicionais da família é uma medida importante, com o objetivo de buscar soluções para o distanciamento gradual entre o idoso e seus familiares. Fomentar medidas que voltem a colocar os idosos no lugar que merecem no âmbito familiar mostra-se imprescindível para que haja contato entre as gerações de forma que se permita às crianças e adolescentes encontrarem referências e valores nos que tem tanto a oferecer nesta fase tão importante que é a fase de construção da personalidade e do caráter (GRANDE, 1994).

Para Signorini (1989) além de apresentar implicações no relacionamento social do idoso, a deficiência auditiva **limita a sua interação comunicativa**. Desta forma, qualquer situação de comunicação os deixa embaraçados por não conseguirem acompanhar uma

conversa com os amigos ou familiares, principalmente em ambientes ruidosos. Isso faz com que sua interação com o outro seja prejudicada e consequentemente sua qualidade de vida alterada.

P 2: “As pessoas fala com a gente e a gente não sabe o que é, que é que tá falando, não sabe o assunto.”

P 3: “Porque quando falam eu não escuto, aí fico sem participá da conversa, porque todo mundo lá conversando, rindo, falando das coisa, eu não sei o que é, de que assunto que tão falando. Então fica difícil participá, se não sabe o assunto.”

P 4: “Porque você não entende, né? Fala uma pessoa e você não entende e só tem que dizer sim, não... Acaba sem saber o que estão falando e tem hora que participa e tem hora que não... É assim... E é ruim a gente ficar atrapalhando a conversa, ficar “Que? Que? Que?”.”

P 5: “Até evitava de ficar conversando dentro de casa também, né? Ficava sempre fora, sozinho. Pra evitar de alguém falando comigo e eu tá perguntando: “Quê que é?”, “Hã?”. Saía e a maior parte ficava fora da conversa. Tinha vez que eu ia pra sala, ia pro quarto, disfarçava, né? Senão parecia bobo, num entendia nada, aí ficava sem sabê, né?”

Ser um idoso portador de deficiência auditiva adquirida é algo que vai além do fato de o indivíduo não ouvir bem, levando a implicações psicossociais sérias para a vida deste indivíduo e para os que convivem com ele diariamente. As frustrações que ele vivencia, pela dificuldade de compreender o que os familiares e amigos estão falando, representam um desafio. É, portanto, mais cômodo afastar-se das situações de comunicação ao invés de enfrentar embaraços decorrentes da falta de compreensão ou respostas inapropriadas dadas às questões não entendidas corretamente (RUSSO, 1999).

P 1: “Tinha que ficar perguntando toda hora para o professor o que ele tinha falado. Estava muito difícil.”

P 4: “Eu não conseguia mais me comunicar com as pessoas, com a família. Ficava só deitado no sofá, assistindo televisão. Tinha medo de ficar falando bobagem (risos) você sabe, né?Aí vão falar que a gente tá gagá (risos).”

As perdas auditivas geram dificuldades de comunicação em qualquer idade, acentuando-se nos idosos, pois se torna mais um fator de desagregação social. O declínio do *status* desses idosos na sociedade e na família tende a isolá-lo e privá-lo de fontes de informação e comunicação, levando-o a um profundo impacto social. Com o processo de

comunicação afetado pelas implicações psicossociais, os idosos passam a não desempenhar o mesmo papel na sociedade, comprometendo sua qualidade de vida e também das pessoas de seu convívio (RUSSO, 1999).

Segundo Buscaglia (1997), a deficiência é um fenômeno social que leva à discriminação, rejeição e atribuição de um estigma social inferior. Esses problemas podem ser vivenciados diariamente, quer ocorram de forma dissimulada ou não, reforçando a idéia da sociedade de pena e caridade. Nesses casos o deficiente auditivo não se opõe, mas se vê subordinado à marginalização da qual é vítima.

P 3: “Reunião, por exemplo, sempre tem reunião da igreja que a gente vai, chega lá as vezes nem num participa direito porque tem coisa que a gente nem num ouve. Tem hora que a gente nem pode dar uma opinião porque não entendeu direito né outra hora as pessoa ri e a gente fica sem saber se ri ou não porque ri sem saber do caso né. Vai que eles tão rindo da gente, né?(risos).”

Zimmerman e Osório (2000) destacam que as forças dos fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais podem qualificar ou prejudicar o processo de envelhecimento. A essência de todo e qualquer indivíduo está relacionada ao fato dele ser portador de um conjunto de sistemas: desejos, intensificações, valores, capacidades e necessidades básicas, como a dependência e o reconhecimento pelos outros com os quais convive.

Berger e Luckmann (1983) consideram que o sentido social é construído na interação com o outro e considerando que a deficiência auditiva dificulta o relacionamento do sujeito com o outro plenamente, na situação face a face, entende-se que há o impedimento desse sujeito de desempenhar o seu papel na sociedade, o que acaba por comprometer e restringir sua qualidade de vida.

Kaplan (1997) relata que as dificuldades comunicativas decorrentes da deficiência auditiva acabam por fazer com que ela seja associada a anormalidades cognitivas, como pensar, aprender ou até mesmo tomar decisões.

P 1: “Você tá lá com a pessoa falando, falando, falando... Você sabe que tá ouvindo o que ela tá falando. É interessante isso, muito interessante... Porque eu tô ouvindo o que ela fala, mas só que não entendo as palavras que a pessoa diz”.

P 2: “A pessoa tá falando e eu não tô entendendo. Mas eu sei que ela tá falando, eu tô vendo que ela tá falando e eu ouço que ela tá falando. O problema não é ouvir, sabe? Eu até escuto bem, eu acho.”

P 3: “Não sei, não entendo, mas eu tô ouvindo. Não sei se é muito barulho... mas não entendo.”

P 4: “Algumas vezes acontece de a pessoa falar... Eu to escutando, mas não decifro a palavra. Mas alguma vez só, não é sempre.”

P 5: “Porque a pessoa fala, tem que repetir, às vezes duas, três vezes. Tô escutando bem alto e não tô entendendo, né? Mas, isso não é sempre não. Mas eu fico preocupado, porque às vezes vai tudo bem. Escuto bem a palavra mas não entendo.”

Essa queixa é muito comum porque a perda auditiva ocorre em altas frequências e dificulta a inteligibilidade da fala, ou seja, a percepção das consoantes, principalmente em ambientes ruidosos (RUSSO; ALMEIDA; FREIRE, 2003).

Em diferentes épocas e culturas, o tratamento dado aos deficientes tem variado. Porém, como relata Diniz (2007), sempre existiu uma constante histórica: a marginalização. Termos como excepcionais, dementes, doentes ou senis são algumas nomeações utilizadas para tentar definir o deficiente ao longo da história da humanidade. Na contemporaneidade, pessoas comuns ainda são designadas por muitos desses termos e rejeitadas pela sociedade, impondo-lhes o sentimento de exclusão e legitimando-se o preconceito.

Levando em consideração estes aspectos, Russo (2004) acrescenta que, em função das dificuldades de compreensão de fala do deficiente auditivo, este sujeito acaba sendo descrito como confuso, distraído, não comunicativo, não colaborador, zangado, velho e senil, sendo isso, muitas vezes, interiorizado pela sociedade.

Nesse sentido, destaca-se que o uso da prótese auditiva é essencial para manter a saúde física e mental do idoso, pois proporciona ao mesmo, além de maior independência, uma melhora da participação na comunidade em que está inserido e no convívio familiar, e consequentemente na sua qualidade de vida. Mas sabemos que, mesmo utilizando as próteses auditivas, os indivíduos ainda passam por algumas situações de não entendimento, principalmente quando há conversas de grupos ou em lugares ruidosos, pois a prótese não restaura integralmente a função auditiva e por isso não soluciona todos os problemas de comunicação (ALMEIDA, 2004; IERVOLINO; CASTIGLIONI; ALMEIDA, 2003). Sendo

assim, nessas situações, para haver a compreensão do que é dito, ainda é necessário a utilização de algumas estratégias de comunicação, como por exemplo, pedir para repetir novamente.

8.2.2 Próteses Auditivas: relação de desempenho e suas implicações psicossociais

Um dos maiores desafios no processo de reabilitação auditiva nos idosos é a seleção, indicação e avaliação da prótese auditiva, pois ela constitui-se em um instrumento fundamental nesse processo. A efetividade das próteses auditivas melhorou de forma considerável nos últimos anos. Atualmente, são equipamentos individualizados, miniaturizados, digitais ou digitalmente programáveis, versáteis e dotados de controles, os quais são de fácil manipulação por qualquer indivíduo, até mesmo por aqueles mais idosos. Além disso, facilitam a recepção do sinal de fala, promovendo melhor contato social e autoconceito mais positivo (ALMEIDA; RUSSO, 1995).

Diante da perspectiva dos benefícios proporcionados pelo uso das próteses auditivas, a análise das entrevistas transcritas resultou na identificação de oito subtemas dominantes que justificam a decisão dos participantes de usar as próteses, os quais serão descritos a seguir.

8.2.2.1 A prótese auditiva como um recurso tecnológico benéfico

Em função do impacto da deficiência auditiva na vida psicossocial dos idosos, a possibilidade de usar próteses auditivas, minimizando sua perda auditiva e facilitando sua comunicação, pode ter um sentido de motivação e ser significativa para a melhoria da sua qualidade de vida (GIL, 2006).

Segundo Kemp (1990), motivação significa “mover-se”, é multifatorial e resulta da inter-relação de quatro variáveis: aspirações, crenças, recompensas e custos. Esta formulação

pode ser aplicada a uma ampla faixa de comportamentos, entre eles o uso das próteses auditivas pelos idosos.

Para o autor, as *aspirações* referem-se às necessidades individuais e objetivos relativos às incapacidades auditivas e ao processo de intervenção, ou seja, iniciar um comportamento em direção à meta a ser atingida; as *crenças* refletem, do ponto de vista subjetivo, as expectativas e percepções do idoso, constituindo o componente cognitivo da motivação, influenciando seu modo de agir; as *recompensas* são obtidas através do uso das próteses auditivas, que tendem a promover a autoconfiança e a manutenção do comportamento desejado e por fim os *custos* social, físico e psicológico, que podem influenciar a decisão de usar uma prótese.

Durante as entrevistas, foi possível observar que os participantes associaram a decisão de se usar a prótese auditiva como um mecanismo alternativo para melhorar a comunicação e de certa forma sair do isolamento.

P 1: “Usar o aparelho é muito, mas muito bom mesmo, porque ele me aproxima das pessoas, mesmo sendo uma coisa que eu tenho que me acostumar, ele me ajuda a ouvir, não é mesmo? E quer coisa melhor que poder conversar com os amigos?”

P 4: “Eu acho que o aparelho é uma coisa muito boa, que ajuda a gente né? Por exemplo, antes eu não conseguia entender nada e agora escuto bem, ouço bem quando a pessoa fala comigo. Olha aí você falando, perfeito, tô te ouvindo bem, certo?”

P 5: “Ah agora tá bom, escuto mais, fico até mais calmo porque quando as pessoa fala comigo agora escuto melhor, num fico mais de fora das conversa (risos).”

Pelos relatos acima, podemos perceber que, para estas pessoas, as próteses auditivas se mostraram extremamente úteis e eficazes nas situações do cotidiano, proporcionando-lhes maior independência e interação social. Dentre esses segmentos discursivos, os participantes enfatizaram haver uma melhora quanto à qualidade sonora, uma vez que estes equipamentos favorecem a compreensão da fala e com eles é possível ouvir com mais clareza o que é dito. Isso trouxe consequências diretas nas relações sociais nas quais estão inseridos e, assim, em sua qualidade de vida.

Apesar do inegável benefício proporcionado pelas próteses auditivas, a satisfação de seus usuários depende, em grande parte, de suas condições físicas, emocionais, sociais e culturais, ou seja, de aspectos subjetivos e particulares de cada sujeito (Assayag, 2003).

Esses aspectos nos levam a reconhecer a grande importância da compreensão dos sentidos subjetivos relacionados à deficiência auditiva, como destacado pelos autores Russo (2003, 1998), Signorini (1989), Wieleberg (1997), Cunha (1997), Katz e White (1997), Hull (1997) e Assayag (2003). Para estes autores, a maneira como cada sujeito vive os efeitos da deficiência auditiva e o uso das próteses auditivas influencia diretamente no processo de adaptação destes equipamentos, bem como a possibilidade de cada um lidar com essa situação.

8.2.2.2 O reconhecimento das limitações da prótese auditiva

A partir da análise global dos relatos dos participantes, no que se refere ao sentido positivo do uso das próteses auditivas, principalmente quanto à melhora das situações de comunicação, podemos observar que estas adquiriram o sentido de instrumentos que possibilitam o restabelecimento do contato com o outro, permitindo ao sujeito voltar a se relacionar com o meio social.

Apesar do claro sentido positivo do uso das próteses auditivas por idosos, os participantes atribuíram sentidos negativos quanto ao seu uso, uma vez que perceberam que estes equipamentos não são capazes de solucionar todos os problemas decorrentes da deficiência auditiva, sendo que as principais queixas se referem à dificuldade de compreensão em situações em que há vários interlocutores.

Sendo assim, observou-se que, mesmo fazendo uso das próteses auditivas e percebendo seus benefícios, os participantes ainda têm queixas em relação ao desempenho das mesmas em determinadas situações. Entretanto, diante dos relatos, o que podemos destacar é que os benefícios superam as limitações, o que pode ser observado nos trechos em que

situações ressaltando um aspecto negativo ou de certa limitação da prótese são seguidas de algum comentário reconhecendo os seus benefícios.

P 1: “Minha vida mudou cem por cento. É muito bom ouvir as pessoas... Ah só tem outra coisa, quando tem muita gente falando complica.”

P 2: “Agora eu escuto mais né? É uma coisa muito boa. Só que mesmo com os aparelhos eu não entendo muito bem as palavras quando tem muita gente junta. Lá em casa, quando tá todo mundo, os filho, neto, os parente, eles falam tudo junto e eu fico ainda perdida.”

P 5: “Quando tem mais gente falando fica mais difícil, mistura tudo uma barulheira. Aí não entendo algumas coisa, tenho que chegar mais perto. Mas é só nessas hora que fica ruim, porque eu tô feliz sim com os aparelho.”

As falas registram o benefício trazido pelo uso das próteses auditivas em situações de conversas com familiares e outras pessoas, mas podemos perceber ainda as queixas referentes à dificuldade de compreensão em situações em que há vários interlocutores.

Esses dados vão ao encontro dos achados de Rossino et al. (2002) e Lutfi (2006), nos quais os indivíduos se mostraram satisfeitos com o uso desses equipamentos mesmo havendo situações em que eles não conseguiam solucionar todas as suas dificuldades comunicativas.

Costa (2006) em sua pesquisa, através de entrevistas realizadas com deficientes auditivos idosos, percebeu que os sentidos das próteses auditivas eram relacionados a equipamentos que auxiliam no restabelecimento do contato com o outro, mas que não o fazem de forma integral, completa, uma vez que não solucionam todos os problemas oriundos das dificuldades comunicativas provenientes da deficiência auditiva, o que também foi percebido pelos idosos aqui entrevistados.

Russo e Behlau (1993) consideram que, para um ouvinte compreender bem os sinais de fala que recebe, é necessário que algumas condições sejam obedecidas, como, por exemplo *atenção à mensagem*, pois não basta ouvi-la, tem que entendê-la; *intensidade da mensagem*, pois os sons da fala devem ser audíveis para que possam ser percebidos; *intensidade do ruído ambiental*, pois deve ser consideravelmente inferior a do sinal de fala, para possibilitar sua compreensão; *coarticulação e fatores suprasegmentais*, como pausa e variação da entonação; *sensação de intensidade*, podendo ser forte ou fraco, dependendo do nível de audição do ouvinte; *fatores temporais, ritmo e velocidade da fala*, o falante deve dar à sílaba o tempo

necessário para ser detectada e entendida e *articulação e pronúncia*, dando clareza na fala e o modo como se utiliza os regionalismos.

Dentre as dificuldades apontadas pelos participantes, a interferência de fatores externos, tais como o barulho e o modo como as pessoas falam em situações de comunicação, especificamente na presença de ruídos competitivos, comprometem a compreensão da fala. As dificuldades de compreensão provêm também do modo como os interlocutores se expressam: “muito alto, muito baixo, depressa demais ou não articulam bem”.

P 1: “Meu Deus, lá no vôlei preciso pedir para o pessoal falar baixo, ô povo que fala tudo ao mesmo tempo... aí eles falam ué você é surda? (risos) E eu falo sou, então fala baixo porque eu tô de aparelho...”

P 2: “Quando a gente tá conversando, assim, eu entendo bem... Mas, por exemplo, se tem outro barulho, aí né, assim não consigo muito bem... Se a televisão tá ligada, mesmo que esteja baixo, mesmo que não esteja muito alto, já atrapalha.”

P 4: “É igual quando tem uma pessoa falando... Por exemplo minha esposa... Eu ouço a voz dela... Mas se ela fala alto me incomoda, se ela fala muito baixo... não entendo. Muito baixo, aí tem que falar olhando para mim. Porque se fala virado pro outro lado até com aparelho eu tenho essa dificuldade.”

P 5: “Eu vejo que muito alto também fica ruim. Acho que prejudica. No meu modo de pensar, acho que quando passa dos limites também a gente sente talvez pior. Muito alto atrapalha. E também pessoas que falam muito depressa, aí eu não entendo nada (risos).”

A partir desses trechos, podemos observar quanto os fatores externos podem interferir no desempenho comunicativo dos participantes ao utilizarem as próteses auditivas. A maneira como o interlocutor se expressa, adquire extrema importância, uma vez que este seria um facilitador ou não do processo de comunicação.

Lüders (1999) constatou em seu trabalho a falta de conhecimento, no caso dos familiares, de estratégias que melhorariam a compreensão de fala pelo deficiente auditivo idoso, como por exemplo, a leitura orofacial. Por outro lado, ela também identificou fatores que poderiam influenciar de forma negativa, piorando seu desempenho, como a presença de ruído competitivo, distância, reverberação e má iluminação. Tais cuidados tomados pelo outro no diálogo com o deficiente auditivo, segundo a autora, poderiam minimizar as dificuldades encontradas pelos usuários de próteses auditivas.

Nota-se, entretanto, que o fato do desempenho comunicativo com o uso das próteses auditivas estar ligado às interferências do meio, faz com que seja atribuído a esses equipamentos um caráter de significativa dependência para com ele, pois seus usuários ficam sujeitos a variáveis que não podem controlar. Isso adquire relevância se pensarmos que, muitas vezes, os sujeitos dependem desses equipamentos para se relacionarem com os outros.

Durante as entrevistas verificou-se que dois participantes ressaltaram um outro sentido negativo ao uso das próteses auditivas, o do incômodo provocado pelo ruído amplificado, fazendo suas referências a partir de suas experiências.

P1: “Descobri que minha bolsa faz barulho e eu tenho a impressão que metade da população feminina bate tamanco no chão... Arrepiante. É... ficou quase impossível frequentar show, sem o aparelho já me incomodava, por exemplo fui ao jantar de uma amiga minha que defendeu tese de mestrado e quando terminou o jantar teve um conjunto, um baile e eu tirei o aparelho depois de cinco minutos.”

P 4: “Escuto um barulhão tremendo, tudo, normal... Bom, porque praticamente eu tô ouvindo normal, viu? Eu fui no sábado em um aniversário, de um amigo, mas tava muito barulho. Ai precisei tirar os aparelhos. Coloquei no bolso porque não tava aguentando o barulho. A gente desacostuma do barulho. Quando o barulho tá demais fica impossível de aguentar ali.”

Rossino et al. (2002) realizaram um estudo e observaram que, ao aplicarem um questionário de auto avaliação, os problemas de comunicação nas situações de presença de ruído pioraram significativamente com o aumento da idade. Já os autores Silman et al. (2004), notaram que não houve benefício com o uso de próteses auditivas nas situações em que a presença de ruído era intensa, havendo um aumento do incômodo com esses sons após a adaptação.

8.2.2.3 A atitude de resignação e o autocuidado

Podemos observar que os participantes se colocam discursivamente no lugar de alguém que “aceita as dificuldades” com resignação, sem se revoltar com a situação. Diferentemente dos outros relatos, este não se restringe apenas ao uso das próteses auditivas,

mas se refere também à maneira como se posicionam na vida. Entretanto, a atitude de resignação dos participantes parece ser vista como um fator de facilitação do processo de adaptação das próteses.

P 1: “É... ontem por exemplo, eu tava na casa de uma amiga minha, fui lá tomar um café com ela, ela falou vamos assistir “Chocolate com Pimenta”, aí eu aumenta um pouquinho, aumenta um pouquinho, aí ela olhou pra mim e falou põe o aparelho, eu falei ah é o aparelho. Aí eu peguei, já saindo do treino fui pra lá então eu tava sem aparelho. Botei o aparelho não precisou aumentar mais a televisão. Aí que eu vejo o quanto fico surda sem os aparelhos e o quanto eles me ajudam.”

P 1: “O importante é que eu tenho saúde e a oportunidade de usar esse aparelho não é mesmo?”

P 4: “Até esqueço que estou de aparelho, outro dia entrei no chuveiro e quando vi estava com os aparelhos (risos) e corri tirar. Mas é bom mesmo, maravilhoso. E a gente se acostuma né? Se é bom, se está fazendo a gente ouvir melhor, então tem que usar né?”

Esta realidade evidencia, nos relatos dos participantes, que os mesmos buscam fazer reflexões que demonstram que o uso da prótese auditiva não é tão complicado assim. Para fundamentar essas reflexões, argumentam que já passaram por processo de adaptação semelhante e que estão bem, e que o uso da prótese é algo que vem a somar a tantas coisas positivas que possui em sua vida. Demonstaram ainda que, conseguem compreender e aceitar as dificuldades sem se revoltar, mostrando-se capazes de refletir sobre as adversidades e superá-las pacificamente.

P 1: “Aconteceu de pegar no sono com o aparelho, aí eu viro ele apita, aí eu lembro e tiro ele. A gente se acostuma, é como óculos, tem que usar então vamo usar ué. E o aparelho melhorou muito a minha vida, em todos os sentidos.”

P 4: “Eu comparo assim, como usar óculos, né? Chega uma hora que precisa, aí tem que acostumar. Assim é com o aparelho.”

Nota-se também que com o uso das próteses auditivas, os idosos conseguem identificar a necessidade desses equipamentos, mudando a percepção que tinham de si mesmo, ou seja, de alguém que é surdo para alguém que escuta bem. Ainda abordam o fato das próteses auditivas trazerem mais segurança ao seu cotidiano e já fazerem “parte do seu corpo”, estando bem resolvidos com a sua condição e necessidade no momento.

Segundo Russo (2004), a audição é um sentido que funciona como mecanismo de alerta e de defesa contra o perigo, uma vez que permite a localização de fontes sonoras, oferecendo segurança ao indivíduo.

Kricos e Lesner (1995) chamam a atenção para as implicações da deficiência auditiva na segurança dos idosos, como a incapacidade para ouvir pessoas e veículos aproximando-se, panelas fervendo, alarmes, telefone, campainha da porta e anúncios de emergências em rádio e TV. Este fato foi identificado no relato de uma participante do estudo e podemos perceber que usar a prótese auditiva significa cuidar de si.

P 1: “E... até um dia que quase um carrinho desse de carregar entulho me pegou. Ele tava manobrando e o vizinho gritava e eu não ouvia, o vizinho gritava e o filho dele falou vai lá e puxa ela, senão vai pegar ela. Aí eu falei bom, agora tem que ir procurar o aparelho auditivo porque a vida começou a ficar em risco, agora preciso cuidar de mim.”

P 1: “Tô mais segura dentro da minha própria casa. Eu tô sozinha atualmente e o silêncio... a minha cachorra morreu, o silêncio do quintal me dava muito medo. Eu agora como eu tô usando o aparelho em casa, porque se tiver algum movimento no meu quintal é porque alguém pulou o muro de três metros e meio. Pode pular, né, mas eu vou escutar. Antes eu não escutava, então eu ficava muito trancada em casa, com medo.”

Por este motivo, é relevante também para a orientação ao idoso usuário de próteses auditivas, enfatizar a importância do uso desses dispositivos eletrônicos, pois a audição é imprescindível como mecanismo de alerta e defesa contra o perigo, permitindo a localização de fontes sonoras à distância e proporcionando maior segurança.

8.2.2.4 Impacto da prótese auditiva na identidade do idoso

Outro fator importante no processo de adaptação da prótese auditiva está relacionado ao seu impacto na identidade do idoso. Este aspecto é observado através de seus relatos, quando afirmam que as próteses auditivas geram uma voz diferente, que não é a deles, lhes causando estranhamento.

Esta falta de identificação, ou seja, de reconhecimento de si mesmos ocorre porque os participantes não se identificam mais na voz que escutam ao usarem as próteses, mas que o fazem mesmo assim porque as usando não se sentem excluídos no seu meio e conseguem conversar melhor com familiares e outras pessoas de sua convivência. Dessa forma, um problema significativo com relação às próteses auditivas se refere à subjetividade, no que tange à própria identidade.

P 3: “Uma coisa que sinto é isso. Que eu sinto que não, não é a minha voz normal. Percebo que é meio rouca, não sei... E a voz das pessoas também, parece que não é a pessoa que tá falando... aquela voz que eu lembro... Mas é melhor assim do que ficar sem ouvir.”

P 5: “Não é normal. Não é uma coisa normal. A gente acaba se acostumando, mas a própria voz, assim, eu falo e parece que não é eu não. Mas é que eu acho que isso, assim, é porque eu já não tava mais ouvindo bem, então deve sê isso mesmo, assim diferente, né? Mas agora eu tô ouvindo.”

Ciampa (1987) entende identidade como metamorfose, ou seja, em constante transformação, sendo o resultado provisório da intersecção entre a história da pessoa, seu contexto histórico e social e seus projetos. A identidade tem caráter dinâmico e seu movimento pressupõe uma personagem que, para o autor, é a vivência pessoal de um papel previamente padronizado pela cultura e é fundamental na construção identitária. Representa-se a identidade de alguém pela reificação da sua atividade em uma personagem que, por fim, acaba sendo independente da atividade. As diferentes maneiras de se estruturar as personagens resultam diferentes modos de produção identitária, portanto, identidade é a articulação entre igualdade e diferença.

Brandão e Mercadante (2009) afirmam que somos memória porque a identidade - Quem sou? - está vinculada às lembranças que cada um tem de si, ou seja, seu nome, suas características, dos seus ancestrais, do lugar de nascimento de outros espaços (territoriais e sociais) que ocupamos ao longo da vida e da dimensão pessoal, que envolve fatos objetivos e subjetivos.

Segundo Ciampa (1987), à medida que vão ocorrendo transformações na identidade, concomitantemente ocorrem transformações na consciência e na atividade. Essas transformações estão entrelaçadas e acontecem no cotidiano a partir das trajetórias de vida das pessoas.

Trajetórias de vida ou trajetórias identitárias são entendidas como o processo de apreensão da realidade, da qual cada indivíduo mergulhado numa ampla cultura (social e familiar) abstrai (a partir de sua percepção única), reordena e transforma o seu modo e estilo de vida. O indivíduo aprende e ensina, é influenciado e influencia, formando um elo, numa corrente sem fim, do que chamamos saber de si e saber do outro, que constrói e dá sentido à trajetória humana (BRANDÃO; MERCADANTE, 2009).

8.2.2.5 A busca pelo tratamento: a pressão imposta pela família e pela sociedade

Lutfi (2006) refere que grande parte dos participantes de seu estudo teve a deficiência auditiva descoberta por algum membro da família ou amigos em função das críticas ou discussões geradas pelas dificuldades auditivas.

Emergiram, por parte dos participantes, sentidos que relacionavam a deficiência auditiva e o uso da prótese auditiva ao modo como estas afetam os outros e a eles próprios. Estes sentidos se referiram às reações negativas⁵ dos outros em relação às dificuldades comunicativas apresentadas, bem como às próprias reações frente tais dificuldades e à pressão social imposta para o uso da prótese auditiva.

P 1: “Aqui em Campo Grande eu voltei a perceber, ou melhor, pessoas perceberam, uma prima minha notou que... ela falou porque que quando a gente conversa você fica virando a cabeça, acho que você não está escutando direito, falei é verdade, quando você fala deste lado eu não escuto. Aí ela sugeriu que eu procurasse um médico, pois como a mamãe também era surda, poderia ser hereditário. Aí eu procurei e agora estou muito melhor.”

P 2: “Quando a gente tava com a família e num entendia o que eles falava e ficava hã hã, aí eles falava mãe você tá ficando surda? (risos) Mãe vai procurá o médico que você tá ficando surda! (risos). Aí eu fui né?”

P 2: “Quando a gente tava com a família e num entendia o que eles falava e ficava hã hã, aí eles falava mãe você tá ficando surda? (risos) Mãe vai procurá o médico que você tá ficando surda! (risos). Aí eu fui né?”

⁵ Falta de compreensão do problema por parte das pessoas de seu convívio.

P 2: “Quando a gente tava com a família e num entendia o que eles falava e ficava hã hã, aí eles falava mãe você tá ficando surda? (risos) Mãe vai procurá o médico que você tá ficando surda! (risos). Aí eu fui né?”

P 3: “Meu fio reclamava da televisão muito alta, né (risos)? Mas se num era assim num escutava.”

P4: “Aí meu filho falou, pai o senhor tem que procurar um médico, o senhor não está escutando o que a gente fala. A família não tem muita paciência, né? Mas é assim, né?”

As dificuldades comunicativas decorrentes da perda de audição geram grande tensão nos ambientes de socialização dos idosos, como na família, no trabalho e entre os amigos. Essa tensão faz com que as pessoas apresentem as reações negativas anteriormente explicitadas e os deficientes auditivos idosos, em resposta a tais reações, se afastem das situações em que a comunicação é exigida, se isolando do convívio social (IERVOLINO et al., 2003). Tal isolamento acaba, por sua vez, levando à depressão e à solidão, como apontam Kaplan (1997), Popeka et al. (1998), Boechát et al. (2003), Raina et al. (2004) e Savikko et al. (2005).

O que podemos observar nos relatos é que existe a pressão social para que a busca pela prótese auditiva seja concretizada, pois as dificuldades comunicativas decorrentes da perda de audição afetam não somente a vida da pessoa deficiente auditiva, mas também dos familiares e daqueles que fazem parte do seu meio, dificultando o relacionamento social.

P 3: “Meu fio sempre ficava cobrando de eu ir buscar ajuda com aparelho, que o governo dava de graça. Porque eu sempre colocava a televisão muito alto, né? E ele ficava nervoso. Aí eu procurei. E agora tô melhor, ouvindo melhor, né? A família ficou mais contente.”

P 4: “A audição tava ruim e aí a família começou a cobrar... Ah porque você não vai procurar o médico e colocar aparelho? Você não está escutando bem. Aí eu procurei botar aparelho porque, então foi isso... E com a idade foi piorando, aí quando tava ruim demais eu procurei o médico, que me encaminhou para testar o aparelho.”

Sendo assim, os relatos dos participantes que se referem às reações dos outros diante das suas dificuldades comunicativas, revelam que tanto a audição quanto a sua falta, ou seja, a deficiência auditiva, só adquirem sentido em sociedade, na interação com o outro, uma vez que para o ser humano só existe a possibilidade de existência quando inserido no meio social.

8.2.2.6 A expectativa dos resultados

A seleção, indicação e adaptação das próteses auditivas para deficientes auditivos idosos demandam habilidades específicas que incluem desde o conhecimento atualizado sobre a tecnologia eletrônica disponível até a compreensão dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que influenciam o processo de envelhecimento.

Almeida e Iório (2003) destacam que o objetivo principal da adaptação desses dispositivos eletrônicos em indivíduos idosos é assegurar efetividade na minimização das dificuldades auditivas experienciadas por estes e reduzir as consequências psicossociais geradas pela deficiência auditiva.

Para isso, o profissional envolvido deve se lembrar de que está provavelmente lidando com um sujeito que ouviu normalmente no passado, levou uma vida social comum, era o principal contribuinte e provedor da família e tinha muitos amigos. Agora este idoso pode estar aposentado e vivendo de uma renda fixa menor. O sujeito pode ter poucos amigos ainda vivos, além de apresentar considerável dificuldade de comunicação com a família por causa da deterioração da função auditiva, e pode estar frustrado e zangado com todo processo de envelhecimento (DIB, 2006).

Dessa forma, a expectativa anterior ao uso das próteses auditivas de que estas resolveriam todos os problemas comunicativos decorrentes da deficiência auditiva, trazendo a audição perdida de volta, pode se transformar numa frustração para o sujeito a partir do momento em que ele observa que estes equipamentos apresentam limitações.

PI: “O que eu acho é que assim... Primeiro, eu achava que usar aparelho iria trazer a audição de volta... Que ia melhorar tudo, ouvir normal. Mas a gente vê que não é bem assim. Melhora muito, nossa ouvir minha voz de novo é maravilhoso mas mesmo assim não é como se fosse normal. É... continuo não gostando de nada no ouvido, não gosto de ouvir com fone de ouvido. Não gostava antes, não gosto agora.”

PI: “É o que eu te falei... Minha mãe usava e detestava e aí fui procurar, aí botei um aparelho grande, grosso e não consegui, passei um ano lutando com aquele aparelho. Era ruim de por, era ruim de andar com ele, era ruim de tudo. Muito barulhento, foi ruim. Eu achava que ia por aparelho e ia

voltar a ouvir como ouvia antes. Mas não, o primeiro foi uma experiência ruim.”

P4: “É... eu estranho ainda, a voz um pouco diferente, não imaginava que seria assim, mas melhora muito. E também que ele é muito alto né, o barulho da rua é muito alto, né, mas isso é normal, eu que não escutava... eu aprendi a não dar bola, né?”

O que se observa é que os participantes percebem a melhora da audição com o uso das próteses auditivas nas diversas situações de comunicação, mas que elas não são capazes de resolver completamente os problemas.

De acordo com Costa (2006), os sentidos negativos relacionados ao uso das próteses auditivas como as dificuldades de comunicação que permanecem com seu uso, o problema na identidade do sujeito provocado por elas, além dos sentidos estigmatizantes que envolvem a deficiência auditiva e uso de próteses auditivas, podem influenciar na aceitação e na adaptação desses equipamentos e até mesmo, responder pela desistência de seu uso.

E com a expectativa de reaver a audição perdida frustrada, há a expressão do desejo de não ter que usar as próteses auditivas e até mesmo buscar outra solução, como cirurgias ou medicamentos, com o objetivo de sanar o problema causado pela deterioração da audição.

P 1: “O resultado foi que eu estava com uma acentuada queda auditiva. Aí eu passei alguns anos usando um medicamento porque tinha uma calcificação no meu ouvido direito. Eu usei, hã... depois de um tempo não sei o que aconteceu, esqueci do remédio, fui parando, não dei bola, aí minha mãe morreu, eu vim pra Campo Grande, aí a vida... e eu esqueci. Se pudesse tomar de novo para melhorar e não ter que usar aparelho... mas, hã, não tem jeito.”

P 2: “Mas eu gostaria mesmo era de não ter que usar esse aparelho, né? Se tivesse alguma cirurgia, sei lá, num sei. Mas assim, vou usando, né, incomoda um pouco, mas é, melhorou muito a vida da gente.”

Percebemos que a frustração em relação à expectativa da audição voltar ao normal com o uso das próteses auditivas pode influenciar na sua aceitação e até responder pela desistência de seu uso. Desse modo, percebe-se que, ao mesmo tempo em que a limitação do contato com o outro seria revertida com o uso das próteses auditivas, estas, por sua vez, não seriam capazes de solucionar todos os problemas comunicativos. Notam-se dois sentidos relacionados ao uso desses equipamentos, por um lado as próteses auditivas afastam o sujeito

da situação de ser menos capaz, restabelecendo o contato com o outro e por outro elas não o fazem totalmente.

8.2.2.7 Imagem pessoal: fatores estéticos no processo de adaptação da prótese auditiva

Em relação aos aspectos físicos, o sentido negativo das próteses auditivas estaria associado ao seu tamanho e dificuldades de manuseio. Barros e Queiroga (2006) realizaram um estudo com o objetivo de investigar as dificuldades relatadas pelos idosos durante o processo de adaptação das próteses auditivas. As maiores dificuldades relatadas foram em relação ao uso do telefone, assistir TV, escutar o rádio e também ao próprio manuseio das próteses.

Iervolino, Castiglioni e Almeida (2003) chamam a atenção para a grande influência que o fator estético pode exercer na aceitação e consequentemente na decisão do uso das próteses auditivas. Referem ainda que, para muitas pessoas pode ser muito desagradável ter que utilizar um objeto que possa ser interpretado como algo que denuncia seu problema para as outras pessoas. Por outro lado, para outras o fator estético apresenta pouca relevância se comparado aos benefícios proporcionados pelo uso das próteses.

P 1: “Não me preocupo se aparece, olha aqui, você tá vendo? O que importa hoje é que eu tô escutando, olha meu cabelo fica assim, por cima, nem aparece. Ninguém nem vê que eu tô de aparelho.”

P 1: “E também aconteceu uma coisa, eu não tenho problema de vaidade com o aparelho, ao contrário. Eu já falo, tô de aparelho, ó tô escutando.”

P 5: “Não sei se poderia ser menor, não sei... Aquele pequeninho, que fica lá dentro, sabe? Talvez não. Não sei. Senão eles tinha colocado, né?”

O fato de se abordar a problemática dos aspectos físicos das próteses auditivas sob o ponto de vista estético é uma questão importante, pois ela se faz muito presente na clínica fonoaudiológica e centros auditivos em relação à seleção, indicação e adaptação das mesmas, não somente em idosos, mas em todas as faixas etárias. Os pacientes cada vez mais relatam

preferir o uso de próteses menores, menos visíveis, como forma de não deixar aparente a sua deficiência auditiva.

Russo (1988) destaca que essa referência ao tamanho das próteses auditivas revela o estigma social relacionado à deficiência auditiva e que um dos impedimentos para o seu uso é que estas chamam mais atenção para o seu problema e tornam o indivíduo mais velho. Por isso, quanto maior a prótese, mais evidente a revelação do seu problema e da sua idade.

Quanto ao modelo da prótese, é mais frequente o preconceito e não aceitação do modelo retroauricular (Figura 4), sendo que acabam preferindo os modelos supostamente menores, menos visíveis, como o intra canal (Figura 5) ou o micro canal (Figura 6). Essa “preferência” gera, muitas vezes, uma frustração no paciente que está em processo de seleção da prótese auditiva, pois nem sempre esse modelo “menos visível” é o adequado para o seu tipo de perda auditiva.



Fonte: Audibel – Aparelhos auditivos (2013)

Figura 4 - Próteses auditivas Retroauriculares (por trás da orelha).



Intra Canal



Fonte: Áudio Voz Aparelhos Auditivos (2013)

Figura 5 - Prótese Auditiva Intra Canal.



Micro Canal



Fonte: Audio Voz Aparelhos Auditivos (2013)

Figura 6 - Prótese Auditiva Micro Canal.

Comparando os diferentes tipos de próteses auditivas (retroauricular, intra canal e micro canal) em relação à aceitação estética, custo, uso e manuseio do dispositivo, Campos, Russo e Almeida (2003) demonstraram que o modelo retroauricular tem menor aceitação que os tipos intra canal e micro canal. As autoras ainda constataram que o tipo retroauricular tem menor custo em comparação com os demais e apresenta menor facilidade em inserção e remoção da orelha, no entanto possui maior facilidade de manipulação dos controles externos.

Ainda em relação ao processo de seleção, deve-se considerar a acuidade visual, sensibilidade tátil e destreza manual do indivíduo idoso (RUSSO; ALMEIDA; FREIRE, 2003).

Sendo assim, o fonoaudiólogo deverá optar pelo modelo cuja tecnologia atenda melhor às necessidades acústicas do paciente, cabendo ao profissional a devida orientação sobre a adequada indicação e adaptação da prótese auditiva, independente do seu tamanho.

8.2.2.8 Dificuldades no acesso: os altos custos das próteses auditivas no Brasil

Os altos custos das próteses auditivas no Brasil também é outro sentido negativo atribuído pelos participantes e sempre dificultaram o acesso de uma grande parcela da população. Para os indivíduos idosos, a dificuldade financeira é um fator decisivo e determinante para alguém que se encontra em uma fase da vida, na qual dispõem de poucos recursos ou apenas a aposentadoria para viver (RUSSO; FARIAS, 2010).

P 3 : “Talvez se fosse pra mim comprar não sei nem se eu já tinha ido né, porque a gente ganha salário mínimo, que eu não sei nem o preço, mas pelo que já me falaram não muito barato não.”

Dessa forma, com a perspectiva de ampliar o atendimento integral aos cidadãos, no ano de 2000, o Ministério da Saúde normatizou a Portaria SAS nº 432, focada na importância social das consequências da deficiência auditiva e na necessidade de ampliação das concessões de aparelhos auditivos aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

P 3: “Eu nem sabia disso. Por que com o dinheiro que eu ganho não dá né? Aí ficava assim mesmo, sem o... assim sem usá aparelho, com essa dificuldade pra escutá. Foi um conhecido meu que me falou do SUS, que dava aparelho de graça. Aí eu fui lá e ganhei, muito bom mesmo.”

Este sistema garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. O SUS é para todos. Sem discriminação, sem escolher a quem. É um direito de todo cidadão, quer ele esteja trabalhando formalmente ou não, quer ele seja rico ou pobre e independentemente da sua faixa etária, partindo dos seguintes princípios: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e descentralização com direção única em cada esfera de governo e participação popular.

Diante dessa perspectiva, em setembro de 2004 foi instituída, no Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva através das Portarias GM nº 2073 e SAS nº 587, com a intenção de promover uma ampla cobertura nacional no atendimento aos portadores de deficiência auditiva, tendo em vista a garantia da universalidade do acesso, a qual promove, desta forma, o controle social da saúde auditiva (RUSS; FARIAS, 2010).

A presente proposta busca atuação efetiva na melhoria da qualidade de vida não só dos idosos, mas de todas as pessoas com deficiência auditiva através do SUS, além de definir que o programa deve ser estruturado de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.

Os Serviços em Saúde Auditiva habilitados pelo Ministério da Saúde para o tratamento e reabilitação de pessoas com deficiência auditiva, são aqueles que podem realizar a concessão de próteses auditivas. Devem garantir à pessoa com deficiência auditiva o melhor uso possível do seu resíduo auditivo. Para tanto devem oferecer um processo de reabilitação que garanta desde a seleção e adaptação do tipo e características tecnológicas das próteses adequados às características audiológicas e necessidades acústicas do indivíduo, o acompanhamento periódico com monitoramento audiológico da perda auditiva e da amplificação e orientação e treino do manuseio do AASI, até a terapia fonoaudiológica para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem do usuário (BRASIL, 2013).

Essa reabilitação/habilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação devem ser estabelecidas a partir das necessidades

singulares de cada indivíduo, considerando o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, bem como, os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos. Neste sentido, a troca de experiências e de conhecimentos entre os profissionais da equipe é de fundamental importância (BRASIL, 2013).

Assim, o acesso às próteses auditivas tem sido cada vez mais facilitado, principalmente nos grandes centros.

8.2.3 A prótese auditiva como instrumento de inclusão social e seu impacto na qualidade de vida dos idosos

O conceito de inclusão não nega o conceito de desigualdade, na verdade defende o convívio dos desiguais de maneira igualitária. É por existirem as desigualdades que o ser humano busca o convívio com iguais e procura se associar a vários grupos (BATISTA, 2000).

Para Sasaki (1997) a inclusão é o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir em seus sistemas sociais gerais pessoas com deficiência e simultaneamente estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade.

Um mundo inclusivo é, portanto, um mundo no qual todas as pessoas têm acesso às oportunidades de ser e estar na sociedade. Assim, se por um lado a exclusão pode ser entendida como um descompromisso político com o sofrimento do outro (SAWAIA, 1999), a inclusão significa humanizar caminhos (WERNECK, 1997).

Entretanto, ainda que fosse reconhecido o mérito da integração social em promover a inserção do deficiente na sociedade, nas duas últimas décadas surgiram novos questionamentos quanto a esta proposta, desta vez provenientes da academia e das próprias pessoas com deficiência e suas famílias. Elas apontavam as reais dificuldades encontradas no processo da normalização da pessoa com deficiência, uma vez que as diferenças, na realidade, não se apagam, mas devem ser administradas na convivência social (ARANHA, 2001).

Vários estudos já expostos nesse trabalho foram realizados com o intuito de investigar o benefício do uso de próteses auditivas por idosos e a sua relação com a melhora na qualidade de vida dessa população. Tais estudos demonstram uma relação positiva tanto do benefício quanto da melhora na qualidade de vida dos idosos usuários de próteses, e consequentemente da inclusão social desses indivíduos.

Com o diagnóstico da deficiência auditiva e consequentemente com as limitações físicas, sociais e psicológicas que ela acarreta, e que, após a adaptação da prótese auditiva serão amenizadas, podemos observar nos relatos uma reflexão subjetiva e particular sobre o viver com QV.

Dentre os relatos destacaram-se: Relações interpessoais – família/amigos, convívio social e comunicação.

A deficiência auditiva acarreta mudanças nas **relações interpessoais**, sendo o ambiente familiar o local mais frequente para as adaptações, tornando importante o esclarecimento de suas consequências, para promover o domínio da situação e, com isso, diminuir o seu impacto na vida do sujeito idoso e consequentemente evitar o seu isolamento e exclusão social.

Os relatos dos participantes apontam que a QV depende de boas relações familiares e sociais:

P 1: “Para mim, qualidade de vida é, em primeiro lugar ter saúde, é estar bem, se sentir bem, viver bem com as pessoas.”

P 2: “Acho que é viver bem com a família, ter um bom relacionamento com a família, conversar, ter entendimento.”

P 4: “Eu, por exemplo, acho que tenho uma ótima qualidade vida, estou com saúde, tenho uma boa convivência com a família, os filhos, né? E agora com esse aparelho auditivo ficou melhor ainda.”

Esses relatos vêm ao encontro do conceito de QV sugerido por Wilhelm (1978) apud Corrêa; Tourinho (2001), que chama a atenção para a garantia de condições de conforto e satisfação psicológica, física e familiar dos indivíduos, devendo ainda ser entendido como a sensação de bem-estar de cada um, sendo que esta depende tanto de fatores materiais quanto de aspectos subjetivos.

A vida social e familiar de pacientes idosos usuários de prótese auditiva passa por uma adaptação considerada complexa. A família é o primeiro grupo em que o indivíduo participa, é nela que temos a oportunidade de vivenciar diferentes experiências, sendo elas positivas (afeto, carinho, estímulo, apoio, respeito) ou negativas (frustrações, limites, tristezas, perdas), e esse fato irá influenciar na formação da pessoa futuramente (OLIVEIRA, 2011).

Delgado (1997) acrescenta ainda que a família é considerada como a primeira instituição social de qualquer ser, tendo papel fundamental para o desenvolvimento do indivíduo.

Desta forma, com o aconselhamento não só do usuário da prótese auditiva, mas também dos familiares, é possível fornecer instrumentos para que possa haver maior aceitação do problema, uma atitude positiva frente às dificuldades de comunicação enfrentadas e, por fim, motivação no que diz respeito ao uso efetivo das próteses auditivas. As pessoas que convivem com o usuário de prótese auditiva necessitam conhecer as limitações da perda de audição e das próteses, bem como os meios adequados para compensá-las por meio de ajustes do ouvinte e do falante às estratégias de comunicação (GATES; MILLS, 2005; MUSIEK; LEE, 2001).

Sendo assim, é fundamental a participação efetiva da família para o sucesso da reabilitação, fazendo com que os transtornos psicossociais ocasionados pela deficiência auditiva sejam superados ou minimizados, refletindo na melhora da qualidade de vida do idoso.

No contexto da QV o **convívio social** é fundamental para os participantes, onde estes demonstraram que, para ter QV, é necessário também viver em sociedade.

Murlow et al. (1990) realizaram um estudo no qual observaram melhora das funções social, emocional, comunicativa e cognitiva, além da diminuição da depressão em indivíduos usuários de próteses auditivas, quando comparados aos que aguardavam em uma fila de espera para receber as próteses.

Lutfi (2006) refere que essa melhora no relacionamento social proporcionada pelo uso das próteses auditivas merece destaque, uma vez que este seria o grande objetivo desses equipamentos. Russo e Almeida (1996) e Popelka et al. (1998), ressaltam ainda que, em

função da melhora do relacionamento social, as próteses auditivas atenuam uma das consequências mais sérias da deficiência auditiva, o isolamento social. Sendo assim, as próteses adquiriam o sentido de instrumentos que possibilitam e favorecem o contato com o mundo, devolvendo aos deficientes auditivos o convívio com as pessoas e interação com o meio.

P 1: “Agora consigo participar das conversas sem ter que ficar perguntando ou pedindo para repetir toda hora. É claro que tem coisa que a gente perde da conversa, mas é pouco, é mais quando tem muita gente falando ao mesmo tempo. Mas a sensação de ouvir e entender o que as pessoas falam, ah isso é muito bom. Outro dia, saí do vôlei e passei no posto para abastecer o carro e como eu estava suada, aí não ia colocar os aparelhos né, eu não conseguia entender o que o rapaz do posto falava e ficava hã hã hã (risos), muito ruim ficar sem ele”.

P 3: “Hoje eu converso com todo mundo. É bom a gente num tê que fica perguntando toda hora. O mesmo causo na igreja, antes virava uma baruiera só (risos) num intendia era nada. Agora já tá bom, mas tem que fica longe da caixa de som, senão é... aí atrapaia di entendê.”

P 4: “Como te falei, na sala de aula agora fico tranquilo. Não preciso sentar tão na frente, já mais atrás escuto muito bem, mesmo com as pessoas conversando, consigo entender muito bem. Até esqueço que estou de aparelho, outro dia entrei no chuveiro e quando vi estava com os aparelhos (risos) e corri tirar. Mas é bom mesmo, maravilhoso.”

P 5: “Quando vou na vendinha perto de casa agora é... vou lá e converso bem, quando os moço fala agora eu entendo o que tão falando. É mais fácil assim, a gente num fica constrangido.”

Segundo Assayag e Russo (2006) existem diferenças estatisticamente significantes na avaliação subjetiva do benefício percebido por idosos quando comparadas às situações com e sem próteses auditivas, sendo que o benefício era melhor percebido quando o indivíduo utilizava as próteses.

Chisolm et al. (2007) conduziram uma revisão de literatura sistemática através de uma meta-análise com o objetivo de buscar evidências no que diz respeito à relação entre o uso de próteses auditivas e a melhora na qualidade de vida de adultos com perda auditiva neurossensorial. Dos 171 resumos considerados relevantes e encontrados na pesquisa inicial, os autores destacaram 16 artigos que obedeciam a todos os critérios de inclusão pré-determinados no estudo. A revisão concluiu que o uso das próteses auditivas melhora a

qualidade de vida dos adultos, reduzindo os efeitos psicológicos, sociais e emocionais decorrentes da perda auditiva neurossensorial.

É possível identificar nos depoimentos colhidos que a maioria dos participantes, usuários de próteses auditivas de forma efetiva, percebeu melhorias significativas em sua QV. Esse benefício é observado nas seguintes situações: em conversas com familiares e com estranhos, em reuniões da comunidade, na igreja, para assistir televisão, entre outras situações do seu cotidiano.

P 1: "É, sem duvida... Minha vida mudou cem por cento. É muito bom ouvir as pessoas. É muito bom poder encontrar com os amigos em reuniões e poder conversar. Agora, quando vou na casa de algum amigo, sento e converso, todo mundo conversa comigo porque vê que estou de aparelho."

P 2: "Ah como minha vida melhorou. Acho que tenho mais qualidade de vida sabe, porque agora nos aniversário em família participo, e isso é social né? É muita alegria ver que agora eu entendo e participo das conversa."

P 4: "Melhorou muito. Antes não conseguia entender nada. Agora escuto muito bem. Está uma maravilha. Como te falei, na sala de aula agora fico tranquilo. Não preciso sentar tão na frente, já mais atrás escuto muito bem, mesmo com as pessoas conversando, consigo entender muito bem. Mas é bom mesmo, maravilhoso."

P 5: "Ah vixi, melhorou muito, né? A família percebeu, ninguém fica mais reclamando. Agora eu ainda tenho alguma dificuldade sim, mas consigo conversar e participo dos assunto, né? Eu tava me sentindo fora do mundo. Agora não."

As falas revelam que o uso da prótese auditiva diminui o isolamento dos idosos e aumenta a autonomia nas atividades que envolvem o contato com o outro, uma vez que se sentem mais seguros em situações de comunicação, com repercussão positiva nas relações sociais.

Em relação à **comunicação**, os relatos apontam que todos os participantes atribuíram sentidos positivos ao uso das próteses. Esses sentidos foram relacionados à melhora nas situações de comunicação, na audibilidade dos sons e compreensão da fala e à satisfação pelos benefícios proporcionados com o seu uso.

P 1: *“Eu não fico mais hã hã hã... Escuto o que falam numa roda de amigos, é claro que eu fico mais perto né, procuro prestar mais atenção em quem está falando, mas eu escuto. E em casa escuto bem agora, a televisão não precisa ficar com volume alto e nem as pessoas precisam mais gritar comigo.”*

P 2: *“Ah tudo melhorou né. Levantou a estima, a gente se sente melhor, porque escuta as pessoas. Assim, antes ficava retraída, porque não escutava as conversa. Então eu acho que foi muito bom. Quando o marido fala, agora, eu num fico mais perguntando toda hora, é claro que ele também tem que falar mais perto né, mas melhorou muito. E quando os filho tão em casa, os neto, é uma bagunça, uma barulheira (risos) mas mesmo assim eu consigo conversar. É bom mesmo.”*

P 3: *“Chego na casa dos outro, é difícil chegar na casa de uma pessoa que eu não consigo entender a televisão uma conversa... Agora parece que converso mais do que rádio...(risos). Vou conversa com meus amigo, porque eu gosto de conversa, né, aí vou lá e converso bem.”*

P 4: *“Agora escuto perfeito, então o som da televisão eu abaixei, né... Melhorou muito. Agora escuto muito bem.”*

P 5: *“É uma coisa que é muito boa né, porque a gente escuta mais, quando tem bastante gente escuta melhor e participa né. A família também vê que melhorou e num precisa mais assim falar tão alto com a gente, a gente fica até mais feliz pra ir passear, na casa dos parente, dos amigo. Uma coisa boa mesmo.”*

Pelos relatos acima, podemos perceber que, para estas pessoas, as próteses auditivas se mostraram extremamente úteis e eficazes nas situações do cotidiano, proporcionando-lhes maior independência e interação social. Dentre esses segmentos discursivos, os participantes enfatizaram haver uma melhora quanto à qualidade sonora, uma vez que estes equipamentos favorecem a compreensão da fala e com eles é possível ouvir com mais clareza o que é dito. Isso trouxe consequências diretas nas relações sociais nas quais estão inseridos e, assim, em sua qualidade de vida.

Mas mesmo sabendo dos benefícios que podem ser obtidos com o uso das próteses auditivas, muitos idosos ainda optam por não utilizá-las. Kochkin (2003) chama a atenção para os resultados das pesquisas que demonstram que mesmo havendo uma grande ocorrência de perda auditiva na população idosa, apenas cerca de 20% dos indivíduos idosos com perda de audição significativa adquirem próteses auditivas. Além disso, cerca de 30% dos usuários estão insatisfeitos com suas próteses e aproximadamente 16% dos usuários relatam nunca terem usado de forma efetiva suas próteses.

Assim, considera-se que o acompanhamento em todo processo de adaptação da prótese auditiva é fundamental, pois o profissional pode, juntamente com o paciente idoso, compreender as suas dificuldades e buscar soluções, proporcionando melhora na adaptação e na qualidade de vida dessa população.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propiciou várias reflexões que contribuíram para um melhor entendimento das vivências, percepções e expectativas do idoso em relação à perda de audição, dentro da complexidade dos temas próteses auditivas e QV.

Os dados desta pesquisa demonstram que a perda auditiva afeta a QV dos idosos, uma vez que a falta de interação com o meio em que vivem e também com a sociedade favorece o isolamento comunicativo e a consequente privação social.

Considerando o modo como os outros e os próprios deficientes auditivos idosos enfrentam as dificuldades comunicativas, podemos observar que, frente a elas, os idosos tendem a fugir das situações em que a comunicação é exigida, o que consequentemente leva ao isolamento. Sendo assim, a deficiência auditiva torna-se mais um fator de desagregação social desta população, uma vez que produz efeitos devastadores em seu processo de comunicação.

Alguns idosos aceitam sua deficiência auditiva e outros não. Talvez isso ocorra pelo fato de que muitas pessoas acima de 60 anos passam a vivenciar o “fim” da sua vida produtiva nessa fase, sentindo que não têm ou que não podem mais oferecer nada à sociedade, o que torna o momento presente pouco atrativo e sem expectativas futuras.

Nesse ponto, ao refletirmos sobre a situação dos idosos, podemos observar que estes apresentam um convívio social reduzido, devido aos processos associados ao envelhecimento e por suas limitações, necessitando estabelecer novos vínculos sociais. Assim, para se pensar em uma velhice bem sucedida, com autonomia, é necessário se pensar também nas relações sociais que favoreçam o desenvolvimento de laços afetivos.

Para isso, o envelhecimento deve ser visto como uma conquista. Como um período da vida cheio de experiências decorrentes de longos anos bem vividos, com saúde, autonomia e QV.

A saúde é percebida, não como um objetivo em si, mas como recurso da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que enfatiza os meios sociais e pessoais, como também as capacidades físicas. A promoção e manutenção da saúde é, então,

o maior auxílio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como uma importante dimensão da QV.

Na caracterização da amostra, os idosos apresentaram idades entre 62 e 75 anos, aposentados, portadores de deficiência auditiva neurosensorial adquirida e usuários de próteses auditivas há pelo menos seis meses. A maioria adquiriu as próteses de forma particular, sendo que somente um participante recebeu as mesmas através do Sistema Único de Saúde (SUS).

O significado de QV na percepção dos participantes perpassa por questões referentes às relações interpessoais, ressaltando a importância da manutenção da vida familiar e social para que possa haver maior aceitação do problema e motivação no que diz respeito ao uso efetivo das próteses auditivas.

A independência e a interação social foram pontos relevantes nos depoimentos e a possibilidade de desempenhar seu papel novamente no meio em que vivem traz a sensação de satisfação e autonomia, minimizando a perda auditiva e facilitando sua comunicação. Percebeu-se que o conceito de QV envolve fatores abrangentes e subjetivos das percepções que cada indivíduo traz consigo, além das experiências e vivências adquiridas ao longo da trajetória de vida.

Foi possível observar que o impacto do isolamento causado pela perda da audição, registrado nos depoimentos dos entrevistados, foi fundamental para a procura de uma melhor QV.

A prótese auditiva possibilitou-lhes voltar a se relacionar com seu meio social e, sobretudo, voltar a viver com dignidade, restabelecendo o contato com o outro e fazendo com que, de certa forma, saíssem do isolamento.

Entretanto, esses equipamentos assumiram dois sentidos conflitantes nos idosos: o de instrumentos facilitadores, que possibilitam reestabelecer o contato com o outro e a voltar a se relacionar com o seu meio social, mas que não o fazem de forma plena, totalmente, pois não resolvem todas as dificuldades comunicativas decorrentes da deficiência auditiva. Embora reconheçam essas dificuldades, que fazem parte do cotidiano do usuário de próteses auditivas,

os participantes adotaram uma postura positiva para lidar com as limitações desses equipamentos, adaptando-se a essa nova realidade.

As mudanças decorrentes do uso das próteses auditivas apresentam-se de forma positiva, como a melhora das funções social, emocional e comunicativa, que eram marcantes no contexto da deficiência auditiva e que eram restritas antes da adaptação desses equipamentos. Os participantes concordam que houve melhora nessas condições, propiciando encorajamento e bem-estar.

Assim, a partir do que foi percorrido, observamos que tanto a deficiência auditiva quanto o uso de próteses auditivas adquirem sentido, especialmente, na relação do sujeito com o outro, assumindo como forma a facilitação ou a restrição, uma vez que o ser humano só tem possibilidade de existência plena quando inserido no meio social.

Diante dos avanços das políticas públicas voltadas para os idosos e para os deficientes auditivos, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui desafios quanto ao acesso universal à população, promovendo ações que orientem e garantam a promoção da saúde e QV dessa população. Por isso, com o objetivo de ampliar o atendimento integral aos cidadãos, a preocupação social com as consequências da deficiência auditiva possibilitou a ampliação das concessões de próteses auditivas aos pacientes do SUS. Esse sistema adotado pelo Brasil permitiu uma nova perspectiva que garantiu o acesso gratuito a uma grande e importante parcela da população de excluídos, buscando um sistema eficaz, equitativo e de qualidade. Assim, o acesso às próteses auditivas tem sido cada vez mais facilitado, principalmente nos grandes centros, permitindo aos cidadãos renovarem as expectativas frente a um envelhecimento bem sucedido, proporcionando-lhes uma melhora da participação na comunidade em que estão inseridos e no convívio social e familiar.

Utilizando a abordagem qualitativa para compreender o significado da prótese auditiva na vida do deficiente auditivo idoso e o impacto desse instrumento na vida desse indivíduo, entendeu-se a complexidade que envolve as experiências individuais. É importante ressaltar que as questões norteadoras desta pesquisa possibilitaram ao participante expressar e refletir sobre os aspectos psicossociais que contribuem para a melhora da sua QV após a adaptação da prótese.

A partir das reflexões geradas por este trabalho, o que observamos até aqui é que os sentidos são produzidos durante as inter-relações humanas. Dessa forma, a maneira como nos relacionamos com os idosos deficientes auditivos poderá interferir na forma como eles irão dar sentido ao uso das próteses auditivas. Por isso, devemos ter o compromisso de ouvir o sujeito de forma cuidadosa e abrangente, buscando, durante nossas inter-relações, a produção de sentidos que possam auxiliar o idoso no seu processo de reabilitação audiológica.

É preciso estar disponível para ouvir os sujeitos e considerar as questões subjetivas envolvidas em cada caso como altamente relevantes para sua compreensão e imprescindíveis para o seu tratamento. Além de indicar uma prótese auditiva, motivá-lo e reabilitá-lo, estará criando expectativas de uma melhor QV, para que consiga lidar melhor com as desvantagens e incapacidades geradas pela perda de audição. O que mantém o ser humano ativo na sociedade é o fluxo constante de trocas de informações.

Cumpre-nos salientar que o acompanhamento multiprofissional aos deficientes auditivos é essencial para dar suporte ao diagnóstico audiológico e à reabilitação. Esse acompanhamento tem o intuito de reduzir os transtornos gerados pela deficiência e as situações que a envolve. Em vista disso, esse suporte permite ao paciente sentir-se assistido, amparado e compreendido.

As pesquisas mostram e nos levam a entender que é fundamental conhecer o sujeito além dos aspectos psicoacústicos e orgânicos da deficiência auditiva, considerando as questões subjetivas envolvidas que ajudam na compreensão de cada caso. Esta atitude se mostra fundamental para os profissionais dedicados à reabilitação auditiva, uma vez que esta atitude influenciará de forma decisiva nesse processo.

No âmbito acadêmico-científico pretendemos que esse trabalho colabore com outras pesquisas na reflexão sobre a QV dos deficientes auditivos idosos usuários de próteses auditivas e contribua para melhorar a assistência prestada a esses indivíduos, oferecendo-lhes mais autonomia e fazendo com que eles sejam incluídos na sociedade como cidadãos de respeito.

Concluiu-se através dos depoimentos dos participantes que a prótese auditiva contribuiu na melhoria da QV dos idosos, não deixando de enfatizar as limitações

apresentadas por ela. Assim, esperamos que as reflexões aqui geradas possam vir a se somar ao universo de estudos já realizados sobre o assunto permitindo, assim, a construção de novas pesquisas sobre a temática, as quais poderão auxiliar no aperfeiçoamento do atendimento a esta população.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. P. M. A história, a lei e o idoso no Brasil. **Recanto das letras**, 2012. Disponível em: <http://www.recantodasletras.com.br/textosjuridicos/3960421>. Acessado em: 11 de Julho de 2013.

ALMEIDA, K. Seleção e adaptação de próteses auditivas em adultos. In: FERREIRA, L. P.; LOPES, D. M. B. & LIMONGI, S. C. O. (Org.), **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p. 669-679.

ALMEIDA, K.; IÓRIO, M.C.M. **Próteses auditivas**: fundamentos teóricos e aplicações clínicas. 2. ed. São Paulo: Lovise, 2003.

ALMEIDA, K.; RUSSO, I. C. P. O processo de reabilitação audiológica do deficiente auditivo idoso. In: MARCHESAN, I. (Org.). **Tópicos em Fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1995.

ALMEIDA, K.; TAGUCHI, C. K. Moldes auriculares: considerações estruturais e acústicas. In: ALMEIDA, K.; IÓRIO, M. C. M. (Orgs.). **Próteses auditivas**: fundamentos teóricos e aplicações clínicas. 2. ed., São Paulo: Lovise, 2003.

ANDER-EGG, E. **Introducción a las técnicas de investigación social: para trabajadores sociales**. 7 ed. Buenos Aires: Humanitas, 1978.

ARANHA, M. S. F. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. In **Revista do Ministério Público do Trabalho**, Ano XI, n. 21, 2001, p. 160-173. Disponível em: http://www.centroruibianchi.sp.gov.br/usr/share/documents/08dez08_biblioAcademico_paradigmas.pdf. Acesso em: 20 de setembro de 2013.

ASSAYAG, F. H. M. **Avaliação subjetiva do benefício e efeitos proporcionados pelo uso de amplificação sonora em indivíduos idosos**. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

ASSAYAG, F. H. M.; RUSSO, I. C. P. Avaliação subjetiva do benefício e dos efeitos proporcionados pelo uso de amplificação sonora em indivíduos idosos. **Distúrbios da Comunicação**, v.18, n.3, p.383-390, 2006.

AUDIBEL. **Aparelhos auditivos**. Disponível em: <http://www.audibeluberaba.com.br/informacao.php?go=paginas &idtexto=11> . Acesso em 04 de Setembro de 2013.

AUDIO VOZ. **Aparelhos auditivos**. Disponível em: <http://audiovozsp.com.br/retroauricular.html>. Acesso em 04 de Setembro de 2013.

BARALDI, G. S.; ALMEIDA, L. C.; BORGES, A. C. L. C. Perda auditiva e hipertensão: achados em um grupo de idosos. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.70, n.5, p.640-644, 2004.

BARROS, P. F. S.; QUEIROGA, B. A. M. As dificuldades encontradas no processo de adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual em idosos. **Revista CEFAC**, v.8, n.3, p.375-385, 2006.

BATISTA, C. A. M. et al. **Inclusão dá trabalho**. Belo Horizonte: Armazém de ideias, 2000.

BEAVOUIR, S. A **Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. A **Construção Social da Realidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1983.

BERGMAN, M. Hearing and aging. **Audiology**, v.10, n.3, p.164-171, 1971.

BESS, F. H. et al. Hearing Impairment as a determinant of function in the elderly. **Journal Am. Geriat. Soc.** v.37, 123-128, 1989.

BEZERRA, K. V. **Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica, em hemodiálise**. 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BIGNARDI, F. A. C. **Reflexões sobre a pesquisa qualitativa & quantitativa: maneiras complementares de apreender a realidade**. São Paulo: Comitê da Cultura de Paz, 2003. Disponível em: <http://www.comitepaz.org.br/download//PESQUISA%20QUALITATIVA.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.

BOÉCHAT, E. M. **Ouvir sobre o prisma da estratégia**. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

BOÉCHAT, E. M.; RUSSO, I. C. P.; ALMEIDA, K. Reabilitação do adulto deficiente auditivo. In: ALMEIDA, K.; IÓRIO, M. C. M. (Orgs.). **Próteses Auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas**. 2. ed. São Paulo: Lovise, 2003.

BRANDÃO, V. M. A. T.; MERCADANTE, E. F. **Envelhecimento ou Longevidade?** São Paulo: Paulus, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação nacional de serviços socioassistenciais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de nov. 2009. Sessão I, p.1

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 03 de out. 2003.p.1.

BRASIL. Lei nº 11.433, de 28 de Dezembro de 2006. Institui o Dia Nacional do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 29 de dez. 2006. p. 28.

BRASIL. Lei nº 6.179, de 11 de Dezembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. . **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 12 de dez. 1974. p. 14.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 de jan. 1994. p.77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área técnica de saúde da pessoa com deficiência. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual, de 10 de abril de 2013**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_pcd_220413.pdf . Acesso em: 10 de Julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n ° 2.073/GM de 28 de setembro de 2004. Institui a política nacional de atenção à saúde auditiva. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de set. 2004. Sessão I, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº432 de 14 de novembro de 2000. Regulamenta os procedimentos de diagnóstico e acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva, bem como a concessão de próteses auditivas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 de nov. 2000, Seção I, p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n ° 587de 07 de outubro de 2004. Determina a organização e a implantação das redes estaduais de atenção à saúde auditiva. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 de out. 2004. Sessão I, p.105.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n ° 196, de 10 de outubro de 1996. **Determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**.

Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>. Acesso em: 01 de Agosto de 2013.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) – **Disque 100. (Pessoa Idosa)**. Disponível em <http://www.sdh.gov.br/> . Acesso em: 15 de Agosto de 2013.

BRITO, C. V. **Qualidade de vida dos trabalhadores em abrigos de proteção à crianças e adolescentes de Campo Grande - MS**. 2008. 161f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, 2008.

BROWNE, J. P. et al. Individual quality of life in the health elderly. **Quality of Life Research**, n.3, v. 4, p. 235-244, 1994.

BULLA, L.C.; KAEFER, C.O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, PUCRS, ano 2 , n.2, 2003.

BUSCAGLIA, L. **Os deficientes e seus pais: um desafio do aconselhamento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997.

BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-167.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 32, n.2, p.232-240, maio/ago. 2008.

CAMPOS, C. A. H.; RUSSO, I. C. P.; ALMEIDA, K. Indicação, seleção e adaptação de próteses auditivas: princípios gerais. In: ALMEIDA, K.; IÓRIO, M. C. M. **Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas**. 2. ed. São Paulo: Lovise, 2003. p. 35-54.

CARVALHO, J. S. A. Satisfação de Idosos com Aparelhos Auditivos Concedidos no Estado do Tocantins. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.11, n.4, p.416-426, 2007.

CENEVIVA,W. Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil: a terceira idade nas alternativas da lei. **A Terceira Idade**, v.15, n.30, p.7-23, 2004.

CHEIK, N. C.; CANTO, R.S.T.; SILVA, L. O.; LACERDA, C. F. Efeitos da adaptação às próteses auditivas na qualidade de vida, no equilíbrio e no medo de queda em idosos com perda neurossensorial. **Art. Int. de Otorrinolaringologia**, v. 16, n. 2, 2012.

CHEN, H. L. Hearing in the elderly . Relation of hearing loss, loneliness, and self-esteem. **J. Gerontology Nurs**, Jun., v.20, n. 6, p. 22-28, 1994.

CHISOLM, T. H. et al. A Systematic review of health related quality of life and hearing aids: final report of the American Academy of Audiology task force on the health related quality of life benefits of amplification in adults. **Journal of the American Academy of Audiology**, v.18, n.2, 2007.

CHIZZOTTI, A. A Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/374/37416210.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.

CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina**: um ensaio de Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999. Disponível em: http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qulalidade.pdf. Acesso em: 15 julho de 2013.

CLEARY, P. D.; WILSON, P. D.; FOWLER, F. J. Health-related quality of life in HIV infected persons: a conceptual model. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. (Eds.). **Quality of life behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p.191-204.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP n ° 016/2000. **Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos**. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_016-00.aspx. Acesso em: 01 de Agosto de 2013.

CORRÊA, A. J. L.; TOURINHO, H. L. Z. **Qualidade de vida urbana na Amazônia: os casos de Marapanim e Vila dos Cabanos**. Belém: UNAMA, 2001. (Série Relatórios de Pesquisas).

CORSO, J. F. Presbycusis, hearing aids and aging. **Audiology**, v.16, n.2, p.146-163, 1977.

COSTA, K. C. F. **O sentido da deficiência auditiva e do uso de aparelhos de amplificação sonora para idosos**. 2006. 225 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Programa de Estudos Pós Graduados em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

COSTA, M. F. L.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.700-701, 2003.

COX, R. M.; ALEXANDER, G. C. Expectations about hearing aids and their relationship to fitting outcome. **Journal of the American Academy of Audiology**, v.11, p.83-91, 2000.

CUNHA, M. C. **Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território**. São Paulo: Plexus, 1997.

DE BARBA, M.C; JOTZ, G.P.; ALMEIDA, L.G; TEIXEIRA, A. R. Qualidade de vida de adultos e idosos pós adaptação de próteses auditivas. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 13, n. 4, p. 357-361, 2008.

DELGADO, A. R. A importância da integração da família no processo terapêutico: relato de experiência em clínica escola. In: LAGROTTA, M. G. M.; CÉSAR, C. R. H. A. R.; (Orgs.). **A fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage, 2005.

DIB, C. E. **Audição em idosos**. Apontamentos para uma abordagem educativa - Dissertação (Mestrado em Educação). Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 2006.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DUSSEL, E. **Ética da Libertação: na idade da globalização e da exclusão**. Petrópolis: Vozes, 2000.

ERDMAN, S. A. Counseling hearing impaired adults. In: ALPINER, J. G.; MACCARTHY, P. A. **Rehabilitative audiology: children and adults**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993. p. 374-413.

ERLER, S. F., & GARSTECKI, D. C. Hearing loss and hearing aid related stigma: perceptions of women with age normal hearing. **American Journal of Audiology**, United States, v.11, n.2, p.83-91, 2002.

FIALHO, I. M. **Perda auditiva em idosos na percepção dos sujeitos**. 2001. 85 f. Dissertação (Mestrado em Prática de Saúde Pública) - Departamento de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FREIRE, K. G. M. **Proposta de protocolo de seleção e avaliação em idosos candidatos à reabilitação audiológica** - Dissertação (Mestrado em fonoaudiologia). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000. p. 21-31.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Unesp, 2000. Disponível em: http://plataforma.redesan.ufrgs.br/biblioteca/pdf_bib.php?COD_ARQUIVO=17339. Acesso em 25 de outubro de 2013.

GATES, G. A.; MILLS, J. H. **Presbycusis**. Lancet: Review, 2005.

GIL, D. **Treinamento auditivo formal em adultos com deficiência auditiva** - Dissertação (Mestrado em fonoaudiologia). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.bdt.unifesp.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=52. Acesso em 15 de abril de 2013.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v.35, n.2, p.57-63, mar./abr., 1995.

GONÇALVES, C. J. S. et al. Relação entre a deficiência auditiva, idade, gênero e qualidade de vida de idosos. **Arq. Int. de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 62-70, 2008.

GONZALEZ REY, F. Diferentes abordagens para a pesquisa qualitativa: fundamentos epistemológicos. In: Gonzales Rey, F. (Org.). **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GRANDE, N. Linhas mestras para uma política nacional de terceira idade. **Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica**, Portugal, n. 68, p. 6-10, 1994.

GUITERAS, A. F.; BAYÉS, R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M, ANGUERA, M.T. (Orgs). **Aportaciones recientes a la evaluación psicológica**. Barcelona: Universitat, 1993. p.175-95.

HINCHCLIFFE, R. The anatomical locus of presbycusis (1962). In: RUSSO, I. C. P. (Org.). **Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade**. São Paulo: Revinter, 1999.

HULL, R. H. Atendimento ao Paciente Idoso. In: KATZ, J. (Org.). **Tratado de Audiologia Clínica**. São Paulo: Manole, 1999. p.783-792.

HULL, R. H. Hearing loss in older adulthood. In: HULL, R. H. (Org.). **Aural rehabilitation: serving children and adults**. San Diego: Singular, 1997.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2004). **Projeções da população do Brasil para sexo e idade para o período de 1980-2050-** Revisão 2004. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf. Acesso em: 12 de Julho de 2013.

IERVOLINO, S. M. S., CASTIGLIONI, M., & ALMEIDA, K. A orientação e o aconselhamento no processo de reabilitação auditiva. In: ALMEIDA, K. ; IORIO, M. C. M. I. (Org.). **Próteses Auditivas: Fundamentos & Aplicações Clínicas**. São Paulo: Lovise, 2003. p. 411-427.

IÑIGUEZ, L. (coord.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Tradução de Vera Lúcia Joscelyne. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2005. 312 p.

JERGER, S., & JERGER, J. **Alterações auditivas: um manual para avaliação clínica**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

JORDÃO NETTO, A. **Gerontologia Básica**. São Paulo: Lemos, 1997.

KAPLAN, H. F. Counseling adults who are hearing impaired. In: HULL, R. H. (Org.). **Aural rehabilitation: serving children and adults**. San Diego: Singular, 1997.

KATZ, J.; WHITE, T. P. Introduction to the handicap of hearing impairment. In: HULL, R. H. (Org.). **Aural rehabilitation: serving to children and adults**. San Diego: Singular, 1997.

KEMP, B. The psychosocial context of geriatric rehabilitation. In: KEMP, B.; BRUMEL-SMITH, K.; RAMSDELL, J. **Geriatric Rehabilitation**. Boston, College-Hill Press, 1990.

KOCHKIN, S. Marke Trake VI: On the issue of value: hearing aid benefit, price, satisfaction and brand repurchase rates. **Hearing Review**, v.10, n.2, 2003.

KRAMER, S. E. et al. The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. **Journal of aging and Health**, v.14, n.1, p.122-137.

KRICOS, P. B.; LESNER, S. A. Hearing care for olders adults: **Audiologic rehabilitation**. Newton: Butterworth-Heinemann, 1995.

LAWTON, M. P. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In BIRREN, J. E.; LUBBEN, J. E.; ROWE, J. C.; DEUTCHMANN, D.E. (Eds.), **The concept and measurement of quality of life in the frail elderly**. San Diego: Academic Press, 1991. p. 3-27.

LENTZ, R. A. et al. O profissional de saúde e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, ago., 2000.

LINDGREN, A. M.; SVARDSUDD, K.; TIBBLIN, G. Factors related to perceived health among elderly people: the Albertina Project. **Age and Ageing**, v. 23, n. 4, p. 328-333, 1994.

LÜDERS, D. **As dificuldades enfrentadas por familiares de deficientes auditivos idosos no processo de comunicação** - Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999.

LUTFI, A. **Deficiência Auditiva em Idosos: relatos orais sobre o impacto proporcionado pelo uso de aparelho de amplificação sonora**. - Dissertação (Mestrado em fonoaudiologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

MACIEL, M. R. C. **Portadores de deficiência: a questão da inclusão social**. São Paulo: Perspec., 2000, vol. 14, n. 2, p. 51-56. ISSN 0102-8839. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392000000200008&script=sci_arttext. Acesso em: 13 de Agosto de 2013.

MANNONI, M. Os testes. In: MANNONI, M.(Org.). **A primeira entrevista em psicanálise**. 17ª ed. São Paulo: Campus, 1980.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS. **Anais**. Bauru: Sociedade de Estudos e Pesquisas Qualitativas, 2004. Disponível em: <http://www.sepq.org.br/Isipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>. Acesso em: 24 de Julho de 2013.

MARIN, C. R.; GÓES, M. C. R. **A experiência de pessoas surdas em esferas de atividade do cotidiano**. Cad. Cedes, Campinas, v. 26, n. 69, p. 231-249, 2006. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em 28 de outubro de 2013.

MARTINS, R. M.; HAGEN, S. I. **Ame suas rugas. Aproveite o momento**. Blumenau: Odorizzi, 2007.

MEGALE, R. L. **Treinamento auditivo: avaliação do benefício em idosos usuários de próteses auditivas**. 2006. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

MEYERHOFF, W.; PATT, B. Distúrbios otológicos. In: **Geriatría prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25a ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 9a ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf> . Acesso em: 15 de Março de 2012.

MURLOW, C. D. et al. Quality of life changes and hearing impairment. **Annals of Internal Medicine**, v.113, n.3, p.188-194, 1990.

MUSIEK , F. E.; LEE , W. W. Reabilitação auditiva do idoso. In: MUSIEK, F. E.; RINTELMANN, W. F (Orgs.). **Perspectivas atuais em avaliação auditiva**. Barueri: Manole, 2001.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001. 283p.

NERI, A. L. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso. **A Terceira Idade**, v.16, n.34, p.7-24, 2005.

NERI, A. L. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In: NERI, A. L. (Org.), **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995. p.13-40.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. Qual é a idade da velhice? In: NERI, A.L., FREIRE, S.A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000. p. 7-19.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em: 25 de julho de 2013.

NOGUEIRA, M. et al. O que revelam as teses e dissertações sobre a auto percepção do portador de necessidades especiais? **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 135-149, 2002.

OLIVEIRA, O. **O impacto da deficiência auditiva sobre a família**. 2011. Monografia, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2011.

OMS: Organização Mundial da Saúde - Divisão de Saúde Mental Grupo Whoqol. **Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida**. Genebra, 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>. Acesso em: 19 de Julho de 2013.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Não paginado. Disponível em: <http://dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm#25> . Acesso em 25 outubro de 2012.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p.

PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T.; SALLES, R. F. N. Fisiologia de Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO; E. T.; PAPALÉO NETTO, M. (Orgs.). **Geriatría: fundamento, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 43-62.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R.. Envelhecimento: desafio na transição do Século. In: NETTO, M. P. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 3-12.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. (Org.). **Gerontologia**. São Paulo, Atheneu, 1996. p. 26-43

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de Vida do Idoso**: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.

PASSOS, M. C. Fonoaudiologia e psicanálise: um encontro possível. **Distúrbios da Comunicação**, v.7, n.2, p.173-179, 1995.

PATRICK, D. L. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. v.1. p.29-39.

PATTON, M. Q. **Qualitative Research e Evaluation Methods**. London: SAGE, 2001.

PEDROSO, M. F. B. P.; COELHO, E.S.P. Avaliação da qualidade de vida de idosos residentes no município de Santos/SP. **Revista Ceciliana**, v. 4, n. 1, p. 4-8, 2012.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M.M. (Org.). **Velhice ou terceira idade: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M. e PRIORE, S. E. Políticas sobre envelhecimento e saúde no mundo. **O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 4, p. 475-483, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2004.

POPELKA, M. M. et al. Low prevalence of hearing aid use among older adults with hearing loss: the epidemiology of hearing loss study. **American Geriatrics Society**, v. 16, n. 9, 1998.

QUEIROZ, J. R. Direito de uma política trabalhista e previdenciária justa e democrática. **A Terceira Idade**, São Paulo, n. 5, p. 47-55, 1995.

RAINA, P.; WONG, M.; MASSFELLER, H. The relationship between sensory impairment and functional independence among elderly. **BMC Geriatric**, v. 4, n. 3, 2004.

REZEN, S. V.; HAUSMAN, C. D. The psychological effects of hearing loss. In: REZEN, S. V.; HAUSMAN, C. D. (Orgs.). **Coping with hearing loss: plain talk for adults about losing your hearing**. New York: Barricade Books, 2000.

RIBEIRO, A. Aspectos Biológicos do Envelhecimento. In: RUSSO, I. C. P. (Org.). **Intervenção Fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 51-82.

RIBEIRO, C. G.; LIMA, M. A. V. D.; LIMA, D.L. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 7, n.3, 2010.

RIGO, M. L. N.; TEIXEIRA, D. C. I. Efeitos da atividade física na percepção de bem estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. **Revista UNOPAR Ciência**, Paraná, v.7, n.1, p.13-20, 2005.

ROSENHALL, U. L. F. et al. The two faces of presbycusis: hearing impairment and psychosocial consequences. **Internacional Journal Audiology**, v.41, n.12, p.125-135, 2002.

ROSSINO, G. S.; BLASCA, W. Q.; MOTTI, T.F.G. Satisfação dos usuários de aparelho de amplificação sonora individual. **Pró-Fono**, v.14, n.2, 2002.

RUSCHEL, C. V.; CARVALHO, C. R.; GUARINELLO, A. C. A importância de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.12, n.2, p.95-98, 2007.

RUSSO, I. C. P. Distúrbios da audição: a presbiacusia. In: RUSSO, I. C. P. (Org.). **Intervenção Fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 51-82.

RUSSO, I. C. P. Intervenção audiológica no idoso. In: FERREIRA, L. P., BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. (Orgs.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004.

RUSSO, I. C. P. **Uso de Próteses Auditivas em Idosos Portadores de presbiacusia: Indicação, Adaptação, e Efetividade**. 1988. 189 f. Tese (Doutorado em Fonoaudiologia) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo. 1988.

RUSSO, I. C. P.; ALMEIDA, K.; FREIRE, K. M. Seleção e Adaptação de Prótese Auditiva para o Idoso. In: ALMEIDA, K.; IORIO, M. C. M. (Org.). **Próteses Auditivas: Fundamentos e Aplicações Clínicas**. São Paulo: Lovise, 2003. p. 385-407.

RUSSO, I. C. P.; BEHLAU, M. **Percepção da fala: análise acústica do português brasileiro**. São Paulo: Editora Lovise, 1993.

RUSSO, I. C. P.; FARIAS, R.B. Saúde Auditiva: estudo do grau de satisfação de usuários de aparelho de amplificação sonora individual. **Revista Sociedade da Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo, v.15, n.1, p. 26-31, set., 2010.

SALGADO, M. A. Aposentadoria e ética social. In: **Série Terceira Idade**. São Paulo: SESC, 1997. p. 4-15.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 7. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SAVIKKO, N. et al. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 2005. Disponível em: www.elsevier.com/locate/archger. Acesso em 15 de junho de 2013.

SAWAIA, B. **As Artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SCHARFSTEIN, E. A. A construção da identidade social de uma pessoa idosa através do discurso. **Textos sobre envelhecimento**, v.2, n.2. Rio de Janeiro, 1999.

SCHONS, C.R.; PALMA, L.T.S. **Política social para a velhice**: instrumento de integração ou marginalização social? Passo Fundo: UPF, 2000.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SIGNORINI, T. L. B. **A deficiência auditiva do idoso e sua implicação na comunicação** - Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1989.

SILMAN, S. et al. Próteses auditivas: um estudo sobre seu benefício na qualidade de vida de indivíduos portadores de perda auditiva neurossensorial. **Revista Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.16, n.2, p.153-165, ago., 2004.

SILMAN, S.; SILVERMAN, C. A. Basic audiologic testing. In: SILMAN, S.; SILVERMAN, C. A. (Orgs.). **Auditory diagnosis**: principles and applications. San Diego: Singular Publishing Group, 1997.

SILVA, A. S.; VENITES, J. P.; BILTON, T. L. A relação entre o uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e a melhora da função cognitiva no envelhecimento. **Revista Distúrbios da Comunicação**, 2002, v.14, n.4, p.185-200.

SILVÉRIO, M. P.; PATRICIO, Z. M. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.239-246, 2007.

SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade**: a marginalização do corpo idoso. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

SIQUEIRA, R. L., BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. **A velhice**: algumas considerações teóricas e contextuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 899-906, 2002.

SOMMERHALDER, C.; NOGUEIRA, E. J. As relações entre gerações. In: NERI, A.L.; FREIRE, S.A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. São Paulo: Papirus, 2000. p. 101-112.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande: UCDB, 1999.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004.

SWEETOW, R. **Counseling for hearing aid fittings**. San Diego: Singular Publishing Group, 1999.

TESCH-RÖMER, C. Psychological effects of hearing aid use in older adults. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, United States, v.52b, n.3, p.127-138, 1997.

TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosos**. 2004. 224 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

TRENTINI, C. M.; XAVIER, F. M. F.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em idosos. In: PARENTE, M. A. M. P. (Org.). **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, p. 19-29, 2006.

UVO, R.T.; ZANATTA, M. L.A.L. O Ministério Público na defesa dos direitos do idoso. **A Terceira Idade**, v.16, n.33, 2005.

VERAS, R. P. Atenção preventiva ao idoso: Uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPALÉO, M. N. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 383-93.

VERAS, R. P.; MATTOS, L. C. Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. São Paulo, v.73, n.1, p.128-134, 2007.

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Qualidade de vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. **Brazilian Journal of Nursing** (Online), Niterói, v. 6, n. 2, 2007. Não paginado. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/23308>. Acesso em: 12 de Julho de 2013.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. **Entre Newton e Einstein**: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2000.

WANDERLEY, M. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 16-26.

WERNECK, C. **Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva.** Rio de Janeiro: WVA, 1997.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N. **Programa de Preparação para a Aposentadoria.** Florianópolis: Insular, 1996.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

APÊNDICE 1

Limiares audiométricos tonais por via aérea e via óssea e limiares e índices de percentuais de reconhecimento de fala dos participantes da pesquisa.

P	ORELHA		250Hz	500Hz	1KHz	2KHz	3KHz	4KHz	6KHz	8KHz	LRF	IPRF
P1	OD	VA (dB)	30	40	40	45	50	50	55	65	45	84%M
		VO (dB)		35	40	40	50	50				92%D
	OE	VA (dB)	30	35	40	55	55	60	60	70	50	84%M
		VO (dB)		35	40	50	50	60				88%D
P2	OD	VA (dB)	25	35	40	55	55	60	60	70	55	80%M
		VO (dB)		35	40	50	50	60				88%D
	OE	VA (dB)	30	35	45	50	60	60	65	75	55	72%M
		VO (dB)		30	40	50	60	60				84%D
P3	OD	VA (dB)	20	20	30	45	40	45	50	55	35	88%M
		VO (dB)		20	30	40	40	45				96%D
	OE	VA (dB)	20	25	30	40	45	50	50	55	40	88%M
		VO (dB)		20	30	35	45	50				92%D
P4	OD	VA (dB)	40	40	50	60	60	65	65	75	55	76%M
		VO (dB)		40	45	55	60	65				80%D
	OE	VA (dB)	35	40	55	55	70	75	75	80	55	72%M
		VO (dB)		40	50	50	65	75				76%D
P5	OD	VA (dB)	20	25	35	45	55	60	55	65	35	84%M
		VO (dB)		25	30	45	55	60				92%D
	OE	VA (dB)	25	30	35	45	55	65	65	70	40	88%M
		VO (dB)		30	30	40	55	60				92%D

LEGENDA: P = Participante; OD = Orelha Direita; OE = Orelha Esquerda; VA = Via Aérea; VO = Via Óssea; Hz = Hertz; KHz = Kilo Hertz; LRF = Limiar de Reconhecimento de Fala; IPRF = Índice Percentual de Reconhecimento de Fala; M = Monossílabos; D = Dissílabos; dB = Decibel.

APÊNDICE 3**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO****MESTRADO EM PSICOLOGIA****ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- 1- Conte-me tudo sobre a perda auditiva do (a) Sr. (a), quando começou e quando procurou o primeiro atendimento.
- 2- Conte-me quais foram as maiores dificuldades que o (a) Sr. (a) encontrou até conseguir colocar a prótese auditiva.
- 3- Conte-me o que mudou na vida do (a) Sr. (a) depois que colocou a prótese auditiva. Foram mudanças boas ou ruins e por quê?
- 4- Conte-me o que significa a prótese auditiva na vida do (a) Sr. (a) hoje, na comunicação e na sua vida familiar e social.
- 5- O (a) Sr. (a) acredita que a sua Qualidade de Vida melhorou após o uso da prótese auditiva?
- 6- O (a) Sr. (a) gostaria de falar mais alguma coisa em relação à audição ou ao uso da prótese auditiva?

APÊNDICE 4

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, aceito participar do estudo intitulado **“Prótese Auditiva: um estudo sobre seu benefício na qualidade de vida de idosos”**, realizado por Regiane Bergamo Gomes da Silva sob a orientação da Prof^a. Dra. Luciane Pinho de Almeida.

Declaro estar ciente de que este estudo tem a finalidade de refletir sobre questões envolvendo a perda auditiva e o benefício do uso de próteses auditivas e minha aceitação significa que concordo em participar de uma entrevista gravada respondendo sobre as questões citadas, de acordo com as normas expressas na Resolução nº 196/96 do **Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**.

Fui assegurado de que esse estudo não oferece risco à minha saúde e que poderei me beneficiar dele com a oportunidade de ter um espaço onde possa conversar sobre minhas experiências sobre o tema pesquisado.

Declaro também que:

- a) Estou aceitando voluntariamente, e sem remuneração, a participação nesse estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso;
- b) Posso deixar de participar do estudo, a qualquer momento, se eu desejar, sem que isso me cause qualquer prejuízo;
- c) Fui informado que os dados coletados serão utilizados somente para fins de pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e /ou em eventos científicos, cujos resultados serão sempre divulgados de forma a não me identificar;
- d) A Pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)** da **Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)** e assinada em duas (02) vias.

Pesquisadora: _____ Assinatura: _____

Participante: _____ Assinatura: _____

Campo Grande _____ de _____ de 20____.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida – CPF 562.550.391-53 e RG 17273584 SSP/SP - Pró – Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários – Universidade Católica Dom Bosco - Av. Tamandaré, 6000 – Jd. Seminário – Campo Grande –MS - Fone: 67 3312-3346

Pesquisadora : Regiane Bergamo Gomes da Silva – CPF 141.238.148-75, RG 763.808 SSP/MS – Rua Itupava,55 – Jd Itanhangá Park – Campo Grande – MS - Fone: 67 3025-7764 – 9111-0404

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco – Fone: 67 3312-3615

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Católica Dom Bosco

PROJETO DE PESQUISA

Título: PRÓTESE AUDITIVA: UM ESTUDO SOBRE SEU BENEFÍCIO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

Área Temática:

Pesquisador: Regiane Bergamo Gomes da Silva

Versão: 2

Instituição: Universidade Católica Dom Bosco

CAAE: 03259312.7.0000.5162

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 50256

Data da Relatoria: 04/07/2012

Apresentação do Projeto:

Um dos mais frustrantes déficits sensoriais que acompanham o processo de envelhecimento é a deterioração da função auditiva, conhecida como presbiacusia, que pode ser definida como uma desordem auditiva multidimensional que afeta cerca de 40% de todas as pessoas com idade acima de 65 anos. Desse modo, o impacto da deficiência auditiva é relevante, pois leva a alterações significativas nas capacidades comunicativas do sujeito, que em função delas, deixa de participar das atividades sociais e familiares. De acordo com a literatura científica, para que os problemas de comunicação do deficiente auditivo idoso possam ser amenizados, é necessário um programa de reabilitação audiológica que inclui a adaptação de próteses auditivas, popularmente conhecidas como aparelhos auditivos (Russo, Almeida, e Freire, 2003; Veras e Mattos, 2007). Suspeita-se que muitos aspectos, como, por exemplo, dificuldades financeiras (Russo e Farias, 2010), estigma (Erler & Garstecki, 2002), preconceito (Fialho, 2001), negação da surdez (Iervolino, Castiglioni, & Almeida, 2003) e associação da perda de audição com a velhice (Costa, 2006), possam contribuir na decisão sobre o uso das próteses. Entretanto, não se sabe de que forma tais sentidos são produzidos e como podem influenciar nesta decisão. Considerando a grande demanda de pacientes idosos para a realização de exames auditivos e que a inabilidade de se comunicar em função da deficiência auditiva pode resultar em significativos problemas psicossociais, este estudo tem como objetivo fornecer uma visão geral a respeito da construção social da velhice e do impacto da prótese auditiva na qualidade de vida de indivíduos com idade de 60 anos ou mais.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é analisar e compreender, por meio de relatos orais, os aspectos psicológicos, sociais e comportamentais que influenciam o uso de prótese auditiva e contribuem para a melhora na qualidade de vida de indivíduos com idade de 60 anos ou mais, em Campo Grande - MS. Apresenta os benefícios de seu uso e sua importância na vida da crescente demanda da população que

envelhece, recuperando, mantendo e promovendo a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. Sabe-se que vários são os problemas de saúde que podem afetar significativamente a qualidade de vida dos idosos, que passam a sofrer restrições funcionais e em sua vida diária. Dentre estes problemas, está a perda da audição. O impacto da privação sensorial auditiva na vida de um indivíduo é tão significativo, que não afeta somente sua capacidade de compreender adequadamente as informações sonoras, mas principalmente o modo de se relacionar com seu meio e sua cultura. Além disso, essa privação sensorial provoca consequências biológicas, psicológicas e sociais, intervindo negativamente na qualidade de vida do idoso. Entretanto, a maioria dos pacientes idosos com perda auditiva pode ser reabilitada e para amenizar tais problemas, existem as próteses auditivas, as quais se constituem nos instrumentos primários para a reabilitação audiológica desta população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo não oferece risco.

Benefícios:

Auxiliar na geração de alternativas de intervenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto em questão apresenta como metodologia proposta a abordagem qualitativa e de caráter exploratório, de forma a obter relatos nas próprias palavras do entrevistado, entretanto não consta o instrumento de avaliação que será utilizado e os critérios subjetivos a serem investigados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há considerações a serem feitas

Recomendações:

Incluir de maneira mais explícita os critérios a serem avaliados como, aspectos sócio-demográfico para caracterização da população e de entrevista não estruturada, como detectar no questionário as atitudes, motivações e opiniões dos entrevistados.

Incluir o modelo do questionário.

Refazer o cronograma com as etapas detalhadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências:

É necessário indicar onde será feita a pesquisa, e no caso de que não haja instituição determinada, indicar o local onde as pessoas serão abordadas e onde será feita a pesquisa (em casa, na rua, etc). A Pesquisadora afirma: "Caso aceitem o convite, será agendado o horário mais adequado para a entrevista, que será realizada na casa do entrevistado" (PB RELATORIO PESQUISA 32593, pp. 3-4) com isso, ficou resolvida esta pendência. Resolvida a única pendência, o Projeto pode receber aprovação. Fica no entanto, para reflexão da Pesquisadora, os Comentários e Recomendações do reitor.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 04 de Julho de 2012

Assinado por:
Márcio Luís Costa