

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

AUDIÇÃO EM IDOSOS
APONTAMENTOS PARA UMA ABORDAGEM EDUCATIVA

CYBELLE ELIAS DIB

PIRACICABA – SP

2006

AUDIÇÃO EM IDOSOS
APONTAMENTOS PARA UMA ABORDAGEM EDUCATIVA

CYBELLE ELIAS DIB

ORIENTADOR: PROF^a DR^a CRISTINA BROGLIA FEITOSA DE LACERDA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do programa de Pós-Graduação em Educação da UNIMEP como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

PIRACICABA – SP

2006

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Cristina Broglia Feitosa de Lacerda

Prof^a. Dr^a. Cláudia Gíglío de Oliveira Gonçalves

Prof^a. Dr^a. Helenice Yemi Nakamura

Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Rafael de Góes

Aos meus pais, Jamil e Janete, por acreditarem em mim, permitindo realizar os meus sonhos.

Aos meus queridos irmãos, Cynthia e Jamil Filho, por não me deixarem abdicar de conquistar os meus objetivos.

Ao meu amor, Pedro, agradeço pela compreensão nos momentos de ausência e pela força para concluir mais esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, em primeiro lugar, que me proporcionou a vida.

À professora Dr^a. Cristina Broglia Feitosa de Lacerda, pelo seu conhecimento e disposição incansáveis. Admiro pela pessoa e profissional que me orientou neste estudo, sem jamais menosprezar as minhas iniciativas, que mostrou-me o caminho mais viável, conduziu minhas idéias e dividiu comigo a vontade de estudar a questão do envelhecimento.

Às professoras Dr^a. Sueli Caporali e Cláudia Giglio por terem acompanhado a trajetória deste estudo desde o princípio. Os meus sinceros agradecimentos pelo apoio e dedicação.

À recepção da Clínica-escola de Fonoaudiologia da UNIMEP, obrigado pela disponibilidade de tempo cedido para a seleção dos sujeitos da minha pesquisa.

A secretaria para assuntos acadêmicos, em especial, na pessoa de Angelise que colaborou neste processo mesmo à distância.

RESUMO

A pesquisa apresentou como objetivo conhecer, para além do perfil audiológico, como os idosos reagem e se organizam em relação a sua condição auditiva e de comunicação atual. Para tal, foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas com idosos que realizaram avaliação audiológica na clínica da UNIMEP e se dispuseram a colaborar no período da coleta. Os exames audiométricos apontaram a perda auditiva neurossensorial como a mais presente na maioria dos casos, perda esta que torna bastante difícil o acesso àquilo que é dito pelo outro. Durante a entrevista, alguns sujeitos referiram a perda auditiva que apresentam como um processo natural do envelhecimento, e que as dificuldades provenientes da presbiacusia não impedem a interação social, ou seja, certos idosos sabem lidar com suas novas condições de saúde e não se sentem frustrados perante uma situação comunicativa que inicialmente pode parecer embaraçosa. A formação de grupos voltados para as questões dos idosos, ações educativas e terapêuticas entre outras poderiam ser propostas em Piracicaba, já que o número de idosos, segundo o censo demográfico na região é bastante elevado, indicando a presença de uma população que se beneficiaria com a organização de eventos e a realização de projetos com este fim. Esta pesquisa, então, revelou aspectos do perfil auditivo dos idosos desta região e espera-se que estes achados contribuam para gerar ações educativas e novos estudos interessados em propiciar uma melhor qualidade de vida a esta população.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Presbiacusia; Qualidade de vida; Promoção de saúde.

ABSTRACT

The research had as objective to know not only the audiological profile of the aged ones but how they react and how they organise themselves in relation of their auditory condition and current communication skills. For that, five half-structuralized interviews had been carried out at the UNIMEP's clinic where the volunteers had been submitted to an audiological evaluation and made themselves available for the whole research process. The audiometrics examinations pointed the neurosensorial auditory loss as the most present in the majority of the cases, loss that becomes sufficiently difficult for them to access what it is being said by other people. During the interview, some subjects related their present auditory loss as a natural process of the ageing, and the difficulties proceeding from the presbycusis do not hinder their social interaction, that is, some of them know how to deal with their new health conditions and they do not feel frustrate before this situation that could seems embarrassing for most of us. The creation of groups directed to the aged ones, the educative, therapeutical and other actions could be proposal at Piracicaba City, where the number of aged, according to demographic census, have raised substantially, indicating the presence of a population that would benefit with organization of events and projects with this purpose. This research, disclosed aspects of the auditory profile of the aged ones from this region and expects that these findings contribute to generate educative actions and new studies aiming at propitiating a better quality of life to this population.

KEYWORDS: Aging; Presbycusis; Quality of life; Health promotion.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO COM PERDA AUDITIVA	15
1.1. POPULAÇÃO DE IDOSOS NO BRASIL	15
1.2. O CENSO DEMOGRÁFICO EM PIRACICABA	18
1.3. A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO	19
1.4. A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS	25
1.4.1. Saúde versus doença	26
1.4.2. Um novo paradigma em saúde: a capacidade funcional	27
2. PRESBIACUSIA	32
2.1. A QUESTÃO AUDITIVA	32
2.2. FISIOPATOLOGIA DA AUDIÇÃO	40
2.3. DEFINIÇÕES	41
2.4. DESORDENS DE PROCESSAMENTO AUDITIVO EM IDOSOS	42
2.5. O ZUMBIDO	46
2.6. A FONOAUDIOLOGIA E OS ESTUDOS SOBRE O ENVELHE- CIMENTO AUDITIVO	48
3. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS IDOSOS COM PERDA AU- DITIVA	51
3.1. ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL AUDITIVO	53
3.2. RESULTADOS AUDIOLÓGICOS DOS SUJEITOS ESTUDADOS	55
3.3. O QUE RELATAM OS IDOSOS SOBRE SUA CONDIÇÃO AUDITIVA: AS ENTREVISTAS	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição de sujeitos do sexo masculino participantes da pesquisa	54
TABELA 2 – Distribuição de sujeitos do sexo feminino participantes da pesquisa	54
TABELA 3 – Distribuição do motivo da consulta segundo sexo	54
TABELA 4 – Distribuição do perfil audiológico dos idosos por condição orelha direita/ esquerda	56
TABELA 5 – Média do Índice de Reconhecimento de Fala (IRF)	57

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Perfil dos idosos entrevistados

61

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma circunstância que não pode mais ser contestada. As pessoas estão vivendo cada vez mais tempo, provocando um aumento da população acima dos 60 anos. O fato do número de pessoas idosas estar aumentando, de modo tão acelerado, traz transformações nos valores éticos, estéticos e no modo como se percebe o processo de envelhecer. Assim, envelhecer, no início do século, nada tem a ver, com o envelhecer, na virada do 3º milênio.

Estudos sobre o envelhecimento, no campo científico, passam a ser mais sistematizados a partir do século XVII e XVIII; mas um grande incremento ocorre na metade do século XIX, quando a população começa a envelhecer e o interesse médico, nos cuidados com essas pessoas, passa a se fazer mais presente. No Brasil, ações mais claras demonstrando o interesse pela saúde do idoso tiveram início em 1961, quando foi fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria, sendo chamada, posteriormente, de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (LEME, 1996). Gerontologia é definida como a ciência que estuda os processos do envelhecimento, em todos os seus aspectos: físicos, culturais, psicológicos, econômicos; e Geriatria, como um ramo da medicina que se interessa pela fisiologia e as alterações orgânicas vinculadas ao processo de envelhecer, estando inserida, portanto, dentro do campo mais amplo da Gerontologia.

A Fonoaudiologia, enquanto ciência tem interesse por vários assuntos que dizem respeito aos idosos, e dentre tais interesses destaca-se uma questão que atinge grande parte dos sujeitos que alcançam a terceira idade: a presbiacusia. A perda de audição é uma das condições crônicas mais encontradas entre idosos. A deficiência auditiva e o envelhecimento implicam mudanças físicas, psicológicas e sociais na vida das pessoas, acarretando efeito devastador na comunicação e no ambiente familiar (MESQUITA, 2001).

A Fonoaudiologia tem-se voltado para a questão do envelhecimento, objetivando contribuir para uma melhor qualidade de vida na terceira idade. Acredita-se que o atendimento a esses sujeitos auxilie a integração social do idoso, melhorando

suas condições de comunicação. RUSSO (1999) enfatiza a importância do fonoaudiólogo, tanto no diagnóstico da deficiência auditiva, quanto na implementação de programas voltados para a promoção de saúde auditiva do idoso.

BRANT e FOZARD (1990) relatam que as mudanças mais significativas nos limiares auditivos começam a surgir entre os 40 e 50 anos e continuam progredindo até os 80 anos. Pesquisa realizada no Brasil por SANCINI et al. (2004) aponta que mais da metade dos sujeitos que se encontram na faixa etária entre 50 e 60 anos já apresentam algum tipo de comprometimento dos limiares auditivos.

Dentre as alterações sensoriais que acompanham o processo de envelhecimento, a diminuição da função auditiva conhecida como presbiacusia, é uma das mais incapacitantes. Esta privação sensorial faz com que o idoso diminua gradativamente o seu contato social, promovendo alterações emocionais, muitas vezes devastadoras. Assim, emerge um interesse crescente na área em estudar o perfil audiológico na terceira idade com o intuito de melhor conhecer como a deficiência auditiva se caracteriza nesta faixa etária, favorecendo ações norteadoras da prevenção e reabilitação auditiva para o idoso.

Neste sentido, pesquisou-se a ocorrência de alteração auditiva em sujeitos que buscaram atendimento na clínica escola de Fonoaudiologia da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP) no período entre 2001 e 2003. Foi estudada uma população de 423 sujeitos na faixa etária de 60 a 95 anos. Os dados coletados nos prontuários para o levantamento de informações de anamnese e análise das audiometrias realizadas, indicaram que um número significativo de idosos tinha comprometimentos auditivos, que a perda auditiva é freqüente no idoso e caracteriza-se, em sua maioria por uma perda auditiva neurosensorial, de grau variado, bilateral e simétrica, progredindo com o aumento da idade e podendo comprometer a interação social.

Diante desta realidade, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com cinco sujeitos que procuraram os serviços da Clínica da Unimep, com o objetivo de conhecer com maior detalhamento como estes idosos lidam com as dificuldades auditivas em seu dia-a-dia e, em especial, compreender como a perda de audição in-

fluencia nas relações sociais e, principalmente, nos processos de comunicação e de que modo estes idosos têm lidado com tais problemas.

A partir dos resultados do perfil auditivo da população idosa da região e das entrevistas realizadas pretende-se discutir a pertinência de ações educativas frente a esta realidade.

1. QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO COM PERDA AUDITIVA

1.1. POPULAÇÃO DE IDOSOS NO BRASIL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos sessenta anos de idade, mas faz uma distinção: este limite é válido para os idosos que vivem em países em desenvolvimento, subindo para sessenta e cinco anos de idade quando se trata de idosos que vivem em países desenvolvidos.

PASCHOAL (1996) define velhice a partir de um conjunto de condições: biológica, social, econômica, cognitiva, funcional e cronológica. Dessa forma, tem-se que, *biologicamente*, o envelhecimento se inicia no momento em que se nasce, e não numa determinada idade; *socialmente*, a velhice vai variar de acordo com o momento histórico e cultural vivido pelo sujeito; *intelectualmente*, diz-se que alguém está ficando velho quando suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração; *economicamente*, a pessoa entra na velhice quando se aposenta, ou deixa de ser produtiva para a sociedade; *funcionalmente*, quando o indivíduo perde a sua independência precisando de ajuda para desempenhar suas necessidades básicas; e finalmente, *cronologicamente*, a pessoa é idosa quando completa sessenta ou sessenta e cinco anos.

De acordo com os dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1998), o Brasil está passando por uma fase de transição demográfica, com crescente aumento da população idosa. Segundo VERAS (1996) as questões relativas à terceira idade têm se ampliado em importância ultimamente, uma vez que o envelhecimento da população é um fenômeno global que traz repercussões nos campos econômico e social, especialmente nos países em desenvolvimento. Entre estes, destaca-se o Brasil, cuja população encontra-se em rápido processo de envelhecimento, já que o número de idosos com idade igual ou superior aos sessenta anos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e quatorze milhões em 2002. Ocorreu um aumento de quinhentos por cento em quarenta anos

e estima-se que alcançará trinta e dois milhões em 2020, fato que situará o Brasil como o sexto país do mundo em contingente de idosos.

Segundo o IBGE (2000) há vários aspectos importantes para explicar o crescimento da população de idosos:

- Desde 1950, a esperança de vida ao nascer em todo o mundo aumentou 19 anos;
- Hoje em dia, uma em cada dez pessoas tem sessenta anos de idade ou mais, para 2050, estima-se que a relação será de um para cinco para o mundo em seu conjunto, e de um para três para o mundo desenvolvido;
- Acompanhando as projeções, o número de centenários - cem anos de idade ou mais - aumentará 15 vezes, de aproximadamente 145.000 pessoas em 1999 para 2,2 milhões em 2050; e,
- Entre 1999 e 2050, o coeficiente entre a população ativa e inativa, isto é, o número de pessoas entre 15 e 64 anos de idade por cada pessoa de sessenta e cinco anos ou mais diminuirá em menos da metade nas regiões desenvolvidas, e em uma fração ainda menor nas menos desenvolvidas.

O IBGE (2000) revela ainda que o nível educacional é um dos indicadores na caracterização do perfil socioeconômico da população. No caso da população idosa, o indicador de alfabetização é considerado um termômetro das políticas educacionais brasileiras do passado. Nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos 1950, o ensino fundamental era restrito a segmentos sociais específicos, daí decorre o baixo saldo de escolaridade média dessa população, graças a esse acesso desigual. A alfabetização é medida pela proporção de pessoas que se declararam como sabendo ler e escrever pelo menos um bilhete simples. Essa forma de investigação tem sido utilizada pelo IBGE em suas pesquisas domiciliares, o que proporciona o acompanhamento temporal desse indicador. Na última década, houve um aumento significativo neste índice, no qual a proporção de idosos alfabetizados passou de 55,8%, em 1991, para 64,8%, em 2000, representando crescimento de 16,1% no período. Apesar deste avanço, em 2000, o contingente de idosos analfabetos era expressivo, representando cerca de 5,1 milhões de pessoas. Os níveis de alfabetização considerando o sexo das pessoas idosas são diferenciados. Os homens con-

tinham sendo proporcionalmente mais alfabetizados do que as mulheres com 67% contra 62,6%, respectivamente. Uma explicação para esse fato é que no passado (até os anos 1960) os homens tinham mais acesso à escola do que as mulheres.

A escolaridade dos idosos é baixa, principalmente entre as mulheres. Mais uma vez, se pode atribuir este resultado às características da sociedade e às políticas de educação prevalentes nas décadas de 1930 e 1940, quando o acesso à escola era ainda muito restrito. Ao considerar o número médio de anos de estudo dos idosos responsáveis pelo domicílio, o valor encontrado para 2000 continuava sendo muito baixo, sendo apenas 3,4 anos para os homens e 3,1 anos para as mulheres. Será importante continuar seguindo estes indicadores para conhecer os reflexos das mudanças das políticas educacionais sobre a população em geral, e sobre a população idosa mais especificamente, buscando conhecer de que forma as práticas educativas podem colaborar para a longevidade da população. (LEBRAO,2003)

Todavia, o envelhecimento populacional traz uma série de conseqüências sociais. Segundo Costa e Veras (2003) ele é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. 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 uma demanda crescente de idosos buscando serviços de saúde e outros espaços sociais para seu atendimento. O idoso consome mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação no leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamentos constantes, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. O idoso também busca mais espaços para lazer e para convivência social já que até bem recentemente esta era uma faixa etária que não era atendida por estes setores.

Sem dúvida, uma das maiores realizações da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora significativa dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma eqüitativa nos diferentes países e contextos sócio-econômicos. O

que era antes o privilégio de poucos - chegar à velhice - hoje passa a ser norma mesmo nos países mais pobres.

Esta importante conquista do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio para o século que se inicia. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

Dessa forma, surgem os desafios para a saúde pública, como reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde que procuram atingir algumas metas para os sujeitos idosos tais como: manter sua independência, autonomia e vida ativa no envelhecimento; buscar alternativas para o fortalecimento de políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para esta faixa etária; buscar meios para conservar, bem como melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento (PASCHOAL, 1996).

É preciso encontrar formas para incorporar os idosos em nossa sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar de forma mais justa e democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que existe em grande escala no nosso país.

1.2. O CENSO DEMOGRÁFICO EM PIRACICABA

Neste estudo, serão focalizados sujeitos idosos residentes na região de Piracicaba, estado de São Paulo. O jornal de Piracicaba procurou conhecer alguns dados da população geral desta região. As informações fornecidas pelo IBGE no último censo demográfico se mostram relevantes para melhor compreensão dos dados que emergirão neste estudo.

A população de Piracicaba aumentou em 5.680 habitantes entre julho de 2005 e julho de 2006, segundo estimativa populacional divulgada pelo IBGE no últi-

mo dia 30 de agosto. O número de habitantes que era de 360.762 no ano passado, passou para 366.442. Os índices percentuais, baseados em cálculos aritméticos feitos pelo Jornal de Piracicaba, apontaram para um crescimento de 1,57%, inferior a taxa aritmética de 1,62% por ano, observada desde o último censo demográfico realizado em 2000. Apesar do crescimento em números absolutos, Piracicaba caiu três posições no ranking das cidades mais populosas do Brasil. Em 2005, ocupava a 59ª posição e, nesse último levantamento, foi rebaixada para a 62ª colocação (Jornal de Piracicaba, 2006).

No censo de 2000 (IBGE, 2002) a população de Piracicaba era de 329.158 habitantes. Diferentemente do censo, a estimativa não fornece dados precisos. Durante uma entrevista concedida pelo chefe da agência do IBGE de Piracicaba, Jair Ananias, a estimativa é obtida com base em dados do registro civil (nascimentos e mortes), da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad).

O aumento da população de Piracicaba pode ter sido estimulado pela migração, já que Piracicaba liderou em 2005 o ranking de geração de emprego industrial divulgado pelo Ciesp (Centro das Indústrias do Estado de São Paulo) (Jornal de Piracicaba, 2006).

1.3. A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

O dia nacional do idoso foi estabelecido em 1999, pela comissão de educação do senado federal, sendo comemorado no dia 27 de setembro.

Dentre as leis que asseguram os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, destacam-se:

- A Lei nº. 8842, de 04 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o conselho nacional do idoso;

- A Lei nº. 10741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;
- A Constituição Federal de 1988 e a Lei nº. 8625/93 presente na PNI, que confiam ao Ministério Público a defesa dos direitos e garantias constitucionais da pessoa idosa, por meio de medidas administrativas e judiciais;
- O guia para estruturação e operacionalização dos centros de referência em saúde do idoso do Ministério da saúde no qual constam desde detalhes de estrutura física, recursos humanos, naturais e equipamentos necessários até as modalidades assistenciais previstas.

De acordo com o IBGE (2000), um importante indicador de que a questão do idoso tem sido alvo das preocupações da agenda nacional foi a promulgação da lei que dispõe sobre a política nacional para o idoso. Segundo o texto desta lei, a política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. As disposições do artigo 3º tratam o envelhecimento populacional como uma questão de interesse da sociedade em geral e reconhece a necessidade de se considerar as diferenças econômicas, sociais, e regionais existentes no País na formulação de políticas direcionadas aos idosos.

No artigo 3º da política nacional do idoso seguem os princípios:

- 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 a vida;
- O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- 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 dessa lei.

A lei em questão estimula a articulação e integração institucional para a elaboração de um plano de ação governamental pela integração da PNI, sendo composto por nove órgãos: 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.

O parágrafo único do artigo 8º da mesma lei comenta que os ministérios devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso.

Foi criado também pela lei supracitada o Conselho Nacional do Idoso (CNI), responsável pela viabilização do convívio, da integração e ocupação do idoso na sociedade, através da sua participação na formulação de políticas públicas, projetos e planos destinados à sua faixa etária. Suas diretrizes priorizam o atendimento domiciliar; o estímulo à capacitação dos médicos na área da Gerontologia, a descentralização político-administrativa e a divulgação de estudos e pesquisas sobre aspectos relacionados à terceira idade e ao envelhecimento.

Constam na lei dispositivos que regem a prioridade de atendimento ao idoso no Sistema Único de Saúde (SUS); a realização de programas de saúde e medidas profiláticas específicas e a elaboração de normas padronizadas para atendimento geriátrico. Dentre as ações apontadas na PNI são prioridades quando se trata de **saúde**:

- a) Garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do sistema único de saúde;
- 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;
- 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 refe-

rência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;

- f) Incluir a geriatria como especialidade clinica para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) Realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação e;
- h) Criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

Na área da **promoção e assistência social** o artigo 10º da política nacional do idoso refere ações governamentais que visam:

- 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, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso e;
- e) Promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso.

Na área da **educação**, a lei apresenta medidas tais como:

- a) Adequação dos currículos e materiais didáticos para os cursos destinados aos idosos, inclusive em cursos de ensino à distância;
- b) Desenvolvimento de programas educativos, nos meios de comunicação sobre o processo de envelhecimento;
- c) Inserção na educação formal de conteúdos voltados para o idoso, com o objetivo de reduzir o preconceito e aumentar o conhecimento sobre o assunto como, por exemplo, incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores.

Conforme a PNI devem ser criados mecanismos que impeçam a discriminação e possibilitem a participação do idoso no mercado de trabalho. Os programas de assistência ao idoso devem elaborar critérios que garantam o acesso do idoso 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. Para possibilitar ao idoso a participação em eventos culturais, os preços de ingressos devem ser reduzidos em todo o território nacional; devem ser estimulados a desenvolver atividades culturais e de lazer, devendo ser possibilitada a transmissão de suas habilidades ao público jovem como forma de preservar e continuar a identidade cultural. Por fim, é assegurado ao idoso direito de dispor bens, benefícios e pensões, exceto em casos de incapacidade judicialmente comprovada. É dever de todo cidadão denunciar qualquer mau trato, negligência ou desrespeito infligido ao idoso.

Apesar do caráter inovador e do avanço da PNI, há muito a ser feito até que os direitos sociais dos idosos sejam plenamente respeitados e levados a sério. Mesmo estabelecido em instrumentos legais como nas constituições, códigos e estatutos, os direitos sociais só se concretizam na prática. Em países pouco desenvolvidos como o Brasil, o aparato legal contempla os direitos sociais, mas a realidade desmistifica a lei. O usufruto dos direitos sociais só pode ser garantido com a efetiva participação da população através de instrumentos de organização, de pressão e de denúncia. Vale salientar 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 numa posição crítica, haja vista os cuidados necessários pertinentes a esta fase da vida. Desse modo, é comum em países nos quais os direitos sociais não são adequadamente considerados, a criação de estatutos na tentativa de assegurar e respeitar os grupos mais vulneráveis. (PEREIRA; COTTA e PRIORE, 2005)

Por isso, foi aprovado através do Projeto de Lei nº. 3561/1997 o estatuto do idoso no Brasil. O estatuto dispõe de 116 artigos, trazendo algumas novidades almeçadas há tempos pela sociedade civil, como o sistema de cotas de 3% das moradias construídas com recursos federais para facilitar o acesso à moradia condigna ao idoso; salário mínimo mensal aos cidadãos com mais de sessenta e cinco anos de

idade; garantia de reajuste do benefício sempre que o salário mínimo for reajustado sem, entretanto a ele vincular-se, para não entrar em desacordo com a constituição.

Do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento está protegido no Brasil havendo diretrizes a serem seguidas e implementadas, no entanto, isso não é suficiente para assegurar a implantação plena de seus direitos.

Desse modo, a mobilização e participação dos idosos em todas as frentes, quer seja nos partidos políticos, associações de aposentados e pensionistas, confederações, centros de convivência, enfim, nos mais diversos espaços da vida social, é fundamental, como forma de resistência às ações que insistem em negar direitos conquistados de forma árdua pelos movimentos sociais de aposentados desde as décadas de 1980 e 1990.

A participação efetiva das pessoas idosas, mostrando sua força política, organizando-se, criando parcerias e alianças com representantes dos poderes legislativo, executivo e judiciário, organizações não governamentais (ONGs) entre outros órgãos, tanto da esfera civil como governamental, poderão contribuir de forma significativa para que a lei escrita se converta em realidade.

Ao associar saúde e qualidade de vida, referimo-nos, também à saúde auditiva, uma vez que a audição é um componente importante para a inserção e a manutenção social do indivíduo, sobretudo daquele que se encontra na terceira idade.

1.4. A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

1.4.1. Saúde versus Doença

Carlos (1994) e Papaleo Netto (1996) discutem sobre a necessidade das pessoas em assumir que o Brasil não é mais um país de jovens, e ainda, da impor-

tância de valorizar o significado que os idosos têm na sociedade, permitindo mudanças no atual panorama social, o qual colabora para a desvalorização do idoso. Os idosos têm vivido mais nos últimos anos, pensam em projetos de vida e têm mais esperança de viver com saúde. Acreditam que as atividades físicas são necessárias para uma boa qualidade de vida, pois apresentam maior disposição para o trabalho, considerado menos insalubre, seja em casa ou nas ruas; aposentados ou não eles procuram na medida do possível exercitar o corpo e a mente, realizando tarefas que exigem cada vez mais raciocínio e concentração.

Os idosos têm também se beneficiado das descobertas científicas no campo farmacêutico tais como drogas para o tratamento dos acidentes vasculares cerebrais do tipo isquêmico e hemorrágico, aneurisma cerebral; de complicações cardíacas como crise hipertensiva, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio, e ainda dos distúrbios sistêmicos cito, diabetes *melitus* que vão ao encontro das expectativas médicas que buscam um bom prognóstico das patologias supracitadas bem como de outras doenças que podem comprometer o bem estar dos idosos entre as famílias e com todas as pessoas que os cercam. O segredo está na longevidade, em viver com felicidade sem doenças incapacitantes.

Neste contexto, interessa compreender como o conceito de saúde vem sendo construído na sociedade atual. A saúde tem sido entendida de diferentes modos desde a ausência de doenças, forma mais comum de se ver esta condição vital, até a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a define como uma condição de perfeito bem-estar físico, mental e social do sujeito. Questiona-se a definição de saúde da OMS, primeiramente, por visar a uma perfeição inatingível, atentando-se às próprias características da personalidade. Discute-se a validade da distinção entre soma, psique e sociedade, unindo o conceito de homem integrado e registrando situações em que a interação entre os três aspectos citados é absolutamente cristalina. Esta priorização e proposta de resgate do subjetivismo revertem a um questionamento da atual definição de saúde, toda ela embasada em avaliações externas e objetivas dessa situação. Poder-se-ia assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido a tal uso semântico, e, portanto, o legitimasse. Para os autores saúde seria, então, um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade.

Em relação ao conceito de doença, há duas formas de identificar esta condição. Uma está amparada no conceito clínico, anátomo-patológico, que reconhece a doença enquanto alteração morfofuncional do corpo. Biologicamente tratado este corpo perde outras características que possui, tais como suas especificidades sociais ou culturais, enquanto corpo de pessoas que dele se utilizam segundo demandas da vida social. Esta conceituação de doença localiza as alterações anatômicas e fisiológicas do corpo patológico, no âmbito restritivo de 'corpos individuais'.

A outra faz referência à base epidemiológica, enquanto evento coletivo, característico da vida em sociedade e de seus diferentes grupamentos num dado momento histórico. Vista como uma complementação do olhar clínico, a epidemiologia ultrapassa a abordagem epidemiológica na direção da doença como fenômeno coletivo e então se apropria das questões referentes às causas que a determinam, mesmo que a doença se manifeste individualmente.(GROISMAN, 2002)

Gao (2001) apontou que vida e saúde são aspectos inseparáveis. O que interessa para a saúde deve fazer parte de qualquer conceituação de qualidade de vida, principalmente para os idosos. Ter uma boa saúde implica em uma qualidade de vida boa também. A longevidade vem trazendo mudanças nos padrões de saúde em todos os países, com o aumento da prevalência das condições crônicas, transformando assim o perfil de morbi-mortalidade. Nessa situação de ocorrência aumentada de doenças crônicas, o principal objetivo das condutas e políticas de saúde não seria mais a cura e sim, a manutenção de boa qualidade de vida. Atualmente, o resultado das condutas e tratamentos deve ser avaliado por variáveis subjetivas, que incorporem as percepções dos sujeitos em relação ao seu bem-estar.

Segundo Paschoal (2002), viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida. A longevidade pode ser um problema, com conseqüências sérias para as diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os sujeitos e suas famílias, anos marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os sujeitos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, com participação na sociedade, cumprin-

do papéis sociais significativos, com elevada auto-estima e encontrando um sentido para suas vidas, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado. Assim, as pessoas desejam viver cada vez mais, desde que essa sobrevida aumentada lhes proporcione uma vida com boa qualidade.

1.4.2. Um novo paradigma em saúde: a capacidade funcional

Jordão Netto (1997) afirmou que durante muitos séculos, o envelhecimento humano foi tratado, principalmente, como questão biológica, com ênfase no prolongamento da vida das pessoas. Entretanto, a partir do século XX, o envelhecimento passou a ser amplamente estudado, relevando as suas condicionantes sociais e psicológicas, isso porque, junto às transformações corporais, as pessoas apresentavam mudanças de comportamento, de papéis, de valores, de *status*, de crenças, de acordo com as diferentes fases e grupos etários a que pertenciam e, também, em função de suas escolhas e adaptações individuais ao longo da vida. O autor ressaltou, ainda, que, no envelhecimento, o organismo sofre modificações na forma do corpo, modificações nas funções orgânicas e transformações nas reações químicas presentes no organismo. No processo biológico, o envelhecimento é influenciado por fatores de natureza interna, geralmente abrangendo características genéticas, condições nutricionais e traços psicológicos e de natureza externa, comumente associados ao meio ambiente e às condições materiais em que cada indivíduo vive.

A capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, particularmente um valor ideal para que o idoso possa viver independente, sendo esta a capacidade do indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, como tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, ter controle financeiro, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar uma certa distância. A capacidade funcional é um dos marcadores de um envelhecimento bem sucedido, indicando a qualidade

de vida dos idosos. A perda da capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (RAMOS, 2003).

A capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais, psicossociais e biológicos. Todos estes aspectos devem levar os profissionais envolvidos com as pessoas da terceira idade desde geriatras, gerontólogos, fisioterapeutas, agentes de saúde, educadores físicos, fonoaudiólogos, entre outros à reflexão de que há uma história de vida permeada por aspectos sociais e culturais, e que o envelhecer da pessoa não é um fato meramente biológico. A pessoa que envelhece reflete estes aspectos por meio de sua própria constituição como sujeito, de sua linguagem, de sua forma de comunicação, de seus valores, conceitos e preconceitos que se inserem na sua formação. Além disso, as relações comunicativas que ele estabelece com o mundo podem vir a ser uma das formas de constatação e análise destes conteúdos.

Embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo abrangendo outros como a deficiência, incapacidade, desvantagem, bem como autonomia e independência, na prática trabalha-se muitas vezes apenas com os conceitos de capacidade e incapacidade. A velhice é uma realidade social, psicológica e biológica que já não podemos ignorar e que exige novas proposições. As transições e dificuldades no envelhecimento apresentam um potencial de perda e disfunção, como também de transformação e crescimento.

Segundo Teixeira (1998), a maneira como os sujeitos percebem e lidam com as situações de vida e com as transformações, características do processo de envelhecimento, determina, na maioria das vezes, uma velhice social ou patológica. Por outro lado, muitos dos sofrimentos físicos, econômicos e psicológicos que acompanham o envelhecimento são produtos da forma como está estruturada a sociedade, que influencia negativamente as condições de vida daqueles que envelhecem.

O modo de produção capitalista incentiva apenas os jovens, que são produtivos economicamente, menosprezando os velhos que são pouco produtivos e considerados decadentes. A velhice é marcada pela perda dos projetos de vida, pela falta de reconhecimento, pelo fim das responsabilidades parentais e por negação das possibilidades de realização das etapas anteriores. É comum aparecerem sentimentos de fragilidade, incapacidade, baixa estima, dependência e solidão.

De acordo com Assis (1998), as alterações de saúde decorrentes do envelhecimento contribuem, de modo considerável, para o estreitamento da inserção social dos idosos. As perdas sensoriais sejam visuais ou auditivas, os problemas articulares, os déficits cognitivos entre outros, são fatores que interferem na autonomia e independência dos que envelhecem, prejudicando a sociabilidade e bem-estar. Além disso, as más condições de saúde dos idosos retratam, por sua vez, os problemas gerais da vida da população e as dificuldades de acesso à assistência a saúde. Os serviços de saúde, mesmo dando prioridade para a cura, são pouco eficientes, deixam de valorizar a prevenção e promoção da saúde dificultando a conquista de uma vida de qualidade.

Segundo Gatto (1996), uma série de perdas significativas provoca o desequilíbrio emocional nos idosos. Podemos citar episódios somados a doenças crônicas que deterioram a saúde, tais como: a viuvez, a morte dos amigos e parentes próximos, ausência de papéis sociais valorizados, isolamento crescente, dificuldades financeiras decorrentes da aposentadoria e modificações orgânicas, que indicam a passagem do tempo. Contudo, o enfrentamento dessas perdas depende dos recursos internos e externos de cada idoso. A autora considera, ainda, que é mais provável que o idoso supere certas doenças se tiver acesso a um tratamento adequado, e mais provável que não sinta os efeitos do preconceito e do isolamento se tiver amigos e familiares que o respeitem. No entanto, com maior ou menor intensidade, resente-se de tais perdas.

Na verdade, os idosos em nosso país são pessoas com possibilidades menores de uma vida digna, dada não apenas a imagem social de velhice, vista como época de perdas, incapacidades, impotência e dependência, mas também, pela si-

tuação objetiva de aposentadoria insuficiente, analfabetismo, oportunidades negadas, desqualificação tecnológica e exclusão social. Destaca-se que, mesmo em condições tão adversas, encontramos idosos que se sentem felizes, que se dizem contentes com suas vidas (PASCHOAL, 2004).

Mas os idosos podem continuar ativos em seu meio, contribuindo para o bem – estar de si, de sua família e da sociedade. Não necessariamente se tornam um ônus, podendo assumir papéis sociais diversos na comunidade. Porém, podem necessitar do cuidado de outras pessoas, pois o envelhecimento funcional, inexorável e universal, predispõe, à medida que os anos passam, à necessidade de alguma ajuda para desempenhar suas atividades do dia a dia. O grau de dependência é variável, desde os que não precisam de nenhuma ajuda, até os totalmente dependentes. Na situação de dependência, o grande desafio é respeitar a individualidade e a autonomia da pessoa.

Em nosso país, os estereótipos da velhice comprometem a possibilidade de uma qualidade de vida melhor, em nosso meio a velhice está associada à perda, incapacidade, dependência, impotência, doença, desajuste social, baixos rendimentos, solidão, viuvez, entre outras características que generalizam a idéia que se faz desta fase de vida. Tal visão estereotipada, aliada a dificuldade de se distinguir entre senilidade¹ e senescencia², normal³ e patológico⁴, leva a negação da velhice ou a negligência de suas vontades, necessidades e desejos.

¹ O conceito de senilidade refere-se ao envelhecimento normal, pode se manifestar por um conjunto de modificações que afetam tanto a estrutura física e as funções fisiológicas como as atividades cognitivas. As mudanças cognitivas que sobrevêm com o envelhecimento natural relacionam-se na maioria das vezes, às funções superiores: linguagem, gnosias, praxias e memória.(GROISMAN, 2002)

² Senescencia significa declínio da capacidade funcional ou envelhecimento. Pode ser causado por alterações moleculares e celulares que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos como um todo. Esse declínio se torna perceptível ao final da vida reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do organismo comecem a ocorrer muito antes. (MANSUR e VIUDE, 1996)

³ Na senilidade a degeneração, as infiltrações, a atrofia, a hipertrofia, a ossificação, a calcificação, a esclerose, a contração, a compressão, as mudanças na forma e na constituição de novos tecidos seriam todas uma parte normal do processo do envelhecimento.(GROISMAN, 2002)

⁴ O patológico é a variação quantitativa do normal. Segundo Caguilhem (1978) é a alteração do estado normal, ao nível da totalidade orgânica, e em se tratando do homem ao nível da totalidade individual consciente, em que a doença torna-se espécie de mal. Ser doente é, realmente para o homem, ter uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. A velhice e a doença estão interligadas.

As alterações de saúde provenientes do envelhecimento interferem na inserção social dos idosos. Os déficits visual, auditivo e cognitivo, os problemas ósteo-articulares, dentre outros, são fatores que interferem negativamente na autonomia e independência dos que envelhecem, causando prejuízos para sua vida social e para o seu bem estar (ASSIS, 1998). Neste estudo então focalizar-se-á com maior detalhamento aspectos do déficit auditivo, em especial, a presbiacusia que acomete os idosos.

2. A PRESBIACUSIA

2.1. A QUESTÃO AUDITIVA

Durante a vida ativa, entre outras coisas as pessoas trabalham em condições não muito saudáveis, expostas a níveis elevados de ruído, substâncias químicas tóxicas, estresse freqüente e alimentação inadequada, o que pode, na velhice, acarretar problemas de saúde, em geral e, também prejudicar o funcionamento do órgão auditivo (CARLOS, 1994).

De acordo com Veras (1996), a manutenção da autonomia do idoso está fortemente relacionada à sua qualidade de vida. Analisar como os idosos se saem nas atividades de vida diária é uma boa maneira de averiguar como está a qualidade de vida destes indivíduos. Segundo Bess e Humes (1998), a perda da sensibilidade auditiva e os problemas associados à compreensão da fala interferem na qualidade de vida dos sujeitos idosos.

A avaliação audiológica convencional nos fornece apenas dados referentes à configuração da perda que o sujeito apresenta, seja do tipo condutiva, quando a alteração auditiva acomete a orelha externa envolvendo pavilhão auricular e meato acústico externo podendo alcançar estruturas da orelha média como membrana timpânica e ossículos, ou de natureza neurosensorial quando ocorre o prejuízo na cóclea ou no nervo auditivo. Os problemas de audição podem ainda ser mistos quando afetam tanto componentes externos como estruturas internas da orelha.

Nos três casos encontramos dificuldades para estabelecer uma boa comunicação que pode ser representada como problema de atenção, memória, localização sonora e de processamento auditivo central. É importante conhecer também o modo como esta perda afeta a qualidade de vida nas dimensões emocionais, sociais e cognitivas de seu portador, através de outros meios, além da avaliação audiológica

convencional, tais como entrevistas e questionários que revelem como os sujeitos se sentem diante desta condição.

A logaudiometria ou audiometria vocal ocupa importante lugar na avaliação auditiva básica. Quando se testa a função auditiva, avalia-se também a capacidade de comunicação, ou seja, a possibilidade de compreensão da fala. Esta função necessita da integridade das estruturas periféricas e centrais do sistema auditivo, as quais são responsáveis por um processo fisiológico complexo que envolve atividades sensoriais e corticais. Este teste apresenta diversos objetivos, dentre eles:

- A mensuração da capacidade de detecção e discriminação da palavra através da porcentagem de acertos de repetição de fonemas ouvidos;
- A confirmação das respostas obtidas para tom puro nas frequências que se relacionam com a energia dos sons da fala;
- A correlação entre os achados logaudiométricos e as hipóteses diagnóstica e topodiagnóstica;
- A colaboração na detecção de perdas auditivas funcionais ou de origem psicogênica;
- A indicação de próteses auditivas e;
- A avaliação do rendimento social-auditivo do indivíduo (FROTA e SAM-PAIO, 1998).

Entende-se por Índice de Reconhecimento de Fala (IRF) a medida de inteligibilidade de fala em uma intensidade fixa na qual o sujeito consegue repetir corretamente o maior número de palavras. Quando testamos a função auditiva, avaliamos também a capacidade de comunicação, ou seja, a possibilidade de compreensão e expressão da fala. Esta função necessita de integridade das estruturas periféricas e centrais do sistema auditivo, as quais são responsáveis por um processo fisiológico complexo que envolve atividades sensoriais e corticais. Em sujeitos normais o maior índice de reconhecimento de fala é obtido em uma intensidade de 40 dB acima da média tonal de 500, 1000 e 2000 Hz. Quando o sujeito apresenta alterações de orelha interna, a discriminação máxima pode ser baixa, mesmo em intensidades de som mais elevadas.

Outro aspecto relevante e bastante presente nos relatos dos idosos é a presença de hipertensão arterial, comentada por ambos os sexos. A hipertensão arterial tem sido reconhecida como o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade precoces causadas por doenças cardiovasculares. Estudos epidemiológicos indicam que níveis elevados de pressão arterial aumentam o risco de doença vascular cerebral, doenças coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal crônica. De acordo com Mackbryde e Blacklow(1975) a pressão arterial é a força com que o sangue pressiona a parede das artérias. Ela é medida em dois momentos quando o coração se contrai para bombear o sangue e quando descansa entre duas batidas. A pressão sistólica é sempre mais elevada que a diastólica, qualquer das duas batidas que esteja acima da media caracteriza a hipertensão. A hipertensão não pode ser considerada como enfermidade, mas sim um sinal físico de distúrbio cardiovascular. Sabe-se que o sistema auditivo é irrigado por veias, vasos, artérias e arteriolas e qualquer alteração de pressão dos mesmos poderá acarretar eventuais problemas auditivos.

As implicações da deficiência auditiva no idoso segundo Kricos e Lesner (1995) consistem na redução da percepção da fala em várias situações e ambientes acústicos. Dentre as alterações psicológicas destacam-se a depressão, o embaraço, a frustração, a raiva e o medo causados por incapacidade pessoal de comunicar-se com as pessoas. Outro fator é o isolamento social, no qual a interação com a família, amigos e com a comunidade, estão seriamente afetados.

Os achados psicoacústicos confirmam a questão de que os idosos podem experimentar dificuldades em comunicação oral conforme os efeitos da presbiacusia se tornam mais pronunciados. Conseqüentemente, um declínio na eficiência em comunicação tende a enfraquecer a habilidade individual em manter relações interpessoais e freqüentar atividades culturais (CORSO, 1977).

É comum observarmos o declínio da audição acompanhado de uma diminuição frustrante na compreensão de fala no idoso, comprometendo sua comunicação com os familiares, amigos, enfim, todas as pessoas que o cercam. O isolamento da pessoa idosa, particularmente em relação à sociedade mais jovem, e o conseqüente

declínio na qualidade de sua comunicação, devido aos déficits sensoriais, geram um impacto psicossocial profundo (WEINSTEIN e VENTRY, 1982). Vários autores concordam que a perda auditiva no idoso significa muito mais que a diminuição da sensibilidade auditiva como também a impossibilidade de uma comunicação mais efetiva (CALLAHAN e PARIS, 1997; SALCE, 2000; SIEG, 2002; ALMEIDA e FREIRE, 2003).

Freqüentemente, respostas inadequadas de sujeitos idosos presbiacúsicos geram uma imagem de senilidade, a qual, pode não condizer com a realidade. A queixa típica destes sujeitos é a de ouvirem, mas não entenderem o que lhes é dito (RUSSO, 1988).

Carlos (1994) aponta que a eficiência comunicativa poderá ser dificultada de acordo com o grau da perda auditiva, uma vez que haverá queda na percepção, ocasionando situações difíceis para o idoso que não será capaz de compreender a mensagem. Os sujeitos portadores de presbiacusia, freqüentemente, se queixam de dificuldade de perceber a fala principalmente em ambientes ruidosos. Todavia, a resposta ao dano auditivo é individual, pois dependerá de fatores como saúde física, mental, e socialização entre outros.

Com o aumento da idade, a taxa de processamento de informação se reduz devido à deterioração no desempenho da comunicação do sujeito. O declínio na qualidade de comunicação segundo Almeida e Russo (1995) geram um impacto profundo no idoso uma vez que o fluxo constante de informação mantém o sujeito ativo na sociedade em que vive. Este declínio chega a provocar tensão no ambiente familiar, pois, de um lado é possível encontrar um idoso que acredita que ninguém se esforça para estabelecer uma comunicação efetiva e espera que as pessoas compreendam suas dificuldades, o que geralmente não acontece. Por outro lado, é comum encontrar membros da família que se queixam de desatenção do idoso, complementando ainda que ele não se esforça para ouvir ou que ouve apenas quando quer.

Para Mansur e Viude (1996), a capacidade de se comunicar tem merecido crescente atenção de pesquisadores e estudiosos como indicadores de qualidade de

vida dos idosos. Quando duas pessoas se encontram e começam a conversar, entra em jogo muito mais do que o simples conhecimento da língua que utilizam para se comunicar. Um dos fatores que dimensionam o encontro descrito é a idade, sendo este um dos aspectos que mais interferem na maneira como os interlocutores se colocam. A sociedade tem uma visão estereotipada das características da comunicação dos idosos: egocêntrica, presa somente a fatos do passado, distraída, com dificuldade para entender o que lhe é dito, surda, repetitiva, que pode cristalizar atitudes pré-determinadas e preconceituosas em relação ao idoso.

Na verdade, o envelhecimento não provoca deterioração generalizada nas habilidades lingüísticas do idoso, embora sejam verificadas dificuldades de comunicação. Em relação a isso, duas hipóteses são apresentadas, os idosos não utilizam estratégias de tratamento da informação ou o declínio da *performance* se justifica por uma diminuição de recursos que o sistema cognitivo toma emprestado para o tratamento da informação, principalmente atenção e memória. O idoso tem dificuldades para selecionar estímulos que se apresentam ao mesmo tempo, alternar a atenção entre dois estímulos diferentes e dividir a atenção entre dois estímulos ininterruptos (PASCHOAL, 2002).

É freqüente, também, que alguns idosos apresentem problemas de comunicação com médicos e profissionais afins para relatar suas dificuldades e problemas de saúde em geral. Observam-se ainda problemas de alerta e defesa no momento em que o idoso refere incapacidade para ouvir pessoas e veículos aproximando-se, panelas fervendo, alarmes, telefone, campainha da porta, anúncios de emergência em rádio e televisão.

A extensão da incapacidade que o indivíduo experimenta, não pode ser prevista, portanto, apenas a partir dos limiares auditivos que este possui. A incapacidade pode ser quantificada, uma vez que tal medida visa traduzir a dimensão do impacto que a perda auditiva acarreta sobre a qualidade de vida do indivíduo. Portanto, todas as dimensões da função auditiva devem ser avaliadas e incluem: a deficiência auditiva e a falta de capacidade funcional.

Uma forma de minimizarmos estes efeitos negativos da perda auditiva nestes sujeitos é a utilização de aparelhos de amplificação sonora junto à leitura labial e o uso de estratégias para uma comunicação mais efetiva nesta nova condição. Devemos confiar no valor da amplificação como determinante no processo de reabilitação do idoso deficiente auditivo e procurar desenvolver nele a motivação necessária ao uso do aparelho por meio da criação e implementação de programas de reabilitação que possam auxiliá-lo, bem como a seus familiares, a lidar com as desvantagens e incapacidades geradas pela deficiência auditiva. Um programa abrangente de reabilitação auditiva não vai apenas lidar com questões como o uso de pistas visuais compensatórias na comunicação, mas também vai se voltar à melhora da função auditiva central, da forma como ela se relaciona à velocidade e precisão da síntese, localização e compreensão auditivas.

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

A satisfação com a amplificação e a melhora das habilidades de comunicação dos indivíduos idosos podem ser metas perfeitamente possíveis de serem alcançadas, desde que o fonoaudiólogo realmente se empenhe na tarefa de auxiliá-lo a ouvir e viver melhor.

O fonoaudiólogo 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 e 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 o processo de envelhecimento.

Apesar do avanço tecnológico alcançado pela indústria fabricante de próteses auditivas em todo o mundo, tendo miniaturizado os instrumentos e, ao mesmo

tempo, aperfeiçoado sua qualidade sonora, ainda é grande a resistência oferecida pelos idosos para a amplificação.

As frustrações dos idosos no que se refere à comunicação, associadas a qualquer desconforto físico, podem levá-los a impressão de estar irritados ou de ficarem intolerantes durante a sessão de avaliação para indicação de próteses auditivas. Os idosos podem negar tanto a dificuldade auditiva aparente como a necessidade de amplificação, colocando a culpa nos outros que não falam claramente.

A falta de necessidade alegada pela maioria dos idosos pode estar relacionada ao não reconhecimento da existência da perda auditiva, aliado ao estigma social de que o uso da prótese chama mais atenção para o problema e torna o sujeito ainda mais velho (RUSSO; ALMEIDA; FREIRE, 2003).

A dificuldade financeira é um outro fator decisivo e determinante para alguém que se encontra em uma fase da vida na qual dispõe de algumas economias ou conta apenas com o pagamento da aposentadoria para a sobrevivência. Atualmente, podemos observar o movimento de políticas de saúde auditiva dando suporte ao idoso, oferecendo um programa de saúde auditiva que inclui a doação de próteses auditivas.

O Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, em um regime de responsabilidade compartilhada com os estados e municípios, tem como competência a formulação e implementação de políticas públicas. Atua primordialmente como órgão responsável pela regulamentação das ações de saúde incluindo a atenção às pessoas portadoras de deficiência auditiva, cabendo aos estados e municípios o atendimento na rede de serviços contratada e conveniada do SUS.

O Ministério da Saúde, diante da necessidade de viabilizar a atenção integral à saúde das pessoas com deficiência auditiva, com vistas à inclusão social desses cidadãos instituiu em 28 de setembro de 2004 a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (Portaria GM/MS 2.073) que estabelece como principais diretrizes para a formulação de ações e programas a serem executados pelos estados e municípios:

- 1) a promoção da qualidade de vida dessas pessoas;
- 2) a atenção integral à saúde auditiva;
- 3) o aprimoramento da coleta de dados e disseminação de informações nessa área;
- 4) qualificação da assistência mediante a educação continuada dos profissionais envolvidos com o atendimento dessa população.

Assim, o acesso às próteses auditivas tem sido cada vez mais facilitado, principalmente nos grandes centros, o que, todavia, não garante o acesso uniforme de toda a população. Além disso, não se pode esquecer que estes programas, em geral, doam as próteses, mas não oferecem manutenção continuada, o que no caso dos idosos carentes, pode ser um empecilho para o uso efetivo.

Outro aspecto que desestimula o uso dos aparelhos pode ser a dificuldade de manipulação e ajuste dos mesmos, muitas vezes relacionada à diminuição progressiva da capacidade visual e das habilidades motoras muito freqüentemente encontradas nos idosos.

Para além do uso de próteses auditivas, é importante que o idoso faça uso de estratégias durante a comunicação a fim de diminuir os aspectos conflitantes como a relação sinal ruído deficiente, pista visual pobre, importância da mensagem, grande quantidade de interlocutores, baixa qualidade de produção da mensagem e o tipo do interlocutor, no intuito de melhorar a *performance* enquanto estiver conversando.

Boechat (1992) apontou sete estratégias utilizadas pelos sujeitos idosos de sua pesquisa que facilitam a recepção dos sons promovendo uma maior perseverança na manutenção da comunicação oral. Para cada aspecto conflitante seja na relação sinal ruído, pista visual, importância da mensagem, qualidade da produção da mensagem, quantidade de interlocutores ou tipo de interlocutor são relatadas não uma, mas várias estratégias, o que leva a crer que os sujeitos precisam buscar vários recursos até conseguir um que facilite sua comunicação ou que ao menos favoreçam que a comunicação seja o menos embaraçosa possível.

2.2. FISIOPATOLOGIA DA AUDIÇÃO

Os efeitos do envelhecimento atingem todas as estruturas auditivas, assim nenhuma parte fica de fora de seus efeitos. Na **orelha externa**, a inspeção visual do pavilhão auricular revela um aumento de tamanho, devido à diminuição da elasticidade da pele e da tonicidade muscular, embora tal mudança não produza maiores efeitos para a sensibilidade auditiva. É possível observar ainda um aumento do tamanho do meato acústico externo bem como a diminuição da sensibilidade tátil e dolorosa. A perda de elasticidade na porção cartilaginosa do meato acústico externo pode levar ao colabamento, introduzindo uma perda condutiva falsa nas altas frequências, resultante da pressão exercida pelo fone do audiômetro quando se faz o exame auditivo. É comum o aumento na produção de cerume e na quantidade de pêlos, principalmente nos sujeitos do sexo masculino.

Na **orelha média** poderá ser observada a redução da elasticidade do tecido muscular, calcificação dos ligamentos e dos ossículos, que resultam em diminuição das características de transmissão, as quais, entretanto, não levam a alterações audiológicas significativas.

Na **orelha interna**, encontra-se a degeneração ou destruição das células ciliadas. Essas células têm função altamente especializada e são únicas, uma vez lesionadas não podem ser restauradas. O envelhecimento do ouvido acontece devido ao desgaste do sistema auditivo e numerosos efeitos contribuem para esta deficiência, entre eles podemos citar o metabolismo do indivíduo, a nutrição, a exposição ao ruído, o uso de drogas ototóxicas, traumas, infecções entre outras (RESS e col, 1999). No processo degenerativo, observa-se também atrofia do órgão de Corti, perda de células de sustentação; perda de fibras do VIII par; atrofia de estria vascular e desequilíbrio bioeletroquímico; alterações da membrana basilar e do movimento do ducto coclear.

2.3. DEFINIÇÕES

Os órgãos sensoriais mais afetados pelo processo do envelhecimento natural do organismo são a visão e a audição. Zwaardemaker (1981) foi o primeiro pesquisador a descrever a perda auditiva para frequências altas e, mais tarde, a utilizar o termo presbiacusia (imitando o termo ‘presbiopia’ utilizado pelos oftalmologistas, que significa decréscimo fisiológico da visão com a idade).

A presbiacusia é descrita como uma perda bilateral da audição para sons de alta frequência, progressiva devido a mudanças degenerativas e fisiológicas no sistema auditivo com o aumento da idade (CORSO, 1977). O autor ainda aponta que a acuidade auditiva declina com a idade, tanto no homem quanto na mulher, sendo o zumbido uma queixa freqüente, acompanhando a queda de audição.

A perda auditiva nos quadros de presbiacusia é descendente e simétrica, acompanhada, por uma perda desproporcional do reconhecimento de fala, sem história prévia de doença sistêmica ou auditiva severa. Em condições ideais a inteligibilidade de fala sofre leve declínio, porém piora em situações adversas como quando a conversação se dá em ambiente ruidoso nas conversas em grupo, nestes contextos, o sujeito precisa aumentar os recursos de atenção e realizar maior número de inferências contextuais, pois ocorre maior perda de conteúdo verbal, o que compromete suas interações sociais.

Jerger e Jerger (1989) relatam a presbiacusia como alterações auditivas desencadeadas por fatores ambientais e genéticos, sendo que os fatores ambientais ocorrem devido ao desgaste natural, enquanto que os genéticos devem-se aos processos hereditários.

Idosos portadores de presbiacusia experimentam uma diminuição da sensibilidade auditiva e uma redução na inteligibilidade de fala, o que vem a comprometer seriamente o seu processo de comunicação verbal. A intolerância a sons de grande

intensidade é outra queixa bastante freqüente indicando a presença de recrutamento, principalmente nas lesões sensoriais. O recrutamento é definido como um aumento desproporcional da sensação de intensidade em relação ao aumento de intensidade física, implicando em uma redução, do campo dinâmico da audição (SANTOS; RUSSO, 1993).

A diferença entre o que o indivíduo detecta em seu limiar auditivo mínimo, e o que ele tolera, em seu limiar de desconforto, é bastante reduzida. Assim, é comum que pessoas com presbiacusia não compreendam uma conversação quando em intensidade normal, e quando as pessoas elevam a voz para se fazerem ouvir estas pessoas se queixem de que estão gritando e incomodando-as. O mecanismo fisiológico do recrutamento coloca estas pessoas em situação difícil diante das relações sociais que antes eram facilmente enfrentadas.

Tavares (2001) relata que a perda de informações acústicas diminui a probabilidade de entender a fala; além disso, o idoso precisa de maior tempo para processar a interpretação dos sinais complexos. Um declínio na eficiência da comunicação, devido a esses fatores, possibilita menor habilidade em manter relações de diálogo, resultando, no indivíduo reações psicológicas sérias como o isolamento, a frustração pessoal e o estresse, comprometendo sua relação com seus familiares, amigos e a própria sociedade. Isso se torna cada vez mais difícil, conforme os efeitos da presbiacusia se tornem mais pronunciados.

2.4. DESORDENS DE PROCESSAMENTO AUDITIVO EM IDOSOS

Entende-se por processamento auditivo um conjunto de habilidades específicas do qual o sujeito depende para dar significado ao que ouve. É uma atividade mental e, assim sendo, não pode ser vista e estudada como um fenômeno isolado, mas sim como uma resposta multidimensional aos estímulos recebidos por meio da audição. A função auditiva é mediada pela ação do sistema auditivo central, cujo funcionamento, assimilando grupos de informação e analisando suas igualdades e diferenças, é decisivo para os processos perceptuais auditivos (NEVES, 2002).

Os processos auditivos centrais são os mecanismos e processos do sistema auditivo responsáveis pelos seguintes fenômenos comportamentais: localização e lateralização sonora; discriminação auditiva; reconhecimento de padrões auditivos; aspectos temporais da audição, incluindo resolução temporal, mascaramento temporal, integração temporal e ordenação temporal; desempenho auditivo na presença de sinais competitivos e desempenho auditivo com sinais acústicos degradados (ASHA, 1996).

Esses processos ocorrem nos centros auditivos, localizados no tronco encefálico e no cérebro, e podem ser subdivididos em áreas gerais como a *atenção*, envolvendo habilidades relacionadas à maneira pela qual o sujeito atenta à fala e aos sons do seu próprio ambiente; *discriminação*, envolvendo habilidades relacionadas à capacidade de distinguir características diferenciais entre os sons; *associação*, envolvendo habilidades relacionadas à capacidade de estabelecer uma correspondência entre o estímulo sonoro recebido e outras informações já armazenadas de acordo com as regras da língua; *integração*, envolvendo habilidades relacionadas à união de informações de diferentes modalidades sensoriais; *prosódia*, envolvendo habilidades relacionadas à associação e interpretação dos padrões supra-segmentais, não verbais, da mensagem recebida, como ritmo, entonação, ênfase e contexto; e *organização* da resposta, envolvendo um conjunto de habilidades de seriação, organização e evocação das informações auditivas recebidas para o planejamento e emissão de respostas. O processamento auditivo inclui funções neuropsicológicas como atenção, memória e cognição (MISORELLI, 2005).

A avaliação do sistema nervoso auditivo central no paciente idoso representa um desafio ímpar ao fonoaudiólogo. Este desafio está relacionado com o fato de existirem vários locais que são afetados pelo envelhecimento nos pacientes idosos que podem comprometer a avaliação do processamento auditivo. As alterações auditivas podem estar relacionadas com a atrofia do órgão de Corti e degeneração das células ciliadas começando no giro basal da cóclea e dirigindo-se ao ápice, o que caracteriza a presbiacusia sensorial; a perda auditiva pode ter uma relação com a perda de neurônios nas vias auditivas e do oitavo nervo determinando a presbiacusia neural. Os problemas auditivos ainda podem estar associados à atrofia da estria vascular no giro apical da cóclea, sendo identificados como presbiacusia metabólica.

Por fim, pode ocorrer um aumento na rigidez das estruturas de suporte do ducto coclear denominado presbiacusia de orelha interna do tipo condutiva (BARAN; MUSIEK, 2001).

Uma série de estudos têm sido feitos com o objetivo de avaliar quais os déficits causados pelo envelhecimento no processamento auditivo. Pesquisas apontam para o fato de que o envelhecimento pode acarretar uma progressiva assimetria do cérebro, causando uma diminuição da informação auditiva, que pode ser explicada por uma ineficiência na transferência inter-hemisférica desta informação. (JERGER e JERGER et al (1989); JERGER(1997) e JERGER e ESTES,2002).

Outros estudos buscam associar os resultados de diversos exames, buscando uma possível correlação entre eles. No estudo que analisou os Potenciais Evocados Auditivos de Longa Latência Endógeno- P 300, a audiometria tonal limiar e exames do Processamento de idosos não sofreu alteração em relação ao sexo, nem nas derivações centrais avaliadas. As alterações observadas no P300, podem apenas ser correlacionadas a doenças sistêmicas e às alterações na audiometria tonal limiar. Isto sugere que uma alteração de Processamento Auditivo, não necessariamente, deve vir acompanhada de uma lesão estrutural do Sistema Nervoso Central(NUNES,2002; BARAN e MUSIEK, 2001).

O indivíduo idoso pode apresentar uma desordem de processamento auditivo central mesmo sem haver uma lesão estrutural que a explique diretamente. Neves e Feitosa(2003) afirmaram que as dificuldades de compreensão de fala em idosos não podem ser associadas somente à perda de audição periférica. Os autores estudaram especificamente o envelhecimento temporal auditivo e observaram que existem diferenças de resolução temporal entre jovens e idosos, que não são explicáveis pela presença ou ausência de uma perda auditiva.

A presbiacusia é considerada uma alteração auditiva multidimensional porque causa uma mudança gradual na sensibilidade auditiva para todas as frequências, acompanhada por um decréscimo na discriminação da fala. O idoso pode apresentar audição normal para as frequências baixas e perda auditiva para as frequências médias e altas; isso explica porque a maior dificuldade é para a discrimina-

ção da fala e não para a sua detecção. O que ocorre nas pessoas mais velhas é um declínio complexo da função auditiva central que se manifesta através do aumento da dificuldade nas habilidades como fusão auditiva, atenção auditiva, julgamento auditivo, comportamentos variados e uma redução na velocidade de fechamento e síntese auditiva (HULL, 1999).

Mansur (1990) sustenta a idéia de que embora o idoso apresente sinais de dificuldade de acesso lexical, há a permanência de uma competência comunicativa demonstrada pela capacidade de prever as conseqüências dos próprios erros, identificar a necessidade de correções e manejar os rituais pertinentes evitando as possíveis sanções sociais decorrentes da incorreção.

Juncos-Radabán (1998) analisa a relevância da linguagem e diz que graças a ela é possível ao sujeito idoso participar da sociedade, reconhecendo os fatores sócio-culturais, biológicos e cognitivos como determinantes da comunicação e da linguagem. O afastamento do sistema produtivo, na maioria das vezes, modifica a rede de relações sociais construídas ao longo da vida, reduzindo as possibilidades de interações a um pequeno núcleo, o que redundaria na diminuição das oportunidades do uso da comunicação.

O autor relata que na velhice foi comprovada uma deterioração cognitiva geral que afetaria a capacidade de processamento. Conseqüentemente, ocorreria uma deterioração da linguagem associada à idade, que afetaria o léxico, a sintaxe e a organização discursiva, ficando a organização semântica e conceitual e a estruturação do léxico fonológico livre de dificuldades. Mas, com o aumento da idade pode ocorrer a deterioração de um dos sistemas centrais, tais como a memória operacional ou memória de trabalho, que afeta aspectos da linguagem em que a capacidade de memória é mais solicitada.

Gamburgo (2006)⁵ relata esquecimentos benignos que ocorrem em pessoas saudáveis que uma vez ou outra sentem dificuldade para lembrar um nome ou esquecem o que pretendiam fazer quando chegam a um lugar. Uma das causas mais

⁵ GAMBURGO, L.J.L (2006). Texto não publicado.

freqüentes para estes lapsos seria o envelhecimento, o risco maior ocorrendo em idades mais avançadas, período no qual pode ocorrer o desenvolvimento de algum tipo de demência, daí a necessidade de diagnósticos diferenciais, para o esclarecimento da origem de tais problemas.

2.5. O ZUMBIDO

Um dos efeitos periféricos presentes entre os portadores de perda auditiva e comumente referidos pelos idosos é o zumbido. Definido como sendo a presença de um ou mais sons nas orelhas ou na cabeça e ausência de estímulo sonoro externo correspondente, o zumbido é visto como um sintoma que pode estar presente em diversas doenças otológicas, em alterações sistêmicas e psicológicas (WISE; RIEFF; GOEBEL, 1997), assim como em sujeitos com audição normal e sem histórico que justifique tal queixa (NIESCHALK; HUSTER; STOLL, 1998).

O zumbido ou a percepção de som na ausência de estimulação acústica é um sintoma freqüentemente associado com a deficiência auditiva neurosensorial. Uma vez que a atividade espontânea ocorre na ausência de estimulação acústica, foi sugerido que os portadores de perda auditiva poderiam apresentar regiões cocleares que produzam padrões aberrantes de atividade espontânea que poderiam explicar a sensação de zumbido.

Para Sanchez (2002), o zumbido, antes de ser uma doença, é um sintoma que sempre reflete alguma anormalidade subjacente. O paciente portador desse sintoma deve ser sempre submetido à avaliação médica para diagnóstico e tratamento de possível patologia de base. Quase sempre pode ser associado à perda auditiva, mas também pode ocorrer em pacientes com audição normal.(SANCHES e FERRARI, 2004). Por ser considerado uma sensação fantasma, percebida unicamente pelo paciente é difícil de ser mensurado.

O zumbido pode ser subjetivo, uma vez percebido apenas pelo paciente, ou objetivo, quando outras pessoas também podem ouvi-lo. As causas etiológicas são

variadas, e em grande parte dos pacientes não se consegue encontrar uma explicação para o fenômeno. No zumbido subjetivo, há dificuldade na investigação dos fatores que o cercam, pois existem diversas variáveis como localização, características do som, etiologia e prejuízo para a vida do paciente. A subjetividade da sensação auditiva e a falta de testes para validar a presença do zumbido dificultam ainda mais a busca por um tratamento específico.

No que se refere à intensidade, pode ser considerado leve, quando for percebido apenas pelo paciente, moderado, quando o paciente sabe de sua existência, porém não o incomoda, intenso quando a sensação desagradável o incomoda, prejudicando-o em certas situações ou atividades e incapacitante, quando a manifestação torna-se insuportável.

As pessoas que sofrem de zumbido atribuem a ele muitos de seus problemas do dia-a-dia, tais como irritabilidade, dificuldade de concentração, insônia, problemas na saúde geral, depressão e dificuldades de percepção de fala. O zumbido compromete de tal maneira a qualidade de vida das pessoas que pode, em casos extremos, levá-las ao suicídio. Assim, além das dificuldades em ouvir que o idoso enfrenta prejudicando sua participação social, ainda pode estar presente o zumbido que também colabora para dificultar um relacionamento social mais adequado.

O zumbido é considerado um problema que afeta cerca de 17% da população geral, aumentando a incidência para 33% em idosos (JARTEBOFF; GRAY; GOLD, 1996). Em 20% dos casos adquire forma extremamente severa e incapacitante.

Este sintoma tem sido investigado em inúmeras pesquisas que focalizam os aspectos neurofisiológicos, audiológicos, terapêuticos, farmacológicos e psicológicos, e os profissionais da área da saúde estão cada vez mais envolvidos na busca de uma avaliação mais precisa do paciente e de alternativas terapêuticas eficientes e definitivas.

Para Mor e Azevedo(2005), a avaliação auditiva é o primeiro e mais importante passo na investigação do zumbido, pois estabelece a base a partir da qual se-

rão apoiados os procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos e o fonoaudiólogo tem um papel importante na equipe multidisciplinar responsável pela avaliação, diagnóstico, desenvolvimento de estratégias de intervenção e tratamento. Por meio das emissões otoacústicas (EOA) , mais especificamente do papel do sistema olivococlear medial na contração das células ciliadas externas é possível considerar a cóclea como um dos prováveis locais de geração do zumbido.

Alguns estudos têm referido melhora de zumbido após adaptação de prótese auditiva(SIQUEIRA e ASSENCIO- FERREIRA, 2002, FERRARI et al(2003).e terapia de habituação do zumbido. Bartnik et al(2001) observaram melhora em 70 % dos pacientes com zumbido após uma ano de terapia.

2.6. A FONOAUDIOLOGIA E OS ESTUDOS SOBRE O ENVELHECIMENTO AUDITIVO

Uma série de autores brasileiros e internacionais direcionou seus trabalhos para o estudo da audição no idoso e as implicações da perda auditiva na comunicação. Lüders (1999), por exemplo, enfocou as dificuldades enfrentadas por familiares de deficientes auditivos idosos no processo de comunicação. Mesquita (2001) fez uma análise da efetividade de um inventário auditivo para idosos e Sieg (2002) estudou a qualidade de vida de idosos com perda auditiva, em um serviço público de saúde focalizando a análise fonoaudiológica.

Tais estudos indicam a importância de investigações nesta área convocando a Fonoaudiologia para trabalhar para a melhoria da qualidade de comunicação dos sujeitos, em especial para os idosos que apresentam perda de audição, população crescente que merece maior atenção.

Embora a Fonoaudiologia esteja apenas começando a atuar nos caminhos do envelhecimento humano, há uma preocupação constante em não deixar que o idoso se isole do convívio social e familiar, procurando preservar sua comunicação, seja atuando na área de voz, audição, motricidade ou linguagem.

Novos estudos reforçam o interesse da Fonoaudiologia pelos aspectos biopsicossociais envolvidos na audição dos idosos, refletindo maior preocupação com a qualidade de vida desses sujeitos. De certa forma, os problemas de comunicação com o idoso portador de deficiência auditiva poderiam advir, entre outros fatores, da falta de entrosamento no processo de interação, o que dificulta a conversação em qualquer instância.

Porém, a falta de informação sobre o que acontece no envelhecimento, os problemas que uma deficiência auditiva pode acarretar, a influência do ambiente e a necessidade de uma boa articulação ao falar, sem dúvida são alguns dos aspectos a serem discutidos e trabalhados pela Fonoaudiologia, através de programas de orientação e aconselhamento, não somente com o idoso, mas também com as pessoas que com ele convivem. É fundamental atuar junto à população informando sobre os cuidados básicos para a manutenção da saúde auditiva, para conseqüente qualidade das relações de comunicação e qualidade de vida.

Assim, foram trazidas inicialmente informações relativas ao conhecimento sobre fatores determinantes para a identificação da perda auditiva no que se refere à fisiopatologia da presbiacusia e de outras doenças freqüentes nos idosos. A atenção e o cuidado frente a estas alterações têm sido bastante discutidos, e a atuação preventiva tem sido destacada como muito importante.

Atuar de forma preventiva, detectando mais cedo as doenças no sentido de preservar a qualidade de vida e maximizar o tempo de vida do idoso é fundamental, se almeja a melhoria da qualidade de vida dos idosos. A intervenção fonoaudiológica junto ao idoso pode trazer benefícios se existirem programas de prevenção e reabilitação específicos.

A promoção da saúde auditiva é vista como uma das áreas de atuação da audiologia que se abre e seu estudo pode colaborar para a detecção mais precoce dos problemas auditivos, em se tratando de idosos, na medida em que almejamos conhecer melhor a realidade desta população que convivem com a perda de audição.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS IDOSOS COM PERDA AUDITIVA

Considerando a deficiência auditiva como a terceira condição crônica mais comum na população idosa e em decorrência do crescimento desta população, há interesse pelo estudo do perfil audiológico na terceira idade com o intuito de melhor conhecer como a presbiacusia se caracteriza possibilitando nortear práticas de prevenção para o impacto na comunicação e de reabilitação auditiva para o idoso portador de alterações auditivas, pois destas alterações decorrem também distúrbios de comunicação, para além, da diminuição da sensação auditiva, convergindo para dificuldades de relacionamento interpessoal. O interesse em se conhecer melhor esta realidade, em um dado contexto social, qual seja idosos que residem na região de Piracicaba, se justifica já que conhecendo melhor esta situação torna-se possível pensar em formas mais adequadas de prevenção e intervenção.

O município de Piracicaba localiza-se na região oeste do Estado de São Paulo e faz limite com Rio Claro, Limeira, Anhembi, São Pedro, Charqueada, Santa Bárbara d' Oeste, Rio das Pedras, Tietê, Laranjal Paulista, Conchas, Santa Maria da Serra, Santa Gertrudes e Iracemápolis. A população estimada em 2005 era de 360.762 habitantes de acordo com o IBGE e passou para 366.442 em 2006 (IBGE, 2000). Em Piracicaba, cerca de 10% da população é idosa, segundo dados do último censo do IBGE, com aproximadamente 35 a 40 mil pessoas na terceira idade.

Os sujeitos que participaram da pesquisa⁶ são idosos que passaram pelo setor de Audiologia da Clínica Escola de Fonoaudiologia da Unimep no período compreendido entre 2001 e 2003. Esta clínica é referência na região, recebendo moradores da cidade e de municípios vizinhos.

Cabe esclarecer que os sujeitos que utilizam a clínica escola são encaminhados predominantemente pelo SUS. O levantamento de dados se deu a partir da documentação (anamnese e resultados do audiograma - limiões por via aérea nas

⁶ Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UNIMEP em 16/02/2004 com protocolo nº. 88/03.

freqüências de 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 e 8000 Hz e por via óssea, nas freqüências de 500, 1000, 2000, 3000 e 4000Hz nos casos em que houve perda auditiva) de 423 sujeitos. O critério de normalidade, considerando na maioria das classificações foi de 0 a 25 dB⁷ NA (Nível de Audição) (padrão ANSI, 1969) em todas as freqüências testadas.

Os audiogramas foram classificados segundo o tipo de perda auditiva e analisados em função da faixa etária e dos sintomas auditivos e não-auditivos relatados. Os valores encontrados na audiometria tonal e logaudiometria passaram por uma análise quantitativa levando-se em consideração o tipo, grau de perda auditiva e a configuração audiométrica.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) elaborou um manual de orientação ao fonoaudiólogo (RIBAS; COSTA, 2004) cujos parâmetros foram adotados neste estudo. Quanto ao **tipo** de perda auditiva, esta pode ser classificada em:

- Perda auditiva condutiva: qualquer afecção na orelha externa e/ ou média.
- Perda auditiva neurossensorial (ou sensorineural): devido a qualquer lesão da cóclea ou nervo auditivo.
- Perda auditiva mista: usado para descrever casos nos quais a perda auditiva condutiva e neurossensorial coexistem na mesma orelha.
- Perda auditiva funcional ou psicogênica: existe a de causa histórica, gerada por uma gama de fatores psicológicos, sendo uma condição rara para a sua prevalência. Dentre os casos de perdas funcionais os mais comuns são os de simulação.
- Perda auditiva central: determinada por uma alteração nas vias centrais da audição. Para o estabelecimento deste diagnóstico é necessário exame complementar a avaliação audiológica básica, como por exemplo: Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE) ou avaliação do Processamento Auditivo.

⁷ O Decibel é uma medida de nível de intensidade do som. Zero decibéis correspondem ao limiar absoluto de detecção de um som, o nível mínimo detectável de um som, na ausência de qualquer outro som externo, ou seja, o limite abaixo do qual um som tipicamente não é perceptível. Trinta decibéis correspondem a um sussurro baixo, e sessenta decibéis é a intensidade da voz a um metro de distância, quando se está falando normalmente.

Para a classificação das perdas auditivas quanto ao **grau**, no Brasil ainda existe uma certa divergência sobre qual seria a classificação mais adequada. A mais utilizada e a que a maioria dos autores se refere é a de Davis e Silverman (1970). Baseia-se na determinação do grau a partir da **média** de três freqüências⁸ (500, 1000 e 2000 Hz). Dessa forma tem-se: audição normal até 25 dB, perda auditiva leve de 21 a 40 dB, perda auditiva moderada de 41 a 70 dB, perda auditiva severa de 71 a 90 dB, perda auditiva profunda acima de 91 dB e anacusia quando apresenta ausência de respostas em todas as freqüências avaliadas.

3.1. ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL AUDITIVO

Quanto ao sexo e faixa etária dos idosos estudados, a pesquisa apontou:

- 423 sujeitos sendo 210 homens e 213 mulheres
- A idade dos sujeitos variou entre 60 e 96 anos, com média de 70,67 anos e desvio padrão de 7,24.

É importante destacar que quanto mais velho o sujeito maior será a prevalência de problemas auditivos. Só a título de ilustração, há estudos relatando a ocorrência de perda auditiva em sujeitos entre 50 e 60 anos de idade (SANCINI e COL, 2004), sendo que a pesquisa foi realizada em sujeitos da terceira idade.

A distribuição a seguir (Tabelas 1 e 2) referem-se ao número de sujeitos do sexo masculino e feminino documentados e selecionados para esta pesquisa.

⁸ A freqüência corresponde ao número de períodos de uma onda sonora que ocorrem em um segundo. É medida em ciclos por segundo, ou Hertz (Hz). Freqüências altas correspondem a sons mais agudos, e freqüências baixas a sons mais graves.

TABELA 1 – Distribuição de sujeitos do sexo masculino participantes da pesquisa

Faixa Etária	Número	Porcentagem(%)
60-65	47	22,38
66-70	53	25,23
71-75	51	24,28
76-80	33	15,71
81-85	13	6,19
86-90	07	3,33
91-95	06	2,86

TABELA 2 – Distribuição de sujeitos do sexo feminino participantes da pesquisa

Faixa Etária	Número	Porcentagem(%)
60-65	53	24,88
66-70	56	26,29
71-75	45	21,12
76-80	30	14,08
81-85	22	10,32
86-90	05	2,34
91-95	03	1,40

A faixa etária de 66-70 anos prevaleceu tanto nos homens bem como entre as mulheres totalizando 25,23% no sexo masculino e 26,29% no sexo feminino dos casos estudados.

A literatura refere que a perda auditiva tende a aumentar com a idade, acometendo 25,98% entre 66 e 70 anos no sexo masculino e 26,76% no sexo feminino.

TABELA 3 – Distribuição do motivo da consulta segundo sexo

Motivo	M	%	F	%	(N)Total
Não-Referido	63	30	68	32,22	210
Refere Perda Auditiva	50	23,80	48	22,74	213

Os dados apresentados na Tabela 3 foram aqueles disponíveis nos prontuários, todavia cabe destacar que na maioria não constavam informações sobre a razão para a procura pela clínica-escola para a realização da audiometria e quando o dado aparecia o motivo mais encontrado referiu-se a queixa de perda auditiva. Dos 210 sujeitos do sexo masculino estudados, 63 prontuários de avaliação auditiva não tinham anexado anamnese, totalizando 30% dos casos. Do total de 213 mulheres, em 68 prontuários não constavam a entrevista inicial com dados da história auditiva, o que corresponde a 32,22% dos casos. A falta de dados impede de compreender o motivo pelo qual os sujeitos procuram pelo atendimento na clínica de audiologia.

3.2. RESULTADOS AUDIOLÓGICOS DOS SUJEITOS ESTUDADOS

Os audiogramas referentes aos dados em questão revelaram um predomínio de perda auditiva neurossensorial com 656 orelhas afetadas, correspondendo a 77,54% das orelhas analisadas. 127 orelhas foram acometidas por perda auditiva mista (15,01%) enquanto que em 16 orelhas detectou-se perda auditiva do tipo condutiva (1,89%). O estudo apontou ainda 47 orelhas com audição normal (5,56%). Veja Gráfico 1.

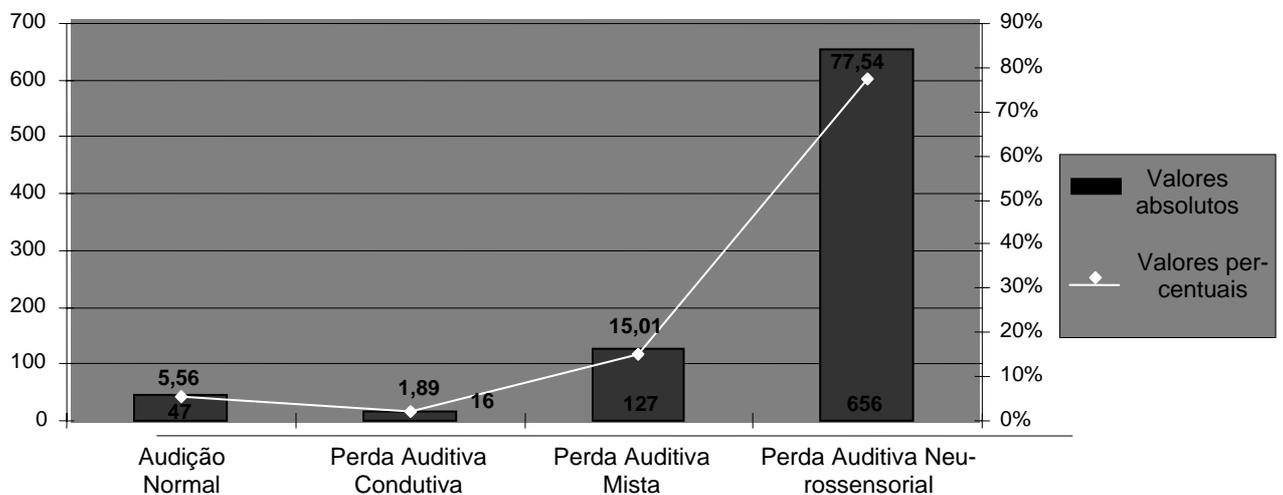


Gráfico 1 – Demonstração do perfil audiológico de 846 orelhas pesquisadas

O número de idosos com perda auditiva neurosensorial é maior do que nos demais tipos de perda auditiva. Os dados são concordantes com os estudos idealizados por Russo (1988) e Mesquita (2001) quando analisaram o perfil auditivo dos idosos em outras regiões do Brasil. No presente estudo, 77,54% das orelhas analisadas em idosos apresentaram perda auditiva neurosensorial.

TABELA 4 – Distribuição do perfil audiológico dos idosos por condição orelha direita/ esquerda

Classificação/ condição	Audição normal	Perda auditiva con- dutiva	Perda mista	Perda auditiva neurosensorial
Orelha direita	27	09	62	323
Orelha esquerda	20	07	65	332
Total (N)	47	16	127	656
Porcentagem	5,56	1,89	15,01	77,54

O perfil audiológico dos idosos foi analisado por condição orelha direita e orelha esquerda. As perdas auditivas detectadas eram bilaterais e simétricas em todos os tipos sendo evidenciadas nas alterações neurosensoriais. Todavia, em alguns casos, tanto os sujeitos do sexo masculino quanto os do sexo feminino apresentaram perda auditiva em várias freqüências isoladas. Segundo a classificação de Davis e Silvermann (1970) a alteração pode ser leve, moderada, moderadamente severa, severa e profunda. Ainda não há estudos sobre parecer fonoaudiológico em freqüências isoladas, de caráter descendente.

Os estudos ressaltam, ainda, que o grau variado da perda auditiva deve-se à suscetibilidade de cada sujeito, pois cada um possui uma história de vida diferente e, portanto, vários fatores podem afetar a audição de formas diferenciadas (SANCI-NI,2004). Em relação aos idosos da região de Piracicaba não foram encontrados nas anamneses relatos sobre sua história de vida social que justificassem dados tão diversos para o perfil audiológico.

Dentre as audiometrias que não se enquadraram nas categorias de perda auditiva horizontal ou plana e de perda auditiva maior nas altas freqüências ou curva descendente, 35 orelhas analisadas apresentaram perda auditiva neurosensorial em

250, 3000, 4000, 6000 e 8000 Hz o que corresponde aos traçados irregulares, com prejuízo nas freqüências baixas, médias e altas, afetando a compreensão da fala.

Na logaudiometria os valores do (IRF) encontrados nos prontuários pesquisados foram bem variados, situando-se entre 4% e 100%. Os valores altos encontrados no desvio padrão Veja Tabela 5.

TABELA 5 – Média do Índice de Reconhecimento de Fala (IRF)

Classificação	Média do IRF OD(%)	Desvio padrão(OD)	Pa-Mediana OD	Média do IRF OE(%)	Desvio padrão(OE)	Pa-Mediana OE
Normal	96,89	3,73	50,31	97	4,28	50,64
Perda Auditiva Condutiva	88,44	8,59	48,52	96	5,66	50,83
Perda Auditiva Mista	74,13	17,52	45,83	74,13	17,52	45,82
Perda Auditiva Neurossensorial	72,44	14,47	43,46	72,44	14,47	43,45

Devido à falta de padronização na lista de palavras utilizadas para a aplicação do teste de fala, ou seja, a logaudiometria, os valores encontrados do desvio padrão e da mediana foram bastante alterados.

A deficiência auditiva no idoso afeta a percepção da fala em situações e ambientes desfavoráveis, podendo provocar alterações psicossociais e comprometer a interação social. No total, 77,54% dos sujeitos da pesquisa apresentaram alterações neurossensoriais. O efeito disso está evidenciado nos distúrbios de comunicação que os idosos com perda auditiva queixam quando vão falar e ouvir o que o outro tem a dizer.

Os idosos pertencentes ao sexo masculino, entre 66 e 75 anos, apresentaram mais sintomas auditivos do que nas demais faixas etárias. Entre as mulheres é possível identificar a presença destes sintomas entre 60 e 70 anos.

Os sintomas auditivos mais relatados entre os sujeitos da pesquisa foram o zumbido, a tontura, a otalgia (conhecida como dor de ouvido) e o prurido, sendo o

zumbido o sintoma auditivo que mais incomoda os idosos representando 50,47% das queixas no sexo masculino e 56,39% no sexo feminino. O zumbido é visto como a percepção de som na ausência de estimulação acústica. É um sintoma frequentemente associado com a deficiência auditiva neurossensorial.

Em relação à tontura, percebe-se que muitos pacientes que procuram um fonoaudiólogo não se queixam de perda auditiva, mas de desequilíbrio, tontura ou vertigem. Tais queixas estão relacionadas com fraqueza ou perda de consciência e não são de origem otológica. O quadro clínico da doença de Menière, por exemplo, inclui episódios de vertigem rotatória, zumbido, sensação de plenitude auricular (sensação de ouvido tampado), náuseas e vômitos. É comum encontrar idosos que se queixam da tríade dos sintomas auditivos presente na patologia supracitada bem como otalgia, acompanhada ou de infecção ou de prurido (desconforto, coceira).

Dentre as alterações metabólicas mais referidas pelos sujeitos da pesquisa estão o diabetes e a hipertensão arterial. Na anamnese, apesar dos dados não estarem bem relatados, há apontamentos que referem alterações clínicas que implicam na qualidade de vida dos idosos, principalmente quando estão bem comprometidos.

Os idosos entre 66 e 75 anos pertencentes ao sexo masculino reclamaram mais que as demais faixas etárias no que se refere aos sintomas na comunicação oral. Escutam, porém não entendem o que lhes é dito. Esta dificuldade percebida pelos idosos pode ser caracterizada pela desordem ou disfunção do processamento auditivo ou pela alteração auditiva periférica, conforme discutido anteriormente. Esta inabilidade pode ser o resultado de um prejuízo da capacidade biológica inata do organismo de um sujeito ou a falta de experiência em um ambiente acústico. Tem como prováveis causas alterações neurológicas ou alterações sensoriais auditivas (perdas auditivas neurossensoriais e condutivas, mesmo as transitórias decorrentes de episódios de otite média na infância). Nesta pesquisa, percebe-se que as idosas entre 76 e 85 foram as que mais se queixaram de dificuldades na compreensão da mensagem oral, principalmente perante situações competitivas, bastante evidenciada em sujeitos que apresentam desordens de processamento auditivo central. Com base nos dados apresentados passou-se a indagar como estes idosos lidavam,

em seu cotidiano, com estas perdas de audição e com as conseqüentes dificuldades de comunicação.

Assim, o objetivo central desta pesquisa é conhecer, para além da caracterização do perfil audiológico, como os idosos reagem e se organizam em relação a sua condição auditiva e de comunicação atual. Para tal, foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas com idosos que realizaram avaliação audiológica na clínica da UNIMEP e se dispuseram a colaborar no período da coleta.

3.3. O QUE RELATAM OS IDOSOS SOBRE SUA CONDIÇÃO AUDITIVA: AS ENTREVISTAS

A técnica da entrevista representa um dos instrumentos básicos para a coleta de dados, e se constitui como uma das principais técnicas de trabalho em muitos tipos de pesquisa utilizados em ciências humanas e sociais. MINAYO (2000) argumenta que na entrevista podem ser obtidos dados que se referem diretamente ao sujeito entrevistado, pois, apontam para suas atitudes e opiniões. Estes dados só podem ser conquistados com a contribuição dos atores sociais envolvidos.

Em uma entrevista, as perguntas tendem a focalizar um ou mais temas que, para os entrevistados, talvez nunca tenham sido alvo de reflexão, podendo gerar práticas discursivas diversas, não diretamente associadas ao tema originalmente proposto. Nessas pesquisas os participantes são convidados à produção de sentidos (SPINK, 2000).

A forma de entrevista semi-estruturada foi escolhida neste estudo para dar condições ao entrevistado de falar de forma livre sobre o tema que lhe é proposto, e ao mesmo tempo, levantar pontos de interesse do pesquisador. Esta modalidade permite ao entrevistador uma maior flexibilidade, na medida em que se pode alterar a ordem das perguntas e se tem ampla liberdade para fazer intervenções, de acordo com o andamento da entrevista (BLEGER, 1993).

No sentido de conhecer melhor como os idosos se sentem diante de sua perda de audição e como eles lidam com ela em seu cotidiano, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco sujeitos visando investigar tais aspectos. Dois dos sujeitos entrevistados eram provenientes do Lar dos Velinhos de Piracicaba e três residentes em domicílio próprio no município, vivendo sozinhos ou com a família. Todos os sujeitos passaram pelo setor de audiologia da Clínica de Fonoaudiologia da Unimep no período entre 2001 e 2003 para uma avaliação auditiva. A escolha destes sujeitos se deu de forma aleatória, pela facilidade de contato via telefone com os mesmos, bem como via serviço social no caso dos idosos residentes no Lar dos Velinhos, e por estes se disporem a colaborar participando da entrevista no período da coleta de dados. As entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas integralmente, buscando conhecer melhor como os idosos se sentem diante de sua perda de audição, como eles lidam com ela em seu cotidiano, e como se dá sua comunicação com a família ou com outros interlocutores de seu espaço social.

É importante conhecer um pouco da história do Lar dos Velinhos de Piracicaba para situar melhor alguns dos sujeitos entrevistados. Trata-se de um espaço no qual residem idosos de diversas classes sociais. Os mais abastados têm casas próprias e moram sozinhos ou com seus familiares, gerenciado suas vidas de forma mais autônoma. Os menos abastados, que são a maioria, moram em pavilhões ou em alojamentos conjuntos, mantidos por organizações não governamentais e pela comunidade.

No ano de 2006 o Lar dos Velinhos⁹ completa cem anos de existência. A comunidade do Lar objetiva proporcionar o melhor atendimento possível aos idosos desde a nutrição, assistência social, tratamento fisioterápico, trabalho psicológico até o acompanhamento espiritual com amor e doação (publicação cedida pelo serviço social do Lar dos Velinhos. Jan/2006).

Foram realizadas entrevistas com idosos com o seguinte perfil:

⁹ O Lar dos Velinhos é a primeira instituição geriátrica do Brasil.

Sujeito 1	DLR	73 anos	Lar dos velhinhos - pavilhões	perda auditiva neurossensorial bilateral em todas as frequências com exceção da frequência de 1000 hz	Metalúrgico e tecelão
Sujeito 2	MRD	95 anos	Lar dos velhinhos-casa com família	Perda auditiva neurossensorial moderada bilateral	Office boy, arquivista e motorista.
Sujeito 3	PG	87 anos	Mora sozinho	Perda auditiva neurossensorial na OD a partir de 1000 Hz e perda auditiva na OE a partir de 500 Hz	Joalheiro
Sujeito 4	OPG	83 anos	Mora sozinho	Perda auditiva moderada bilateral	Não relatada
Sujeito 5	MJS	74 anos	Mora sozinho	Perda auditiva mista na OD e perda auditiva neurossensorial a partir de 2000 Hz na OE	Auxiliar de produção

Os sujeitos residentes no Lar dos Velhinhos foram entrevistados no próprio Lar, em seu local de moradia. Os demais foram convidados a comparecerem na clínica de Fonoaudiologia para entrevista em data e horários previamente agendados.

Todos os idosos entrevistados apresentavam comprometimento auditivo que em alguma medida interfere em sua comunicação e nas relações sociais que estabelecem pelo diálogo. A disposição para participar da entrevista proposta pela pes-

quisadora indica, em si, o interesse deles em estabelecer uma comunicação efetiva, em colocarem-se como interlocutores ativos e participarem de eventos sociais, ainda que o interlocutor fosse um estranho munido de um gravador. Durante a entrevista pode-se observar que eles usam estratégias para manter a comunicação quando sua audição não é suficiente como, por exemplo, aproximar-se mais do falante solicitando repetição ou ainda, fazendo menção de ter entendido o que foi dito, mesmo que a compreensão não tenha sido integral. Eles buscavam manter a comunicação e trocar com seus interlocutores apesar das dificuldades.

Em relação ao nível de escolaridade, percebeu-se que em sua grande maioria os sujeitos entrevistados não chegaram a completar o ensino fundamental. Estes dados coincidem com aqueles apresentados pelo IBGE que indicam que o nível de escolaridade da população idosa atualmente é baixo em função da restrita oferta educacional nas décadas em que estes sujeitos estavam em idade escolar.

Cabe ressaltar que as atividades exercidas pelos idosos eram diversas, indicando diferentes envolvimento com níveis elevados de ruído. Nas entrevistas aqueles que tiveram contato mais próximo com ruídos (suj 01, suj 02 e suj 05) se queixaram de forma mais enfática das dificuldades auditivas, ou referiram o ambiente de trabalho ruidoso como um problema.

Para compreender melhor a realidade enfrentada por estes sujeitos serão apresentados pequenos trechos das entrevistas nos quais é possível fazer uma aproximação com as experiências e soluções alcançadas por eles diante de suas dificuldades de comunicação. Para tal, as análises indicaram dois aspectos que merecem ser discutidos a saber: sobre as atividades cotidianas e as relações de comunicação e como os idosos avaliam sua audição. Em seguida serão apresentados trechos das entrevistas¹⁰ e a análise.

Sobre as atividades cotidianas e as relações de comunicação

Sujeito 1, D.L.R.

¹⁰ Nos trechos de entrevistas C é a pesquisadora e os sujeitos estão representados pela primeira letra inicial de seus nomes.

C - *O senhor tem amigos aqui?*

D - *Tenho muitos, mas na hora que vai conversar com eles é duro, converso pouco, porque eu falo uma coisa e eles entendem outra.*

C - *Como é a comunicação do senhor com as pessoas que convive aqui no lar dos velinhos?*

D - *Tem algumas pessoas aqui que não dá para conversar porque elas são muito surdas! Não entendem muito, não têm boa compreensão das coisas, umas eu acho que não tiveram infância enquanto outras não tiveram família, é muito triste!*

Nestes trechos o sujeito 1 revela as dificuldades de comunicação com seus pares. Assim como ele, outros idosos têm dificuldades de audição que interferem nas relações de comunicação e o diálogo fica bastante prejudicado. Ele mostra perceber isto, perceber as dificuldades encontradas e, muitas vezes, parece não encontrar saída para vencer os entraves de comunicação que se instalam. É importante notar que ele refere às dificuldades de audição e compreensão do outro, mas não fala das suas dificuldades, indicando que talvez seja mais fácil perceber aquilo que se passa fora dele, sem reconhecer suas próprias limitações auditivas.

Sujeito 3, P.G.

C - *O que o senhor faz no dia a dia?*

P - *Eu canto, faço aulas de canto, não dá pra conciliar o instrumento para tocar e cantar ao mesmo tempo as duas coisas, porque pensar em duas coisas junto não dá, porque uma sai melhor e a outra sofre. Então ou faz uma coisa ou faz outra. Então eu falei não, eu tinha começado violão, mas parei.*

C - *Achou melhor o canto?*

P - *Sim, porque gosto mais. Tô aí agora assim o que é que vai acontecer com a minha vida?*

Já o sujeito 3 fala que faz aulas de canto e que gosta delas. Trata-se de uma atividade que implica um bom funcionamento da função auditiva e ele parece satisfeito com os resultados que alcança. Ele narra ter encontrado uma atividade

prazerosa que realiza bem (segundo seu julgamento) sem que as questões auditivas o prejudiquem.

Sujeito 3, P.G.

C - *O senhor tem vizinhos, amigos próximos, alguém pra conversar, sair um pouco?*

P - *Olha, eu tenho vizinho que tem uma loja de automóveis que, quando eu preciso, estou muito só, eu vou lá. Lá eu sento perto da mesa dele e a gente fica papeando. Eu também tenho uma empregada que vem em casa pra cuidar da minha roupa, ela cuida da minha roupa, da minha casa, ela também cozinha pra mim, prepara alguma coisa...*

Sobre suas relações sociais conta sobre amigos com os quais conversa e não refere qualquer dificuldade diante desta atividade. Neste sentido, suas dificuldades de audição não parecem interferir significativamente em seu contato social e ele consegue manter amizades e contatos.

Sujeito 4, O.P.G.

C - *Quando o senhor está em um grupo de amigos, como se comporta: passa a maior parte do tempo calado ou é extrovertido?*

O - *Eu falo pouco porque às vezes, meus amigos perguntam alguma coisa eu respondo outra. Todos riem e eu fico com vergonha, então eu prefiro ficar ouvindo e tentando adivinhar o que estão dizendo.*

O comportamento que o sujeito 4 refere ter quando está num grupo de amigos evidencia que os problemas auditivos refletem diretamente em seu modo de ser. Ele diz sentir vergonha e esquivar-se das conversas, ou apenas 'ficar ouvindo' para não se expor. No relato dele é possível ver os impedimentos que as dificuldades auditivas trazem, como se cala e como as relações de comunicação vão ficando prejudicadas. Cabe dizer, que ele não parece conhecer alternativas para contornar esta situação, indicando que uma ação educativa, auxiliando-o a construir estratégias para lidar com esta nova condição auditiva poderia ser muito valiosa, visando

melhorar sua participação nas relações sociais e conseqüentemente sua qualidade de vida.

Sujeito 05, M.J.S.

C - *Como é que o senhor se comunica em casa? O senhor encontra dificuldades para conversar com seus filhos ou com sua esposa? Como anda sua audição?*

M - *Tenho dificuldade mesmo! A audição o doutor já olhou e disse que o esquerdo é melhor para escutar, eu tinha que usar o aparelho, mas eu não tinha como pagar.*

Também o sujeito 5 refere dificuldades de comunicação. Ele parece conhecer uma alternativa para contornar o problema (uso de próteses), todavia refere dificuldades financeiras para adquirir este recurso. Segundo o relatório médico encontrado no prontuário, o sujeito apresenta na orelha esquerda um resíduo auditivo onde seria possível adaptar uma prótese auditiva.

Assim, estes quatro sujeitos revelam modos diferentes de se relacionarem com suas capacidades auditivas. O sujeito 1 revela problemas e incômodos, porém, focalizando-os no outro. Não relata dificuldades próprias, mas refere problemas de compreensão (porque o outro não ouve bem e responde errado!) que o fazem, muitas vezes desistir de conversar. O sujeito 3, parece ter organizado sua vida com atividades que implicam em uma boa condição auditiva (aulas de canto) e narra estar satisfeito com esta atividade e com as possibilidades de contato social que desenvolve. Já os sujeitos 4 e 5 declaram suas dificuldades auditivas e os impedimentos ou constrangimentos que elas impõem a eles. Alguns mostram conhecer estratégias para contornar estes problemas, outros não, revelando que um trabalho poderia ser desenvolvido com esta população favorecendo sua percepção do problema enfrentado e construindo estratégias para lidar com ele.

Pode-se perguntar se um contato mais demorado com estas pessoas, uma entrevista mais longa, que estabelecesse um vínculo maior, favoreceria que eles narrassem detalhes de suas relações sociais que evidenciassem outros problemas. Falar da dificuldade de audição implica em admitir que funções 'nobres' humanas estão falhando e isso nem sempre é fácil de ser assumido.

Como os idosos avaliam sua audição

Sujeito 1, D.L.R.

C - *Em relação aos problemas de saúde o que me conta?*

D - *Eu andava com uma gripe mas agora tomei um remedinho. O único problema que eu tenho foi quando ainda estava trabalhando entrava muito pó de algodão e muito barulho no meu ouvido. Acho que isso atrapalhou um pouco a minha audição.*

Refere que suas condições de trabalho anteriores talvez tenham colaborado para as dificuldades de audição que enfrenta na atualidade. O sujeito 1 atuou como metalúrgico e tecelão por 22 anos em Santos- SP. Russo (1997) relata que a dificuldade auditiva é ocasionada principalmente pela interação de fatores bio-psico-sociais e o ruído, gerado pela civilização industrial, e pelo ambiente de trabalho certamente é um deles.

Sujeito 01, D.L.R.

C - *Só pra finalizar, como o senhor considera a sua audição hoje?*

D - *Escuto bem, de longe que não dá. Se conversa baixo também não entendo, às vezes, a pessoa fala e a gente nem entende o que está falando, tem que disfarçar, deixar de lado.*

Ele mostra ter consciência das dificuldades auditivas em relação ao interlocutor. Sabe relatar as situações mais complicadas e estratégias que usa para escapar destas situações problema como disfarçar, não deixando o outro perceber o que não entendeu durante uma conversa.

Cabe ressaltar que pelos relatos é possível identificar que alguns idosos percebem seu problema auditivo enquanto, outros parecem não reconhecer sua dificuldade para escutar e/ou compreender. Para estes últimos, não se trata de uma dificuldade auditiva, mas de um fato natural do envelhecimento, consequência da idade avançada. Neste sentido, o uso de estratégias facilitadoras é visto como algo natural, que deve ser usado para ir superando os obstáculos que a idade vai colocando, buscando manter sua interação social.

Sujeito 2, M.R.D

C - *O que o senhor me diz da sua audição?*

M - *A minha audição é boa, eu não percebo nada de diferente. Às vezes, alguém está falando comigo e eu ouço um som muito grosso e meio enrolado, mas eu acho que a pessoa que não está falando direito.*

O sujeito 2 refere não ter problema auditivo. O mesmo considera que as dificuldades que enfrenta na comunicação não estão em sua capacidade auditiva propriamente dita, mas sim, no modo de falar do interlocutor. Certamente este modo de compreender as dificuldades de comunicação interferem em como ele se coloca diante do outro e em como soluciona seus impasses comunicativos. Se o problema é do outro ele não precisa desenvolver estratégias ou buscar alternativas para melhorar esta situação.

Sujeito 3, P.G.

P - *Desculpe a pergunta , mas você tá fazendo um questionário para?*

C - *Estou fazendo uma pesquisa com pessoas da terceira idade, que procuraram a clínica de audiologia por alguma queixa auditiva.*

P - *Pelo que eu entendi, o meu problema que pude perceber está no cérebro, que não transforma as mensagens, às vezes tenho dificuldade pra entender o que as pessoas falam , daí eu digo, fale um pouco mais devagar, chegue mais perto, outras vezes peço pra repetir. Daí vi que não tenho muito o que fazer, mas acredito que hoje estou bem pela idade que tenho, aprendi uns estudos que temos estágios de consciência...por exemplo como tenho dificuldade pra fazer duas tarefas ao mesmo tempo, eu faço uma coisa de cada vez.*

O sujeito 3, neste depoimento, revela conhecer aspectos de sua dificuldade, reproduzindo inclusive o discurso médico/fonoaudiológico que deve ter ouvido após realizar exames auditivos. Ele assume sua dificuldade e se diz bem para a idade, mostrando, por um lado, conformar-se com sua nova condição e, ao mesmo, tempo buscar novos modos de lidar com ela.

Assim, os depoimentos dos sujeitos são bastante diferentes, revelando múltiplas compreensões com relação às situações vivenciadas. Alguns reconhecem os problemas de comunicação como uma dificuldade própria e buscam alternativas; outros reconhecem como uma dificuldade do outro e se isentam de qualquer responsabilidade; outros ainda não referem ter problemas de comunicação tendo organizado suas vidas de tal modo que a dificuldade auditiva não traz incômodos maiores. É importante conhecer esta diversidade para poder intervir sobre ela. Ações educativas, preventivas ou de tratamento precisam considerar esta realidade plural (de como diferentes sujeitos vivenciam sua perda de audição) para buscar modos adequados de agir sobre ela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados desta pesquisa mostram que a perda auditiva, de alguma forma, contribui para a queda da qualidade de vida dos idosos, uma vez que a falta de interação com a sociedade e também com a família favorece o isolamento comunicativo e a conseqüente privação social. Os exames audiométricos apontaram a perda auditiva neurosensorial como a mais presente na maioria dos casos, perda esta que torna bastante difícil a informação que chega pelo outro.

As pessoas que apresentam dificuldades auditivas e os ouvintes, ou seja aquelas que podem se ouvir, estigmatizam freqüentemente ou avaliam negativamente a perda de audição. Muitos indivíduos que têm problemas para ouvir negam ou minimizam as desvantagens comunicativas e sociais relacionadas à habilidade reduzida de ouvir-se (CHARTRAND, 2000; HETU, RIVERIN, GETTY, LALANDE, e ST. CYR, 1990; SORKIN, 1997; STIKA, 1997). Esta negação é expressa evitando grupos sociais, fingindo compreender uma comunicação entendida mal, e outros comportamentos que mascaram a raiva, o depressão, e a frustração.

Durante a entrevista, os idosos (que em sua maioria apresentavam perda neurosensorial) utilizaram estratégias tais como: falar mais alto, solicitar repetição, falar mais perto e ignorar uma situação caso não estivesse entendendo o que a entrevistadora estivesse dizendo. Tais estratégias foram usadas de forma mais ou menos consciente pelos sujeitos, já que alguns pareciam saber que estas estratégias favoreceriam a relação, e outros as usavam sem se ater a elas, como algo transitando naturalmente pela relação comunicativa.

Alguns sujeitos referiram a perda auditiva que apresentam como um processo natural do envelhecimento, e que as dificuldades provenientes da presbiacusia não impedem a interação social, ou seja, certos idosos sabem lidar com suas novas

condições de saúde e não se sentem frustrados perante uma situação comunicativa que inicialmente pode parecer embaraçosa.

O contato com os idosos para a entrevista revelou o interesse deles por conversar e participar de uma atividade nova. Assim, um apontamento importante é que poderiam ser propostas a eles atividades que visassem contornar as dificuldades de comunicação diminuindo os prejuízos que eles enfrentam cotidianamente. Uma destas atividades poderia ser a dinâmica de grupos.

O objetivo do trabalho em grupo poderia ser discutir o envelhecimento dentro da perspectiva da promoção de saúde. O grupo dá a possibilidade de ampliação da rede social, e funcionando como apoio social, configura-se como lugar pertinente para a ressignificação dos valores negativos associados ao processo de envelhecimento, vencendo esteriótipos associados à velhice (TEIXEIRA, 2002).

Assim, um grupo de idosos e jovens pode se configurar como espaço de construção da capacidade de controlar as situações da vida, na medida em que evoca o cuidado com a saúde; configura-se como espaço de pertencimento, de referência, portanto de apoio emocional, permitindo potencializar talentos através dinâmicas que favoreçam as trocas de experiências entre sujeitos jovens que realizam as ações e idosos que podem narrar experiências mais amadurecidas sobre elas.

Os encontros do grupo podem ser semanais, para não se tornarem cansativos e para serem produtivos para todos. Nesses encontros podem ocorrer palestras, dramatizações, diversas técnicas de animação, jogos interativos nos quais haja um intercâmbio proveitoso e lúdico, onde os jovens aprendam coisas novas e os idosos acrescentem motivação às suas vidas.

Isso se torna possível através da autenticidade das relações sociais, suscitadas pelo diálogo interativo e pela conscientização crítica dos valores associados ao envelhecimento. Desta forma, permitiria aos idosos a renovação dos espaços de convivência social, o que remete ao resgate do sentido da vida, no qual, finalmente, a velhice pode ser vivida com maturidade.

Nesse ponto, pode-se refletir sobre a situação dos idosos, que tem sua rede social reduzida, devido aos processos associados ao envelhecimento, necessitando estabelecer novos vínculos sociais. Assim, para se pensar no desenvolvimento de uma autonomia na velhice é necessário, também, se pensar nas relações sociais, que favoreçam o desenvolvimento dos laços afetivos. Assim, o engajamento dos idosos em grupos, que promovem a saúde, poderia fazer com que houvesse uma ampliação de sua rede social e, portanto, se constituiria como estratégia de promoção da saúde.

O envelhecimento deve ser visto como uma conquista. Alguns recortes das falas dos idosos comprovam que é possível envelhecer com autonomia, entendida como a manutenção do desejo de viver e ser de acordo com o momento de vida. Assim, o impedimento auditivo pode e deve ser contornado, almejando uma vida digna e saudável.

Com a promoção de saúde, tem-se um novo conceito de saúde. A saúde é percebida, não como um objetivo em si, mas como um recurso da vida cotidiana. Trata-se, portanto de um conceito positivo, que enfatiza os meios sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. A promoção da saúde é, então, o maior auxílio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como uma importante dimensão da qualidade de vida. Desse modo, a promoção de saúde não é concernente apenas ao setor sanitário, mas pelo contrário, são requisitos para a saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade (Carta de Ottawa, 1986).

Com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos. A partir de então, a saúde é vista como um indicador de qualidade de vida, e é determinada, por sua vez, pelas condições gerais da existência. Isto envolve um processo educacional, pois a educação procura sempre desencadear mudanças de comportamento e exige conhecimento da viabilidade das áreas de intervenção e a compreensão das funções e dos papéis de cada indivíduo dentro de um contexto.

Assim, atuar em Educação em Saúde, se refere a qualquer combinação de experiências de aprendizagem delineadas visando facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Nela se enfatiza a importância de combinar vários determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizado e intervenções educativas.

Enfim, é preciso pensar em alternativas que favoreçam o bem estar dos idosos para que possam desfrutar desta fase da vida. Trata-se de uma fase nova, recentemente alcançada pela humanidade e é necessário aprender a conviver com ela, e torná-la agradável. Deve-se deixar de lado a idéia de que a velhice é um momento triste, marcado por doenças e frustrações. O importante é viver cada momento da vida com qualidade.

A Fonoaudiologia, enquanto área do conhecimento, pode atuar como agente favorecedor de interação entre as pessoas que apresentam problemas de audição e a sociedade como um todo, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Com um trabalho terapêutico e educativo estas pessoas se sentirão confiantes para se comunicar com liberdade, certos de que a compreensão e a interação entre eles é possível.

A formação de grupos voltados para as questões dos idosos, ações educativas e terapêuticas entre outras poderiam ser propostas em Piracicaba, já que o número de idosos, segundo o censo demográfico na região é bastante elevado, indicando a presença de uma população que se beneficiaria com a organização de eventos e a realização de projetos com este fim.

Esta pesquisa então, revelou aspectos do perfil auditivo dos idosos desta região e espera-se que estes achados contribuam para gerar ações educativas e novos estudos interessados em propiciar uma melhor qualidade de vida a esta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, K ; FREIRE, K. G. M. Seleção e Adaptação de Prótese Auditiva para o Idoso. In: ALMEIDA, K e IORIO, M. C. M. **Próteses Auditivas. Fundamentos teóricos e aplicações clínicas**. São Paulo. Lovise, 2003.
2. ALMEIDA, K.; RUSSO, I.C.P. O processo de reabilitação audiológica do deficiente auditivo idoso. In: MARCHESAN, I. et al. **Tópicos em Fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1995. P. 429-46.
3. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). Central auditory processing: Current status and implications for clinical practice. **American Journal of Audiology**, n. 5, p. 41-54, 1996.
4. ASSIS, M. O envelhecimento e suas conseqüências. In: Caldas, C.P. **A saúde dos idosos: A arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. P. 39-48.
5. BARAN, J. A . e MUSIEK, F. E. Avaliação Comportamental do Sistema Nervoso Auditivo Central. In: MUSIEK, F. E. e RINTELMANN, W. F. **Perspectivas Atuais em Avaliação Auditiva**. São Paulo. Manole, 2001. P. 371-401.
6. BESS, F.H. e HUMES, L.E. Patologias do sistema auditivo. In: _____. **Fundamentos de Audiologia**. Porto Alegre: Artmed, 1998. P. 155-94.
7. BLEGER, J. **Temas de Psicologia: Entrevistas e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
8. BOECHAT, E.M. **Ouvir sob o prisma da estratégia**. 1992. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
9. BRANT, L.; FOZARD, J. Age changes in pure tone hearing thresholds in a longitudinal study of normal human aging. **J Acoust Soc Am**, v. 88, n. 2, p. 813-20, Aug. 1990.
10. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto Constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 46/2005 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005.
11. CANGUILHEN, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
12. CALLAHAN E.H.; PARIS, B. Midlife periodic health exam in the primary care practice. **Geriatrics**, v. 52, p. 60-79, 1997.

13. CARLOS, R.C. **O idoso no sistema público de saúde e o processo de reabilitação auditiva**: Um estudo exploratório. 1994. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
14. CARTA DE OTTAWA (1986). In: BUSS, P. et al. **Promoción de La Salud y La Salud Pública**: Uma contribuição para debate entre lãs escuelas de salud de América Latina y el Caribe. 2000.
15. CHARTRAND, M. S. (2000). THE FEAR OF BEING FOUND OUT: THE DILEMMA OF DENIAL. *THE HEARING REVIEW*, 7 (3), 72, 74.
16. CORSO, J.F. Presbycusis, hearing aids and aging. *Audiology*, v. 16, n. 2, p. 146-163, 1977.
17. COSTA, M.F.L.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.
18. DAVIS, H., SILVERMAN, R.S. **Hearing and deafness**. 3.ed. New York: Holt, Rinehart e Winston, 1970.
19. FROTA, S; SAMPAIO, F. Logaudiometria. In: FROTA, S. **Fundamentos em Fonoaudiologia**: Audiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. P. 61-68.
20. GAO, A. Health and the quality of life. *Rev Panam Salud Publica*, v. 9, n. 1, p. 1-6, 2001.
21. GATTO, I.B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. P. 109-13.
22. GROISMAN, D. A velhice entre o normal e o patológico. *História, Ciências e Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol9(1): 61-68, jan- abr 2002.
23. HETU, R., RIVERIN, L., GETTY, N., LALANDE, M., e ST. CYR, C. (1990). The reluctance to acknowledge hearing difficulties among hearing-impaired workers. *British Journal of Audiology*, 24,
24. HULL, R.H. Atendimento ao paciente idoso. In: KATZ, J. **Tratado de Audiologia Clínica**. 4.ed. Manole, 1999.
25. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Síntese de indicadores sociais**. 1998.
26. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
27. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**: Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, 2002.

28. JASTREBOFF, P. J.; GRAY, W. e GOLD, S. L. Neurophysiologic Approach to Tinnitus Patient. Am. J. Áudio., 1996; 17(2):236-240.
29. JERGER, S. e JERGER.J.Presbiacusia. In: JERGER, S. e JERGER.J. **Alterações Auditivas:um manual para avaliação clínica**.São Paulo. Atheneu, 1989.
30. JERGER, J; JEGER S, O. T. ;PEROZOLLO, F. Speech understanding in the elderly. Ear and Hearing, 1989.
- 31.JERGER, J. Functional asymmetries in the auditory system. An Otol Rhinol Laryngol 1997.6: 23-30.
32. JERGER, J; ESTES, R. Asymmetry in Event- Related Potentials to Simulated Auditory Motion in Children, Young, Adults, and Senior. J Am Acad Audiol 2002; 13: 1-13.
33. JORNAL DE PIRACICABA . Disponível em [http:// www. jornal piracicaba on line](http://www.jornalpiracicabaonline.com.br)
34. JORDÃO NETTO, A. **Gerontologia Básica**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- 35.JUNCOS- RABADAN, O. Language y envejecimiento. Bases para la intervención. Barcelona (Espana). Masson, 1998.
36. KRICOS, P.B.; LESNER, S.A. **Hearing care for olders adults**: Audiologic rehabilitation. Newton USA: Butterworth-Heinemann, 1995. P. 282.
37. LEBRÃO, M.L.; DUARTE Y.A.O. **Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no município de São Paulo**: Uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. 255 p.
38. LEI Nº 8842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994. POLITICA NACIONAL DO IDOSO. LEI Nº 3561/ 1997. ESTATUTO DO IDOSO.
39. LEME, L.E.G. Peculiaridades éticas em gerontologia. In: NETTO, P.M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.
40. LÜDERS, D. **As dificuldades enfrentadas por familiares de deficientes auditivos idosos no processo de comunicação**. 1999. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
41. MACKBRYDE, C.M.; BLACKLOW, R.S. **Sinais e Sintomas**: Fisiopatologia Aplicada e Interpretação Clínica. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1975.
42. MANSUR, L.L. **As correções no discurso de indivíduos idosos**. 1990. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
43. MANSUR, L.L.;VIUDE, A. Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In: NETTO, P.M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

44. MESQUITA, C.D.S. Análise da efetividade de um inventário auditivo para idosos. 2001. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
45. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: ABRASCO/ HUCITEC.
46. MISORELLI, M.I.L. Linguagem e Processamento Auditivo. **Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia**. Out/ dez 2005.
47. NEVES, V.T. Envelhecimento do Processamento Auditivo Central. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, V. 18, n. 3, p. 275-82, Set-dez. 2002.
48. NEVES, V. T. , FEITOSA, M. A . Controvérsias ou complexidade na relação entre processamento temporal auditivo e envelhecimento. Rev. Bras.. Otorrinolaringol 2003; 69(2):242-9.
49. NIESCHALK, M; HUSTER, B e STOLL, W. Auditory reaction times in patients with chronic tinnitus with normal hearing. Am. J. Audiol., 1998; 19(5):611-18.
50. NUNES, F. B. Da avaliação do P300 e do Processamento Auditivo em Pacientes Idosos com e Sem Queixas Auditivas. Tese(Doutorado) Universidade de São Paulo, São Paulo; 2002.
51. PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.
52. PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de Vida do Idoso**: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo.
53. PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. P. 79-84.
54. PEREIRA, R. J. ; COTTA, R. M; PRIORE, S. E. Políticas sobre o envelhecimento e saúde no mundo. Mundo Saúde; 29(4): 475-83, out- dez 2005.
55. PORTARIA GM/ MS 2.073. POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA .INFORMATIVO DO CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 5ª REGIÃO. ED N 07 DEZ 2005 A FEV DE 2006.
56. RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano.Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, jun 2003, vol19, nº 3 p.743-78
57. RIBAS, A; COSTA, T. **Manual de orientação ao fonoaudiólogo que atua na área da Audiologia**. Bauru: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2004.

58. RUSSO, I.C.P. Distúrbios da Audição: Presbiacusia. In: RUSSO, I.C.P. **Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. Cap. 4, P. 51-82.
59. RUSSO, I.C.P. **Uso de próteses auditivas em idosos portadores de presbiacusia**: Indicação, Adaptação e Efetividade. 1988. Tese (Doutorado em Distúrbio da Comunicação Humana). Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
60. SALCE O B T. **O idoso institucionalizado: estudo da audição e das tarefas de repetição e nomeação** [dissertação]. São Paulo: PUCSP; 1989.
61. SANCHEZ, T. G. Reabilitação do paciente com zumbido .In: Tratado de Otorrinolaringologia da sociedade de Otorrinolaringologia . São Paulo.: Roca, 2002.
62. SANCHEZ, T. G. FERRARI, G. M. S. O que é zumbido ? In: SAMELLI, A. G. Zumbido – avaliação, diagnóstico e reabilitação. São Paulo: Lovise, 2004.
63. SANCINI, F; COSTA, M.J.; OLIVEIRA, T.M.T. Perfil audiológico de indivíduos na faixa etária entre 50 e 60 anos. **Fono Atual**, v. 28, n. 7, p. 21-29, 2004.
64. SANTOS, T.M.M; RUSSO, I.C.P. **A prática da Audiologia Clínica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.
65. SIEG, D. **Qualidade de vida em idosos com perda auditiva, em um serviço público de saúde: Uma análise fonoaudiológica**. 2002. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
66. SIQUEIRA, K. L; ASSENCIO- FERREIRA, V. J. O uso do aparelho de amplificação sonora individual(AASI) no alívio do sintoma auditivo. Ver. CEFAC, v. 4, n 1, 2002.
67. SORKIN, D.L. (1997). Developing an identity for people with hearing loss. *Hearing Loss*,18 (1), 14-18.
68. SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000.
69. STIKA, C.J. (1997). Living with hearing loss – focus group results, part II: Career development and work experiences. *Hearing Loss*,18(6), 29-32.
70. TAVARES, P.F. **Perda auditiva no idoso**: Suas interferências na vida psicossocial. 2001. Monografia (Especialização em Audiologia Clínica) – CEFAC. Itajaí.
71. TEIXEIRA, M.H. Aspectos psicológicos da velhice. In: CALDAS, C.P.A. **Saúde dos Idosos**: A arte de cuidar. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. P. 186-90.
72. TEIXEIRA, M.B. **Empoderamento de Idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. Tese (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.

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

74. VENTRY, I. M. e WEISTEIN, B.E. The Hearing handicap for the elderly: a new tool. *Ear Hear.* V.3(3), 1982, p.128-34.

75. WISE, K; RIEF, W e GOEBEL, G. Meeting the Expectations of Chronic Tinnitus Patients: Comparison of Structured Group Therapy Program for Tinnitus Management with a Problem- Solving Group. *J. Psychosomatic Research*, 1997; 44(6):681-85.

76. ZWAARDEMAKER, H. Du verlust an hohen tonen mit zunehmenden alter: Ein neues gesetz. **Arch. Ohr. Nasenheilk.**, 1981.