



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

LUZIANE QUEIROGA DA SILVA VIEIRA

**ANÁLISE DAS MUDANÇAS QUE OCORRERAM NA QUALIDADE DE
VIDA DE IDOSOS PÓS – ADAPTAÇÃO DO APARELHO DE
AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI)**

SOUSA – PB
2014

LUZIANE QUEIROGA DA SILVA VIEIRA

**ANÁLISE DAS MUDANÇAS QUE OCORRERAM NA QUALIDADE DE
VIDA DE IDOSOS PÓS – ADAPTAÇÃO DO APARELHO DE
AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI)**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de graduação em
Serviço Social, da Universidade Federal
de Campina Grande – UFCG.

Orientador: Dr. Antonio Marcelo
Cavalcanti Novaes.

SOUSA – PB

2014

LUZIANE QUEIROGA DA SILVA VIEIRA

ANÁLISE DAS MUDANÇAS QUE OCORRERAM NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PÓS – ADAPTAÇÃO DO APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI)

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como exigência pra obtenção de diploma em Serviço Social.

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Marcelo Cavalcanti Novaes (Orientador)
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof. Ms. Helmara Giccelli Formiga Wanderley
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof. Ms. Maria da Conceição Félix
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico este trabalho as minhas avós, Ana Queiroga da Silva “Donana” (in memorian) e a Maria Nocy Vieira, “Nocy” (in memorian), motivos de orgulho em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que em todos os momentos difíceis me carrega e demonstra seu grande e infinito amor, sendo minha fortaleza e meu amigo fiel.

A minha mãe, Luzia Queiroga da Silva Vieira, pelo dom da vida e por ser exemplo de dedicação e amor por tudo o que faz e ao meu pai, Rildo Fernandes Vieira, por me dar tanto amor e apoio necessário, a ambos por acreditarem e incentivarem minha trajetória pessoal e profissional. Obrigada por terem sido meus primeiros mestres e modelos. Amo vocês!

Agradeço a minha irmã, Lidiane Queiroga da Silva Vieira, pois sei que sempre posso com ela contar e por está sempre torcendo por todas as minhas conquistas. Te amo!

Agradeço a todos os familiares, até mesmo os que estão longe, que demonstram todo seu carinho e apoio, não só nesta trajetória, mas em todas que eu decida seguir. Amo todos!

As minhas amigas, pelo apoio e incentivos dados a mim, em todos os momentos de minha vida, palavras amigas são sempre fundamentais. Obrigada!

Ao meu orientador Doutor Antônio Marcelo Cavalcanti Novaes, por acreditar em mim e neste trabalho, obrigada não só pelos conhecimentos que foram muitos e orientação dedicada, mas principalmente, pela compreensão nos momentos difíceis e incentivo constante para realização deste trabalho.

A minhas colegas de turma da UFCG, por todos os momentos e conhecimentos divididos, em especial a minha turminha do coração, Amanda, Andressa, Wigna e Mayara, pela amizade que se concretizou a cada dia, vocês jamais serão esquecidas. Amo todas Vocês! Obrigada!

A Mayara Karla Duarte, por ter se tornado alguém tão especial nessa minha passagem pela cidade sorriso, obrigada pela amizade construída, por me emprestar sua casa quando necessitei, por ser tão atenciosa, companheira, amiga que jamais esquecerei. Obrigada por tudo!

A Francisca Gielly Kelly de Carvalho Amorim, por ser colega, amiga e irmã, por está sempre presente, pelo incentivo e compreensão nos momentos em que é necessário. Obrigada!

A Alyne de Almeida Dantas, por conviver comigo diariamente dividindo angústias, medos, alegrias, as “fofocas” do dia - a - dia e principalmente o companheirismo nas idas e vindas da cidade Sorriso. Obrigada!

A Assistente Social, Laurenilza Gomes Mendes, “Lalá” que me recebeu muito bem no meu campo de estágio, obrigada pelos conhecimentos divididos e por ser sempre muito atenciosa. Muitíssimo obrigada!

A todos os professores e funcionários da instituição, Obrigada por desempenharem tão bem o papel de vocês e contribuírem para minha formação!

*“Não vou lamentar
a mudança que o tempo traz, não
o que já ficou para trás
e o tempo a passar sem parar jamais
já fui novo, sim
de novo, não
ser novo pra mim é algo velho
quero crescer
quero viver o que é novo, sim
o que eu quero assim
é ser velho.
Envelhecer
certamente com a mente sã
me renovando
dia a dia, a cada manhã
Tendo prazer
me mantendo com o corpo sã
eis o meu lema
meu emblema, eis o meu refrão.
Mas não vou dar fim
jamais ao menino em mim
e nem dar de, não mais me maravilhar
diante do mar e do céu da vida
e ser todo ser, e reviver
a cada clamor de amor e sexo
perto de ser um Deus
e certo de ser mortal
de ser animal
e ser homem.”*

(Lema, Ney Matogrosso).

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural que acontece com o passar dos anos no ser humano, com ele acontecem várias mudanças tanto no aspecto biológico, social e psicológico, a perda auditiva é um dos problemas frequentes em pessoas idosas, e isso afeta diretamente na sua qualidade de vida, e o uso do aparelho auditivo é uma das possíveis soluções para esse tipo de problema e suas consequências na vida do indivíduo, este trabalho tem por objetivo analisar as mudanças que ocorreram na qualidade de vida pós-adaptação de aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), de idosos atendidos na Otolinica Aline Pires Benevides Gadelha, localizado na cidade de Sousa – PB. Para avaliar os benefícios causados com o uso do aparelho auditivo foi realizado um estudo baseado no método de história de vida e observação participante de natureza qualitativa, realizado através de análise de prontuários e realização de entrevistas domiciliares, constituídas por quatro indivíduos com idade acima de 60 anos, presbiacusios, sendo dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, os quais foram protetizados na Otolinica, num primeiro momento foi feito exames audiológicos e em seguida encaminhadas para triagem, a qual é realizada pela Assistente Social, depois de diagnosticado a real necessidade do aparelho, é feita seleção e a moldagem, depois do recebimento do aparelho o usuário inicia o processo de reabilitação audiológica. Ao concluir esse trabalho pude concluir que todos os idosos passaram pelo processo de reabilitação audiológica e conseguiram se adaptar e fazem uso diário do aparelho auditivo os quais obtiveram melhora significativa em seus relacionamentos pessoais e sociais, bem como obtiveram uma melhora em sua qualidade de vida. Observou - se que ter uma boa audição é fator significativo para se ter uma boa qualidade de vida, para se manter relacionado e inserido na sociedade, os usuários que estão utilizando a prótese sentem – se satisfeitos e bem adaptados as mudanças que ocorreram após o uso do aparelho.

Palavras chave: Deficiência auditiva; Idoso; Qualidade de vida; Aparelho auditivo.

ABSTRACT

Aging is a natural process that happens over the years in humans , with it several changes occur both in biological, social and psychological aspect , hearing loss is a common problem in older people , and this directly affects their quality of life, and the use of hearing aids is one of the possible solutions to this problem and its consequences on the individual , this study aims to examine the changes that occurred in the quality of life post- adaptation Personal Sound Amplification (hearing aid) , the elderly treated in Otolinica Aline Pires Benevides Gadea , the city of Sousa - PB . To evaluate the benefit caused by the use of hearing a study based on the method of life history and participant observation of a qualitative nature , carried out through analysis of medical records and conducting home interviews consisted of four individuals aged over 60 was conducted years presbiacusios , two males and two females , which were fitted in Otolinica at first was made audiological tests and then referred for screening , which is performed by the Social Worker , having diagnosed the real need the appliance selection and molding , after receiving the unit the user initiates the process of audiological rehabilitation is done . By completing this work could conclude that all seniors passed the audiologic rehabilitation process and managed to adapt and make daily use of hearing aid which had significant improvement in their personal and social relationships , and achieved an improvement in their quality of life . Noted - if you have good hearing is a significant factor in having a good quality of life , to stay connected and within society , users who are using the prosthesis feel - as satisfying and well adapted to the changes that occurred after use the apparatus.

keywords: Hearing impairment; Elderly; quality of life ; Hearing aid.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Sala de espera da Otolínea.....	22
Figura 2 – Idosa fazendo exame audiológico.....	22
Figura 3 - Fonoaudióloga realizando exames audiométricos.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
CAPs	Caixas de Aposentadorias e pensões
CF	Constituição Federal
ESF	Estratégia Saúde na Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IQV	Índice de qualidade de vida
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso Assistencial Básico
PACs	Programa agentes comunitários de saúde
PAI	Programa de Assistência ao Idoso
PAPI	Projeto de Apoio a Pessoa Idosa
PNI	Política Nacional do Idoso
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PIB	Produto interno bruto
PSF	Programa saúde da Família
QALY	Quality – adjusted life-years
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
WHOQOL	World Health Organization Quality of life

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 DEFICIÊNCIA AUDITIVA DO IDOSO – UM BALANÇO TEÓRICO	16
1.1 Evolução das políticas de saúde e políticas do idoso.....	16
1.2 O processo de envelhecimento.....	31
1.3 O que é presbiacusia	33
1.4 Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).....	35
2 EM BUSCA DE UM MÉTODO.....	39
2.1 Local de estudo.....	39
2.2 Amostra e coleta de dados.....	41
2.3 Instrumentos.....	43
2.4 Delineamento da pesquisa.....	43
3 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO PÓS ADAPTAÇÃO DO AASI.....	49
CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXO A.....	64

INTRODUÇÃO

O envelhecimento se refere às mudanças que ocorre no indivíduo com o passar dos anos, podendo lhe trazer consequências específicas da idade a exemplo de alterações biológicas, fisiológicas e psicológicas. O ser humano envelhece de acordo com seu próprio tempo, cada um envelhece de uma maneira diferente, e isso vai depender de inúmeros fatores, o idoso é uma pessoa que necessita de um auxílio especializado, compreender mudanças, por vezes as doenças, que ocorrem com o indivíduo com o passar do tempo é de fundamental importância, para que assim seja possível suprir os prejuízos causados pela idade.

A deficiência auditiva é uma das dificuldades que mais atinge a população quando envelhece, a presbiacusia é o nome dado aos problemas auditivos causados pelo envelhecimento, esse tipo de problema pode afetar as relações interpessoais, quando não se consegue ouvir, há uma grande dificuldade de comunicação o que leva os idosos na maioria das vezes a se isolar, afetando a sua qualidade de vida. Neste sentido, o trabalho de reabilitação audiológica é de fundamental importância para reduzir os efeitos da deficiência no idoso.

A impossibilidade de ouvir bem desenvolve no idoso o sentimento de incapacidade e de frustração devido à importância e papel social que ela ocupa em sua vida, por não ouvir e compreender o que as outras pessoas falam o indivíduo pode desenvolver desinteresse por ocupações e atividades sociais, já que a audição é um dos meios de suma importância para se ter uma comunicação com as pessoas, e é através dessa comunicação que ele desenvolve atividades, expressa seus pensamentos e ideias.

Com a finalidade de diminuir os efeitos da presbiacusia na qualidade de vida dos idosos, se faz necessário o uso de aparelho auditivo, juntamente com orientações fonaudiológicas, a fim de manter uma saúde física e mental do idoso, permitindo assim uma melhor participação na sociedade e um melhor convívio familiar.

Sabendo – se que a perda auditiva interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, a cada dia que passa são elaborados meios com a finalidade de melhorar essa qualidade de vida e um desses meios é a utilização de aparelho auditivo. Em Sousa esse tipo de intervenção está a cabo da Otolínea que se trata

de um órgão público municipal voltado para tratamentos otorrinolaringológicos, onde o usuário que sofre de deficiência auditiva são encaminhados para o processo de reabilitação, iniciado – se com exames audiológicos, entrevistas com assistente social, seleção e adaptação de próteses. O processo de reabilitação auditiva possibilita que os indivíduos voltem a ter vida social, melhorando sua auto – estima e bem – estar, melhorar sua audição significa devolver de certa forma sua vontade de viver, sair, se relacionar, evitando assim isolamento, distúrbios psicológicos, depressão, enfim, melhora sua qualidade de vida.

Entretanto, definir qualidade de vida ainda é algo difícil, pois existem muitos conceitos e cada área tem sua especificidade quanto ao tema, avaliar a qualidade de vida implica adotar vários critérios de natureza, física, biológica, psicológica e sociocultural, por ter várias definições avaliar qualidade de vida é uma tarefa difícil para isso desenvolveu – se vários instrumentos, a exemplo do WHOQOL – bref e o QUALY. Para tanto nos buscamos nesta pesquisa apresentar uma noção de qualidade nos amparando nestes instrumentos e no que foi coletado em dados para análise.

Atualmente com o avanço da tecnologia a área da saúde vem se aperfeiçoando cada vez mais, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida para quem necessitar o Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) é um exemplo disso, ele é um fator determinante para o tratamento de indivíduos presbiacusos.

A partir destas constatações e de minha vivência no campo de estágio, percebi a necessidade de realizar um estudo mais aprofundado sobre as mudanças que ocorreram na qualidade vida de idosos pós-adaptação de prótese auditiva, num segundo momento vamos acompanhar e analisar os depoimentos de alguns idosos, usuários de aparelho auditivo, com os quais foram realizadas entrevistas, com a finalidade de saber as mudanças que ocorreram na sua vida após o uso do aparelho e qual a melhoria que obtiveram em sua vida, bem como o que mudou em seus relacionamentos pessoais e sociais, ou seja, quais mudanças na sua qualidade de vida.

Acreditando na interferência negativa da deficiência auditiva na qualidade de vida e na importância da reabilitação auditiva, mais especificamente do uso de próteses auditivas para a adequada interação do indivíduo ao meio e a consequente melhora na qualidade de vida, realizamos este estudo. Assim sendo, os objetivos

deste trabalho são: verificar se existe melhora na qualidade de vida de adultos e idosos, após a adaptação da prótese auditiva.

1 DEFICIÊNCIA AUDITIVA DO IDOSO – UM BALANÇO TEÓRICO

1.1 Evolução das políticas de saúde e políticas do idoso

A política de saúde no Brasil passou por várias transformações até chegar os dias de hoje, no qual podemos observar no decorrer da história a sua evolução até chegar ao atual Sistema Único de Saúde (SUS).

No século XVIII a assistência médica era voltada apenas para o lado filantrópico, no dia 24 de janeiro de 1930 foi aprovado pelo congresso a Lei Eloi Chaves que é o marco inicial da previdência social no Brasil, através desta lei foram instituídas as Caixas de aposentadoria e pensões (CAPs) que funcionavam através da união das empresas e dos empregados, onde os benefícios eram de acordo com as contribuições que eram arrecadadas mensalmente e depositadas na conta bancária da CAPs, além de garantir a aposentadoria e pensões esse fundo era usado também para serviços funerários e médicos, as CAPs surgiu a partir das reivindicações do proletariado.

Com as reivindicações e revoluções na década de 1930 há uma formulação na política de assistência da classe trabalhadora do qual os CAPs são substituídos pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), onde os trabalhadores passaram a ser organizados por categorias profissionais e não por empresas, em 1933 foi criando o primeiro instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), Segundo Polignano (2003) o seu decreto definia os seguintes benefícios aos associados: aposentadoria, pensão em caso de morte para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias, socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.

Segundo Nicz (1982), além de servir como importante mecanismo de controle social, os IAP's tinham, até meados da década de 1950, papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como *instrumento de captação de poupança forçada*, através de seu regime de capitalização.

Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência médica domiciliar e de urgência (SAMDU), mantido pelos institutos e Caixas existentes.

[...] é a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros. (POLIGNANO, 2003, p. 11)

Durante a década de 1980, o contexto brasileiro ao mesmo tempo em que experimentou uma profunda e prolongada crise econômica, vivenciou um processo de reabertura democrática depois de 21 anos de ditadura militar. Nesse período, surgem diversos movimentos sociais para assegurar direitos, dentre eles o Movimento de Reforma Sanitária.

A reforma Sanitária se inicia através da luta contra a ditadura, na década de 1970, movimento formado por sanitaristas, professores e trabalhadores da área da saúde, etc. Estes se mobilizavam com o objetivo de alterar o quadro de saúde pública no Brasil. As principais propostas defendidas foram:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2010, p.9).

Essas propostas foram aprovadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no ano de 1986, a fim de reorientar o sistema de saúde. O relatório dessa conferência foi transformado em recomendações que serviram de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na formulação de diretrizes para a Constituição Federal de 1988.

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, a saúde passa a integrar a seguridade social juntamente com a previdência e a assistência social, passando a se consolidar um direito de todos e dever do Estado, a saúde passa a ser de grande relevância pública, sendo o poder público responsável pela sua regulação, fiscalização e controle, a partir da Constituição que todas as pessoas passam a garantir seus direitos na saúde, na constituição de 1988 foi estabelecida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios básicos são universalidade, a integralidade e a participação social.

Assim, o SUS vem como uma das proposições da Reforma Sanitária, que se materializa, em nível de normatização no qual é definido no artigo 128 da citada constituição, o SUS é definido da seguinte maneira:

[...] ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I- descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- participação da comunidade.

O SUS é visto como uma política e vem como direito de todos, além de ser um política ampla que garante o atendimento gratuito na rede pública de saúde, sem distinção de cor, raça, sexo, ou situação econômica é um direito para quem dele necessitar.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da CIDADANIA. (POLIGNANO, 2003, p.22)

Apesar da definição do SUS na Carta Magna, sua regulamentação só veio no ano de 1990 pelas leis de nº 8.080/90 e 8.142/90, estas leis definiram o modelo operacional do SUS, que conjuntamente formam a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Portanto, o SUS, garantido constitucionalmente e regulamentado pela LOS, deu um importante passo na modernização da assistência à saúde mediante os *Princípios de Organização, tais quais*: Regionalização e Hierarquização, Resolutividade, Descentralização e Participação dos Cidadãos; e *Princípios Doutrinários*: Universalidade, Equidade e Integralidade das ações. Porém além de todos os princípios o SUS não tem sido uniforme no atendimento em todos os municípios do Brasil, por falta de recursos financeiros, a lei 8.080 estabeleceu que os recursos dos SUS seriam originados do Orçamento da Seguridade Social.

A mesma lei em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOBs que regulamentaram a aplicação desta lei. (POLIGNANO, 2003, p.24)

Na discussão do SUS destacamos a Norma Operacional Básica (NOB), que trata das normas operacionais para funcionamento e operacionalização do SUS: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96, estas normas serviam como definição de critérios para que os estados e cidade possam receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde.

No decorrer dos anos 1990 é implementada a política neoliberal- privatizante no Brasil e logo o tema “reforma” do Estado adquiriu centralidade na sua agenda política.

O presidente Collor foi o primeiro a desencadear medida de reforma do Estado, mas foi no governo FHC que essas medidas foram aprofundadas. Constituiu-se um Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE – que teve como titular o ex-ministro da Fazenda Luís Carlos Bresser Pereira como carro chefe do processo de reforma do estado, orientada nos postulados do Consenso de Washington. No período do governo de Fernando Collor de Melo foi onde começam a ocorrer mudanças na NOB.

A NOB 01/91 Define o destino dos fundos estaduais e municipais direcionados a saúde. A NOB 01/93 tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde, disciplinando o destino dos recursos financeiros.

A NOB 01/96 representou um avanço para a política do SUS principalmente na consolidação da municipalização, está norma vem excluir os modelos anteriores de gestões propostas pelas NOB, vindo aperfeiçoar a gestão do SUS na medida em que se redefine, criando condições para uma participação efetiva.

É fundamental destacar que uma das alterações mais importante introduzidas pela NOB 96 refere-se a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passa a ser feito com base num valor fixo per -capita (PAB) e não mais vinculado a produção de serviços , o que possibilita aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população. (POLIGNANO, 2003, p.30)

O PAB (Piso Assistencial Básico) consiste em recursos financeiros a fim de financiar procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade municipal, esse piso é definido a partir da multiplicação de um valor per capita pela população do município.

Esta NOB tem a intenção de fortalecer a implantação do PSF e do PACs, a NOB só vai entrar em vigor a partir de janeiro de 1998.

Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral. Além disso, a proposta de Reforma do Estado para o setor saúde propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico. Nesse quadro também surge o tensionamento de dois projetos: o projeto de Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, (BRAVO, 2010).

Apesar das proposições da Reforma Sanitária terem se tornado uma prioridade política secundária durante os anos 90, o Ministério da Saúde cria em 1994 o Programa saúde da Família (PSF), enquanto proposta concebida dentro da vigência do SUS, que teve, como antecedente, os PACS, lançados em 1991, onde já se trabalhava tendo a família como foco principal (Vargas, 2008).

Assim, o Programa saúde da Família foi criado com o objetivo de reorganizar a prática assistencial a saúde no Brasil, passando a focar, priorizar a família em seu ambiente físico e social como núcleo base de atendimento a saúde.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação (Atenção Primária) da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Mais tarde, percebendo a expansão do programa da saúde da família, o governo Lula emite no ano de 2006 a portaria GM 648, com o objetivo de revisar as diretrizes e as normas para a organização da atenção básica no Brasil de acordo com os preceitos do SUS. Com isso, houve a mudança na nomenclatura PSF para ESF (Estratégia Saúde da Família). Essa mudança de nomenclatura se deu por que

[...] o termo programa apontava para uma atividade com início e prazo para terminar. Já que o PSF é uma estratégia de reorganização do modelo de atenção e que prever um prazo para sua finalização, ESF é, atualmente, considerado o termo mais adequado. (ABRUNHOSA, 2011, p.21).

Sendo assim, a ESF foi concebida com a finalidade de reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais de forma inovadora permitindo a ampliação e a qualificação do acesso da população aos serviços de saúde, especialmente a população mais vulnerável, a exemplo dos idosos.

Com o intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o alvo das ações da Atenção Básica, o Ministério da Saúde mediante a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, cria o programa NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), sendo republicada em 04 de março do mesmo ano.

O NASF tem o objetivo de ampliar as ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade e são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em Saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, em apoio e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Dessa maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

Um dos órgãos implementados para atender a família e a comunidade, com problemas de alta complexidade é a Otolinica Aline Pires Benevides Gadelha que se trata de um órgão público municipal, que foi inaugurado no dia 10 de julho de 2007, localizado na cidade de Sousa – PB, direcionado a saúde, voltada principalmente para os problemas otorrinolaringológicos e fonoaudiológicos, dando maior ênfase aos problemas auditivos, que são detectados a partir de exames específicos e depois encaminhados para um atendimento psicossocial, terapias fonoaudiologias, triagem para recebimento de aparelho auditivo, caso necessário. Atende cerca de 800 consultas gerais em Otorrinolaringologia e 2.400 exames de alta complexidade por mês em paciente de Sousa e regiões vizinhas. Foi implantada no governo de Salomão Benevides Gadelha, visando prestar Serviços de Atenção a Saúde Auditiva.

A Otolinica funciona no período da manhã, tem uma estrutura física adequada para o atendimento de toda a população que necessitarem de algum tratamento otorrinolaringológico, em todas as faixas etárias. Dispondo de uma equipe multi disciplinar capacitada e preparada para atender as necessidades

existentes, visando oferecer uma melhor qualidade de vida as pessoas que ali são atendidas.



Figura 1: Sala de espera da Otolinica.

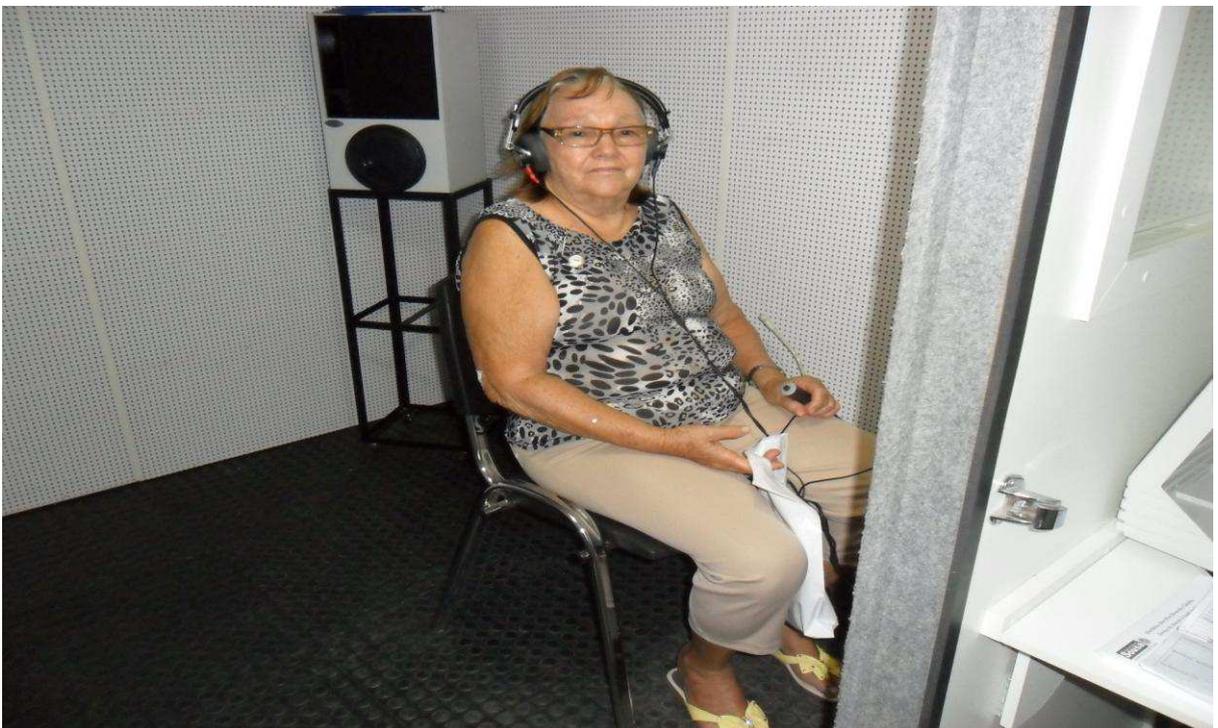


Figura 2: Idosa fazendo exame audiológico.



Figura 3: Fonoaudióloga realizando exames audiométricos.

Um dos públicos que mais são atendidos na Otoclinica são os idosos, que apresentam graus de perda de audições diferentes, uns com problemas em um ouvido outros em ambos os dois, eles procuram o atendimento com a finalidade de poder voltar a ouvir normalmente, para que assim possam ter uma melhor qualidade de vida, devido ao grande número de procura por tratamentos e a necessidade do uso de um aparelho, acaba gerando uma grande demanda de aparelhos, o que faz com que aja uma demora na entrega dos mesmo. Diante do que foi exposto faz – se necessário contextualizar de forma breve a política de atendimento do idoso no Brasil.

Tendo em vista a necessidade que o idoso tem na sua qualidade de vida, foram criados programas voltados ao atendimento desses tipos de pessoas, que no decorrer do tempo passaram por várias mudanças até chegar aos dias atuais.

Segundo Soares (2010) desde a década de 1960 a população brasileira vem se modificando demograficamente, assim o grande desafio do século é cuidar dessa população que envelhece cada dia mais, conforme a Constituição federal (CF) promulgada em 1988 (BRASIL 1988) no seu capítulo II – Seção II, da saúde e, seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A constituição representa um grande avanço no papel do Estado com relação a programas voltados a proteção do idoso, pois vem universalizar os direitos da população.

No ano de 1975 surgiu o primeiro programa de nível nacional voltado para saúde do idoso, chamado de PAI – Programa de Assistência ao Idoso que tratava de grupos de convivência para idosos, em 1976 foram realizado três seminários regionais onde buscou diagnosticar a questão da velhice no Brasil, resultando em um documento intitulado: Política para terceira idade – diretrizes básicas. Na década de 1980 surge no Ministério da Saúde, o programa Saúde do Idoso. Em 1987 é lançado um projeto educacional “viva bem a idade que tem” que consiste em um jornal que discute com a população o que acontece quando se envelhece, também foi feita uma reestruturação no PAI e passou a se chamar de PAPI – Projeto de Apoio a Pessoa Idosa.

O PAPI tinha suas “ações voltadas para as pessoas idosas, visando dar-lhes oportunidades de maior participação em seu meio social e, também, desenvolver a discussão ampla de sua situação como cidadãos, suas reivindicações e direitos, além de valorizar todo o potencial de vivência dentro das comunidades”. (RODRIGUES, 2001, p.03)

Em 1989 foram editadas as normas para atendimento geriátrico. No dia 5 de outubro de 1990, dia do idoso, o presidente da época Fernando Collor, lançou o projeto “Vivência” que visava desenvolver ações nas áreas da saúde, educação, cultura, lazer, promoção, assistência social do idoso e preparação a aposentadoria.

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegurando direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Encontra-se na Política Nacional do Idoso artigos que asseguram a saúde do idoso, na área da saúde.

Artigo 10 - Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

II - na área 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 Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, 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.

Segundo o PNI (Política Nacional do Idoso), no Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos.

Com tudo o Brasil se organiza para atender todas as faixas etárias inclusive as que estão envelhecendo que são umas das que merecem atenção especial.

A cada dia que passa nota – se um crescente aumento na população idosa, isso se dá há investimentos cada vez maiores voltados a essa faixa etária da população, onde a uma crescente preocupação com a qualidade de vida desses idosos, são criados cada vez mais programas voltados a área da saúde, educação e lazer, além da PNI existe também o Estatuto do idoso que foi aprovado no dia 10 de outubro de 2003, no qual existem leis que especificam os direitos e deveres dos mesmos, para que assim assegurem cada vez mais seus direitos, inclusive o de ir e vir, dando direitos e assegurando igualmente o idoso dentro da sociedade, bem como uma vida de qualidade.

A relação entre qualidade de vida e deficiência auditiva é um tema bastante estudado.

A audição exerce influência significativa na qualidade de vida, uma vez que o afastamento do meio familiar e social pode originar ou agravar quadros de

isolamento ou depressão. O processo de reabilitação auditiva possibilita que os indivíduos retomem a sua vida social, participando de atividades em grupo, melhorando sua autoestima e bem-estar (TEIXEIRA, 2008, p.01).

Sabe – se que qualidade de vida relacionada á audição envolve muito mais do que apenas a utilização de um aparelho, ou seja, envolve aspectos emocionais, sociais, assim como também físicos. Porém definir qualidade de vida é algo bem complexo, pois são muitas definições, na maioria das vezes restritos a um único assunto, uns voltados pra área da saúde, outros pra questão de renda e satisfação pessoal.

Entretanto a qualidade de vida da pessoa idosa é um assunto que tem ganhado bastante espaço, pois a expectativa de vida tem aumentado cada dia mais, havendo interesse em estudar e pesquisar o processo de envelhecimento na sociedade atual.

Estamos em um mundo de constante transformação, onde pessoas vivem a correria do dia – a – dia, stress, falta de tempo para lazer e família, para viver bem precisamos equilibrar o corpo físico com o psicológico, mantendo assim um padrão do qual possamos viver melhor.

Segundo Almeida, Gutierrez, Marques (2012) qualidade de vida é um termo usado para mensurar as condições de vida das pessoas, diferente de padrão de vida que é a maneira de medir as condições financeiras. Qualidade de vida mede saúde, mede saneamento básico, habitação, educação, saúde mental, todo um conjunto de elementos que envolvem o bem estar de um ser humano, podemos entender que não existe um conceito fechado para qualidade de vida e que pode – se variar apartir do que se está em questão, depende dos aspectos que estão sendo analisados, não sendo visto com um conceito único, já que o individuo pode mudar seus hábitos e com isso melhorar seu padrão de bem – estar e viver melhor.

Para Minayo (2000), qualidade de vida está bem próximo da satisfação que se tem juntamente com a família, a sociedade e o ambiente em que se vive, levando em consideração os padrões de conforto e bem – estar, podendo assim ter vários significados, refletindo seus conhecimentos, valores e experiências individuais e coletivas, sendo uma construção social com a marca de relatividade, variando de um individuo para o outro, onde cada um tem sua própria concepção do que seja qualidade de vida.

Já Almeida, Gutierrez, Marques (2012) afirma que nem todas as pessoas tem qualidade de vida e é necessário se esforçar para obtê-la, passando a ser como algo a ser alcançado, uma meta, dependendo exclusivamente da vontade do indivíduo em mudar seus hábitos, o que é boa qualidade de vida pra alguém não é necessariamente para outra pessoa, mas, está presente na vida do ser humano, um grau de satisfação, dependendo do ambiente em que ele vive, da sua convivência na sociedade e de suas próprias expectativas em viver bem, buscando uma boa qualidade diante de suas possibilidades.

A concepção de qualidade de vida vai depender da relação individual do sujeito com grupos aos quais ele pertence, depende da importância que o indivíduo dá para essas relações, as condições e a maneira que em que se vive socialmente.

Não é possível existir um conceito único e definitivo sobre qualidade de vida, mas, pode assim estabelecer elementos para pensar nessa noção do que se trata, divide – se esses elementos em duas esferas, objetivas e subjetivas, a partir da percepção que os sujeitos constroem em seu meio. (BARBOSA, 1998, p.418)

Definida a qualidade de vida há dois critérios de mensuração da qualidade de vida segundo Almeida, Gutierrez, Marques (2012), os objetivos e os subjetivos.

A objetividade está relacionada a bens materiais, o que realmente interessa são as condições de vida e sua posição diante da sociedade, pauta – se em elementos quantificáveis e concretos, transformados pelo homem, necessidades de garantia de sobrevivência, caracterizando a análise da qualidade de vida por uma busca de dados quantitativos e qualitativos, permitindo traçar um perfil do indivíduo e do grupo ao qual ele pertence e sua posição sócio econômica, traçando perfis a fim de caracterizar os padrões de vida dos sujeitos pertencentes.

Subjetividade relaciona – se com condições físicas, emocionais e sociais, levando em conta questões objetivas, considerando condições históricas, sociais e culturais do indivíduo, relacionando os fatores subjetivos e emocionais, suas próprias percepções de vida, considerando questões como, felicidade, tristeza, prazer e angústia.

Neste aspecto é necessário uma caracterização do grupo ou ambiente em que o indivíduo vive, para se fazer uma análise sobre seus níveis de qualidade de vida, numa perspectiva individual, a qualidade de vida possui vários aspectos,

podendo ser positivos (alegrias) e negativos (dor, angústia, tristeza), os quais serão melhor abordados no terceiro capítulo.

Minayo (2000) afirma que existem vários indicadores objetivos e subjetivos para se representar a expectativa do que seja qualidade de vida, os indicadores objetivos se referem a questões de renda, habitação, alimentação, saneamento básico, emprego/desemprego, acesso aos meios de transporte, condições de vida. Os indicadores subjetivos dizem respeito como as pessoas se sentem ou pensam de suas vidas, o quanto elas estão satisfeitas com suas próprias vidas, ou que valor elas dão para os bens materiais dos quais são considerados essências para uma vida de qualidade.

Para definir qualidade de vida é necessário especificar sua área de conhecimento e saber científico. Através destes conhecimentos fazer estudos e com isso ocorrem avanços científicos e tecnológicos na área da saúde e bem – estar, para que assim as pessoas vivam melhor e mais, não só aumentar a expectativa de vida, mas, melhorar a qualidade dos anos vividos.

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar a esta tese e das subsídios para políticas públicas e movimentos sociais. (MINYANO, 2000)

Independente do conceito utilizado para qualidade de vida existe uma forte ligação entre os conhecimentos sobre o assunto e a área da saúde, os aspectos físicos, emocionais estão ligados ao bem – estar é um processo sujeito a mudanças, influenciadas pelo ambiente em que se vive, pela sociedade.

Percebe – se que para os autores supracitados a relação entre saúde e qualidade de vida depende das ações pessoais e da cultura em que o sujeito se encontra, bem como a programas públicos oferecidos para uma melhoria na condição de vida do indivíduo e do grupo ao qual ele pertence, é influenciado pelo estilo de vida, ambiente e organização do sistema de saúde.

Segundo Seidl e Zannon (2004) qualidade de vida e saúde são termos muito frequentes em estudos, vistos quase como sinônimos, para conceituar e estudar esses termos investigam a partir de três dimensões: saúde mental e bem estar psicológico, funcionamento físico trata do que os paciente sentem como fadiga e dor e funcionamento social trata –se de ver não só a doença como a pessoa em volta

dela, é o meio pelo qual reconhecemos as pessoas e seus papéis e suas relações, o funcionamento social inclui o trabalho, lazer, relações familiares.

Minayo (2000), considera que o escalão mínimo pra um ser humano ter uma boa qualidade de vida é ter uma alimentação, acesso a habitação, trabalho, educação, saúde, água e lazer, e isso são referenciais para se ter conforto e bem – estar, uma realização pessoal e coletiva, podendo –se dizer, que desemprego, miséria, violência, exclusão social são a “negação da qualidade de vida”.

A avaliação da qualidade de vida é um tema complexo, e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicometricamente válidos, considerando-se ainda que a maioria deles foi desenvolvida nos Estados Unidos e na Europa, é um grande desafio. Além disso, a percepção da qualidade de vida varia entre indivíduos e é dinâmica para cada pessoa. (KUTHCOVSKY, 2010 p.2)

O estado de saúde de uma pessoa sofre inúmeras influências, desde limites impostos pela sociedade, ate elementos físicos, ecológicos, hábitos individuais e ao estilo de vida, os estados de saúde doença, dependem tanto das ações individuais quanto das políticas públicas, que envolve tanto direitos individuais como coletivo.

Qualidade de vida está ligada ao fator socioeconômico ainda que essa questão não remeta a questão de classes clássicas, pois existem muitas pessoas da classe alta que não gozam de uma qualidade de vida, vivem sob estresse e sentem – se desvinculados emocionalmente de seus familiares e pares e a partir daí que se configura a condição de vida do individuo, e a partir desta relação que se sabe as condições de saúde, comprovada por instrumentos e indicadores objetivos. As condições determinam às possibilidades de acesso a saúde.

Esses indicadores vem como foram de obter dados qualitativos e quantitativos sobre qualidade de vida.

Almeida, Gutierrez, Marques (2012) diz que, esses indicadores de níveis de qualidade de vida são positivos para se obter dados e gerar índices sobre qualidade de vida dos grupos os quais são analisados, já que são analisados índices nas áreas da saúde, moradia, lazer, educação, de modo coletivo e não individual e se possível são feito comparações entre os grupos, classificando – se grupos de acordo com seus níveis de qualidade de vida, esses indicadores apresentam – se positivamente eficientes, pois a uma grande facilidade de se obter dados e gerar de índices sobre as condições da qualidade de vida dos grupos analisados.

Historicamente um dos primeiros instrumentos que surgiu foi, o índice de desenvolvimento humano (IDH) que é um instrumento para coletar dados econômicos, o IDH foi elaborado pelo programa das nações unidas em desenvolvimento (PNUD), o IDH analisa o nível de renda, nível de emprego e o produto interno bruto (PIB), para se calcular o IDH, soma e divide por três os níveis de educação, saúde e renda de uma determinada população, se valia a renda através do PIB, a saúde pela taxa de natalidade e mortalidade e a educação pela taxa de alfabetização e números de matrículas dos níveis estudantis e frequência.

Almeida, Gutierrez, Marques (2012) diz que o IDH é um instrumento de fácil obtenção de dados e gerador de índices sobre as condições da qualidade de vida dos grupos os quais são analisados mede a qualidade de vida através das condições sociais dos grupos, englobando diferentes sujeitos numa mesma condição, as análises desses dados é importante para intervenções na área da saúde, e programas sócias oferecidos a população, a fim de melhorar a vida dos indivíduos dos grupos em questão.

Segundo o site ParlamentoPB¹ (2013), 80,7% dos municípios que foram criados por lei no ano de 1994, apresentam o IDH mais baixo do que o município do qual se originou, foram emancipado 52 distritos mas, ate o ano de 2013 apenas 10 destes municípios desmembrados apresentam o IDH maior do que o município sede. O município de Sousa teve três distritos desmembrados, Aparecida, Marizópolis e São Francisco, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), nenhum destes municípios superaram o IDH da cidade de Sousa, que tem o índice de 0,668 considerado médio, numa escala de 0 a 1.

Um outro exemplo é o índice de qualidade de vida (IQV) de São Paulo é um exemplo de um desses indicadores subjetivos, inclui um conjunto de nove fatores (trabalho, segurança, moradia, serviços de saúde dinheiro, estudo, qualidade do ar, lazer e serviços de transporte), analisa – se esses elementos a partir do ponto de vista da população, que é dividida por faixa de renda, escolaridade, categoria social, sexo e faixa etária. Vendo assim o grau de satisfação de cada individuo, podendo ser satisfatório, insatisfatório e péssimo, em um intervalo que vai de 0 a 10.

¹ <http://www.parlamentopb.com.br/Noticias/?cidades-desmembradas-na-paraiba-tem-idh-baixo-25.12.2013>

Pode –se perceber que no índice de qualidade de vida (IQV) o que se avalia não é a existência de bens materiais, como habitação, transporte, dinheiro, mas, concepção individual que o indivíduo tem sobre sua condição de vida.

Kluthcovsky (2010) cita outro exemplo de um indicador subjetivo é o World Health Organization Quality of life - 100 (WHOQOL – 100), um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 questões, que avaliam seis domínios, físicos, psicológicos, de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade/crenças pessoais, mas devido a necessidade de um projeto mais rápido desenvolveram o WHOQOL – bref que se trata de um questionário com 26 questões, a primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda a satisfação do usuário com sua própria saúde as outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, avaliando a qualidade de vida em diversas situações e grupos.

Minayo (2000), da outro exemplo de indicador subjetivo o Quality – adjusted life-years (QALY) é um instrumento para medir a quantidade e a qualidade de vida do indivíduo, onde os usuários deveriam se encontrar melhor do que antes da intervenção, considerando estudos de custo- qualidade.

Matematicamente, o QALY é calculado como a soma do produto de anos de vida e a qualidade de vida em cada um desses anos. A um ano de vida em ótima saúde é atribuído o valor 1 (um) e o valor 0 (zero) para o óbito (Dasbach & Teutsch, 1996). O estado de saúde pode ser medido direta ou indiretamente. Na forma direta, é o indivíduo que valoriza seu estado de saúde feito sob a forma de loteria, indagando- se sobre a escolha de um estado desejável, a probabilidade de melhorá-lo e a morte. A abordagem indireta refere – se a preferências do público em geral. (MINAYO 2000, p.11)

1.2 O processo de envelhecimento

Para se entender as consequência de um problema auditivo na vida de um idoso é necessário o entendimento sobre o processo de envelhecimento, a velhice faz parte do ciclo natural da vida, um processo que envolve perdas e ganhos, que sofrem influencias conforme sua estrutura social e cultural .

Segundo o Jornal folha de São Paulo (agosto, 2013) a população brasileira vem envelhecendo rapidamente e a população brasileira em 2060 será um quarto

(1/4) acima de 65 anos de idade. A expectativa de vida atingiu 71,2 anos para homens e 78,5 para mulheres de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e em 2060 serão 78 para homens e 84,4 anos para mulheres, sendo assim haverá um aumento na expectativa de vida de 6,8 anos de idade para homens e 5,9 anos de idade para mulheres, isso se dá graças a uma melhor qualidade de vida que se oferece para o indivíduo, através de acesso aos serviços públicos e melhores condições de saúde.

Cancela (2009), diz que toda pessoa sofre mudanças fisiológicas e tem um tempo limitado de vida, *a vida de um organismo multicelular é dividido em três fases: a fase do crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e senescência ou envelhecimento*. A primeira fase é quando ocorre o desenvolvimento dos órgãos, a segunda quando ocorre a reprodução do indivíduo e a terceira quando chega ao final da sua evolução.

Fechine apud Paschoal (1999), diz que não se define idoso através de sua idade cronológica, pois também deve – se levar em consideração condições físicas, saúde e psicológico, podendo observar diferentes condições biológicas em indivíduos da mesma faixa etária, variando de indivíduo para indivíduo.

Podemos dizer que os indivíduos envelhecem de forma diversa, e a este respeito podemos falar de idade biológica, idade social e idade psicológica que podem ser muito diferente de idade cronológica.

Kieling (1999) divide o processo de envelhecimento em três áreas: envelhecimento biológico que se refere as mudanças físicas que ocorrem em todos os níveis do organismo do indivíduo e suas funções; envelhecimento psicológico relacionado as mudanças no comportamento do indivíduo, isto é, em sua percepção, sentimento, pensamento e reação; envelhecimento sociológico que reflete a mudança no papel do indivíduo no meio como resultado direto das mudanças biológicas e psicológicas relacionadas ao aumento de idade, irei portanto abordar essa duas visões sobre o processo de envelhecimento.

Observando as três áreas do processo de envelhecimento, podemos relacionar perda auditiva com a terceira idade, já que a incidência maior de perda auditiva se tem a partir do envelhecimento biológico, pois acarreta mudanças físicas no organismo e suas funções, mas também pode ocorrer acidentes ou outras situações as quais leve o indivíduo a perder sua audição. O isolamento da sociedade, comportamento diferente, são reflexos de um envelhecimento

psicológico, devido à falta de comunicação por conta da surdez. Como afastamento da sociedade e se isolando ocorrem mudanças no convívio familiar e social, fazendo assim parte do envelhecimento social, com o comprometimento da audição ele não consegue de certa forma se socializar, já que o idoso não consegue ouvir bem ele não consegue entender o que se diz e isso dificulta o diálogo, muitos tem vergonha de conversar se isolam, passando a ocorrer um envelhecimento tanto psicológico como biológico, como demonstraremos adiante no terceiro capítulo.

Segundo Cancela (2009), existem certos preconceitos quando se refere ao idoso, tem – se a ideia de que uma pessoa velha ela é caduca, doente, triste, tirando conclusões e assim não dão oportunidade de conhecer melhor a pessoa. As pessoas que trabalham com idosos, raramente conhecem o que se passa na vida deles, não sabem de suas angústias, dificuldades, medos para que assim possa trabalhar com eles.

Percebe – se que ocorre na velhice várias mudanças, e que o idoso é uma pessoa que necessita de um auxílio especializado, compreender as doenças e mudanças que ocorrem com o individuo com o passar do tempo é de fundamental importância a fim de suprir os prejuízos causados pela idade.

A perda auditiva pode ocorrer em várias etapas do desenvolvimento humano, só que quando essa perda acontece na fase adulta ou em pessoas idosas há um impacto singular, específico nas formas de relacionamento tanto familiar, social como profissional, uma alternativa para esse tipo de deficiência é a adaptação de aparelhos auditivos.

1.3 Presbiacusia

As perdas auditivas que se manifestam após o nascimento podem ter vários motivos, pode ser genético, ou causado por algum tipo de bactéria, vírus, alergias, traumas, tumores e vários outros fatores, a perda auditiva resultante do processo de envelhecimento natural é conhecida como presbiacusia. O termo é derivado do grego: preby = velho e akousis: audição.

Segundo Rosa (2006), a presbiacusia ocorre em idosos, se resume a perda auditiva resultante de alterações fisiológicas, que podem ocorrer através de

exposição a ruídos, tratamentos médicos, prejuízos proveniente de desordens, ou geneticamente.

Katz (1989) caracterizou a presbiacusia por uma perda auditiva bilateral para tons de alta frequência, devido a mudanças degenerativas e fisiológicas no sistema auditivo com o aumento da idade. A audição é fundamental na segurança como alerta à defesa contra os perigos, permitindo localizarmos fontes sonoras à distância.

A presbiacusia pode ser classificada em quatro categorias: sensorial, neural, metabólica e mecânica. Na primeira observa-se atrofia do Órgão de Corti, perda e células ciliadas e de sustentação; na segunda, perda de fibras nervosas ou células no sistema nervoso central; a terceira engloba a atrofia da estria vascular e desequilíbrio bioelétrico/bioquímico da cóclea; a quarta envolve mecânica do movimento do duto coclear e alterações da membrana basilar (Katz, 1989).

Pode – se perceber que a presbiacusia trata – se da diminuição da audição, resultado da idade e pode influenciar na relação do idoso com a família e sociedade, a presbiacusia tem impacto negativo na qualidade de vida do idoso, por dificultar a comunicação e o convívio social.

A impossibilidade de ouvir bem desenvolve no idoso o sentimento de incapacidade e de frustração devido à importância e papel social que ela ocupa em sua vida, por não ouvir e compreender o que as outras pessoas falam o indivíduo pode desenvolver desinteresse por ocupações e atividades sociais, já que a audição é um dos meios de suma importância para se ter uma comunicação com as pessoa, e é através dessa comunicação que ele desenvolve atividades, expressa seus pensamentos e idéias.

Russo (1999), descreveu que de todas as privações sensoriais a incapacidade de se comunicar com outras pessoas devido à deficiência auditiva pode ser uma das consequências mais frustrantes para o indivíduo, em muitos casos, porém, a dificuldade de comunicação referida pelo o idoso parece ser maior que a esperada dada a quantidade de perda.

Russo (1999) acredita que a deficiência auditiva provoca nos idosos alguns distúrbios de comunicação, dificultando o papel do mesmo na sociedade, o autor frisa ainda que é comum perceber uma diminuição na audição do idoso bem como uma falta de compreensão na fala do idoso, afetando sua comunicação com todas

as pessoas do seu convívio, quando a pessoa idosa se isola é decorrência dessa falta de comunicação e pode gerar um impacto psicossocial.

Katz (1989), diz que a deficiência auditiva é uma das deficiências mais difícil que acompanham o processo de envelhecimento, não poder se comunicar com eficiência é um dos maiores problemas que a pessoa idosa tem que enfrentar, a chegada da presbiacusia é um fator para que se tenha certeza que a velhice chegou e com ela os valores sociais e disfuncionalidades.

A pessoa idosa pode tornar-se deprimida e desinteressada pelas suas atividades que sempre realizou durante a vida quando não consegue ouvir o que as outras pessoas estão dizendo. A falta de confiança em si mesmo e o medo de cometer erros levam a um sentimento de insegurança e baixa autoestima, podendo até causar mudanças na sua personalidade e até mesmo na capacidade de se proteger no seu ambiente causando problemas de alerta e defesa, ou seja, para ouvir alarmes, panelas no fogo, telefone, campainha, veículos, etc. Muitas vezes as pessoas com perda auditiva com o avançar da idade podem fingir estar escutando o que os outros estão falando, quando na verdade não estão, uma tentativa de manter suas relações estáveis, respeito. É muito frequente o familiar descrever o idoso com perda auditiva como confuso, desorientado, distraído, não comunicativo, não colaborador e zangado, como veremos adiante.

Por isso é importante que os familiares conheçam as características da deficiência sensorial e suas implicações sociais e cognitivas na vida das pessoas idosas, porque a perda auditiva pode passar despercebida. Um aspecto importante a ser notado é que às vezes perdas em funções tais como memória, linguagem, atenção, concentração, podem ser características provenientes da deficiência auditiva e têm implicações complexas na qualidade de vida das pessoas idosas.

1.4 Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI)

Uma forma de diminuir a deficiência auditiva quando não se trata de caso cirúrgico ou apenas de tratamento com medicamentos é fazer o uso do aparelho auditivo especificamente chamado de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), o aparelho pode auxiliar os usuários na melhoria de sua qualidade de vida,

no que se refere aos aspectos sociais, emocionais, muitos idosos não aceitam o uso deste aparelho.

As próteses auditivas vem como opção para se obter uma melhor qualidade de vida a pessoas portadoras de deficiência auditiva, a audiologia vêm ultimamente investindo nessa área, a fim de divulgar a cada dia os benefícios trazidos com o uso do aparelho, com as inovações tecnológicas os aparelhos de modernizam cada vez mais, tornando – se cada vez menores e eficientes, visando assim um bem – estar e maior comodidade ao usuário

Kieling (1999), afirma que a partir do momento que o usuário começa a usar o aparelho auditivo, inicia – se um processo de adaptação e acompanhamento dos usuários na utilização do aparelho, sendo uma fase de grande importância para a reabilitação auditiva do idoso.

Costa (2007) diz que o aparelho de amplificação Sonora Individual (AASI) é algo necessário para a reabilitação auditiva, a escolha da prótese bem como o acompanhamento do uso do mesmo deve ser acompanhado por profissionais. Atualmente os aparelhos são de fácil utilização, pequenos e podem ser controlados pelo próprio usuário.

Katz (1989) diz que os usuários devem ter segurança para se utilizarem a prótese auditiva, deve - se ensinar como utiliza – lós, a maneira como desligar o aparelho antes de retirar – lo, como segurar o aparelho, como coloca – lo na orelha, o usuário deve saber como se opera a prótese.

Há formas e cuidados no manuseio com os aparelhos, os usuários devem praticar as formas de manusear o aparelho, as próteses possuem uma chave que liga e desliga o aparelho, nele também existe um controle de volume, um pequeno botão cuja rotação controla o volume de acordo com a necessidade de cada um, o usuário deve controlar a posição do volume sempre que necessitar, procurando o nível que lhe traga mais conforto, pois vai depender da situação ou ambiente em que ele se encontra o aparelho não deve ser utilizado no seu volume máximo, pois pode aumentar demais os sons ambientais e prejudicar a clareza da voz, ouvir mais alto não quer dizer entender melhor. O aparelho funciona a base de pilhas recarregáveis, sua duração depende do total de horas, tipo de aparelho, volume e tipo da pilha, quando o aparelho não estiver sendo utilizado recomenda – se que se retire as pilhas para se evitar algum tipo de transtorno, como vazamentos que podem danificar o aparelho.

Segundo Piccoli (2011), além da orientação quanto ao uso e cuidados com aparelho se faz necessário um acompanhamento quanto ao desenvolvimento da comunicação do usuário, já que o aparelho não devolve a audição por completo é necessário que sendo necessário habilidades de atitudes do usuário para um melhor aproveitamento dos benefícios oferecidos pelo mesmo, essa adaptação é feita depois do exame audiológico e escolha do aparelho, após adaptação ocorre uma melhora na audição, para se saber se o aparelho melhora realmente a qualidade de vida dos usuários são feito exames objetivos como por exemplo a audiometria, bem como procedimentos subjetivos, questionários de avaliação que verifica como o usuário se sente com o uso da prótese.

As avaliações subjetivas são de fundamental importância, pois nela pode – se perceber as desvantagens sociais e emocionais que afetam os indivíduos, sem o uso do aparelho, e as relações que ele estabelece com a sua família e a sociedade ao qual ele pertence decorrente da perda auditiva.

Ribas (2006), afirma que o deficiente auditivo enfrenta vários problemas, em ouvir em ambientes com barulho causando dificuldade de relacionamentos, desvantagens sociais e emocionais (handicap), o que faz com que o indivíduo não consiga desempenhar seu papel na sociedade, acarretando problemas para suas relações familiares e sociais.

Piccoli (2011) diz que a melhor forma de saber como anda o uso do aparelho seus benefícios ou não em um usuário é a aplicação de questionários de autoavaliação, que avaliam questões emocionais e sociais acarretadas através da deficiência auditiva, o questionário pode ser aplicado tanto com o usuário como os familiares dos mesmos, essa avaliação pode identificar problemas emocionais e situações a serem abordadas na reabilitação auditiva e aconselhamento do usuário, verifica – se também se a adaptação do aparelho altera o handicap de cada indivíduo.

Costa (2007), diz que o uso do AASI pode trazer muitos benefícios para o usuário, o benefício pode ser medido, podendo ser ele positivo, negativo ou até mesmo neutro, isso vai depender de cada indivíduo, o benefício pode relacionar – se apenas ao alívio da perda, ou pode agir direto na necessidade do usuário, melhorando suas funções realizadas no dia – a – dia, é importante uma avaliação clínica do usuário para se saber a real necessidade do aparelho auditivo.

Sabe – se que o uso do aparelho não cura nem restauram a audição por completo, mas, o uso do aparelho ainda representa o melhor tratamento, auxiliando o idoso na sua comunicação reduzindo consequências geradas por uma perda auditiva, cada caso tem suas particularidades e a quantidade de uso do aparelho diariamente depende cada usuário, entretanto até que ponto o uso do aparelho relaciona - se com a melhora na qualidade de vida ou não do idoso com problema auditivo? Essa é a questão que norteará esta pesquisa.

2 EM BUSCA DE UM MÉTODO

2.1 Local de estudo

A pesquisa foi iniciada desde março de 2013, quando entrei e passei a observar os casos atendidos juntamente com a Assistente Social no meu campo de estágio, tendo como local inicial a Otolínea Aline Pires Benevides Gadelha, que trata – se de um órgão público municipal, que foi inaugurado no dia 10 de julho de 2007, centro da cidade de Sousa – PB. Direcionado a saúde, voltada principalmente para os problemas otorrinolaringológicos e fonoaudiológicos, dando maior ênfase aos problemas auditivos, que são detectados a partir de exames específicos e depois encaminhados para um atendimento psicossocial.

A Otolínea atende em média 800 consultas gerais em Otorrinolaringologia e cerca de 2.400 exames de alta complexidade por mês, sendo seus pacientes de Sousa e regiões circunvizinhas. Foi implementada por Salomão Benevides Gadelha que era o prefeito na época, a Otolínea leva o nome de sua esposa Aline Pires Benevides Gadelha que era advogada e exercia funções públicas ao lado de seu marido, tendo inclusive ocupado o cargo de secretaria municipal de saúde, em cuja função exercida implantou uma série de novas atividades voltadas a saúde da cidade de Sousa, a exemplo da instalação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Aline Pires Benevides Gadelha faleceu em dezembro de 2006, a Otolínea leva seu nome como forma de homenagem póstuma.

A Otolínea tem uma estrutura física adequada para o atendimento público. São 6 salas para atendimento e exames médicos, 01 recepção, 01 sala de espera, 01 diretoria, 01 sala de produção, 01 sala de reunião, 02 depósitos, 01 cozinha e banheiros masculinos e femininos, contando com uma equipe de profissionais bastante capacitada, distribuídos da seguinte maneira: 05 fonoaudiólogos, 02 Otorrinos, 01 Psicóloga, 01 Assistente Social, 02 recepcionistas, 03 auxiliares gerais, 01 diretora, 02 digitadoras. Dispondo de uma equipe multi - disciplinar preparada para as necessidades daqueles que necessitarem dos serviços ali oferecidos, atendendo um público de todas as faixas etárias.

Graças a uma destas áreas, bem como a oportunidade de estagiar na Otolínea, as aproximações feitas num primeiro momento foram realizadas no setor de Serviço Social. Neste local pude acompanhar as entrevistas e a partir disso, pude perceber que a procura vinha de todas as faixas etárias, mas, na sua maioria de idosos e isso me chamou atenção, me despertou para um estudo mais aprofundando. Foi então que me interessei pelo problema dos indivíduos com mais de 60 anos de idade, considerados idosos, todos usuários de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) para se fazer a pesquisa. Ressoava uma questão: até que ponto estes indivíduos sentiam uma melhora ao receber o instrumento acima citado? Foi neste sentido que desenhei esta pesquisa.

Assim, foram feitas as análises de quatro dos prontuários existentes no arquivo, escolhidos dentre aproximadamente 150 prontuários, compreendendo os anos de 2009 e 2011. Além disso, em um segundo momento, foram realizadas entrevistas com usuários na residência dos mesmos.

Quanto aos prontuários acima citados faz – se necessário compreender que a Otolínea atende um número significativo de indivíduos que vão a procura para tratamentos otorrinolaringológicos, no primeiro momento da procura eles são atendidos pelo otorrino o qual realiza exames de audiometria, e avaliações audiológicas, caso o paciente apresente um grau de surdez elevado e necessite de um aparelho auditivo, ele é encaminhado para a assistente social.

Chegando ao setor social, a (o) assistente social realiza o processo de triagem, nesse momento é realizada uma entrevista inicial, um atendimento psicossocial. Nessa entrevista ela aborda pontos como: a identificação do indivíduo (nome, sexo, idade, endereço), motivo o qual ele procurou tratamento (quando surgiu a dificuldade de audição? Como se sente diante da queixa apresentada? Existem pessoas na família com a mesma dificuldade?), como esta sua vida atualmente (Seu dia – a – dia, relacionamentos sociais e afetivos), como foi sua infância (teve algum trauma, doença, suas recordações), para saber a real necessidade do aparelho, depois da entrevista ele é encaminhado para a psicóloga².

Após a indicação para o uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), os indivíduos são encaminhados pra o processo de seleção. Este processo consiste numa fila imensa de pessoas a espera de um aparelho, pois a procura é

² Para uma melhor compreensão do questionário vide o anexo A.

grande e a oferta é pouca. Para definir quem deverá ser agraciado com o aparelho é analisado mais do que o tempo de espera, são analisados todos os exames e entrevistas pra que se possa selecionar os indivíduos com maior grau de necessidade. Ao serem selecionados, a Otolínea entra em contato com o indivíduo para que ele compareça, para que seja feita a moldagem, já a escolha do tipo de aparelho é feita com base na necessidade de cada indivíduo, levando em conta o grau de perda e outros critérios de cunho audiológico.

O passo seguinte é a entrega do aparelho. Ao receber o aparelho auditivo o indivíduo assina um termo de recebimento, no qual constam dados pessoais, informações sobre o tipo de aparelho, quantidade recebida, pois ele pode receber até um par de aparelhos se necessário, descrição dos acessórios que o acompanham, garantia de um ano caso ocorra defeito de fábrica, contém também orientações quanto aos cuidados e como é o uso correto do aparelho, eles são entregues pela área de fonoaudiologia, que na hora da entrega já faz o primeiro acompanhamento necessário no processo de reabilitação.

Depois do recebimento do aparelho são marcados retornos para que o usuário seja acompanhado durante o processo de reabilitação, isto se dá pelo período de três meses, pois são necessários ajustes e indicações de uso. A cada consulta é remarcada o retorno, caso o indivíduo precise de outros retornos além do que se é previsto pela instituição, esses acontecerão, até que o indivíduo consiga fazer o uso do aparelho corretamente sem dificuldade.

2.2 Amostra e coleta de dados

A amostragem foi composta por quatro indivíduos, sendo dois homens e duas mulheres, presbiacusios, na faixa etária entre 63 e 89 anos. Estes indivíduos foram selecionados a partir de uma vasta procura nos prontuários existentes, a escolha se deu na medida em que pudesse garantir uma diversidade de situações, além disso se utilizou o critério de saturação, o que significa que as ideias e entrevistas começam a ter respostas repetitivas, o que me levou a escolher as que mais pudessem colaborar com o que estava em questão.

Os dados foram obtidos através da análise de prontuários de usuários que já receberam o Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), constantes nos arquivos da Otolínea Aline Pires Benevides Gadelha, contendo dados sociodemográficos, que eram preenchidos com informações pessoais e dados do exame audiométrico realizado no usuário.

Assim quanto ao grau de escolaridade corresponderam: 03 (três) concluíram o ensino fundamental, apresentam baixa escolaridade e 01 (um) terminou o ensino médio. Com relação a fonte de renda, 02 (dois) dos entrevistados além de aposentados estão inseridos no mercado de trabalho e os demais são aposentados e vivem de sua aposentadoria. Nos prontuários de onde foram selecionados os entrevistados, pode – se encontrar as avaliações feitas nos mesmos pela junta de profissionais composta por: otorrinolaringologista, fonoaudióloga (o), entrevista com a(o) assistente social e a(o) psicóloga.

Na fase de triagem dos prontuários adotamos os seguintes critérios de elegibilidade para a composição da amostra:

- Estar na terceira idade (60 anos ou mais de acordo com a Organização Mundial da Saúde);
- serem presbiacusios
- Estar usando Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI);

Assim também foram estabelecidos os critérios de exclusão para filtrar a amostra e realizar de forma mais focada esta pesquisa foram excluídos da amostragem então:

- indivíduos fora da faixa etária estabelecida;
- indivíduos com outro tipo de problema auditivo que não fosse a presbiacusia;
- indivíduos com algum tipo de comprometimento cognitivo que os impedisse a compreensão dos questionamentos apresentados;

A partir dos critérios apresentados acima os indivíduos foram selecionados, para realizar a pesquisa que ora é apresentada.

2.3 Instrumentos

Conforme já dito anteriormente, este questionário caracteriza o usuário quanto, ao nome, idade, cidade, sexo. Em seguida se detém a obter dados sobre a perda auditiva, tentando identificar, quando surgiu a deficiência, se existem pessoas na família com a mesma deficiência, aspectos pessoais relacionados à rotina e vivência familiar e relações sociais com relação a deficiência.

O segundo ponto utilizado para obtenção de dados foi a realização de entrevistas semi estruturadas individuais com alguns os usuários de aparelho auditivo, possibilitando assim que o usuário emitisse a suas opiniões sobre o tema discutido. Neste ponto, foram enfocados questionamentos sobre, qualidade de vida, deficiência auditiva, uso do aparelho, benefícios, relacionamento familiar e social entre outros.

Em algumas entrevistas foi utilizado o gravador como instrumento para coleta de informações na entrevista, com a finalidade de deter as informações de maneira original e íntegra. Outras entrevistas não foram gravadas, pois os próprios entrevistados não se sentiram a vontade com a utilização do aparelho, talvez por vergonha ou desconfiança do uso futuro das informações prestadas ao entrevistador.

2.4 Delineamento da pesquisa

O estudo é baseado no método de história de vida e observação participante, logo, de natureza qualitativa. Utiliza de pesquisa documental, com o objetivo mapear e de analisar as mudanças que ocorreram na qualidade de vida do idoso pós adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) de usuários atendidos na Otolínea Aline Pires Benevides Gadelha. Esta pesquisa documental se deu por meio de análise de prontuários. Além disso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Fazem parte da estrutura dos prontuários da instituição, a avaliação audiológica, entrevista psicossocial realizada pela assistente social, questionário de acompanhamento da adaptação do aparelho, contendo questões

voltadas para satisfação do uso, medidas do benefício, necessidade de reparo, avaliação audiológica com o aparelho e percepção de fala. O tema foi abordado prioritariamente de maneira qualitativa. O objetivo da pesquisa foi de cunho analítico e descritivo, pois realizei visitas com o intuito de melhor compreender o problema apresentado. Entretanto, para se fazer o desenvolvimento das análises utilizei fontes bibliográficas, como livros, além de artigos científicos da área e monografias que amparam as inferências na análise.

Some-se ao método da observação participante o método de História de Vida. Este, também está inserido dentro das metodologias de natureza qualitativa, ou seja, que se preocupa com a realidade que não pode ser quantificada, respondendo a questões particulares, trabalhando com crenças, valores e relações pessoais e sociais, preocupando-se com os indivíduos e os ambientes ao qual ele vive, priorizando informações dadas pelo entrevistado, exigindo assim uma aproximação entre pesquisador e pesquisado.

Spindola (2003) afirma que esse tipo de método é caracterizado pela obtenção de dados, através do contato direto do pesquisador com a situação ao qual ele está estudando, dando maior valor ao processo do que ao produto, com a preocupação de relatar a perspectiva dos participantes, ou seja, o significado que eles dão as coisas. O que se mostrou de ideal adequação para a pesquisa proposta.

O objetivo do método da história de vida é ter acesso a uma realidade que ultrapassa o narrador, tentando entender o meio em que o sujeito vive de acordo com o que ele conta, e que ao se aproximar do social ele mesmo constrói sua própria identidade, sondando através da experiência de relatar sua própria vida lhe dando seu próprio significado.

Silva (2007) diz que esse método possibilita uma abordagem histórica bem mais democrática e oferece oportunidade única a pessoa de evidenciar justamente aquilo que ele acha mais necessário, mais importante. Nesse método o entrevistador escuta mais, dando assim voz aqueles que permaneciam calados.

Segundo Spindola (2003,) a história de vida é contada pela própria pessoa que vivenciou o pesquisador não confirma a veracidade dos fatos, pois o que importa é o ponto de vista do pesquisado, ele inclui na sua pesquisa tanto a narrativa do sujeito bem como todos os documentos que possam ser consultados, como prontuários, testes psicológicos, entrevistas com pessoas que conhecem o sujeito ou a situação do estudo. Conforme foi feito para esta pesquisa.

Silva (2007) diz que um dos pontos a se destacar neste método é o vínculo entre o pesquisador e o sujeito, suas relações. A análise do objeto de pesquisa se desenvolve através dessa relação que acontece e não da elaboração de hipóteses que foram estabelecidas previamente para a pesquisa. O sujeito ao relatar a sua história, os sentidos e significados próprios aos quais ele acha importante, estabelece, forma uma ponte entre o social e o individual. Tal técnica permite uma aproximação necessária, em que acaba ocorrendo um vínculo de amizade, cumplicidade do levantamento de dados entre o pesquisador e o narrador e a partir desse vínculo é que vai se definir a qualidade da entrevista.

No relato de história de vida o que interessa ao o pesquisador é o ponto de vista do sujeito, ouvindo o que ele tem a dizer, o que ele acha que seja realmente importante para sua vida, toda entrevista trás consigo uma quantidade de valores dos grupos o qual o sujeito pertence, essas histórias por mais particulares que sejam sempre em seus relatos vão conter informações sobre grupo ao qual ele pertence e como ele o enxerga, bem como se enxerga em meio a este grupo.

Silva (2007), diz que o método se inicia como interesse que o entrevistado tem de relatar sua vida. Assim, pede – se que ele relate a sua história da maneira que ele preferir, que ele achar melhor, fazendo assim uma entrevista não – estruturada, parecida com um dialogo. O individuo é escolhido a partir das relações desenvolvidas pelo pesquisador no contexto, sou vontade de participar, a partir desta relação existente é que vai se estabelecendo um vínculo de confiança, um diálogo entre eles.

A maneira como o sujeito conta oferece acesso a outras dimensões, a ponte entre o sujeito e o coletivo, ao contar sua vida, o sujeito fala dos processos por ele vividos, ligados a conjuntura social do qual ele está inserido. Ao se trabalhar a vida dos sujeitos, temos acesso a sua cultura, relações sociais e os valores que ele mesmo, elegeu para serem seguidos.

Silva (2007) descreve outro ponto importante para esse tipo de procedimento que é a questão de implicação do pesquisador, um relato é sempre direcionado a alguém provocando um efeito a quem ouviu, ocorrendo uma relação entre quem conta e quem colhe os relatos Fazendo com que o pesquisador atue de maneira reflexiva e comprometida com seus informantes.

É importante que se tenha um vínculo de confiança entre o pesquisador e o sujeito ao qual vai relatar sua história, mas, deve – se tomar cuidado para que essa

relação próxima não interfira na pesquisa, para que o método não se torne menos científico.

O método de história de vida é um método científico com validade e credibilidade como qualquer outro método, sobretudo por que revela que por mais individual que seja uma história, ela é sempre coletiva, mostrando também o quão genérica é a trajetória do ser humano.

O método de observação participante assim como o método de história de vida fazem parte de estudos qualitativos, onde é de inteira necessidade a inserção do pesquisador dentro do campo estudado, vivenciado o objeto de pesquisa.

Segundo Queiroz et al. (2007), a observação participante faz parte do elemento principal da pesquisa, principalmente do campo qualitativo, fazendo – se presente desde a formulação do problema, passando pela constituição de hipóteses, coleta, análises e interpretação dos dados coletados, ela tem papel fundamental no processo da pesquisa.

A observação participante é uma técnica muito usada por pesquisadores que utilizam o método de pesquisa qualitativo e consiste na introdução do observador dentro do campo da pesquisa, dentro do grupo que está sendo pesquisado, interagindo diretamente com os indivíduos, tornando – se um deles, para que assim consiga sentir como é se encontrar em tal situação.

Queiroz et al. (2007) diz que no método de observação participante um fator importante é que o pesquisador deve se deter a aspectos éticos, e suas relações sociais, como costumes, tradições, e o quanto isso é importante para os sujeitos que estão sendo pesquisados, sendo necessário observar as regras expressas nas atividades de um grupo social, deve – se observar o quanto essas regras são obedecidas pelos membros dos grupos.

Segundo Queiroz et al. (2007) o método de observação participante segue várias etapas, a primeira delas é a aproximação do investigador no grupo social o qual vai ser estudado, nesta fase o pesquisador precisa ser aceito como alguém que está ali para estudar, essa aproximação exige paciência e equidade, é a condição inicial necessária para que se possa fazer um estudo dentro do grupo com a participação de seus membros e não como objetos. Na segunda etapa, exige do pesquisador de ter uma visão em conjunto do grupo estudado, sendo realizado entrevistas com os sujeitos a fim de ajudar na compreensão da realidade, os dados obtidos durante a pesquisa devem ser anotados, para que não se perca nenhuma

informação importante. Na terceira etapa é preciso estruturar e organizar os dados coletados, isso é uma tarefa bastante difícil e delicada, pois a análise dos dados deve informar ao pesquisador a situação real em que o grupo pesquisado se encontra, seguindo todas essas etapas com certeza a pesquisa será um sucesso.

Não existe limite de tempo para se fazer esse tipo de pesquisa, deve-se utilizar o tempo necessário para que se possa ter os resultados desejados, visto que na pesquisa qualitativa existem várias possibilidades de se colher dados, o tempo determinado para que o pesquisador se retire do campo de estudo deve ser determinado pelo próprio objetivo do estudo, bem como pela saturação dos dados.

Queiroz et al. (2007) afirma que para se fazer esse tipo de pesquisa o pesquisador deve contrair competências como ser capaz de adquirir a confiança com os sujeitos, ser um bom ouvinte, não ter pressa, verificar e controlar os dados coletados.

O método de observação participante envolve críticas tanto positivas como negativas, um ponto positivo é a obtenção de dados no momento que ocorre um fato na presença do observador, é o meio mais rápido de estudar vários fenômenos, a maioria do comportamento humano só pode ser estudado mediante observação, outro ponto positivo é que ele é o que menos exige dos sujeitos objetos de estudo, um ponto negativo é que mesmo inserido no campo de estudo, alguns sujeitos omitem dados, por se passar pouco tempo inserido no campo o investigador não consegue identificar tais problemas.

Esse método se diferencia dos outros, pois registra de forma qualitativa a realidade estudada em um diário de campo, o que é seu principal aliado na hora de estudar os dados, os observadores se inserem na vida das pessoas, vivenciam a pesquisa, a importância dessa pesquisa está atribuída à valorização do instrumento humano, já que o observador participante deve aprender a usar sua própria pessoa como principal e mais confiável instrumento de observação, seleção e interpretação.

Pode-se perceber que o método de observação participante tem um valor muito grande no meio de produção acadêmica principalmente quando se trata de pesquisas de caráter qualitativo, por que contribui com investigações, podendo proporcionar uma visão detalhada da realidade, resultante da interação do pesquisador com o meio, vivenciando várias situações, vale ressaltar que não se trata de uma observação simples, é uma técnica de observação sistemática, que da

oportunidade a participação intensa do pesquisador nas vivências dos grupos e acontecimentos julgados importantes pra melhor compreendê – lós.

3 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO PÓS ADAPTAÇÃO DO AASI

A deficiência auditiva atinge todas as idades, mas, a mais afetada das faixas etárias é a dos idosos. Eles são os que mais procuram os serviços prestados na otoclinica, que é o centro de diagnósticos, tratamento e acompanhamento de pessoas em Sousa, como já foi apresentada no capítulo anterior. Fazem isso, pois sentem uma maior necessidade nesse tipo de tratamento, e possível obtenção do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Sem contar que por vezes não tem condições de tratar-se em outro local, em João Pessoa ou Natal, por exemplo. Em Sousa, é a Otoclinica o local de referência para problemas auditivos.

Os resultados aqui apresentados indicam as condições existentes na qualidade de vida de idosos portadores de deficiência auditiva, após adaptação do aparelho auditivo, para isso, num primeiro momento realizei análise de prontuários, os quais existem neles anexado um questionário psicossocial e acompanhamentos de entrevistas no setor de Serviço Social da Otoclinica, num segundo momento realizei entrevistas com usuários de AASI em suas residências.

Ao acompanhar as entrevistas, uma das maiores inquietações apresentadas pelos entrevistados foi à falta de comunicação, diálogo, já que eles não ouvem bem, eles conseqüentemente não conseguem dialogar, não com a mesma intensidade de antes, isso os leva a um certo tipo de isolamento, alguns entram até mesmo em depressão, ficam irritados facilmente quando não conseguem fazer muitas coisas com êxito como faziam antes. Atividades antes consideradas simples, como ir ao banco e até mesmo atravessar uma rua se tornam um tipo de problema.

Inicialmente foi feita uma análise dos prontuários existentes nos arquivos da Otoclinica, em torno de 150 prontuários. Ao fazer a análise destes prontuários podemos observar vários aspectos, pessoais, psicológicos e sociais, antes do uso do aparelho auditivo. Os prontuários que aqui serão expostos são os de número C – 01, C – 113, C – 142, C – 19 e C – 139, cujo os nomes dos indivíduos serão mantidos sigilo. Tais prontuários foram escolhidos por caracterizarem casos exemplares de explanação do problema de pesquisa apresentado. São também os que mostraram uma variação adequada para a análise e que permitiram saturar as inquietações desta pesquisa.

Os prontuários contam com um questionário realizado por uma Assistente Social, conforme o anexo I. Neste constam questões variadas das quais nos valeremos para análise. Exemplo disso é quando indagados de como eles se sentem diante da deficiência, todos os entrevistados apresentaram praticamente a mesma resposta, relatando que se sentem incomodados, perturbados, tristes, isolados, sentem preconceito, como é demonstrado nos trechos dos prontuários abaixo:

Sinto-me muito mal, percebo muito preconceito, as pessoas não entendem o meu problema e ficam “mangando” de mim, isso é triste. (C – 01)

Sentia-me bem até não adquirir essa deficiência, mas agora, me sinto perturbada, principalmente a noite. (C – 113)

Outro aspecto contido na entrevista realizada pelo setor de Assistência Social são os aspectos relativos a sua afetividade, como ele se sentiam em relação a essa dificuldade, todos disseram que se sentiam tristes, nervosos, pois não conseguem fazer com que as pessoas entendessem o que eles passam, por serem pessoas idosas não dão mais tanta importância como antes, sofrendo assim discriminação. Infere-se que a audição associada a queda da produtividade das pessoas idosas é que acarreta esta perspectiva de “inutilidade” para tais idosos.

Ao perguntar como se sentiam socialmente, nesse momento pode – se perceber que existe uma divisão de opiniões, pois alguns se isolam por se sentirem inferiores, por não entenderem o que os outros falam e assim não conseguem dialogar. Já outros casos apontam que alguns desses idosos se sentem bem, tentam conviver normalmente com a deficiência, levando uma vida como outra pessoa qualquer, procurando deixar a deficiência de lado, fazendo o possível para se sentir inserido em todos os meios. Eis alguns casos do segundo tipo de reação:

Sinto-me bem, converso com minhas amigas, mas, gostaria de ouvir melhor para poder conversar mais. (C – 113)

Sinto-me muito bem, não sinto diferença. (C – 139)

Em contrapartida conforme já fora anunciado, alguns idosos não se aceitam enquanto portadores de deficiência e acabam reproduzindo a imagem social de

quem é acometido por uma algum tipo de patologia ou limitação auditiva, conforme podemos constatar pelos trechos abaixo:

Sinto-me as vezes sem valor para os outros, chegando a ficar em depressão. (C – 01)

Sinto-me discriminado, as pessoas não tem paciência comigo. (C – 19)

Com relação a mudança de rotina em suas vidas, todos os entrevistados tentam manter sua rotina do dia-a-dia, apesar das dificuldades que eles passaram a enfrentar depois do desenvolvimento do infortúnio auditivo que lhes acomete. Alguns são aposentados, mas continuam exercendo trabalho remunerado, outros vivem da agricultura, exercem atividades domésticas, de lazer e muitas outras ao contrário do estigma da “inutilidade” que por vezes os perseguem. Tal indicador é corroborado pelos trechos, ainda dos prontuários, abaixo citados:

Estou aposentado, mas, saí para resolver as coisas da família, a cabeça está meio que perturbada, mas, dá pra fazer muita coisa. (C- 19)

Sou professora de reforço escolar, quando não entendo o que os meus alunos falam, peço que eles repitam, é um pouco difícil, mas, consigo me sair bem nesses tipos de situação. (C- 01)

Passo a maior parte do tempo em casa, sou doméstica, faço crochê em casa, é um pouco perturbador não escutar quando falam comigo. (C-113)

Meu dia-a-dia é normal, procuro levar a vida do mesmo jeito. (C- 139)

Todos que procuraram a Otolínea e que tiveram detectados um grau elevado de deficiência foram encaminhados para triagem e possivelmente receber o aparelho, pois esta mesmo não sendo a única forma de tratar o problema ainda é a melhor opção para tratamento desse tipo de deficiência. Os entrevistados demonstraram saber o que querem e ressaltaram a vontade de ouvir melhor para poder viver melhor. Reaver a audição, para muitos é devolver a vontade de continuar vivendo.

No intuito de aprofundar os dados estáticos obtidos nos prontuários da Otolínea, num segundo momento foram realizadas entrevistas com alguns idosos nas suas residências. Tais idosos foram selecionados, por serem usuários de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). As entrevistas foram realizadas

após adaptação dos aparelhos auditivos, quando eles, os entrevistados, já estavam escutando melhor. O objetivo geral das entrevistas foi analisar as mudanças que ocorreram na qualidade de vida dos idosos pós- adaptação do aparelho auditivo.

Os resultados apresentados apontam para o fato de que os idosos entrevistados apresentaram uma boa linguagem, uma boa comunicação, mas nem sempre foi assim. Segundo relatos, eles tiveram que enfrentar dificuldades na comunicação, assim que se iniciou o uso do aparelho, eles sentiram dificuldades, pois de repente tudo ficou claro, os sons muito altos, e até se acostumarem foi necessário um tempo. Como é percebido através dos trechos de entrevistas transcritos abaixo:

Antes eu não ouvia quase nada, era tudo longe, mas, depois que comecei a usar o aparelho, parecia que o povo tava gritando comigo, tinha hora que eu mandava o povo falar baixo, mas, descobri que era o volume do aparelho que tava alto demais. (entrevistado 03)

Assim que eu comecei a usar o aparelho era tudo muito claro, tudo muito alto ouvia tudo, mas, eu falava gritando, o médico ajustou o aparelho e eu ouvi melhor. (entrevistado 02)

Antes de começar a usar o aparelho eu ouvia muito pouco, eu sentia dor e um zumbido no ouvido direito, depois que comecei a usar o aparelho não sinto mais nada e escuto muito bem, entendo o que as pessoas me falam, mas demorou um pouco até eu conseguir usar ele direito, tive que voltar ao médico várias vezes até ficar bom. (entrevistado 04)

Quanto a motivação para se fazer o tratamento e o possível uso de prótese auditiva, os dados coletados nas entrevistas mostraram a unanimidade quanto ao desejo dos sujeitos de se fazer uso da prótese auditiva, sendo que o desejo partiu deles próprios e não de terceiros, ou seja, não foram obrigados por outros membros da família, o que mostrou-se bastante comum, foi o fato de que todos receberam incentivo por parte dos filhos, familiares. Esses incentivos fazem com que os indivíduos sintam – se mais motivados, e assim sendo, passam a ter uma maior expectativa, um aumento de interesse no uso do aparelho. Através desse tipo de relato pôde-se deduzir que o sujeito, quando apoiado, tem de certa forma uma conscientização, uma aceitação assumindo - se deficientes auditivos. Esta conscientização corrobora para um bom andamento do tratamento, principalmente no que tange ao acompanhamento, ao retorno periódico que é recomendado.

Mesmo tendo a questão funcional, a influencia familiar, quando inquiridos sobre o que mais os levou a procurar ajuda esses idosos afirmaram que a procura

de tratamento foi motivada principalmente pela falta de comunicação, pois eles gostam muito de conversar de contar as coisas da sua vida, o que faziam no passado, isso é uma forma que eles têm de se sentirem melhor, mais importantes, pois é bom saber que outras pessoas tem interesse em suas vidas.

Quando questionado sobre a expectativa do uso do aparelho, pode – se considerar uma expectativa alta em todos os aspectos. Assim, foram observados aspectos positivos no que diz respeito a melhor comunicação e da convivência social, porém, apresentam queixa no que se diz respeito a recuperação total da audição, pois não conseguiram recuperar totalmente a audição como esperavam, não ficaram com a audição perfeita, mas o que houve e o que é constatado pelos entrevistados é uma melhora significativa. Essa melhora é deduzida a partir de alguns comentários feitos nas entrevistas como o que segue abaixo:

(...) Antes de usar o aparelho eu não entendia nada, nem o rádio eu podia ouvir, hoje é bom demais, converso com todo mundo, falo até no celular. (entrevistado 01)

Nota – se também que muitas vezes amigos ou até mesmo familiares tiram brincadeiras com a doença, os chamam de mocos, que é um termo bastante usado para se referir a pessoas que não ouvem bem, há de certa forma um tipo de estigmatização por parte das pessoas, muitas vezes isso acaba magoando.

(...) Sou uma velha que adora conversar, contar as coisas do que aconteciam no passado, no tempo que eu morava no sítio, e sem ouvir direito eu ficava calada, sem saber o que estavam me dizendo ou perguntando, o povo gritava pra ver se eu escutava, quando eu não ouvia ficavam chateados, me chamavam de “moca”, depois que eu coloquei o aparelho eu escuto bem e converso, a casa é cheia, todo dia vem gente aqui, meus filhos, meus netos, é muito bom. (entrevistado 03)

Para muitos ter uma boa comunicação é fator importante, pois assim, eles podem exercer várias funções, se sentem úteis. Com relação a ocupação, todos os entrevistados são aposentados, mas, entre eles dois ainda exercem algum tipo de trabalho remunerado acumulando com a aposentaria seus rendimentos. O que chama a atenção é o fato de que ambos os entrevistados que afirmaram ainda trabalharem, concomitantemente afirmaram não precisar do trabalho, da renda extra. Eles o faziam pela sociabilidade gerada com a atividade, como pode-se constatar nos trechos abaixo:

(...) Sou aposentada, mas, também trabalho, sempre trabalhei, gosto do que faço, sou agente de saúde, e tenho muitos amigos, me distraio com meu trabalho, converso, visito o povo que eu gosto, ando, conheço um “bocado” de gente. (entrevistada 04)

(...) Vivo da minha aposentadoria, mas não deixo de ir pra roça, lá eu cuido das vacas, das plantas, converso com os trabalhadores, e ainda tiro um dinheirinho pra ajudar em casa, minha mulher não quer que eu trabalhe, mas, se eu não for pra roça eu fico é doente, vou três vezes na semana, pego um carro até a entrada do sítio e depois vou a pé. (entrevistado 02)

Em se tratando de sociabilidade, outra questão que foi abordada durante as entrevistas foi acerca do lazer. Ao indagar sobre o que eles fazem pra se divertir cada um me deu uma opinião diferente, mas, em todas senti muita felicidade e satisfação. A maioria das atividades de lazer eles já faziam antes, mas com o uso do aparelho, exercer estas atividades ficaram ainda melhor, ouvir os sons para eles é algo de certa forma extraordinário, algo de muita importância como apontaram nos relatos que seguem:

(...) O que eu mais gosto de fazer para me divertir, é pescar, vou pro “Tigre” (sítio localizado na região de Uiraúna – PB), passo o dia lá, converso com o povo, como bem muito e pesco, lá tem muito peixe, é muito bom, passo o dia todo lá, se eu pudesse eu ia todos os dias. (entrevistado 01)

(...) Eu gosto de ir pro sítio, olhar o verde, as vacas, as galinhas, lá é um sossego só, passo o dia todos lá, depois que eu passei a usar o aparelho melhorou mais ainda, porque eu posso ouvir tudo, os pássaros, as vacas. (entrevistado 02)

(...) Eu vou pra igreja, assistir a missa, adoro rezar, passo o dia todo rezando, antes eu ia, mas, não ouvia o que o padre falava, hoje eu escuto tudo que ele diz todas as músicas, vou também pra “Moça Branca” (sítio da região), quando a família toda vai, só que agora nem to indo mais, porque estou doente, a idade não deixa, estou velha. (entrevistado 03)

(...) Não saiu muito, fico mais em casa cuidando das coisas, mas gosto de visitar minhas filhas, conversar com elas ver meus netos, é bom quando passo o dia lá com elas, me divirto, gosto também de ir a igreja. (entrevistada 04)

Pode – se perceber que as dificuldades de comunicação passaram a ser poucas, e que não estão acarretando prejuízos a vida diária dos entrevistados, eles com o uso frequente do aparelho estão conseguindo trabalhar, se divertir e conviver bem socialmente e em família.

Com relação a questão de gênero, não foram encontradas diferenças significativas entre os participantes, não havendo diferenças quanto a isso, não foi observado relação desse aspecto com os resultados no uso da prótese. Observou – se que tanto os indivíduos do gênero masculino quanto os do gênero feminino apresentam expectativas elevadas, mostrando uma relação bastante positiva quanto aos resultados de prótese auditiva.

Se o gênero não demonstrou variação para a finalidade desta pesquisa, a família mostrou-se essencial para estas pessoas. Nada melhor do que ter uma boa relação familiar, foi esta a conclusão que chega-se pelos relatos. É através da família que estes idosos pesquisados puderam sentir o pertencimento aos valores, respeito, amor, cuidado, carinho, que construíram em suas trajetórias de vida. Estes são aspectos que se somam para que o idoso tenha uma melhor qualidade de vida, todos os entrevistados apontaram para um bom convívio familiar. Senão vejamos os relatos seguintes:

(...) Não tenho o que reclamar da minha família, me dou bem com todo mundo, tenho filhos que moram fora, mas, tenho outros que moram aqui mesmo, todos os dias os que moram aqui vem me visitar, não falta gente aqui em casa, a calçada é cheia direto, é muito bom. (entrevistado 01)

Sinto-me muito bem graças a Deus. Minha família me deixa feliz, me tratam bem, não tem nenhum tipo de preconceito. (entrevistado 02)

(...) todos os dias meus filhos vem me visitar, depois das três da tarde a casa fica cheia, eles vem merendar, tomar café e só vão embora a noite, mas, a noite chega mais gente, no domingo aqui tem gente o dia todo, vem também meus netos e bisnetos, é tão bom. (entrevistado 03)

(...) Minhas filhas moram fora, passo o dia todo com meu marido, as vezes minhas irmãs vem me visitar, todos me tratam bem, entendem meu problema e me ajudam quando preciso. (entrevistado 04)

Enfim, em face as questões até então abordadas conclui-se que para se ter uma boa qualidade de vida quando se é idoso é necessário vários fatores, a exemplo de comer bem, ter uma boa saúde, praticar exercícios, ter um bom convívio familiar, ter uma vida social instável. Com a chegada do envelhecimento na vida do indivíduo, conseqüentemente também aumenta a probabilidade de o mesmo ter uma saúde mais fragilizada, esse é um processo natural da vida humana, mas isso não significa que o idoso não terá uma boa Qualidade de Vida.

Entretanto para chegar ao cerne desta pesquisa é necessário saber o que estes indivíduos entendem por qualidade de vida. Quando perguntei aos entrevistados sobre o que seria ter uma boa qualidade de vida, todos ligaram esse fator a ter uma boa saúde, poder sair, conviver com seus familiares.

(...) Qualidade de vida é viver bem, comer bem, se divertir, passear, eu ainda faço isso, só que não como antes, não tenho mais saúde para isso, mas, não deixo de comer o que gosto, de fazer meus passeios, pescar, visitar meus amigos, isso que é bom. (entrevistado 01)

(...) é viver bem com a família, amigos, ir pra roça, ver o verde, depois que eu comecei a usar o aparelho a minha qualidade de vida melhorou, porque agora eu posso ouvir minhas vacas (risos), mas também tem que ter saúde né? (entrevistado 02)

(...) Qualidade de vida é ter saúde, mas, isso eu nem tenho mais, estou doente, cansada, mau saiu de casa, só vou mais a igreja rezar, a idade já não me permite viver bem. (entrevistado 03)

(...) É assim ó, aproveitar bem a vida, sair, passear, ser amigo dos outros, companheira e ser sempre feliz alegre, e participar das coisas, é sair para passear, ser muito boa para as pessoas, ser companheira e perdoar as pessoas, não ter rancor. Mas acima de tudo saber se alimentar. Ahhh como eu lido com a velhice? Eu lido assim ó... Eu nem penso que sou velha penso que sempre sou nova e vivo feliz. (entrevistado 04)

Por fim, vale uma ressalva de algo que não foi o objeto específico desta análise, mas que surgiu espontaneamente no decorrer da pesquisa. Percebe – se nestas entrevistas que existe por parte dos usuários de aparelhos auditivos um sentimento de gratidão, por terem participado de um programa de saúde pública dos quais eles se beneficiaram recebendo tanto as próteses como acompanhamento médico de forma gratuita.

Mas, nem sempre esses programas funcionam como tem que funcionar e as pessoas ficam satisfeitas. Existe uma fila longa na espera de um aparelho, com critérios de necessidade para ordem de entrega deles, e para que uma pessoa tenha acesso a eles demora um certo tempo.

Reafirmando assim a necessidade e os desafios que os idosos tem que enfrentar, com a escassez de programas voltados para esse tipo de público, o número insuficientes de serviços e cuidados, restando a família de cuidar do idoso, mas nem sempre eles conseguem fazer isso de maneira correta, uma vez que não são qualificados, devido a escassez de equipes profissionais especializadas e

implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das redes de assistência á saúde do idoso.

Pode – se observar que ainda falta muito para que os programas voltados aos idosos possam atender todas as necessidades existentes, pois a demanda por cuidados auditivos está cada vez maior, e nada se pode fazer, por conta da escassez de recursos, problemas refletidos pela insuficiência de serviços, ocorre também uma má distribuição desses serviços, onde eles são oferecidos em regiões metropolitanas, deixando a população das cidades menores sem atendimento, tendo eles que se deslocar de suas cidades a procura de atendimentos especializados, gerando assim comprometimento na eficácia do programa.

CONCLUSÃO

Durante o meu estágio pude perceber que existe um grau considerado de pessoas a procura de tratamentos auditivos de todas as faixas etárias, na sua maioria são pessoas com idade acima de 60 anos, que são consideradas idosas de acordo com o estatuto do idoso, alguns aceitam o problema e procuram tratamento e outros não.

Nas minhas pesquisas bibliográficas pude constatar que a cada ano que passa aumenta a expectativa de vida da população, esse fator se deve a melhoria da qualidade de vida das pessoas, principalmente no que se diz respeito a saúde e políticas públicas preventivas, inclusive as voltadas para as pessoas idosas.

A perda auditiva acarretada como consequência do processo de envelhecimento é denominada de presbiacusia. Esta é, a incapacidade de ouvir bem e ocasiona ao idoso serias implicações pessoais e sociais no seu dia a dia, a melhor solução para esse problema é se fazer o uso de prótese auditiva.

Para se obter o aparelho o individuo passa por vários procedimentos, primeiramente por exames audiológicos, um processo de triagem e seleção, após o recebimento do aparelho é feito o processo de reabilitação.

Este trabalho veio como forma de análise das mudanças que ocorrem na vida de idosos pós-adaptação do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). A partir da realização desse estudo, onde foram realizadas pesquisas bibliográficas e pesquisa de campo, pude observar uma relação muito aproximada entre envelhecimento e dificuldades de audição, questões sobre o processo de envelhecimento e o que é presbiacusia e os seus reflexos na vida do idoso, bem como o processo reabilitação audiológica e suas vidas após o tratamento.

Muitos autores foram de fundamental importância para minha pesquisa, que serviram de grande incentivo e indivíduos com quem dialoguei teoricamente para enriquecer minha prática na pesquisa de campo e com isso consegui melhor entender o que se passa na vida de um idoso com problemas auditivos.

No decorrer desta pesquisa podemos perceber que, os idosos que procuram tratamento recebem apoio por parte tanto da família como de conhecidos, os que obtiveram acesso ao aparelho auditivos, ficaram satisfeitos, pode – se notar que

ocorreram mudanças consideráveis, tanto na sua convivência familiar como socialmente onde os idosos, passam, a ter uma melhor qualidade de vida.

Ao concluir esta pesquisa, ressalto que a população idosa necessita cada dia mais de apoio e auxílio de pessoas com especialidade na área de reabilitação audiológica, pois, este não se trata de um processo simples e que se não for bem acompanhado pode trazer consequências dolorosas na vida do idoso, como a perda da qualidade de vida e os conflitos de relacionamentos sociais. O uso do aparelho em idosos com presbiacusia é um fator determinante para a melhoria de suas condições de vida, tanto psicológico como sociais, uma vez que se ouve bem, sua relação com o mundo e consigo mesmo tende a melhorar a cada dia que passa.

O idoso, indivíduo com muita experiência de vida, deve ser valorizado, levando em conta os seus relatos, dificuldades e anseios. Garantir seu bem – estar, sua qualidade de vida é mantê – lo como cidadão ativo em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, Marcela Alves. **A Informação e a Comunicação no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5514/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20marcela%20Abrunhosa.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

ALMEIDA, Marco Antônio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **Qualidade de vida**: Definição, Conceitos e interface com outras pesquisas. Disponível em: < http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BARBOSA, S R da C S. **Qualidade de vida e ambiente**: uma abordagem em construção. In: BARBOSA, S R da C S. (org). A Temática Ambiental e a Pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM. Campinas: UNICAMP, 1998.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**: trajetória histórica. Disponível em: < <http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-5.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília-DF, 2010.

_____. Ministério da saúde. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**. Brasília - DF, 2010.

_____. PNI, **Política nacional do idoso**. Brasília - DF, 2006.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. **O processo de envelhecimento**. Disponível em: < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

COSTA, Maria Helena Pinho; SAMPAIO, André Luiz Lopes; OLIVEIRA, Carlos Augusto C. P. **Avaliação do Benefício da Prótese Auditiva Digital e da Percepção da Desvantagem Auditiva ou “Handicap” em Idosos não Institucionalizados**. Disponível em: <<http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/419.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2014

FECHINE, Basílio Almeida; TROMPIERI, Nicolino. **O processo de envelhecimento**: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Disponível em:

<<http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/10910/envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 17 set 2013.

KATZ, Jack. **Tratado de audiologia clínica**. São Paulo: Manole, 1989.

KIELING, Carla Herdandez. **Reabilitação audiológica em idosos**. 75f. Dissertação (Monografia) – Especialização em audiologia clínica, Centro de especialização em fonoaudiologia clínica audiologia clínica – CEFAC, 1999. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/6dcbd42dc1a885e2334e39a080cc6364.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia G.C. and KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. **O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática**. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. 2009, vol.31. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>>. Acesso em 13 fev. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo and BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

NICZ, Luiz F. **Previdência social no Brasil**. In: GONÇALVES, Ernesto L. 35 Administração de saúde no Brasil. São Paulo. Pioneira, 1988.

PARLAMENTOPB. **Cidades desmembradas na Paraíba têm IDH baixo**. Disponível em <<http://www.parlamentopb.com.br/Noticias/?cidades-desmembradas-na-paraiba-tem-idh-baixo-25.12.2013>>. Acesso 08 mar. 2014.

PICCOLI, Suzana Campos de Avila. **Benefício subjetivo na adaptação de aparelhos auditivos em adultos e idosos**. 34f. Dissertação (Monografia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Psicologia, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32834/000787856.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 jan 2014.

QUEIROZ, Danielly et al. Teixeira. **Observação Participante na pesquisa qualitativa: Conceitos e aplicações na área da saúde** Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em 29 mar. 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL Uma pequena revisão**. Disponível em: <<http://dgx64hep82pj8.cloudfront.net/PAT/Upload/170052/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2013

RIBAS, Angêla; MARINE, Rosa; DANTE, Geovana; BASSETO, Jackeline Martins. **SOS prótese auditiva**: relato de um estudo de caso realizado na Clínica de Fonoaudiologia da UTP. Disponível em: <http://utp.br/tuiuticienciaecultura/ciclo_3/tcc_38/tcc_38_1.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2014.

RODRIGUES, Nara da Costa. **POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO – Retrospectiva histórica**. Disponível em <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fseer.ufrgs.br%2FRevEnvelhecer%2Farticle%2Fdownload%2F4676%2F2593&ei=5RILUviGlba9ATLrYDgCw&usg=AFQjCNF13T6v0SGVw-rW-E-iwoA2VTCe8g>>. Acesso em: 16 set. 2013.

ROSA, M. R. D; RIBAS, A.; MARQUES, J. M. **Percepção auditiva para sons verbais e não verbais em um grupo de idosos portadores de perda auditiva**. Rev. Fonoaudiologia Brasil. V- 4, 2006.

RUSSO, I.P. **Distúrbios da audição**: Presbiacusia. In: Russo, I.P. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

SEIDL, Eliane Maria Fleury and ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. **Qualidade de vida e saúde**: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*[online]. 2004. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>>. Acesso em: 08 fev. 2014

SILVA, Aline Pacheco; BARROS, Carolyne Reis; NOGUEIRA, Maria Luísa Magalhães; BARROS, Vanessa Andrade de. **“Conte-me sua história”**: reflexões sobre o método de História de Vida. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/mosaico/index.php/mosaico/article/viewFile/6/4>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

SOARES, Pedro. **Idosos serão ¼ da população no ano de 2060, aponta o IBGE**. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/08/1333690-idosos-serao-14-da-populacao-no-ano-de-2060-aponta-o-ibge.shtml>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

SOARES, Maria Dagmar de Andrade. **Características da perda auditiva na terceira idade**. 83f. Dissertação (mestrado) – Programa de mestrado em saúde coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2010. Disponível em: <<http://uol13.unifor.br/oul/conteudosite/F1066341976/Dissertacao.pdf>>. Acesso: 13 jan. 2014.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. **Trabalhando com a história de vida**: percalços de uma pesquisa(dora?). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/14.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

TEIXEIRA, Adriane Ribeiro. **Qualidade de vida de adultos e idosos pós-adaptação de próteses auditivas**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n4/a10v13n4.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2013

VARGAS, Jeferson Dutra de. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL Revisão da literatura**. Disponível em: <http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20AI%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf>. Acesso em 16 set. 2013.

ANEXO A



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SERVIÇO DE ATENÇÃO Á SAÚDE AUDITIVA

OTOCLÍNICA ALINE PIRES BENEVIDES GADELHA

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA

ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – ENTREVISTA INICIAL

1) Identificação:

Nome: _____ Idade: _____

Genitores: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Data: ____/____/____

2) Motivos da consulta:

a) Quando surgiu a dificuldade de audição?

b) Como se sente diante da queixa apresentada?

c) Como se sentia antes?

d) Existem pessoas na família com a mesma dificuldade?

3) Momentos atuais:

a) Momentos relativos no seu dia-a-dia, como é a sua rotina com essas dificuldades de audição?

b) Aspectos relativos a sua afetividade, como se sente em reação a essa dificuldade?

c) Aspectos relativos a sua vida escolar (modificações, interesses e aspirações em relação a essa dificuldade)

d) Gosta: _____

Divertimentos; _____

Jogos: _____

Hobbys: _____

e) Como se percebe na sociedade?

4) Infância

Aspectos relativos a:

a) Relacionamento com pais, irmãos, familiares e demais pessoas:

b) Recordações Infantis:

c) Vida escolar:

d) Doenças:

e) Como se percebia como criança?

5) Impressão geral do cliente, durante a entrevista (aspecto pessoal, postura, linguagem, timbre de voz, reação frente ao entrevistador, agressividade, colaboração, ansiedade, curso do pensamento, mecanismo de defesa utilizado).
