

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

Jociane Cribari

**QUALIDADE DE VIDA EM UM GRUPO DE IDOSOS COM
PERDA AUDITIVA E QUEIXA DE ZUMBIDO:
CONTRIBUIÇÕES DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM**

CURITIBA

2014

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

Jociane Cribari

**QUALIDADE DE VIDA EM UM GRUPO DE IDOSOS COM
PERDA AUDITIVA E QUEIXA DE ZUMBIDO:
CONTRIBUIÇÕES DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado e Doutorado em Distúrbios da
Comunicação da Universidade Tuiuti do
Paraná, como requisito parcial à obtenção
do grau de Mestre em Distúrbios da
Comunicação.

Orientadora: Prof. Dra. Ângela Ribas

CURITIBA

2014

TERMO DE APROVAÇÃO

JOCIANE CRIBARI

QUALIDADE DE VIDA EM UM GRUPO DE IDOSOS COM PERDA AUDITIVA E QUEIXA DE ZUMBIDO: CONTRIBUIÇÕES DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Esta Dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios da Comunicação, da Universidade Tuiuti do Paraná.

Curitiba, 24 de fevereiro de 2015

Orientadora: Dra. Ângela Ribas

Membro: Dra. Leomar Albini

Membro: Dra. Bianca Zeigelboim

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

C928 Cribari, Jociane.

Qualidade de vida em um grupo de idosos com perda auditiva e queixa de zumbido: contribuições da sistematização da assistência de enfermagem/ Jociane Cribari; orientadora Prof^a. dr^a. Ângela Ribas.
82f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2014.

1. Idoso. 2. Audição. 3. Zumbido. 4. Qualidade de vida. 5. Enfermagem.
I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação/ Mestrado em Distúrbios da Comunicação. II. Título.

CDD – 616.855

Dedicatória

A todos quantos me incentivaram e apoiaram para
prosseguir nesta árdua carreira,
e conseguir alcançar mais um degrau,
aos participantes da pesquisa,
os idosos tão dispostos e prestativos,
dedico este trabalho.

Meus agradecimentos

... Aos meus familiares, pelo amor e presença (mesmo quando ausentes fisicamente);

... Aos professores, por repartirem seu conhecimento;

... À minha orientadora, por sua paciência e incentivo;

... A todos que de uma ou outra forma, me incentivaram para a conclusão deste curso.

Obrigada, mesmo.

“No que diz respeito ao desempenho,
ao compromisso, ao esforço, à dedicação,
não existe meio termo.
Ou você faz uma coisa bem-feita
ou não faz.”

Ayrton Senna

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento da população brasileira vem sendo constante e irreversível, e tem exigido de autoridades públicas, profissionais de saúde e familiares, maior atenção para esse segmento populacional, os idosos. Ao escolher o tema: “Qualidade de vida em um grupo de idosos com perda auditiva e queixa de zumbido: contribuições da sistematização da assistência de enfermagem”, tivemos como objeto de estudo uma população que é marcada por limitações fisiológicas e funcionais, mas que também tem se mostrado cada vez mais ativa e participativa da sociedade. A audição e seus problemas, como a dificuldade de compreender o outro e o zumbido, são abordados neste trabalho com vistas a entender seu impacto sobre a qualidade de vida dos idosos, e como a enfermagem, preocupada com a promoção da saúde, pode contribuir com suas reflexões e ações. **OBJETIVO:** Analisar a qualidade de vida de um grupo de idosos com perda auditiva e queixa de zumbido. **MATERIAL E MÉTODO:** 53 idosos, 30 do gênero feminino e 20 do masculino, todos com perda auditiva, usuários de prótese auditiva e com queixa de zumbido, foram submetidos a avaliação audiológica, a acufenometria, responderam aos instrumentos Índice de Qualidade de Vida (QLI) e *Tinnitus Handicap Inventory* (THI). **RESULTADOS:** A amostra caracterizou-se por possuir perda auditiva sensorineural, de grau moderado e configuração descendente; o tipo de zumbido prevalente foi chiado de *pitch* médio; 39% das mulheres referiram possuir zumbido com incômodo moderado e 35% dos homens referiram incômodo severo; 100% da amostra considera-se satisfeita ou muito satisfeita com sua qualidade de vida, o mesmo acontece com o grau de importância referenciado; não houve diferença significativa entre as variáveis investigadas. **CONCLUSÃO:** Considerando que não houve relação entre qualidade de vida e impacto do zumbido; e não houve relação entre tipo e *pitch* do zumbido e grau de incômodo do sintoma, conclui-se que a presença do sintoma não está interferindo na qualidade de vida dos sujeitos estudados.

Palavras-chave: idoso, audição, zumbido, qualidade de vida, enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The aging of the population has been constant and irreversible, and has demanded more attention from public authorities, health professionals and families to the elderly population. In choosing the theme "Quality of life in a group of elderly subjects with hearing loss and tinnitus: contributions of the systematization of nursing care", the object was to study a population that is marked by physiological and functional limitations, but also has proven to be increasingly active and participatory in society. Hearing and its problems, such as difficulty in understanding others and tinnitus, are covered in this work in order to understand their impact on the quality of life in the elderly, and how nursing, which is concerned with health promotion, can contribute with thoughts and actions. **OBJECTIVE:** To analyze the quality of life of a group of elderly subjects with hearing loss and tinnitus. **MATERIALS AND METHODS:** 53 subjects, 30 females and 20 males, all with hearing loss, who are hearing aid wearers with tinnitus, and who underwent an audiological evaluation, acuphenometry, and who answered the questionnaires for the Quality of Life Index (QLI) and the Tinnitus Handicap Inventory (THI). **RESULTS:** The sample was characterized as having moderate and sloping sensorineural hearing loss; the prevalent type of tinnitus was of an average pitch; 39% of women reported having tinnitus with moderate discomfort and 35% of men reported severe discomfort; 100% of the sample is satisfied or very satisfied with their quality of life and its degree of importance; there was no significant difference between the investigated variables. **CONCLUSION:** Whereas there was no relationship between quality of life and the impact of tinnitus, and there was no relationship between type, pitch, and degree of tinnitus symptoms; it is concluded that the presence of the symptoms is not interfering in the quality of life of the subjects studied.

Keywords: elderly, hearing, tinnitus, quality of life, nursing

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A PERDA AUDITIVA (N=53).....	44
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A PRÓTESE AUDITIVA (N=53).....	50
TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO ACUFENOMETRIA (N=53).....	51
TABELA 4 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO RESULTADOS DO THI (N=53).....	52
TABELA 5 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO NÍVEL DE SATISFAÇÃO NO QLI (N=53).....	53
TABELA 6 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO NÍVEL DE IMPORTÂNCIA NO QLI (N=53).....	53
TABELA 7 – RELAÇÃO ENTRE O RESULTADO NO THI E O QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO O NÍVEL DE SATISFAÇÃO.....	55
TABELA 8 – RELAÇÃO ENTRE O RESULTADO DO THI E O TIPO DO ZUMBIDO.....	56
TABELA 9 – RELAÇÃO ENTRE O RESULTADO DO THI E A FREQUÊNCIA DO ZUMBIDO.....	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	16
2 ENVELHECIMENTO E OLHAR DE ENFERMAGEM.....	17
2.1 SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM	19
3 FISIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	25
3.1 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE	27
4 SISTEMA SENSORIAL NA TERCEIRA IDADE.....	31
4.1 PRESBIACUSIA	31
4.2 ZUMBIDO	36
4.3 ZUMBIDO E O IDOSO	39
5 MATERIAIS E MÉTODO	43
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO IMPACTO DO ZUMBIDO	50
6.2 CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	52
6.3 RELAÇÃO ENTRE ZUMBIDO E QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO IDOSA.....	54
7 CONCLUSÃO	57
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	69
ANEXO 2 - TINNITUS HANDICAP INVENTORY	70
ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO APRESENTADO PARA A IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DA QLI	72

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente recente e os estudos sobre o tema não são ainda muito numerosos. Entretanto, os estudos brasileiros têm apontado, de forma recorrente, que o processo de envelhecimento da população brasileira é considerado irreversível – diante do comportamento da fecundidade e da mortalidade registrado nas últimas décadas e do esperado para as próximas –, e face ao atendimento à sua saúde (BANDEIRA, PIMENTA e SOUZA, 2006).

O envelhecimento é uma condição natural do ser humano e cada um tem uma forma particular de vivenciá-la, uma vez que algumas pessoas envelhecem de uma forma mais rápida que outras. Conforme dizem Ciosak *et al* (2011), o envelhecimento de uma pessoa está diretamente relacionado com os seus genes, com os hábitos de saúde que adota, positivos e negativos, com o meio ambiente onde convive e também se insere, tanto familiar quanto profissional), e também, com as experiências de que adquire ao longo da vida.

As modificações do envelhecimento envolvem todo o sistema fisiológico e uma série de mecanismos biológicos, sendo que alguns fatores, tais como, o estilo de vida, a saúde e o estado emocional, resultam numa variabilidade entre os indivíduos, na forma e extensão com que as alterações ocorrem (QUEIJA e BEHLAU, 2006).

Com o envelhecimento, as diferenças entre as pessoas se tornam maiores e em maior número do que as suas semelhanças, tanto física, quanto mental e socialmente. Por isso enfatiza-se cada vez mais a importância dos estudos sobre a população idosa, sob os mais diversos aspectos, inclusive no que diz respeito ao atendimento da sua saúde, tanto no ambiente hospitalar, em suas particularidades, nos setores de urgência e emergência, no ambiente familiar e também, na vigência de traumas e doenças degenerativas (FURTADO, 2006).

Falar de envelhecimento é falar da vida, do natural processo de viver, que se inicia com a concepção e o nascer biológico, a partir do qual nos tornamos todos envelhescentes. Esse é o curso natural da existência humana. O envelhecimento manifesta-se pelo declínio das funções dos

diversos órgãos; tende a ser linear, em função do tempo, e por isso, não se consegue definir um ponto exato, ou um tempo fixo de transição, como nas demais fases. Dentre as principais alterações anatômicas e morfológicas ocorridas durante este processo destaca-se a insuficiência súbita de controle postural, identificada por quedas freqüentes, que é considerada uma síndrome, por envolver aspectos biológicos, psicológicos, sociais e funcionais, podendo ser um sinal de alerta de uma debilidade e vulnerabilidade física (PAPALEO NETO, 2002).

A seção brasileira da Organização das Nações Unidas (ONU, 2014), ao tratar das pessoas idosas assim se expressa:

“O mundo está no centro de uma transição do processo demográfico única e irreversível que irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares. À medida que taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, e seu número atual deve mais que triplicar, alcançando dois bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá.”

Ou seja, a população brasileira, nos últimos anos, sofreu, de forma veloz, uma profunda transformação. Até a década de 60, do século XX, houve estabilidade populacional, mas a partir deste período começaram a se acelerar as mudanças. As pesquisas demonstram que, a cada ano, 650 mil pessoas ingressam na faixa etária dos idosos, representando aumento de 600%, neste segmento populacional, em menos de 50 anos (VERAS, 2007). Este aumento se reflete necessariamente em maior demanda de políticas públicas de saúde, especialmente em relação ao diagnóstico e ao tratamento, e, considerando que muitas pessoas nunca tiveram e ainda hoje não tem acesso a programas preventivos, as conseqüências do agravamento de sua saúde ainda são mais intensas.

Nestes termos, a ONU estabelece como critério para o envelhecimento em países em desenvolvimento, no decorrer do curso cronológico da vida, o ingresso nos 60 anos. No entanto a velhice é um processo individual. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), citado por Ferreira, Ramos-Junior e Mendes (2009),

“(...) em cenários de países em desenvolvimento se inclui pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e a 65 anos para os países desenvolvidos. Em escala mundial, a esperança de vida ao nascer foi estimada, para 2000, em 65 anos e, para 2045-2050, a ONU projeta uma vida média de 74,3 anos.”

O envelhecimento populacional representa uma das maiores preocupações dos governos em todo mundo, pois significa a necessidade cada vez maior de investimentos maciços em políticas de saúde pública, em campanhas de prevenção e resulta, inclusive, em gastos acentuados com o sistema previdenciário.

Papaleo Netto (2002) relata que são variados os fatores que contribuem para a perda da capacidade funcional entre os idosos. Os principais são a diminuição da coordenação motora e da agilidade, bem como a perda de sensibilidade auditiva, visual e de parte da função de equilíbrio, o que pode resultar em acidentes e problemas que atingem a sua saúde e qualidade de vida, os quais muitas vezes podem ser irreversíveis.

No tocante à audição pode-se afirmar que essa é a base da comunicação, sendo de grande importância para a integração social. A perda auditiva está associada ao processo de envelhecimento e se caracteriza pela mudança descendente progressiva na sensibilidade auditiva para todas as frequências, acompanhada por um decréscimo na discriminação da fala e um declínio complexo da função central (GUTIERREZ *et al*, 2008).

As principais implicações sociais com sua perda, para o idoso, envolvem atividades do dia-a-dia, a exemplo de ouvir rádio, assistir televisão; se comunicar ao telefone, fazer compras; ouvir música, conversar, assistir aulas, praticar ginástica e ioga e, cantar, e outras atividades, conforme menciona (COUTO-LENZI, 2000).

Segundo Bodachne (1995), envelhecer é um processo vital que se caracteriza por um declínio gradual no funcionamento de todos os sistemas que constituem o corpo humano: cardiovascular, respiratório, auditivo, geniturinário, endócrino, imunológico, e também o psicológico e o emocional, embora se observa que a maioria dos idosos conseguem manter as suas capacidades cognitivas e físicas estabilizadas.

Com o envelhecimento, pode ocorrer a deficiência auditiva e pode também, com grande frequência surgir o zumbido, que, na maioria dos casos, é

uma percepção auditiva percebida exclusivamente pelo paciente, mas merece receber atenção e dar a devida importância ao paciente em suas queixas, pois são muitas as prováveis consequências negativas de seus efeitos (LOPES e SANTOS, 2009).

O envelhecimento é uma etapa da vida que constitui a última fase do ciclo fisiológico do homem, e que hoje é estudado cientificamente pela gerontologia. Ao se imaginar um gráfico de envelhecimento, percebe-se que flexibilidade, coordenação, agilidade e equilíbrio, apresentam o mesmo comportamento de declínio, formando uma curva descendente ao longo do tempo (FERREIRA, RAMOS JÚNIOR e MENDES, 2009).

A gerontologia, aliada à enfermagem, destaca-se como uma ciência atual e em desenvolvimento contínuo, voltada para a longevidade e a qualidade de vida do idoso, com pesquisas pertinentes à área da saúde, ressaltando a independência e o estilo de vida. Esta área do conhecimento destaca-se num processo específico baseado na compreensão de parâmetros físicos, emocionais e de ordem social, pelo qual a atuação da equipe de saúde interdisciplinar desmistifica o papel de cada profissional e deixam claras as especificidades de suas funções.

Chama atenção a essência multidisciplinar do atendimento ao idoso, considerando a descrição dos principais aspectos envolvidos no seu cuidado, as peculiaridades referentes à avaliação funcional como um importante indicativo da qualidade de vida, as fases de atendimento e de possível reabilitação do idoso, as ações de uma assistência de enfermagem sistematizada, por meio da qual a enfermeira, inserida na equipe multidisciplinar, atua com o idoso e sua família, inclusive, de maneira individualizada (DIOGO, 2000).

Esse é um processo que corre fundamentalmente de forma educativa para todas as áreas, voltado em direção à clientela idosa. Neste sentido, pode-se afirmar que:

“Comparada a outras disciplinas da área de saúde, a enfermagem ainda pode ser considerada uma profissão jovem, que gradativamente constrói seu campo de conhecimento científico e tecnológico, fundamentado em resultados de pesquisas oriundas de outras culturas ou de outras áreas de conhecimento” (SANTIAGO e ARRUDA, 2003).

Hoje podemos afirmar as evidências do aumento demográfico do percentual de velhos que compõem a pirâmide social e do aumento da longevidade. Então, como referem Maffioletti e Loyola (2003),

“Não só passaremos a ter, brevemente, mais velhos que jovens, como aumentou o tempo em que eles permanecem no nosso convívio, ou excluídos dele. Com isso, passarão a fazer parte do nosso repertório médico social um aumento das doenças crônicas, maiores índices de comorbidades e dependência.”

Esta constatação justifica plenamente a elaboração dessa pesquisa, pois é atual, necessária, e exige cada vez maior conhecimento da Enfermagem para o seu atendimento.

A atuação da enfermagem junto aos pacientes idosos deve estar voltada também para a educação para a saúde, no “cuidar” tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência (CAMPEDELLI, 1983).

Esse posicionamento embasa a assistência de enfermagem na situação de saúde e de doença, assim como direciona as ações de enfermagem num processo de atendimento e de reabilitação que vise o autocuidado. Neste processo, o enfermeiro e demais profissionais envolvidos, devem atuar junto ao idoso e seus familiares, apoiando suas ações, ajudando-os a aceitar as alterações, em conformidade com as necessidades individuais (DIOGO, 2000).

Sabemos que o tema: “Qualidade de vida em um grupo de idosos com perda auditiva e queixa de zumbido: contribuições da sistematização da assistência de enfermagem” envolve discussão interdisciplinar, principalmente quando realizado em um Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação, porém, neste estudo, procuramos dar ênfase às questões da Enfermagem, visto ser esta a especialidade da autora.

Diante do contexto de vivência do idoso nos dias atuais, da longevidade e da melhoria da qualidade de vida hoje, o cuidado para com a população idosa tem aumentado em todos os setores, a exemplo dos profissionais da área de saúde, em especial os que atuam na área de

Enfermagem, questiona-se: como a equipe de enfermagem pode contribuir para o atendimento a esta população, em suas áreas do conhecimento?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a qualidade de vida de um grupo de idosos com perda auditiva e queixa de zumbido.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar na literatura, as principais causas da redução da audição dos idosos;
- Identificar as causas e conseqüências do zumbido em pessoas idosas;
- Caracterizar a perda auditiva e o zumbido na amostra estudada;
- Caracterizar a qualidade de vida dos sujeitos pesquisados;
- Buscar no processo de sistematização da assistência de enfermagem, contribuições para o atendimento e cuidado com a população estudada que possui queixa de perda auditiva e zumbido.

2 ENVELHECIMENTO E O OLHAR DA ENFERMAGEM

O Brasil, sendo ainda um país jovem, já começa a mostrar uma transição em seu perfil populacional. Segundo Kalache (1987), em 2025, ocupará o sexto lugar entre os países com maior quantidade de idosos, ou seja, pessoas com mais de sessenta anos de idade.

A transição demográfica atual repercute também um fenômeno chamado de transição epidemiológica relacionado com a alteração no perfil da morbidade e as causas de morte desta população (LEBRÃO, 2007). Hoje os profissionais de saúde estão envidando esforços no sentido de estudarem as doenças crônico-degenerativas, as patologias mais comuns que incidem quando a população envelhece a fim de acompanhar a evolução da vida da população idosa.

A enfermagem, sendo uma profissão da área da saúde, é reconhecida tradicionalmente como um importante componente individual de serviços dedicados à saúde e necessários ao atendimento do idoso; tanto doente para sua cura, como também dispensando atenção ao idoso sadio, em medidas preventivas que visam ajudá-lo a manter a sua independência e apoiá-lo no auto cuidado, para proporcionar a melhor qualidade de vida possível (CALDAS e SALDANHA, 2004).

Chama a atenção nesse cuidado, a aprovação e aplicação da Lei Federal 10.216/01 proporcionou a criação de diretrizes e ações a desinstitucionalização de pacientes e implementou a atenção domiciliar, com novas práticas de cuidado e política de saúde. Essa atenção domiciliar tem envolvido inúmeras pessoas que atuam como cuidadores de pacientes com alguma dificuldade, e que se acham acamados ou sem condições de manter sua autonomia (BRASIL, 2001).

Oliveira e Alossi (2003) referem que essa inversão do cuidado hospitalar ou ambulatorial, ao se transferir para o domicílio, não gera uma desassistência, porém, reestrutura o modo de agir no cuidado de pacientes, tanto no seu espaço físico, quanto nas suas necessidades do cuidado, em especial no que diz respeito à qualidade de vida, independentemente de suas especificidades e doenças.

O cuidar de idosos requer conhecimento de assistência gerontológica complexa, tendo como pré-requisitos para esse cuidado, a busca da história de vida, as prioridades e características de cada pessoa, as lições do corpo e seus significados individuais, a capacidade funcional disponível para manter ativas as suas tarefas diárias. Também esse cuidado atende outros critérios e problemas que se evidenciam no dia a dia, os quais estão inseridos no processo de envelhecimento e envolvem, não somente o idoso, mas também os seus familiares e os integrantes da equipe de saúde (FIGUEIREDO e TONINI, 2006).

Os autores citados afirmam que, levando em consideração as alterações físicas, psíquicas e sociais que ocorrem no decorrer do tempo e que se alteram mais rapidamente no processo de envelhecimento, o cuidado de enfermagem necessita ir além da técnica, da qualificação, do conhecimento científico e da observação de sinais e sintomas.

Para que isto ocorra, o profissional de enfermagem deverá desenvolver uma consciência profissional, através da valorização do ser humano, da prática da humanização do atendimento e de seu potencial pessoal para cuidar de si mesmo, dispensar cuidados aos pacientes e também ser cuidado (SAMPAIO, 1999).

Os profissionais que se dedicam ao cuidado dos idosos ainda estão engatinhando na sua assistência (LENARDT, *et al.* 2006). A atuação com esta clientela exige dos profissionais mais do que dedicação e conhecimento de suas necessidades básicas; é necessário investir em pesquisas e buscar fontes diferenciadas de conhecimento e aplicar conceitos da interdisciplinaridade que compõe o atendimento à saúde, torna-se emergente.

Um enfoque necessário e fundamental para o trabalho do enfermeiro com o idoso é o respeito pelos significados do cuidado (FOUCAULT, 1979). Quem cuida deve ter o entendimento de que é um orientador essencial para a promoção desse cuidado. Os profissionais que atendem idosos, além de saberem realizar os atendimentos próprios e referentes às necessidades do binômio saúde/doença envolvidos no processo, precisam dialogar com o paciente, caso contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar torna-se limitada.

Também existe um outro problema importante na intervenção do profissional de saúde, pois,

“(...) nem sempre o velho, como objeto do cuidado, se sujeita às interpretações, intervenções, rotinas e procedimentos que estabelecemos, nem sempre responde satisfatoriamente às nossas intervenções, na medida em que ele tem suas próprias escolhas, desejos, expectativas, frustrações e interpretações sobre seu sofrimento e doença. Isto pode ser percebido como obstáculo ao cumprimento ideal do nosso trabalho, causa da nossa insatisfação (MAFFIOLETTI e LOYOLA, 2003). “

Estes são condicionantes que levam a considerar que a falta de diálogo e compreensão tem pautado o cotidiano profissional do enfermeiro, que muitas vezes cuida do idoso com os mesmos conceitos de cuidados utilizados com adultos ou, ainda pior, com crianças (LENARDT *et al.*, 2006).

O autor explica que se deve considerar, ainda, que o saber popular incorporado nos idosos, mais especificamente no que tange às práticas de cuidado de si mesmos, são extremamente importantes, devendo fluir e conseqüentemente influenciar nas práticas profissionais cotidianas da equipe de enfermagem.

Atualmente os profissionais de enfermagem estão se interessando pelas diferenças e semelhanças culturais relacionadas ao cuidado, já que o conhecer e apreciar a diversidade cultural no cuidado de enfermagem e da saúde é imperativo no sentido de proporcionar cuidado significativo e eficaz para as pessoas (PAPALEO NETTO, 2002).

Para desenvolver o cuidado de forma harmônica e digna é necessário compreender o significado que as pessoas expressam para diferentes experiências de saúde-doença (MONTICELLI, 1997). Investigar as habilidades e inabilidades do paciente é fundamental para a prática da enfermagem.

2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) possibilita ao enfermeiro a facilitação para o planejamento e realização das suas ações, diante do paciente sob seus cuidados. Segundo Oliveira e Alossi (2003), uma

das metas da enfermagem é de aumentar o sentimento de bem-estar do doente, manter sua sobrevivência aliviando-lhe o sofrimento, em especial com os idosos. Sua ajuda terapêutica precisa ser eficiente, e moldada pela humanização do atendimento, demonstrando características de cuidado, preocupação, respeito, conhecimento e responsabilidade. “Porém para estabelecer um relacionamento interpessoal afetivo, é preciso aceitar o doente como ele é, baseando-se na pessoa, e não nos sintomas ou na sua doença crônica, é preciso enxergar o paciente como um todo e sendo menos generalista.”.

Para Villela e Scatena (2004), nem todos os idosos sob cuidados psiquiátricos são seres incapazes de se socializar, nenhum deles pode também, sofrer alguns padrões de rejeição e isolamento, mesmo porque, nem sempre as intervenções medicamentosas são as mais eficazes como prática terapêutica.

Assim, é necessário reduzir as situações de isolamento, a formação de alternativas para atendimento para que possam garantir sua permanência fora do hospital (FURTADO 2006).

No que se refere ao papel da enfermagem no cuidado, constata-se que desde a década de 90, do século XX, a atenção do profissional de enfermagem, se direcionou para a prática de novas formas do cuidar de pacientes, principalmente do idoso, uma vez que nesta faixa etária as atividades diferenciadas do tratamento, incluem atitudes de respeito e dignidade para com o enfermo, estimulando-o sempre no autocuidado (MOREIRA *et al*, 2011).

O trabalho desenvolvido pela enfermagem com idosos requer, além do atendimento medicamentoso, o apoio emocional, pois este facilita, inclusive, o trabalho terapêutico. As dificuldades e situações imprevistas devem ser atendidas com tranquilidade, sempre lembrando que nas visitas, nas orientações de educação em saúde e higiene são indispensáveis.

A detecção precoce de agravos à saúde assume relevância, assim como os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, pois o atendimento preventivo é primordial (ARAÚJO e GARCIA, 2006).

O trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe, é primordial para se atingir a melhoria das condições da população e o enfermeiro que

lidera o grupo relata condições e alterações, além de apontar as funções e medidas a serem tomadas nesta etapa, em especial dando o estímulo emocional aos pacientes, encorajando os membros da equipe, expressando os seus conhecimentos, sentimentos e cuidados para que o grupo possa trabalhar de forma integrada, onde o cuidado é definido pelas capacidades disponibilizadas e a aceitação dos pacientes, proporcionando um ambiente de suporte e segurança.

Através da sensibilidade, o enfermeiro pode detectar carências emocionais nos pacientes, bem como tomar atitudes que possam ser úteis para suas relações interativas e reabilitação psicossocial (LOPES e SANTOS, 2009).

Entende-se, pois que, no que diz respeito às ações de enfermagem junto aos idosos, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas alterações decorrentes do envelhecimento, ela possa redescobrir alternativas de viver a sua vida com a máxima qualidade possível (BRASIL, 2006).

Em estudo metodológico realizado por Lopes e Santos (2009), construíram um instrumento de coleta de dados relacionados ao idoso hospitalizado, fundamentando em um questionário encaminhado a 21 enfermeiras, para validação de conteúdo e, ao final, como resultado, estabeleceram um instrumento cuja utilização destinou-se para contribuir na orientação de enfermeiras a atenderem o idoso, a família, o cuidador e a equipe de enfermagem, no que diz respeito às suas necessidades afetadas e na minimização das dificuldades instaladas, enquanto hospitalizados.

Em suas pesquisas constataram que, diante do aumento da expectativa de vida, no decorrer da vida as ações de saúde se avolumam e “o papel da enfermagem como profissão comprometida com o cuidado do ser humano em todo o processo de viver e morrer, incluindo a velhice”.

Para a enfermagem, o cuidado significa um trabalho profissional específico, onde o “planejamento da assistência de enfermagem é um dos meios que a enfermeira dispõe para aplicar os seus conhecimentos técnicos, científicos e humanos no cuidado ao ser humano saudável ou doente” (LOPES e SANTOS, 2009).

No entanto, a enfermagem ainda é uma profissão que apresenta um déficit em relação ao cuidado mais direcionado aos idosos embora a SAE tem se mostrado uma das principais ferramentas metodológicas para o desempenho sistemático de uma prática assistencial especializada e de qualidade (ARAÚJO e BACHION, 2005).

No entanto, sabe-se que “o cuidado de enfermagem direcionado ao idoso requer, da enfermeira, conhecimento científico e uma visão global das necessidades específicas de cada indivíduo” (TEIXEIRA e FERNANDES, 2003).

Consideram as pesquisadoras Lopes e Santos (2009), que com o avançar da idade, os pacientes necessitam cada vez mais de enfermeiras que tenham desenvolvido e aprimorado o cuidado ao idoso, e suas ações requerem um cuidado com maior qualidade, uma atenção mais estreita, pois sua presença se torna mais efetiva.

Cabe à enfermagem observar o cuidado ao idoso de forma sistematizada, que melhor evidencie suas necessidades e direcione a identificação dos diagnósticos, para esses idosos internados. Da relação de necessidades humanas básicas, concluiu-se que há necessidade de se atender as necessidades psicobiológicas, as necessidades psicossociais e as necessidades psicoespirituais e em todas as áreas, o papel da enfermagem é de destaque.

A conclusão do estudo trouxe o entendimento que, “no decorrer do processo de envelhecimento, o grau de dependência tende a aumentar, exigindo um cuidado apropriado e eficaz, direcionado para o atendimento das necessidades individuais e coletivas, e às particularidades da idade.” (LOPES e SANTOS, 2009).

Também chama a atenção o fato que o uso excessivo de medicamentos pelos idosos desencadeia muitos efeitos colaterais, que se agravam pelas precariedades de muitas funções nesses indivíduos, gerando 30% das admissões hospitalares, pela toxicidade produzida pelas interações medicamentosas (BANDEIRA *et al.*, 2006). De fato, os idosos fazem uso concomitante de vários medicamentos, já que possuem várias doenças ou comorbidades., o que exige atenção redobrada da enfermagem.

A pesquisa evidenciou com clareza que o trabalho de enfermagem é imprescindível, e sua experiência e conhecimento é primordial no que diz respeito ao idoso, pois o não conhecimento de suas características pode dificultar o cuidado, pois muitas das alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem deixar de ser identificadas. Assim, entende-se que

Com o aumento da população idosa, faz-se necessário que os profissionais da área de saúde, inclusive as enfermeiras, conheçam as fases do processo de envelhecimento, normal e patológico, tornando-as aptas a prestar um cuidado voltado às especificidades e multidimensionalidade dessa população. Tal afirmativa remete para a importância de estimular cada vez mais a inserção da disciplina de gerontogeriatría nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem (LOPES e SANTOS, 2009).

Portanto, não há exatamente uma definição do atendimento de enfermagem ao idoso, pois sua atuação depende de cada caso atendido, depende dos dados relativos à sua saúde e necessidades, para que sejam cuidados de forma segura e comprometida. Cabe à enfermeira obter subsídios relevantes para o cuidado do idoso, sua família e seus cuidadores, considerando que quando maior o conhecimento, melhor poderá atender esta população, que, em geral, se tornam idosos isolados, tristes, pouco comunicativos sem verbalizar suas queixas, inquietações e medos.

E “toda intervenção que possibilite que a enfermeira amenize o desconforto e crie uma relação e um ambiente de confiança, que possibilite ao idoso expressar seus sentimentos e as suas queixas, tornará a hospitalização mais amena.” (LOPES e SANTOS, 2009).

Já no que diz respeito às atuações da enfermagem junto aos outros profissionais de saúde que atendem aos idosos, esta é também bastante expressiva, pois seu acompanhamento diário, suas intervenções, tanto no que diz respeito à saúde e medicamentos, como ao atendimento das necessidades psicossociais, são de grande valia para que toda a equipe possa intervir em benefício do idoso sob seus cuidados.

A possibilidade de interagir com o conhecimento e as ações da enfermagem bem como a sua intervenção em reuniões multidisciplinares e de validação do atendimento têm importância fundamental considerando que a prática da enfermagem humanizada, junto às equipes, a tornam os “olhos da

equipe”, e de sua observação pode resultar melhores cuidados e maiores possibilidades de ofertar melhor qualidade de vida aos idosos.

3 FISIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O envelhecer pode ser analisado sob diversos pontos de vista, como o social (CALDAS, 2007), o biológico (NETTO *et al*, 2007), o psicológico (NERI, 2007), dentre outros. Porém, neste estudo, em função da formação da pesquisadora em Enfermagem, daremos ênfase às questões biológicas.

A fisiologia demonstra que o envelhecimento é um processo natural a todas as pessoas que atingem e/ou ultrapassam os 60 anos de idade. Refere-se aos sinais de degeneração e da perda da funcionalidade do corpo humano (BRASIL, 2001).

Trata-se de uma série de processos biológicos inevitáveis, involutivos e inerentes ao organismo que envelhece, que vai afetar a vida do indivíduo do ponto de vista social, emocional e espiritual e que concorrem para a diminuição do desempenho de diversas atividades.

A OMS considera o envelhecer como:

(...) um processo seqüencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente a possibilidade de morte (BRASIL, 2006).

Ainda para a OMS, a base limite que distingue o indivíduo adulto do idoso, hoje, é de 65 anos para as nações desenvolvidas e de 60 anos nos países emergentes. Logo, o envelhecimento populacional é uma conseqüência do desenvolvimento (BRASIL, 2006).

O envelhecimento como processo é característica de todos os seres vivos, se dá de forma contínua, mas em velocidade desigual, quando se considera o ritmo de deterioração nos diferentes sistemas orgânicos e nos diferentes indivíduos.

Bodachne, em sua obra, caracteriza o envelhecimento como “um processo que se inicia com a concepção, caminhando de uma maneira bastante lenta até a maturidade, que ocorre ao redor dos 25 anos, quando então começa a manifestar-se de uma maneira mais efetiva” (BODACHNE, 1995, p. 8).

O envelhecimento é dinâmico e inevitável, dotado de equilíbrio próprio, onde ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas que se evidenciam simultaneamente e independente da pessoa apresentar ou não uma doença, e de estar dentro de uma determinada faixa etária, ou seja, acima de 60 anos de idade.

“O aumento proporcional de indivíduos idosos adicionado ao declínio das taxas de fecundidade e ao desenvolvimento tecnológico e terapêutico no tratamento de doenças, especialmente as doenças crônicas,” segundo Ciosak *et al* (2011), exerce grande influência e traz diversas alterações no que diz respeito à estrutura etária da população.

No Brasil, por exemplo, tem havido um amplo aumento do número de indivíduos com mais de 60 anos, pois, o envelhecimento populacional sobreveio rapidamente, trazendo, inclusive, importante impacto para o sistema de saúde (SICSÚ e CASTELAR, 2009).

Não existem critérios que permitam definir o envelhecimento, e ele é independente da idade cronológica. Para Segun (2001), o envelhecimento é algo que ocorre de maneira paulatina, uma vez que o indivíduo começa a envelhecer ao nascer. Entretanto se forem considerados os aspectos bifuncionais, seu envelhecimento começa a partir da segunda década da vida, mesmo que de forma imperceptível.

Sabe-se que “no final da terceira década de vida surgem às primeiras alterações funcionais e estruturais no organismo, e a partir da quarta década, ocorre uma perda aproximada de 1% da função/ano, nos diferentes sistemas orgânicos” (JACOB FILHO e SOUZA, 2000).

O envelhecer normal também está ligado à capacidade de adaptação do indivíduo aos rigores e agressões do meio ambiente. Assim, cada sujeito envelhece ao seu modo, dependendo de variáveis como sexo, origem, lugar em que vive, o tamanho da família, atuação profissional, aptidões para a vida e as experiências vivenciadas (BRAZ e CIOSAK, 2006).

“A exposição ao estresse, o tabagismo, a falta de exercícios, a nutrição inadequada, são alguns dos muitos fatores que contribuem para determinar a qualidade do envelhecimento de cada indivíduo,” afirmam

Ciosak *et al* (2011). Em suma, não existem critérios que permitam definir o envelhecimento, e ele é independente da idade cronológica.

O envelhecimento é hoje um fenômeno universal e vários fatores apontam como indicadores de bem estar e qualidade de vida na velhice, como a longevidade, produtividade, relações com os amigos e familiares, saúde biológica e mental, competência social, eficácia cognitiva, lazer, entre outros.

Considera-se que o envelhecimento da população ocorre em todas as regiões do mundo, mas progride com maior rapidez nos países em desenvolvimento. “Dos atuais 15 países com mais de 10 milhões de idade, sete são países em desenvolvimento” informa o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2012).

Se envelhecer de forma saudável é um objetivo a ser alcançado, tanto por quem envelhece, quanto por quem trabalha com as mudanças que efetivamente acompanham o envelhecer, conhecer os sinais deste processo é fundamental para se garantir que esta parte da população mundial viva com qualidade. “A assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida, considerando o processo de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde” (CIOSAK *et al*, p. 1763, 2011).

É neste contexto que se insere a comunicação humana, pois, para envelhecer com dignidade, o ser humano necessita se comunicar com o outro, falar e ser ouvido, participar e compartilhar das ocorrências da vida e, uma das áreas diretamente afetadas pelo envelhecimento, é a comunicação humana.

3.1 QUALIDADE DE VIDA

Entre as 10 ações prioritárias para maximizar as oportunidades de populações em envelhecimento, recomendadas pelo UNFPA (2012), destaca-se em primeiro lugar, o reconhecimento e conscientização de que o envelhecimento populacional é inevitável e exige preparo adequado de toda a sociedade, dos governos, comunidades e famílias, em relação aos seus idosos.

Para tanto, é indispensável o fortalecimento do desenvolvimento de reformas políticas, econômicas e sociais necessárias para essa adaptação.

Essas medidas devem ser seguidas da “garantia de que todas as pessoas idosas possam viver com dignidade e segurança, tendo acesso a serviços de saúde, assistência social e renda mínima, através da implementação de pisos de proteção social nacionais e outros investimentos sociais que ampliem a autonomia e independência” (UNFPA, 2012). São medidas que precisam ser tomadas, não somente a curto e médio, mas também a longo prazo, fundamentadas em compromisso político e orçamento capazes de prevenir possíveis crises e mudanças e que dão o respaldo para a vivência com manutenção da qualidade de vida desse segmento.

Para as civilizações contemporâneas, a busca pela longevidade tem sido uma constante luta, principalmente na área da saúde, mas a qualidade de vida (QV) ainda preocupa os pesquisadores, uma vez que as estatísticas apontam para um aceleração ainda maior no número de idosos até o ano de 2025 (BAPTISTA *et al*, 2006).

Envelhecer é um processo multidimensional que inclui transformações constantes que podem ser interpretadas, simultaneamente, como ganhos e perdas. O envelhecimento é um processo natural, complexo e heterogêneo que interfere diretamente na qualidade de vida, sendo que envelhecer com qualidade e bem-estar requer do idoso a administração de suas perdas e a reavaliação de desejos e perspectivas em função das suas possibilidades de autocuidado.

A qualidade de vida da população idosa envolve uma combinação de vários fatores, desde os aspectos biológicos funcionais até os socioculturais, combinado ao ciclo vital humano (LIMA, SILVA e GALHARDONI, 2008). Desta maneira, o envelhecimento bem sucedido pode ser entendido como a combinação da baixa probabilidade de adoecimentos, a conservação das funções cognitivas e físicas, relacionamento interpessoal e boa condição de vida (MORAES e SOUZA, 2005).

Na terceira idade a QV parte para uma avaliação multidimensional que abrange as interconexões do meio e da dependência de muitos

elementos de interconexões constantes ao longo da vida. De maneira geral, pode-se afirmar que:

Qualidade de vida é um conceito que, nas últimas décadas, tem sido alvo de crescente interesse tanto na literatura científica, como entre o público em geral. Apesar da sua freqüente utilização, não existe ainda uma definição consensualmente aceita. Na literatura específica, observa-se que se trata de um conceito complexo, que admite uma diversidade de significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para medida do conceito. (KIMURA e SILVA, 2009).

Ou seja, qualidade de vida é a percepção que o indivíduo possui de sua existência dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores nos quais vive. É um conceito amplo que incorpora, de maneira complexa, a saúde física, seu estado psicológico, seu nível de dependência e suas relações sociais (MEIRELLES *et al*, 2010). Portanto, a definição de qualidade de vida na velhice é intrincado, visto que existem diversas maneiras de envelhecer e diferentes padrões de envelhecimento.

Pode-se afirmar, portanto, que o zumbido pode afetar direta ou indiretamente o indivíduo nas suas atividades profissionais e de lazer, interferir em relacionamentos familiares e sociais podendo levar, em casos extremos, até mesmo ao suicídio. Estudos têm demonstrado que o zumbido pode reduzir qualidade de vida e diminuir a sensação de bem-estar em populações de idosos

O envelhecimento apresenta características individuais e coletivas, envolvendo deste modo os aspectos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais do ser humano. Nesta conjuntura para que haja um menor acometimento das enfermidades advindas desses aspectos, deve-se promover a melhoria desses achados ao longo da vida do indivíduo (FERNANDES *et al*, 2011). O idoso deve ser cooperador e adotar mudanças no estilo de vida para que este seja elemento integral num envelhecer com qualidade e saúde.

O desafio que hoje se coloca à sociedade e aos indivíduos é conseguir uma sobrevida cada vez maior e com QV melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam de saúde e dignidade. Envelhecer com QV e bem-estar requer do idoso o entendimento sobre suas limitações, bem como a importância da conscientização acerca do seu autocuidado.

Para tanto, é necessário ampliar o foco de atenção aos idosos e desenvolver estratégias de planejamento, implementação de programas de promoção de saúde dos senis garantindo, desta maneira, melhores condições de vida e saúde de modo a proporcionar uma senscência saudável e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

4 SISTEMA SENSORIAL NA TERCEIRA IDADE

O sistema sensorial recebe estímulos que são transmitidos ao encéfalo, onde são interpretados e transformados em sensações. É constituído pelos órgãos do sentido, como: pele, ouvido, olhos, língua e fossas nasais, cujas terminações sensitivas estão ligadas ao sistema nervoso periférico e seus receptores são classificados, de acordo com a natureza do estímulo que captam. Conforme os estímulos, os receptores sensoriais podem ser classificados em: a) quimiorreceptores, localizados na língua e nariz, são perceptíveis à substâncias químicas, responsáveis pelo paladar e o olfato; b) termorreceptores, que respondem pela variação da temperatura; c) mecanorreceptores, que correspondem a estímulos mecânicos, como as orelhas; d) fotorreceptores que detectam a luz (CHAPINA, 2014).

Segundo o mesmo autor, no que diz respeito aos idosos, os órgãos dos sentidos e seus receptores, com o tempo vão se deteriorando, perdendo as reações prontas de sensibilidade, de acuidade, de detecção de tal forma que vão reduzindo sua capacidade normal e em consequência, reduzindo sua qualidade de vida, a exemplo da perda da audição, a prebiacusia, e da ação do zumbido, alvos desta pesquisa.

4.1 PRESBIACUSIA

Segundo Lombardi (2008), “Zaardemaker, em 1891, foi o primeiro estudioso a relatar que a diminuição da audição para frequências altas coincidia com o aumento da idade de seus pacientes e, mais tarde, a utilizar o termo presbiacusia.”

A presbiacusia, perda auditiva decorrente da idade é a causa mais comum da perda auditiva sensorio-neural na população adulta (GILAD e GLORIG, 1979, *In*: CARMO, *et al.*, 2008).

Segundo Hungria (1991), presbiacusia pode ser definida como diminuição da acuidade auditiva decorrente da idade, audição do velho, deficiência auditiva que surge com a idade avançada. Segundo o autor, com o decorrer dos anos, há um envelhecimento de toda a estrutura do órgão

auditivo: orelha externa, orelha média, orelha interna e vias auditivas nervosas centrais. Portanto, é esperado que, com a idade a instalação dessas alterações estruturais em todo o aparelho auditivo ocasione um declínio da audição.

A etiologia da presbiacusia ainda é incerta. Vários estudos a relacionam à dieta, ao metabolismo, estresse, ruído excessivo, a arteriosclerose e até mesmo a hereditariedade, mas não existem conclusões definitivas, pois são inúmeros fatores que lesam o sistema auditivo durante a vida e produzem efeito acumulativo, ocasionando estados patológicos bastante heterogêneos, principalmente a perda auditiva neurossensorial simétrica bilateral, que compromete as frequências altas (ARNST *et al*, 1984).

São vários os estudos que demonstram relação direta entre perda auditiva e envelhecimento (RUSSO, 1988). As pesquisas revelam que, com o passar da idade, ocorre deterioração progressiva na sensibilidade auditiva após os 50 anos, e que essa perda é mais rápida em homens do que mulheres, talvez sendo um reflexo de atividades profissionais e recreativas realizadas em ambientes ruidosos.

Portmann e Portmann (1993) trataram presbiacusia como um fenômeno biológico inevitável. Segundo eles, a diminuição da audição inicia-se normalmente a partir dos 20 e 30 anos de idade, tornando-se socialmente incômoda a partir dos 50 anos.

Mansur e Viude (1996) referiram que a audição é o primeiro dos sentidos a apresentar perda funcional detectada objetivamente. Talvez pelo fato do ouvido não parar de funcionar mesmo quando estamos dormindo.

Uma somatória de fatores negativos extrínsecos e intrínsecos que influenciam o sistema auditivo na população idosa, a presbiacusia pode ser clinicamente caracterizada por degeneração coclear que atinge a parte basal da cóclea, afetando a percepção auditiva nas frequências altas (LOMBARDI, 2008).

Portanto a perda auditiva associada ao envelhecimento é um fenômeno em alta prevalência na população idosa, podendo levar a uma série de obstáculos na comunicação oral, bem como, muito freqüentemente, na interação familiar e social (VERAS e MATTOS, 2007). Caracteriza-se

audiologicamente por ser, predominantemente sensorineural, de grau moderado a moderadamente severo e de configuração descendente (RUSSO, 2005).

A perda auditiva, portanto, produz um efeito devastador na comunicação do idoso, sendo uma das condições incapacitantes, pois limita a ação do seu portador, impedindo-o de desempenhar seu papel na sociedade de maneira plena, levando a sérias complicações psicossociais em sua qualidade de vida e na daqueles que convivem com ele no dia a dia.

Uma das formas de se diminuir o impacto da perda auditiva na vida de um indivíduo é o uso de próteses auditivas, ou seja, a amplificação sonora. Assim, todos os sons ambientais e de fala serão amplificados, além de sinais de perigo e alerta, o que possibilitará ao indivíduo uma melhor qualidade de vida e melhores condições psicossociais e intelectuais (ALMEIDA e IÓRIO, 1996).

Schuknecht *apud* Katz (1989) classificou quatro tipos de presbiacusia, que podem apresenta-se isolados ou combinados, sendo que cada um deles possui características audiológicas e clínicas distintas:

- a) Sensorial: atrofia de evolução lenta das células ciliadas e de sustentação do órgão de Corti. Na configuração audiométrica caracteriza-se por perda abrupta acima de 2000Hz, discríção de fala boa, recrutamento presente e possibilidade de ausência do reflexo do estapédio nas frequências altas.
- b) Neural: lesão degenerativa dos neurônios cocleares, sendo mais acentuada na espiral basal. Este tipo de presbiacusia caracteriza-se pela presença de manchas atróficas nas espiras médias e apical da estria vascular, sendo que a configuração audiométrica caracteriza-se pela perda acentuada da discriminação da fala. Para este tipo de presbiacusia os benefícios da AASI podem ser limitados.
- c) Metabólica: caracteriza-se pela presença de manchas atróficas na espiras médias e apicais da estria vascular, apresenta a

seguinte característica audiológica: curva plana com excelente discriminação de fala. Estes pacientes podem obter benefício com AASI.

- (d) Condutiva: decorre de processos atróficos da cóclea aumentado a rigidez do ducto coclear e alterando o movimento mecânico da membrana basilar. As características audiométricas são: linha descendente da condução óssea e discriminação de fala boa. O que torna satisfatório o uso do AASI. O fenômeno do recrutamento com frequência está ausente

Esta apresentação da presbiacusia, segundo o autor é de difícil aplicação clínica, pois os audiogramas dos idosos variam na configuração e severidade da perda, e segundo Katz (1989) e Hungria (1991), raramente há somente um tipo de lesão do órgão auditivo.

Marchiori e col (2006), publicaram um estudo sobre a hipertensão como fator associado à perda auditiva e detectaram que a surdez neurosensorial que ocorre com a idade tem relação com insuficiência micro circulatória de uma oclusão vascular por embolia, hemorragia ou vaso espasmo. Estes, por sua vez, seriam decorrentes de uma síndrome de hiperviscosidade ou micro angiopatia por diabetes ou hipertensão, sendo que a hipertensão poderia provocar, por meio desses fatores histopatológicos, perda de audição neurosensorial. Pela constatação de que a hipertensão arterial é um fator de risco independente para a perda auditiva neurosensorial, os autores salientam a importância de processos preventivos que minimizem os mecanismos de degeneração do aparelho auditivo ocasionados por problemas circulatórios.

Ronnberg (2003), explica que há consenso quanto ao fato de que os declínios sensoriais e cognitivos estão de alguma forma relacionados, pois a informação periférica irá interagir com um sistema cognitivo envelhecido e, desta forma, ganhar significado; logo, a qualidade desse processo é individual e depende de uma série de fatores.

Neste sentido, vale mencionar uma pesquisa realizada junto à população com idade superior a 60 anos, feita por Gutierrez *et al* (2008), que buscou levantar dados importantes quanto à atuação fonoaudiológica em idosos institucionalizados, ou segregados da sociedade como um todo. Foram verificadas ocorrências de queixas fonoaudiológicas no que diz respeito à fala, voz, audição e alimentação de idosos, em 62 prontuários de ambos os sexos, institucionalizados, no período de abril a novembro de 2007.

Como resultado, constatou-se que 83% de idosos apresentaram queixas fonoaudiológicas as quais eram mais significativas em pessoas de mais idade, sendo mais críticas em pacientes acima de 90 anos de idade; neste caso, alguma queixa quanto à fala, voz, audição e/ou alimentação, são reclamações citadas por 100% dos pesquisados (GUTIERREZ *et al*, 2008).

O alto número de ocorrências de queixas fonoaudiológicas, é um resultado que justifica uma atuação fonoaudiológica sistemática, integrando a rotina de atendimento multiprofissional nas instituições de longa permanência.

Os autores Gutierrez *et al* (2008), recomendam que as ações da fonoaudiologia podem contribuir de maneira eficaz para a promoção da saúde do idoso, e que a institucionalização tende a agravar os sintomas, e estes cuidados e a utilização de alternativas como o cuidado familiar, podem proporcionar melhor qualidade de vida para os mesmos.

Os exames para detectar a presbiacusia são: audiometria tonal, audiometria vocal, teste do limiar de inteligibilidade de fala, reconhecimento de fala e imitação acústica. De acordo com Weinstein (1997), mencionado por Lombardi (2008), não basta o médico diagnosticar a presbiacusia e encaminhar o indivíduo ao serviço de reabilitação auditiva, pois a ausência de informações e orientações sobre os benefícios dos auxiliares auditivos pode afastar o paciente do processo de reabilitação. Além disso, geralmente, o indivíduo demora em média sete anos entre a detecção da perda auditiva e a busca de auxílio para o problema. Então é necessário reaprender a ouvir, tirando o melhor proveito possível dos aparelhos auditivos.

Indo de encontro à idéia de Weinstein (1977), Veras e Mattos (2007) assinalaram que a avaliação audiológica para pessoas idosas deve ir além dos exames objetivos e subjetivos que visam definir o limiar audiológico. É importante avaliar também o processamento central da informação periférica auditiva, considerando a percepção do paciente em relação a sua própria perda auditiva no aspecto funcional, ou seja, nas atividades sociais, familiares, e diárias.

A presbiacusia é definida como diminuição auditiva e está diretamente relacionada ao envelhecimento, por alterações degenerativas resulta do processo geral de envelhecimento do organismo, com a diminuição da capacidade de mitose de determinadas células, acúmulo de pigmentos intracelulares (lipofucsina) e alterações químicas no fluido intercelular. Apresenta como consequência o comprometimento não somente do osso temporal, mas também das vias auditivas e do córtex cerebral. Porém, é necessário ter em mente que os mecanismos envolvidos no processo de envelhecimento são complexos e ainda não são completamente entendidos. (CRUZ; BREUEL e CAMPILONGO, 2002).

Por fim, vale ressaltar que segundo Russo (1988), algumas queixas acompanham a audição do idoso: o fato deles escutarem, porém não compreenderem a fala; o fato de eles terem dificuldades para compreender a fala no ambiente ruidoso; o desconforto perante sons fortes; a presença de zumbidos.

4.2 ZUMBIDO

O zumbido, normalmente associado à perda de audição, também traz sérias consequências para o indivíduo (OMS, 1980), e tem sido comum associar sua presença à população idosa que utiliza próteses auditivas.

Segundo Miguel Júnior (2006), perda auditiva, dificuldade de entendimento, zumbido, sensação de pressão no ouvido e incômodo com sons geralmente estão relacionados com a velhice, e a descoberta da causa implica, muitas vezes, na realização de avaliações em outras áreas médicas, como: fonoaudiologia, endocrinologia, neurologia, cardiologia, psiquiatria, pois são muitas as doenças que podem acometer o sistema

vestibular e auditivo, causando sintomas como zumbido e surdez. O tratamento a ser aplicado é sempre personalizado, de acordo com o diagnóstico, necessidades e características de cada paciente.

Os zumbidos não atingem apenas os idosos. Ele está presente em populações jovens e adultas, interferindo na qualidade de vida destas pessoas. Porém, por ser “um sintoma definido como a percepção de um som nos ouvidos ou na cabeça sem que haja produção do som por uma fonte externa, afeta aproximadamente 15% da população mundial e esta prevalência aumenta para 33% entre os indivíduos com mais de 60 anos de idade.” (PINTO, SANCHEZ e TOMITA, 2010).

Por esta definição dá para entender a complexidade do problema do zumbido em idosos e também sua grande relação com a qualidade de vida nesta faixa etária.

Conforme Tanit Ganz Sanchez refere que “cerca de “35% dos casos de zumbido diagnosticados pelo Hospital de Clínicas (HC) estão relacionados a ruído, seja por trauma acústico ou por exposição prolongada a sons potencialmente lesivos”, e alcança jovens, adolescentes e crianças, que costumam utilizar equipamento de MP3, fones de ouvidos, celulares e brinquedos sonoros (SANCHEZ *et al*, 2005).

Para Caldeira (2007), no caso de adolescentes e jovens, a presença do zumbido pode contribuir para a queda na qualidade de ensino. Seus efeitos podem atingir o processo de aprendizagem, principalmente se estiver associado à presença de perdas auditivas.

Também denominado acúfeno ou *tinnitus*, o termo deriva do latim *tinnire*, que significa tocar, zumbir. Sua conceituação é encontrada na literatura nacional e internacional, como sendo uma ilusão auditiva, uma sensação sonora endógena, não relacionada a nenhuma fonte externa de estimulação (BENTO, MINITI e MARONE, 1998).

Otsuki e Ramos (2014), ao pesquisar acerca dos benefícios do aparelho auditivo para pacientes com queixa de zumbido, referem que:

Zumbido é um sinal de mau funcionamento do sistema auditivo. O zumbido pode causar a impressão para o paciente de que é uma sensação que surge dentro da cabeça, pode iniciar-se em um lado do ouvido para depois atingir ambos os lados. Quanto maior a

perda auditiva, maior é a sensação do zumbido (OTSUKI e RAMOS, 2014).

Os autores citados ainda mencionam que o zumbido é uma sensação que, além de ser um incômodo, pode interferir no dia a dia em especial dos idosos, pois “causa dificuldade na comunicação, pode afetar o sono, a concentração, o equilíbrio emocional e prejudicar a qualidade de vida dos portadores de zumbido.”

Coelho e Buchweitz (2014), assim descrevem o zumbido:

O zumbido foi definido como a percepção consciente de um som que se origina nos ouvidos ou na cabeça do paciente, sem a presença de uma fonte externa geradora desse som. É um mal que compromete o indivíduo, um som intermitente ou contínuo, fraco ou perturbador, que está associada a perdas auditivas, infecção de ouvido, vertigens, exposição prolongada a ambientes muito ruidosos, por essa razão não existe um tratamento único eficaz para todos os tipos de zumbido.

Segundo, Sahley e Nodar (2001), mencionados por Azevedo *et al* (2007), o zumbido é uma percepção sonora na ausência de atividade vibratória ou mecânica correspondente nas orelhas média ou interna, significando que o zumbido é uma percepção auditiva fantasma, notada apenas pelo sujeito acometido, na maior parte dos casos, o que dificulta sua mensuração.

O zumbido é considerado o terceiro pior sintoma para o ser humano, sendo superado apenas pelas dores e tonturas intensas e intratáveis (SANCHEZ, BENTO e MINITI, 2005).

Quanto aos prejuízos ocasionados por este sintoma, se observa falhas no raciocínio, na memória e na concentração. Essas alterações podem prejudicar as atividades de lazer, o repouso, a comunicação, o ambiente social, e doméstico repercutindo na esfera psíquica, provocando irritação, ansiedade, depressão e insônia.

Gerado pela porção neurossensorial do sistema auditivo, o zumbido tem um vasto leque de etiologias, entre as quais otológicas, cardiovascular, metabólica, neurológica, farmacológica, odontogênica ou psicogênica (PINTO, SANCHEZ E TOMITA, 2010).

Fatores como perda auditiva, alterações concomitantes da orelha média, alterações no sistema vestibular, dores de cabeça, bem como infecções das vias aéreas superiores mostraram papel significativo na determinação do grau de incomodo (GONÇALVES e TOCHETTO, 2005). Agravantes, como a fadiga física, e mental, ansiedade, estresse e depressão levam a uma piora no incômodo percebido pelo paciente (PERSON *et al*, *In*: FREITAS, 2005).

Entre alguns efeitos causados pelo zumbido pode-se arrolar: dificuldade de compreender a fala, dispersão da atenção, problemas vasculares, ansiedade, insônia, irritabilidade, além de estar associado com a perda auditiva (SANCHEZ e FERRARI, 2002).

Para Coelho e Buchweitz (2014), o zumbido está relacionado com comprometimento da saúde auditiva, a problema vascular, a perda auditiva além da menor melhor qualidade de vida do paciente.

Assim, pode-se concluir que, entre as inúmeras etiologias do zumbido estão as doenças otológicas, metabólicas, cardiovasculares, patologias da coluna cervical, odontológicas, neurológicas, psiquiátricas e outras relacionadas com ingestão de drogas, cafeína, álcool e tabagismo, conforme relatam Okada *et al*. (2006).

4.3 ZUMBIDO E O IDOSO

A presença do zumbido vem se tornando uma queixa otológica freqüente. Estima-se que aproximadamente 25 milhões de brasileiros apresentam tal sintoma. Pesquisas realizadas relatam que aproximadamente 17% da população geral e 33% da população idosa é acometida por zumbido (CASTAGNO e CASTAGNO, 1985, *In*: HOLDEFER, 2009).

Sanchez *et al* (2005), avaliaram indivíduos com queixa de zumbido porém sem perda auditiva em comparação com um grupo de pessoas com zumbido e perda auditiva. Os autores concluíram que o grupo de pacientes com zumbido e audição normal apresentou características clínicas semelhantes em relação ao grupo com perda auditiva. Entretanto, a faixa etária

acometida e a interferência sobre a concentração e o equilíbrio emocional foram significativamente menores no grupo sem perda de audição.

Ribeiro, Lório e Fukuda (2000), procuraram caracterizar o zumbido, avaliar sua influência no comportamento diário do indivíduo e relacioná-lo com a acuidade auditiva. Foram avaliados 30 pacientes e observou-se maior ocorrência de zumbido com o aumento da idade, nos indivíduos de ambos os sexos.

Ezequiel *et al* (2014), em pesquisa feita acerca de queixas referentes a doenças crônico-degenerativas, constataram que a tontura e o zumbido ocorreram especialmente em idosos acima de 65 anos, com disfunção vestibular. Realizaram um estudo retrospectivo com levantamento de prontuários dos pacientes com queixa de tontura e/ou zumbido, no período entre janeiro de 2009 e julho de 2013, em uma amostra de 83 pacientes. Constataram que os sintomas tonteira associado ao zumbido foram relatados por 38,55% da amostra, onde prevaleceram os sintomas de zumbido em 25,30%. Em conclusão, os autores relatam que tontura e zumbido são sintomas predominantes em idosos do sexo feminino e que são as principais causas da limitação física e emocional, bem como da redução da qualidade de vida, uma vez que traz dificuldades para a interação com o meio em que vivem. Recomendam, pois, que se elabore o diagnóstico precoce e que os profissionais da área da saúde atuem com intensidade na prevenção e promoção de saúde de tais pacientes, facilitando sua convivência e participação na sociedade.

O zumbido é um sintoma que tem grande prevalência e alto impacto na qualidade de vida do paciente idoso. Moreira *et al* (2011), em pesquisas acerca do tema, em uma “amostra foi constituída por 147 indivíduos, com idade média de 69,22 anos sendo 61,90% mulheres. Desses indivíduos, 42,85% apresentaram queixa de zumbido e 51% dos indivíduos relataram queixa de dor cervical.”, constatou que as alterações na coluna cervical, a cervicalgia, tem sido uma queixa habitual e comum, relatada pelos pacientes com queixa de zumbido.

Os pesquisadores não constataram as causas dessa associação entre zumbido e dor cervical e entre zumbido e restrição de amplitude de movimento, porém, em razão dos resultados da pesquisa, sugerem que haja maior

integração entre os profissionais da área de saúde envolvidos, a fim de poder ofertar maior qualidade de vida ao idoso.

Segundo Otsuki e Ramos (2014), o zumbido é um sintoma que pode comprometer a saúde mental, gerar depressão e levar ao isolamento social. Os autores avaliaram sujeitos com perda auditiva por meio do *Tinnitus Handicap Inventory* (THI), que tem por objetivo quantificar os déficits psicoemocionais e funcionais provocados pelo sintoma. Registraram que cerca de 90% dos pacientes que apresentam queixa de zumbido também tinham algum tipo de perda auditiva, para a qual utilizavam aparelhos auditivos. Eles afirmam que na maioria dos casos, o desconforto causado pelo zumbido é um sintoma de característica subjetiva, para a qual avaliação médica é difícil, exige inúmeras pesquisas, pois é um sintoma cuja fisiopatologia é uma percepção auditiva fantasma uma vez que só o próprio paciente a percebe.

Sanchez e Ferrari (2002), avaliaram a piora do zumbido por oclusão do meato acústico em 23 pacientes com zumbido e perda auditiva com indicação de protetização. Verificaram que 21 pacientes (91,3 por cento) adaptaram-se satisfatoriamente, mas 12 optaram por uso monoaural por questões estéticas/financeiras; 16 (69,5 por cento) adaptaram-se bem ao molde bem ventilado. Houve melhora do zumbido em 69,5 por cento dos casos e da perda auditiva em 91,3 por cento. Concluíram que a prótese auditiva retroauricular com molde bem ventilado é uma ferramenta útil no controle do zumbido quando a perda auditiva tem indicação de protetização.

Okada *et al* (2006), estudaram a eficácia da acupuntura no alívio sintomático de forma aguda do zumbido em 76 indivíduos. Foi realizado um estudo prospectivo, randomizado e duplo-cego em pacientes atendidos no período entre abril e junho de 2005. Os participantes foram divididos em dois grupos: Estudo e Controle. Os autores descreveram que houve redução significativa da contagem de intensidade de zumbido pré e pós-agulhamento em ambos os grupos (controle e estudo), sendo mais acentuado no grupo de estudo.

Knobel e Sanchez (2002) investigaram como os fonoaudiólogos do Estado de São Paulo avaliam pessoas com queixa de zumbido. Foram analisados 47 questionários. A presença do zumbido é questionada na

anamnese por 87% dos profissionais, sendo que 53% alteram pelo menos um procedimento de avaliação e 47% dão alguma orientação aos pacientes. Os autores concluem que é necessário informar com mais profundidade a classe fonoaudiológica sobre as questões que envolvem o zumbido.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa, do tipo descritiva transversal, de análises qualitativas e quantitativas, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas sob número CEP/UTP 27/2008 (Anexo 1) e faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Caracterização do benefício de próteses auditivas em pacientes da clínica de Fonoaudiologia da UTP”.

Este trabalho foi elaborado segundo Normas Técnicas da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP, 2012).

O estudo foi desenvolvido em uma Clínica de Saúde Auditiva credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Curitiba-PR, durante o período de março de 2013 até dezembro de 2013.

Todos os pacientes atendidos nesta clínica são oriundos do SUS, mais especificamente, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. A porta de entrada é a Unidade Básica de Saúde, que gera um código de transação liberando a consulta especializada.

Os pacientes, atendendo ao Programa Nacional de Saúde Auditiva, com queixa de perda auditiva, passam por consulta médica especializada, realizam exames audiológicos, se necessário, testam e recebem próteses auditivas, e realizam as consultas de acompanhamento.

Dentre os pacientes atendidos na Clínica de Fonoaudiologia supracitada, durante a consulta de acompanhamento da prótese auditiva, foram selecionados os sujeitos desta pesquisa, ou seja, 53 idosos, com perda auditiva mista ou sensorineural, bilateral, e usuários de prótese auditiva, com queixa de zumbido (tabela 1).

Eles foram abordados pela pesquisadora, após a consulta otorrinolaringológica, que se apresentou e propôs a aplicação do protocolo.

Depois de esclarecidos sobre os objetivos e sigilo da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que consta do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética, e submeteram-se ao protocolo proposto. A pesquisadora leu as questões do protocolo e assinalou as respostas dos pesquisados.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A PERDA AUDITIVA (N=53)

VARIÁVEL	FEMININO (n=33)		MASCULINO (n=20)	
	n	%	n	%
Tipo da perda auditiva				
Sensorineural	27	50,94	18	33,96
Mista	6	11,32	2	3,77
Grau da perda auditiva				
Moderada	24	45,28	15	28,30
Moderadamente severa	5	9,43	2	3,77
Severa	4	7,54	3	5,66
Configuração da perda auditiva				
Plana	7	13,20	2	3,77
Descendente	26	49,05	18	33,96

Fonte: a autora

Como critérios de inclusão na pesquisa foram estabelecidos: ter mais de 60 anos; relatar perda auditiva mista ou neurosensorial; ser usuário de prótese auditiva unilateral ou bilateral; apresentar queixa de zumbido unilateral ou bilateral; e concordar voluntariamente em participar do projeto.

Foram excluídos os pacientes consultados que não se enquadraram sob estes critérios ou que apresentaram patologias de orelha externa e média que inviabilizavam o uso da prótese auditiva.

Todos os pesquisados foram submetidos ao seguinte protocolo:

- a) Avaliação otorrinolaringológica realizada por médico especialista do serviço, que constou de anamnese e exame clínico.
- b) Avaliação audiológica realizada por fonoaudiólogo do serviço, que constou de audiometria tonal limiar, por via aérea e óssea. Foi aplicada e analisada segundo Russo (2005).

c) Acufenometria realizada por fonoaudiólogo do serviço. Este exame consiste na medição subjetiva da intensidade (dBA) e frequência (Hertz) do zumbido que o paciente refere. Foi aplicada e analisada segundo Russo (2005).

d) Questionário Tinnitus Handcap Inventory - THI (Anexo 2), aplicado pela pesquisadora, que leu as questões e anotou as respostas referenciadas pelos pesquisados.

e) Índice de Qualidade de Vida - QLI (Anexo 3), aplicado pela pesquisadora que leu as questões e anotou as respostas referenciadas pelos pesquisados.

O THI foi elaborado por Newman *et al* (1996) e foi adaptado para o português por Ferreira *et al.* (2005). É composto por um conjunto de 25 perguntas relativas ao *handcap* que o zumbido causa no indivíduo. Os indivíduos pesquisados, a cada questão tiveram a opção de escolher uma das três respostas: "sim", "às vezes", "não".

A pontuação do questionário foi feita submetendo as respostas a três índices. Para as respostas "sim", 4 pontos; as respostas "às vezes", obtiveram 2 pontos; e as respostas "não", não foram cotadas por nenhum ponto. Os pontos alcançados foram somados, visando alcançar um índice que determinasse qual o grau de gravidade do zumbido relatado por cada indivíduo, bem como os pontos de cada escala. Os achados foram pontuados de acordo com a literatura consultada (FERREIRA, *et al*, 2005)

Também foi aplicado o instrumento *Ferrans and Powers Quality of Life Index* (QLI) cuja versão é disponibilizada e adaptada para o português segundo Kimura e Silva (2009). Trata-se de um questionário que tem o seu uso adequado para diferentes contextos e amostras da população brasileira.

“O QLI avalia a qualidade de vida de acordo com os níveis de satisfação e de importância atribuídos a quatro dimensões: Saúde/funcionamento, Psicológico/ espiritual, Socioeconômico e Família.” (KIMURA e SILVA, 2009). Tem se demonstrado bastante útil e é considerado como sendo uma medida válida e confiável de qualidade de vida.

Os itens destacados para esta avaliação são apresentados no quadro

1:

QUADRO 1 - ITENS E DOMÍNIOS DO FERRANS E POWERS

Saúde e Funcionamento (13 itens)	Socioeconômico (8 itens*)	Psicológico/ Espiritual (7 itens)	Família (5 itens)
1. saúde 2. assistência a saúde 3. dor 4. energia (fadiga) 5. independência física 6. controle sobre a própria vida 7. vida longa 11. vida sexual 16. responsabilidades familiares 17. ser útil às pessoas 18. preocupações 25. atividades de lazer 26. possibilidade de futuro feliz	13. amigos 15. suporte das pessoas 19. vizinhança 20. lugar de moradia 21/22. trabalho/ não ter trabalho 23. escolaridade 24. necessidades financeiras * itens 21 e 22 são mutuamente excludentes	27. paz de espírito 28. fé em Deus 29. objetivos pessoais 30. felicidade 31. satisfação com a vida 32. aparência pessoal 33. consigo próprio (<i>self</i>)	8. saúde da família 9. filhos 10. felicidade da família 12. cônjuge 14. suporte familiar

Fonte: Kimura e Santos, 2009.

São 33 itens, distribuídos em quatro dimensões (sub-escalas) e têm como característica de referência: saúde/funcionamento (13 itens); socioeconômico (8 itens); psicológico/ espiritual (7 itens); e família (5 itens).

Estes tópicos foram distribuídos em questões, as quais são ponderadas por grau de importância e os sujeitos entrevistados atribuem valores em uma escala crescente de satisfação e de importância, que varia de 1 a 6, em duas escalas distintas.

A primeira parte, estabelece a medida de “*Quanto você está satisfeito com...*” cujas escolhas em escala varia com o seguintes escore:

- 1 Muito insatisfeito
- 2 Moderadamente insatisfeito
- 3 Pouco insatisfeito
- 4 Pouco satisfeito
- 5 Moderadamente satisfeito
- 6 Muito satisfeito

Em um segundo questionamento, busca-se identificar “*Quanto é importante em sua vida...*” onde são apresentadas as mesmas questões, e cujas respostas estão assim escalonadas:

- 1 Sem nenhuma importância
- 2 Moderadamente sem importância
- 3 Um pouco sem importância
- 4 Um pouco importante
- 5 Moderadamente Importante
- 6 Muito Importante

“Para o cálculo dos escores, cada item de satisfação é ponderado pelo correspondente de importância. Isto resulta em valores combinados, sendo que os mais altos representam alta satisfação e alta importância e os mais baixos, baixa satisfação e baixa importância.” (KIMURA e SANTOS, 2009). Este esquema de pontuação baseia-se na premissa de que pessoas satisfeitas com área que consideram importantes desfrutam de melhor qualidade de vida do que as pessoas insatisfeitas com áreas que consideram importantes (FERRANS E POWER, 1992).

O procedimento para atribuição dos escores requer, primeiramente, que se a pontuação dos itens de satisfação seja recodificada, com a finalidade de centralizar o zero da escala. Este índice é obtido subtraindo-se o valor 3,5 das respostas a cada item de satisfação, resultando em pontuações de - 2,5, - 1,5, - 0,5, +0,5, +1,5 +2,5 para pontuações iniciais de 1, 2, 3, 4, 5, 6, respectivamente. Em segundo lugar, os escores recodificados de satisfação são ponderados pelos seus correspondentes de importância (1, 2, 3, 4, 5, 6). A seguir, o escore total é calculado somando-se os valores de todos os itens respondidos e divididos pelo total de itens respondidos. Até este ponto a variação possível é de -15 a +15. Para eliminar pontuações negativas no escore final, soma-se 15 aos valores obtidos, resultando no escore total do instrumento, que poderá variar de 0 a 30. Os valores indicam qualidade de vida (FERRANS e POWER, 1992; FERRANS, 1996).

Os dados obtidos nesta pesquisa foram digitados em planilha eletrônica e tratados estatisticamente pelos testes Qui-quadrado e Correlação de Spearman, ao nível de significância de 0,05, estão apresentados a seguir.

Para realização das análises estatísticas foram consideradas as seguintes variáveis: grau de incômodo do zumbido no THI; nível de importância no QLI; e nível de satisfação no QLI.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta por 53 respondentes, sendo 33 do gênero feminino e 20 do masculino.

Todos são considerados de 3ª idade, pois possuem mais de 60 anos (FERREIRA, RAMOS JÚNIOR e MENDES, 2009). A idade mínima da amostra foi de 60 anos, a máxima de 85 e a média de 72,5 anos.

Todos os sujeitos apresentaram otoscopia dentro da normalidade.

Conforme já apresentado na tabela 1, todos os participantes desta pesquisa possuíam perda de audição. Segundo literatura consultada (RUSSO, 1988), a acuidade auditiva no idoso é objeto de estudo de diferentes ciências, pois é comum nesta população encontrarmos perda auditiva denominada presbiacusia. Para Mansur e Viude (1996) a audição é o primeiro dos sentidos a apresentar perda funcional com o avançar da idade.

A amostra aqui estudada caracterizou-se por possuir, na maioria, perda sensorioneural (84,9%), de grau moderado a moderadamente severo (86,5%) e de configuração descendente (82%). Este fato concorda com estudo que caracteriza a presbiacusia (RUSSO, 2005).

Segundo literatura consultada (ALMEIDA e IORIO, 1996; RUSSO, 2005; RIBAS et al, 2014), o uso da prótese auditiva é indicado para esta população, pois além de amplificar o som e diminuir o impacto da perda auditiva, concorre para a remissão do zumbido. Todos os sujeitos da amostra pesquisada utilizam próteses auditivas, e em função disto, são acompanhados pelo serviço a cada seis meses.

Na tabela 2 constam os dados que caracterizam a amostra de acordo com a protetização, já que todos possuem perda auditiva e o tipo, o grau e a configuração da perda auditiva.

TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE AUDITIVA (N=53)

VARIÁVEL	FEMININO (n=33)		MASCULINO (n=20)	
	n	%	n	%
LATERALIDADE				
Unilateral	10	31	8	40
Bilateral	23	69	12	60
TIPO DE PRÓTESE				
Retroauricular	18	54	16	80
Intracanal	15	46	4	20
TIPO DE MOLDE				
Silicone	12	66	10	62
Acrílico	6	34	6	38

Fonte: a autora

A maioria da amostra utiliza prótese auditiva bilateral. Este é o ideal quando se tem perda auditiva em ambas as orelhas, pois assim se garante a localização da fonte sonora e boa discriminação auditiva (RIBAS *et al*, 2014).

O tipo de prótese mais utilizada pela amostra é a retroauricular, maior e de mais fácil manuseio, segundo Almeida e Lório (1996). Neste tipo de prótese é necessária a adaptação do molde auricular, que na amostra pesquisada, foi em maior número de silicone, material flexível, que se ajusta com mais facilidade ao pavilhão do usuário.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO IMPACTO DO ZUMBIDO

Todos os participantes, por possuírem queixa de zumbido, foram submetidos ao teste de acufenometria, e os resultados estão descritos na Tabela 3.

TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO ACUFENOMETRIA (N=53)

VARIÁVEL	FEMININO (n=33)		MASCULINO (n=20)	
	n	%	n	%
Tipo do zumbido				
Apito	1	1,86	2	3,77
Chiado	32	60,37	18	33,96
Frequência do zumbido				
Grave (250 a 500Hz)	0	0	1	1,88
Média (1000 a 3000Hz)	29	54,71	16	30,18
Agudo (4000 a 6000Hz)	4	7,54	3	5,66

Fonte: a autora

O zumbido é normalmente associado à perda de audição (OMS, 1980), e neste estudo verificamos que todos os respondentes possuem perda auditiva e queixam-se da presença do sintoma.

É um sinal que acomete com frequência a população idosa (PINTO, SANCHEZ e TOMITA, 2010), objeto de estudo deste trabalho, sendo o terceiro pior sintoma para o ser humano (SANCHEZ, BENTO e MINITI, 2005).

O zumbido pode possuir diferentes características, dependendo da causa e das comorbidades apresentadas pelo paciente. Neste estudo, a maioria referiu zumbido tipo chiado (93,9%) e de *pitch* médio (84,9%).

A clínica médica geralmente associa zumbido de *pitch* agudo com problemas vasculares, segundo Ribeiro, Lório e Fukuda (2000), porém, em nosso trabalho não foi possível verificar esta relação. Também associa zumbidos graves a problemas de orelha média ou excesso de cera, porém, neste trabalho, não foram encontrados problemas de orelha externa ou média que justificassem o achado.

Depois de realizarem a acufenometria, os pesquisados responderam ao THI, cujos resultados estão descritos na Tabela 4.

TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO RESULTADOS DO THI, CONSIDERANDO A PIOR ORELHA (N=53)

<i>Hadicap</i>	<i>FEMININO (n=33)</i>		<i>MASCULINO (n=20)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Leve	7	13,20	4	7,54
Moderado	13	24,52	5	9,43
Severo	6	11,32	7	13,20
Muito Severa	7	13,20	4	7,54
TOTAL	33	100	20	100

Fonte: a autora

O questionário THI investiga o quanto o zumbido incomoda e interfere na vida das pessoas que possuem este sintoma. O incômodo pode ser categorizado de leve a muito severo (FERREIRA *et al*, 2005).

Em nosso estudo, foi prevalente o incômodo moderado (34%), porém, foi elevado o número de pessoas onde o zumbido incomoda de forma severa (23%) e muito severa (20%). Este sintoma, por mais fraco que seja, pode influenciar a qualidade de vida de uma pessoa (OMS, 1980; SANCHEZ, BENTO e MINITI, 2005; COELHO e BUCHWEITZ, 2014) de forma negativa, repercutindo na esfera psíquica, provocando irritação, ansiedade, depressão e insônia. Há relatos na literatura de pessoas que, por causa do zumbido, tentaram o suicídio.

Sendo este número relevante, torna-se emergente que o profissional de enfermagem tome conhecimento destes dados, com vistas a intervir e contribuir para a melhoria da qualidade de vida de idosos sob seus cuidados. Segundo Lopes e Santos (2009), cabe ao enfermeiro, sensível às necessidades e queixas do paciente, tomar atitudes que possam ser úteis ao envelhecimento saudável.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Todos os pesquisados responderam ao QLI, e os resultados estão relatados nas Tabelas 5 e 6.

TABELA 5 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO NÍVEL DE SATISFAÇÃO NO QLI (N=53)

<i>QLI</i>	<i>FEMININO</i> (<i>n</i> =33)		<i>MASCULINO</i> (<i>n</i> =20)	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Muito insatisfeito (0 – 5)	0	0	0	0
Moderadamente insatisfeito (6 a 10)	0	0	0	0
Pouco insatisfeito (11 – 15)	0	0	0	0
Pouco satisfeito (16 a 20)	0	0	0	0
Moderadamente satisfeito (21 a 25)	21	63,63	18	90
Muito satisfeito (26 a 30)	09	36,36	05	10

Fonte: a autora

TABELA 6 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO NÍVEL DE IMPORTÂNCIA NO QLI (N=53)

<i>QLI</i>	<i>FEMININO</i> (<i>n</i> =33)		<i>MASCULINO</i> (<i>n</i> =20)	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Sem nenhuma importância (0 – 5)	0	0	0	0
Moderadamente sem importância (6 a 10)	0	0	0	0
Um pouco sem importância (11 – 15)	0	0	0	0
Um pouco importante (16 a 20)	0	0	0	0
Moderadamente importante (21 a 25)	07	21,21	07	35
Muito importante (25 a 30)	23	78,78	15	65

Fonte: a autora

O questionário QLI investiga a qualidade de vida de acordo com os níveis de satisfação e importância atribuídos a quatro dimensões: saúde/funcionamento, psicologia/espiritual, socioeconômico e família (KIMURA e SILVA, 2009).

Tanto no item relacionado à satisfação quanto no relacionado ao grau de importância, a maioria dos respondentes desta pesquisa informou estar de moderadamente a muito satisfeitos com sua atual condição de

vida, e de darem de moderada a muita importância aos aspectos relativos aos quesitos investigados.

É senso comum que o envelhecimento traz no seu bojo uma série de processos involutivos, que acabam por limitar a existência das pessoas, ou, no mínimo, alteram sua condição de vida. Trata-se de um fenômeno universal, e, segundo Ciosak *et al* (2011), muitas variáveis interferem na qualidade deste envelhecer: produtividade, relacionamentos, saúde biológica e mental, competências, etc...

Na prática clínica da enfermagem, a autora desta pesquisa, com frequência, se depara com idosos que se conformam com a situação de vida, e acreditam que as escolhas que realizou ao longo da vida, justificam as queixas e sintomas do momento.

A população idosa, apesar de poliqueixosa, tende a se conformar com a as demandas e limitações da velhice, e muitas vezes não valoriza, ou não exterioriza, suas limitações com medo de “incomodar” os familiares e profissionais que os atendem, não querem se tornar um fardo, como diz Fernandes *et al* (2011).

Considerando-se os achados da pesquisa pontuados nas tabelas 5 e 6, e os pressupostos afirmados anteriormente, entende-se, portanto, que a enfermagem pode contribuir para que, apesar das progressivas alterações decorrentes do envelhecimento, a pessoa possa redescobrir alternativas de viver a sua vida com a máxima qualidade possível (BRASIL, 2006).

6.3 RELAÇÃO ENTRE ZUMBIDO E QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO IDOSA

Segundo Lima, Silva e Galhardoni (2008), envelhecer é um processo multidimensional, com constantes simultâneas de ganhos e perdas. Envelhecer com qualidade e bem estar requer do idoso a administração de suas perdas e a reavaliação de desejos e perspectivas.

O envelhecimento bem sucedido depende da combinação da baixa probabilidade de adoecimento e da conservação das funções cognitivas, emocionais e sociais, dentre outras (MORAES e SOUZA, 2005)

Buscando relacionar a presença do zumbido à qualidade de vida dos respondentes, foram cruzadas as seguintes variáveis: desconforto causado pelo zumbido (THI) e nível de satisfação no questionário de qualidade de vida (QLI). O resultado encontra-se na tabela 7.

TABELA 7 – RELAÇÃO ENTRE O RESULTADO NO T.H.I. E O QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO O NÍVEL DE SATISFAÇÃO (N=53)

<i>T.H.I</i>	<i>NÍVEL DE SATISFAÇÃO NO QLI</i>		<i>TOTAL</i>
	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito	
Leve	5 (9,4%)	7 (13%)	12 (22%)
Moderado	6 (11%)	12 (22%)	18 (33%)
Severo	8 (15%)	4 (7,5%)	12 (22%)
Muito severo	4 (7,5%)	7 (13,2%)	11 (20%)
TOTAL	23 (43%)	30 (57%)	53 (100%)

Análise: Através do teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que não existe relação significativa ($p = 0,7447$) entre o T.H.I. e o nível de satisfação.

Foi possível verificar que não houve relação significativa entre grau de desconforto do zumbido com qualidade de vida, pois apesar de grande parte da amostra (43,2%) se queixar de que o zumbido incomoda bastante, esta percepção não foi suficiente para interferir na qualidade de vida. Esta informação nos permitiu pensar em duas hipóteses: ou o respondente desta pesquisa não está valorizando o incômodo causado pelo zumbido, ou está minimizando as limitações causadas pela própria perda auditiva e pelo sintoma zumbido.

Os dados aqui encontrados não são corroborados pela literatura consultada, onde é evidente a interferência do zumbido na qualidade de vida das pessoas (SANCHEZ, BENTO e MINITI, 2005; OTSUKI e RAMOS, 2014).

Para verificarmos o impacto do tipo do zumbido sobre a vida dos respondentes, foram cruzadas as seguintes variáveis: tipo e *pitch* do zumbido, e incômodo referido no THI. O resultado encontra-se nas tabelas 8 e 9.

TABELA 8 – RELAÇÃO ENTRE O RESULTADO DO THI E O TIPO DO ZUMBIDO (N=53)

<i>T.H.I</i>	<i>TIPO DO ZUMBIDO</i>		<i>TOTAL</i>
	Apito	Chiado	
Leve	1 (1,8%)	11 (20%)	12 (22%)
Moderado	-	18 (33%)	18 (33%)
Severo	1 (1,8%)	11 (20%)	12 (22%)
Muito severo	1 (1,8%)	10 (18%)	11 (20%)
TOTAL	3 (5,6%)	50 (94%)	53 (100%)

Análise: Através do teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que não existe relação significativa ($p=0,4024$) entre o THI e o tipo do zumbido.

Nota: Para possibilitar a aplicação do teste Qui-quadrado, foram consideradas duas categorias de THI (leve+moderado e severo+muito severo).

TABELA 9 – RELAÇÃO ENTRE O RESULTADO DO THI E A FREQUÊNCIA DO ZUMBIDO (N=53)

<i>T.H.I.</i>	<i>FREQUÊNCIA DO ZUMBIDO</i>			<i>TOTAL</i>
	Agudo	Grave	Media	
Leve	2 (3,7%)	1 (1,8%)	9 (16%)	12 (22%)
Moderado	1 (1,8%)	-	17 (32%)	18 (33%)
Severo	1 (1,8%)	-	11 (20%)	12 (22%)
Muito severo	1 (1,8%)	-	10 (18%)	11 (20%)
TOTAL	5 (9,4%)	1 (1,8%)	47 (88%)	53 (100%)

Análise: Através do teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que não existe relação significativa ($p = 0,5974$) entre o THI e a frequência do zumbido.

Nota: Para possibilitar a aplicação do teste Qui-quadrado, foram consideradas duas categorias: agudo+grave e média.

Não foi observada relação significativa entre o tipo e o *pitch* do zumbido e o resultado no THI, ou seja, a qualidade do zumbido não foi preponderante para aumentar ou diminuir o incômodo causado pelo sintoma. Este dado também discorda da literatura consultada (OTSUKI e RAMOS, 2014), onde tipos diferentes de zumbidos impactam mais ou menos a vida das pessoas.

CONCLUSÃO

- 1- A qualidade de vida do grupo de idosos envolvidos nesta pesquisa foi analisada com sucesso;
- 2- A perda auditiva e o zumbido foram caracterizados adequadamente na amostra estudada;
- 3- Não houve relação entre qualidade de vida e impacto do zumbido;
- 4- Não houve relação entre tipo e pitch do zumbido e grau de incômodo do sintoma;
- 5- A Sistematização da Assistência de Enfermagem pode contribuir para o atendimento e cuidado com a população estudada que possui queixa de perda auditiva e zumbido.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de meados do século XX a velhice passou a ter maior visibilidade no cenário brasileiro, abrangendo estudos de diversas áreas do conhecimento, do Estado e também do universo social, que conduz a realização de inúmeras ações para a sua prevenção.

Como vimos ao longo desta dissertação, o envelhecimento gera múltiplos cuidados, que acabam por promover a elaboração de programas para a terceira idade.

Há ainda que se falar que os legados de uma geração de idosos necessitam ser transmitidos para as gerações seguintes, e isto se dá, na maioria das vezes por meio da palavra, tanto escrita quanto falada, transmitindo o verdadeiro sentido da vivência conquistada e realizada, a tradição adquirida pela sabedoria popular dos idosos, com descrições não somente da vivência concreta.

Nesse sentido, a audição é um órgão essencial, sendo a base da comunicação. Sua perda está associada ao processo de envelhecimento, porém, entre as ações de enfermagem, o cuidado quanto à presença do zumbido, que, em geral é um sintoma que somente o paciente percebe, não pode ser relegado ao esquecimento.

Esse posicionamento embasa a assistência de enfermagem que envolve ações de orientação para a possível reabilitação e o autocuidado junto aos idosos. Mesmo porque cuidar de idosos requer conhecimentos complexos, que alcançam não somente esta população, mas também o seu entorno.

Ao final deste estudo concluímos que foi possível caracterizar a qualidade de vida do grupo de idosos estudado, porém, ficou nítido, no desenvolver dos resultados, que esta população, poliqueixosa e que já possui uma série de limitações, está minimizando os efeitos da velhice, o que pode ser considerado sob dois aspectos: o positivo e o negativo:

O lado positivo se refere ao fato de que esta população está envelhecendo e se adaptando com sucesso às novas condições de vida, sendo que o zumbido, relatado na consulta otorrinolaringológica, não foi capaz de afetar a qualidade de vida destas pessoas.

Por outro lado, há que se pensar que a negação do impacto do sintoma pode estar mascarando outras dificuldades, e gerando problemas de comunicação e de sociabilização. Neste contexto, a atuação dos profissionais da saúde é imprescindível, principalmente no que se refere à promoção de saúde.

Como a Sistematização da Assistência de Enfermagem poderia contribuir?

O trabalho desenvolvido pela enfermagem com idosos requer, além do atendimento pleno à sua saúde, o apoio emocional, pois este facilita, inclusive, o trabalho terapêutico. As dificuldades e situações imprevistas devem ser atendidas com tranqüilidade, com sensibilidade, sempre lembrando que nas visitas, as orientações de educação em saúde e higiene são indispensáveis e grandes aliados nas relações psicossociais.

O enfermeiro, atento aos efeitos colaterais provocados pela senescência, pelo uso de medicamentos e a detecção precoce de possíveis agravos, presta serviço relevante para um atendimento de qualidade.

Temos que destacar que uma das tendências da atualidade, principalmente dos idosos e daqueles com problemas auditivos, é o isolamento, que promove falta de contatos interpessoais. Esta informação deve ser difundida no meio da enfermagem para que, sabedores deste fato, estes profissionais que cuidam e assistem a população idosa, possam tomar medidas preventivas.

É necessário que haja constante análise da condição de vida do assistido e que essa resulte em contribuições e orientações de enfermagem, para o idoso, para a família e para o cuidador, de tal forma que estes minimizem as suas dificuldades, contribuindo para o bem estar face ao aumento da expectativa de vida, dos indivíduos, hoje comprovada.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, K; IÓRIO, M C.M. *Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas*. São Paulo: Lovise, 1996. 3 45-74.
- ARAÚJO, G. B, S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev. Eletr. Enf.* 2006. 8(2) 259-72.
- ARAÚJO, LA; BACHION, M M. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2005. 39(1) 53-61.
- ARNST, DJ; DANHAUER, J L.; GERBER, SE; GOLLER, MC; FLYNN, P. A. SSW test performance-intensity functions for hearing impaired adults. *Ear hear*. 5:346-7, 1984. In: LOMBARDI, Christiane. *Programas de Reabilitação Auditiva para Idosos: Uma proposta alternativa de avaliação de eficácia*. Dissertação. Mestrado em Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/linguagemesubjetividade/PDF/chris lombardi.pdf>> Acesso em: 18 novembro, 2014.
- AZEVEDO, RF; CHIARI, BM; OKADA, DM; ONISHI, ET. Efeito da acupuntura sobre as emissões otoacústicas de pacientes com zumbido. *Rev Bras Otorrinolaringol*. v. 73, n. 5, p. 599-607, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v73n5/a04v73n5.pdf>> Acesso em: 18 novembro, 2014.
- BANDEIRA, E M F S; PIMENTA, F A P; SOUZA, MC. *Saúde em casa: atenção à saúde do idoso*. Belo Horizonte: Casa de Editoração e Arte, 2006.
- BAPTISTA, M N; *et al*. Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. *Avaliação Psicológica*, v. 5, n. 1, p. 77-85, 2006.
- BENTO, RF; MINITI, A; MARONE, SAM. Doenças do ouvido interno. In: BENTO, R F; MINITI, A; MARONE, SAM (Eds.). *Tratado de otologia*. São Paulo: Edusp, 322-31. 1998.
- BODACHNE, L. *Princípios básicos da geriatria e gerontologia*. Curitiba: Champagnat, 1998.
- BODACHNE, L. *Como envelhecer com saúde*. Curitiba: Champagnat, 1995.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Manual de condutas de Enfermagem*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/36manual_condutas.pdf> Acesso em: 20 agosto, 2001.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 19. Brasília, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*. (Série A; n.19), Brasília, 2006.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em 18 agosto, 2014.

BRAZ, E.; CIOSAK, S. I. O perfil do envelhecimento. *In*: BRAZ, E.; SEGRANFREDO, K. U.; CIOSAK, S. I. O paradigma da 3ª idade. Cascavel (PR): Coluna do Saber, 2006. *In*: CIOSAK, S. I.; BRAZ, E.; COSTA, M. F. B. N.A.; NAKANO, N. G. R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, RA; ROCHA, ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. v. 45, (Esp. 2), p.1763-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf> Acesso em: Acesso em 22 agosto, 2014.

CALDAS, C. P. Teorias sociológicas do envelhecimento. *In*: NETTO, M. P. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2007.

CALDAS, CP; SALDANHA, AL. *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 20024.

CALDEIRA, C. *Espaço aberto. Notas. USP*. Disponível em: http://www.usp.br/espacoaberto/arquivo/2007/espaco86dez/0_notas.htm Acesso em: 04 setembro, 2014.

CAMPEDELLI, M C. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia. *Rev. Paul. Hosp.* 1983. 31(9/10) 198-200.

CARMO, L. C. do; SILVEIRA, J. A. M. da; MARONE, S. A. M.; OTTAVIANO, F.; GONCALEZ D.; ZAGATI, L. L.; LINS, E. M. D. von S. Estudo audiológico de uma população idosa brasileira. *Revista Brasileira de Otorrorrinolaringologia*. v. 74, n. 3, Maio/Junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v74n3/06.pdf> Acesso em: 17 novembro, 2014.

CASTAGNO LA; CASTAGNO, J. Timitus: a clinical study. *Folha Méd.* 1985. 91(5/6) 393-5.

CIOSAK, SI; BRAZ, E; COSTA, MFBNA; NAKANO,NGR; RODRIGUES,J; ALENCAR, RA; ROCHA, ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. v. 45, (Esp. 2), p.1763-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf> Acesso em: Acesso em 22 agosto, 2014.

CHAPINA, M. *Sistema sensorial*. Disponível em: <<http://injetandociencia.webnode.com.br/sistema-sensorial/>> Acesso em 28 abril, 2014.

COELHO,CC; BUCHWEITZ,CH. *Presença de zumbido em crianças*. Trabalho de Conclusão de Curso, Bacharel em Fonoaudiologia. Centro Universitário de Maringá. In: CESUMAR. Centro Universitário de Maringá. III Congresso Interdisciplinar de Saúde. Conhecer, promover e agir. *Anais*. Disponível em: <http://www.cesumar.br/dcl/pdf/anais_3congresso.pdf> Acesso em: 21 agosto, 2014.

COUTO-LENZI, A. *Reaprendendo a ouvir*. Rio de Janeiro: AIPEDA, 2000.

CRUZ, NA; BREUEL, MLF; CAMPILONGO, M. Presbiacusia. In: LOPES FILHO, O; CAMPOS, CA H. *et al. Tratado de Otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca, 2002.2 186-192

DIOGO, MJD'E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto.2000 janeiro. 8(1) 75-81.

EZEQUIEL, MCDG; FERREIRA, PS; MONTAGNI, PA; FERREIRA,VC; ARAUJO, CAF.; VILLAR, MLGP. Incidência de vestibulopatias em idosos no ambulatório escola da Faculdade de Medicina de Petropolis. XIX Congresso de Geriatria e Gerontologia. Belém do Pará, 29 de abril a 03 de maio de 2014. *Anais*. Disponível em: <www.sbim.org.br/.../xix-congresso-brasileiro-de-geriatria-e-gerontologia> Acesso em: 30 agosto, 2014.

FERNANDES, MGM; SILVA, AO; LOUREIRO, LSN; MEDEIROS, ACT. Indicadores e condições associativas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm*. v. 6, n. 3, p 543-8, 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/24291/16297>> Acesso em 13 novembro, 2014.

FERRANS, C E. Development of a conceptual model of quality of life. *Scholl Inquiry Nurs Pract*. v. 10, n. 3, p. 293-304, 1996. In: KIMURA, M.; SILVA, J. V. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Rev Esc Enferm USP*, v. 43(Esp):1098-104, 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/40428-47878-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/40428-47878-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 21 agosto, 2014.

FERRANS C E; POWERS M. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health*. v. 15, n. 1, p. 29-38, 1992. In: KIMURA, M.; SILVA, J. V. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Rev Esc Enferm USP*, v.

43(Esp):1098-104, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/40428-47878-1-PB%20(1). pdf> Acesso em: 21 agosto, 2014.

FERREIRA, LMBM; RAMOS JUNIOR, AN; MENDES, EP. Caracterização do zumbido em idosos e de possíveis transtornos relacionados. *Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]*. v. 75, n. 2, p. 245-248, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992009000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 20 agosto, 2014.

FERREIRA, PEA; CUNHA, F; ONISHI, ET; BARREIRO, FCAB.; GANANÇA, FF. Tinnitus handicap inventory : adaptação cultural para o Português Brasileiro. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, v. 17, n. 3, set.-dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010456872005000300004&script=sci_arttext> Acesso em 23 agosto, 2014.

FIGUEIREDO, NMA; TONINI, T. *Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento*. São Paulo: Yendis, 2006

FOUCAULT, M. *História da sexualidade III*. O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FURTADO, JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS, *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2006jul/set. 11 (3) 24-42.

GONÇALVES, MS; TOCHETTO, T M. Hiperacusia: uma abordagem teórica. Ver *CEFAC*. v. 7, n. 2, p. 234-40. 2005. In: ZABONI, Z. C.; IORIO, M. C. M. Reconhecimento de fala no nível de máximo conforto em pacientes adultos com perda auditiva neurossensorial. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. [online]*. v.14, n. 4, p. 491-497, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-80342009000400011&script=sci_arttext> Acesso em 18 novembro, 2014.

GILAD, C.; GLORIG, A. Presbycusis: the aging ear. Part II. *J. Am. Aud. Soc.* v. 4, n. 6, p. 207-17, 1979.

GONÇALVES,MS; TOCHETTO, T M;. ROSSI, AG. Condição auditiva de indivíduos com queixa de zumbido. *Saúde*. 2005. 31(1-2) 05-09.

GUTIERREZ, SM; ZANATO, LE; PELEGRINI, P; CORDEIRO, RC. Queixas fonoaudiológicas de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Distúrb Comun*, São Paulo. 2008 abril.21(1)21-30.

HOLDEFER, L. *Associação de terapia e retreinamento do zumbido com a terapia cognitivo comportamental no tratamento do zumbido*. Dissertação. Mestrado em Medicina. Universidade Federal de Brasília. 2009. Disponível em:

<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7932/1/2009_LisianeHoldefer.pdf>
Acesso em: 18 novembro, 2014.

HUNGRIA, H. Doenças do sistema auditivo. *In: HUNGRIA H. Otorrinolaringologia*. 6 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991. 377-81.

JACOB FILHO, W; SOUZA, RR. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. *In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALEO NETTO, M Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2 ed. São Paulo. Atheneu, 2000.

KALACHE, A; VERAS, RP; RAMOS, LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública [online]*. 1987, v. 21, n. 3, p. 200-210. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>> Acesso em: 26 agosto, 2014.

KATZ, J. *Tratado de audiologia clínica*. 3 ed. São Paulo: Manole, 1989. 717-730.

KIMURA, M; SILVA, J V. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Rev Esc Enferm USP*, v. 43, (Esp): p. 1098-104, 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/40428-47878-1-PB%20\(1\). pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/40428-47878-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 26 agosto, 2014.

KNOBEL, KAB; SANCHEZ, TG. Atuação dos fonoaudiólogos no Estado de São Paulo, Brasil, na avaliação com queixas de zumbido e/ou sensibilidade a sons. *Pró Fono.2002*. 14(2) 215-24.

LEBRÃO, ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007. Ano 4. 17 135-40.

LENARDT, MH; WILLIG, MH; SILVA, SC; SHIMBO, AY; TALLMANN, AEC; MARUO, GH. O Idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. *CogitareEnferm.2006maio/ago.11(2)17-23.2006*. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/6853-18628-1-PB%20\(1\). pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/6853-18628-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 20 agosto, 2014.

LIMA, AMM; SILVA, H S; GALHARDONI, R. Envelhecer bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface Somun Saúde Educ [Internet]*. v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000400010&script=sci_arttext> Acesso em: 16 novembro, 2014.

LOMBARDI, C. *Programas de reabilitação auditiva para idosos: uma proposta alternativa de avaliação de eficácia*. Dissertação. Mestrado em Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/linguagemesubjetividade/PDF/chrislombardi.pdf>> Acesso em: 18 novembro, 2014.

LOPES, F; SANTOS, SSC. Construindo um histórico de enfermagem para ser utilizado com o idoso internado em um hospital universitário *CogitareEnferm.* 2009jan/mar.14(1)22-9. Disponível em: <http://repositorio.furg.br:8080/bitstream/handle/1/1850/Construindo> Acesso em: 14 setembro, 2014.

MAFFIOLETTI, VLR; LOYOLA, CMD. A nova profissão de “cuidador de idosos” e suas implicações éticas. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro. 2003agosto. 7(2)283-292. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127717991016.pdf> Acesso em: 12 agosto, 2014.

MANSUR, LL; VIUDE, A. Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Atheneu, 1996. 26 284-95.

MARCHIORI, ILM; REGO FILHO, E A; MATSUO, T. Hipertensão como fator associado à perda auditiva. *Ver. Bras. ORL.* 2006. 72(4) 533-540.

MEIRELLES, BHS; ARRUDA, C; SIMON, E; VIEIRA, FMA; CORTEZ, MDV; NATIVIDADE, MSL. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. *Cogitare Enferm.* 2010 jul/set. 15(3). 433-40. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/18884/12193&sa=X&scisig=AGBfm2bxQdV1s7daj2qjGEM-w8qirISQ&oi=scholar&ei=e35yVNKCF4m> Acesso em: 17 novembro, 2014.

MIGUEL JÚNIOR, A. Vertigem. Tonturas. Labirintopatia. *Manual Merck.* Seção: Distúrbios do Cérebro e nervos: Cap 63 Vertigem [on line]. 2006. Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/vertigem/page/5> Acesso em: 21 agosto, 2014.

_____. *Deficiência da audição nos idosos.* Presbiacusia ou surdez. 2007. Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/tag/implante-coclear/> Acesso em 20 novembro, 2014.

_____. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes, 2001

MONTICELLI M. *Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado as mulheres e recém-nascidos.* São Paulo: Robe, 1997.

MORAES, JFD; SOUZA, VBA. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2005. 27(4) 302-308.

MOREIRA, MD; MARCHIORI, L LM; COSTA, VSP; DAMASCENO, EC; GIBRIN, PCD. Zumbido: possível associação com alterações cervicais em idosos. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* 2011.15(3)333-337. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aio/v15n3/v15n3a11.pdf> Acesso em 12 setembro, 2014.

NERI, A. L. Paradigmas e teorias em psicologia do envelhecimento. In: NETTO, M. P. *Tratado de gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2007.

NETTO, MP; CARVALHOFILHO, ET; GARCIA, YM. Biologia e teoria do envelhecimento. In: NETTO, M. P. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2007.

NETTO, MP. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002

OKADA, DM; ONISHI, ET; CHAMI, FL.; BORIN, A; CASSOLA, N; GUERREIRO, VM. O uso da acupuntura para alívio imediato do zumbido. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006. 72, (2) 182-6.

OLIVEIRA, A. GB.; ALOSSI, NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades Atuais. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, Brasília (DF), 2003 maio/jun.11(3)333-340.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU DO BRASIL. *A ONU e as pessoas idosas*. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>> Acesso em 25 agosto, 2014.

OTSUKI, MS; RAMOS, S.B. Benefícios do aparelho auditivo para pacientes com queixa de zumbido avaliados por meio do questionário de gravidade do zumbido (QGZ). In: CESUMAR. Centro Universitário de Maringá. III Congresso Interdisciplinar de Saúde. Conhecer, promover e agir. *Anais*. Disponível em: <http://www.cesumar.br/dcl/pdf/anais_3_congresso.pdf> Acesso em: 21 agosto, 2014.

PERSON, OM; FERES, MCLC; BARCELOS, CEM; MENDONÇA, RR.; MORONE, MR ; RAPOPORT, P B. Zumbido: aspectos etiológicos, fisiopatológicos e descrição de um protocolo de investigação. *Arq Med. ABC*. 2005. 30(2) 111-8.

PINTO, PC L; SANCHEZ, TG; TOMITA, S. Avaliação da relação entre severidade do zumbido e perda auditiva, sexo e idade do paciente. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010. 76(1) 18-24.

PORTAL EDUCAÇÃO. FONOAUDIOLOGIA. Estudos associados às alterações do aparelho vestibular. 19 de novembro de 2012. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/fonoaudiologia/artigos/21643/estudos-associados-as-alteracoes-do-aparelho-vestibular#ixzz3CUIPEzCN>> Acesso em 20 agosto, 2014.

PORTMANN, M; PORTMANN, C. *Tratado de Audiometria Clínica*. 6 ed. São Paulo, ROCA, 1993.153-146.

QUEIJA, DS; BEHLAU, M. Auto-avaliação da voz na terceira idade. In: BEHLAU, M. S.; GASPARINI, G, (Orgs). *A voz do especialista*, v. III. Rio de Janeiro: Revinter. 2006. 23-34.

RIBEIRO, PJ; IÓRIO, MCM.; FUKUDA, Y. Tipos de Zumbido e sua Influência na Vida do Paciente: Estudo em uma População Ambulatorial. *Acta Awho*.2000.19 (3) 125-135.

RONNBERG, J. Cognition in the hearing impairment and deaf as a bridge between signal and dialogue: A framework and model. *Internacional Journal of Audiology* 2003. 42. S68-S76.

RUSSO, ICP. *Uso de próteses auditivas em idosos portadores de presbiacusia: indicação adaptação e efetividade*. São Paulo, Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Paulo / EPM, 1988.

RUSSO, ICP. *Audiologia prática*. São Paulo: Cortez, 2005.

SAMPAIO, J R. (Org.) *Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SANCHEZ, TG.; FERRARI, GMS. O controle do zumbido por meio de prótese auditiva: sugestões para otimização do uso. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 2002. 14(1) 111-8.

SANCHEZ TG, BENTO, RF; MINITI, A; CAMARA, J. Zumbido: características e epidemiologia. Experiência do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 1997.63 229-35.

SANCHEZ, TG. *et al*. Zumbido em pacientes com audiometria normal: caracterização clínica e repercussões. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. [online]. v. 71, n. 4, p. 427-431, 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000400005&lng=pt&nrm=iso&userID=-2> Acesso em 20 agosto, 2014.

SCHLEY, TL; NODAR, PH. Tinnitus, present and future. *Cur Opin Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2001. 9(5) 323-8.

SEGUN, E. *O idoso aqui e agora*. Rio de Janeiro: Júris, 2001.

STEINMETZ, LG; ZEIGELBOIM, BS; LACERDA, AB; MORATA, TC; MARQUES, J M. Características do zumbido em trabalhadores expostos a ruídos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2009. 75(1) 7-14.

SICSÚ, J; CASTELAR, A. *Sociedade e economia: estratégias de crescimento e desenvolvimento*. Brasília: IPEA, 2009. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/>>

agencia/ images/stories/PDFs/livros/Livro_SociedadeeEconomia.pdf> Acesso em: 24 agosto, 2014

TEIXEIRA, M B; FERNANDES, RAQ. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental. *Rev Bras Enferm.* 2003 nov/dez. 56(6) 619-23.

UNFPA. *Envelhecimento no século XXI: Celebração e Desafio*. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Nova York E HelpAge International, Londres. 2012.

Disponível em: <<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>> Acesso em: 18 novembro, 2014.

UTP. Normas Técnicas: elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos-científicos. Curitiba: UTP, 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Publica.* 2007. 23. (10) 2463-6.

VERAS, RP; MATTOS, LC. Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 2007.73(1)128-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v73n1/a21_v73n1.pdf> Acesso em 28 agosto, 2014.

.

VILLELA, SC; SCATENA, MCM. A Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental, *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF) v/dez 2004.57(6) 738-741.

WEINSTEIN, BE; Hearing Aids and Older Adults. In LUBINSKI, R.; HIGGINBOTHAM, P. J, *Communication technologies for the elderly: Vision, Hearing and Speech*. San Diego. Londres; Singular publishing group; Chapter.1997. 6 129-159.

ZINN, GR; GUTIERREZ, BAO. Processo de envelhecimento e sua relação com a morte: percepção do idoso hospitalizado em unidade de cuidados semi-intensivos. *Estud. Interdiscip. Envelhec.*, Porto Alegre,2008.13(1)79-93.

ZWAARDEMAKER, H. Duverlus an hohen tonen mit zunehmenden alter: ein neues gesetz. *Arch Ohren Nasen Kehlkopfeilkd.* p. 32-53, 1891.

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**Universidade Tuiuti do Paraná**

Credenciada por Decreto Presidencial de 7 de julho de 1997 - D.O.U. nº 128, de 8 de julho de 1997, Seção 1, página 14295

Curitiba, 04 de julho de 2008

Of. CEP-UTP nº 00027/2008

Sr. Pesquisador

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos e Animais da Universidade Tuiuti do Paraná, CEP-UTP, após apreciação do Projeto de pesquisa de sua autoria, intitulado: **“Caracterização do benefício de próteses auditivas em pacientes da clínica de Fonoaudiologia da UTP.”**, considerou-o **APROVADO**.

Prof. Dr. Eduardo Carrilho
Coordenador do CEP-UTP

Ilma Sra.
Profa. Dra. Angela Ribas
Pesquisador Responsável

ANEXO 2 - TINNITUS HANDICAP INVENTORY

1. Devido ao seu zumbido é difícil se concentrar?
2. O volume (intensidade) do seu zumbido faz com que seja difícil escutar as pessoas?
3. O seu zumbido deixa você nervoso?
4. O seu zumbido deixa você confuso?
5. Devido ao seu zumbido, você se sente desesperado?
6. Você se queixa muito do seu zumbido?
7. Devido ao seu zumbido, você tem dificuldade para pegar no sono à noite?
8. Você sente como se não pudesse se livrar do seu zumbido?
9. O seu zumbido interfere na sua capacidade de aproveitar atividades sociais (tais como sair para jantar, ir ao cinema)?
10. Devido ao seu zumbido, você se sente frustrado?
11. Devido ao seu zumbido, você pensa que tem uma doença grave?
12. O seu zumbido torna difícil aproveitar a vida?
13. O seu zumbido interfere nas suas tarefas no serviço e em casa?
14. Devido ao seu zumbido, você se sente freqüentemente irritado?
15. Devido ao seu zumbido, você acha difícil ler?
16. O seu zumbido deixa você chateado?
17. Você sente que o seu zumbido atrapalha o seu relacionamento com a sua família e amigos?
18. Você acha difícil tirar a sua atenção do zumbido e se concentrar em outra coisa?
19. Você sente que não tem controle sobre o seu zumbido?
20. Devido ao seu zumbido, você se sente freqüentemente cansado?
21. Devido ao seu zumbido, você se sente freqüentemente deprimido?
22. O seu zumbido faz com que você sinta ansioso?

23. Você sente que não pode mais suportar o seu zumbido?
24. O seu zumbido piora quando você está estressado?
25. O seu zumbido faz com que você se sinta inseguro?

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO APRESENTADO PARA A IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DA QLI

1. Sua saúde?
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?
3. A intensidade de dor que você sente?
4. A energia que você tem para as atividades diárias?
5. Sua capacidade para cuidar de si mesmo (a) sem ajuda de outra pessoa?
6. O controle que você tem sobre sua vida?
7. Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?
8. A saúde da sua família?
9. Seus filhos?
10. A felicidade da sua família?
11. Sua vida sexual?
12. Seu (sua) esposo (a), namorado (a) ou companheiro (a)?
13. Seus amigos?
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?
16. Sua capacidade para cuidar das responsabilidades da família?
17. O quanto você é útil para os outros?
18. A quantidade de preocupações em sua vida?
19. Sua vizinhança?
20. Sua casa, seu apartamento ou com o lugar onde você mora?
21. Seu trabalho (se tiver algum trabalho, com ou sem remuneração)?
22. O fato de não ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?
23. Seu nível de escolaridade?
24. A maneira como você administra o seu dinheiro?
25. As suas atividades de lazer, de diversão?
26. Suas possibilidades de ter um futuro feliz?
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?
28. Sua fé em Deus?

- 29. A realização de seus objetivos pessoais?
- 30. Sua felicidade de modo geral?
- 31. Sua vida de modo geral?
- 32. Sua aparência pessoal?
- 33. Você mesmo (a) de modo geral?