

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

CÉLIA OLIVEIRA DOS SANTOS VASCONCELOS

AS VIVÊNCIAS DA PESSOA IDOSA COM
PRESBIACUSIA

RECIFE/2024

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**AS VIVÊNCIAS DA PESSOA IDOSA COM
PRESBIACUSIA**

**Dissertação apresentada à banca
avaliadora para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Saúde pela
Faculdade Pernambucana de Saúde**

Mestranda: Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos

Orientadora: Prof^a Dra. Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros

Linha de pesquisa: Processos Clínicos e Ciclos da Vida

RECIFE/2024

Ficha Catalográfica

Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

V331d Vasconcelos, Célia Oliveira dos Santos

As vivencias da pessoa idosa com presbiacusia. / Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos; orientadora Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros. – Recife: Do Autor, 2024.

118 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado em Psicologia da Saúde, 2024.

1. Vivencia. 2. Presbiacusia. 3. Psicanálise. 4. Perda auditiva. 5. Pessoa Idosa. I. Medeiros, Waleska de Carvalho Marroquim. Orientadora. II. Título.

CDU 616.-053.9

Mestranda: Célia de Oliveira dos Santos Vasconcelos

AS VIVÊNCIAS DA PESSOA IDOSA COM PRESBIACUSIA

Dissertação apresentada em:

24/10/2025

Membros da banca examinadora:

Prof^ª Dra Juliana Monteiro Costa

Faculdade Pernambucana de Saúde

Prof^ª Dra. Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros

Faculdade Pernambucana de Saúde

Profª Drª Cristina Maria de Souza Brito Dias

Unicap – Universidade Católica de Pernambuco

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida e amada mãe. Mulher sábia, virtuosa que ao lado de meu saudoso pai com muito esforço e dedicação, tornaram a mim e aos meus irmãos, homens e mulheres de bem, dignos e honrados. Ao meu pai especialmente e *in memoriam*, eu dedico este trabalho, pois, mesmo sendo um presbiacúsico e tendo perdido a capacidade de compreender os sons da fala corretamente, jamais perdeu a capacidade de ouvir com o coração. Eu vou sempre amar vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeira e extremamente a Deus por tantos benefícios! Onde estaria eu Senhor, não fosse o teu amor e a tua misericórdia infinita?

Agradeço ao meu esposo companheiro mais que gentil, pelo apoio, pela tolerância, pela empatia, pelas palavras certas nas horas necessárias, por não me deixar sucumbir nas muitas vezes em que cansada e desanimada, pensei desistir. Te agradeço amor pela paciência e pelas horas “roubadas” necessárias para a dedicação do início até o final deste trabalho. Obrigada por tudo! Gratidão à minha filha querida, que assim como o seu pai, teve sempre paciência e empatia, sendo amável e gentil comigo, me proporcionando coragem e garra para seguir os meus desejos e propósitos. Vocês são minha vida! Ao meu cãozinho Lupin, pelas horas de parceria e companhia, dia e noite, noite e dia, sem cessar, sem vacilar. Te amo! Sou grata aos demais familiares pela confiança, pelas palavras de

encorajamento tão importantes para que eu seguisse acreditando em mim. E eu não poderia deixar de agradecer à minha orientadora por todas as vezes em que me incentivou, me mostrando o quão eu poderia ir mais longe, evoluir, avançar. Por vezes corrigindo-me, por vezes, aplaudindo-me, foi me preparando para que um dos momentos mais importantes da minha vida, fosse vivido e realizado com segurança, confiança e competência. Muito obrigada querida professora! Nunca poderei ser-lhe grata o suficiente por tanto!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
CNS	Conselho Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBFa	Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
TGS	Teoria Geral dos Sistemas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIPÊ	Centro Universitário de João Pessoa

--	--

AS VIVÊNCIAS DA PESSOA IDOSA COM PRESBIACUSIA

RESUMO

Cenário: No processo irreversível do envelhecimento, o corpo humano apresenta sinais de declínios psíquicos e físicos, comprometendo vários órgãos, dentre os quais, o órgão responsável pela função auditiva. A audição é a base para a comunicação e inserção do indivíduo na sociedade e a diminuição da acuidade auditiva ou mesmo a sua perda se dá por inúmeros fatores. A presbiacusia é uma doença que apresenta o seu principal prejuízo na capacidade de compreender o que é falado. Ela se caracteriza como deficiência auditiva, dada a perda da audição total ou parcial da pessoa idosa. A redução dos limiares auditivos no idoso ocorre normalmente, a partir do processo degenerativo das células ciliadas auditivas, de componentes genéticos e do surgimento de doenças como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e/ou do uso frequente de bebidas alcoólicas.

Objetivo: Compreender as vivências da pessoa idosa com presbiacusia. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, cujos dados foram coletados por meio do Mini Exame de Estado Mental, de entrevista semiestruturada e de questionário

sociodemográfico em uma amostra por conveniência de 15 participantes. Estes tinham idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, selecionados na Clínica-Escola de Fonoaudiologia de uma Universidade privada da cidade de João Pessoa/PB. Transcritas as entrevistas, os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática de Minayo à luz da Teoria Sistêmica. O presente estudo seguiu todos os cuidados éticos conforme regulamenta a CNS 510/16, sendo aprovado pelo CEP/FPS conforme o CAAE nº 74331223.8.0000.5569. **Resultados:** Nesse estudo foram identificados relatos de idosos que refletiam sentimentos de solidão, isolamento social e tristeza frente à sua deficiência auditiva, ao mesmo tempo em que houve relatos de idosos que se mostraram resilientes e com melhor adaptação as vivências na presbiacusia. Constatou-se também que alguns idosos possuíam apoio social, e que esses eram os mesmos que lidavam de maneira mais resiliente com as vivências ocasionadas pela presbiacusia. De modo mais amplo, a pesquisa constatou que o fato de não compreender completamente os sons da fala, favorece a redução nas relações interpessoais da pessoa idosa, gerando prejuízos e conflitos em seus convívios sociais. Ademais, que idosos inseridos dentro de um sistema familiar saudável, apresenta menor sofrimento psíquico, maior resiliência e ausência de isolamento social, independentemente do nível ou grau do comprometimento auditivo. Compreendesse-se assim, a importância do apoio social para a pessoa idosa no enfrentamento da presbiacusia. Esta dissertação será apresentada em dois produtos, sendo um Artigo Científico e um Guia Prático com orientações e procedimentos dedicados aos familiares e cuidadores de pessoas idosas com presbiacusia. **Considerações finais:** Sugere-se a realização de mais estudos sobre o tema, visando um maior conhecimento sobre essa problemática bem como a criação e o incremento de políticas públicas de atenção à saúde auditiva do idoso.

Descritores: Vivências; Presbiacusia; Perda Auditiva; Pessoa idosa; Isolamento Social; Psicologia da saúde.

THE EXPERIENCES OF ELDERLY PEOPLE WITH PRESBYACUSIA

SUMMARY

Scenario: In the irreversible process of aging, the human body shows signs of psychic and physical decline, compromising several organs, including the organ responsible for the auditory function. Hearing is the basis for communication and the individual's insertion in society and the decrease in hearing acuity or even its loss occurs due to numerous factors. Presbycusis is a disease that causes its main damage to the ability to understand what is being said. It is characterized by the loss of hearing function and is established as a disability in elderly people. The reduction of auditory thresholds in the elderly normally occurs due to the degenerative process of auditory hair cells, genetic components and the emergence of diseases such as high blood pressure, diabetes mellitus and/or frequent use of alcoholic beverages. **Objective:** To understand the experiences of elderly people with presbycusis. **Method:** This is a qualitative field research, whose data were collected through the Mini Mental State Examination, a semi-structured interview and a sociodemographic questionnaire in a convenience sample of 15 participants. These were

aged 60 years or over, of both sexes, selected at the Speech Therapy School Clinic of a private University in the city of João Pessoa/PB. Once the interviews were transcribed, the data were analyzed according to Minayo's Thematic Content Analysis in light of Systemic Theory. The present study followed all ethical precautions as regulated by CNS 510/16, being approved by CEP/FPS according to CAAE nº 74331223.8.0000.5569.

Results: In this study, reports from elderly people were identified that reflected feelings of loneliness, social isolation and sadness due to their hearing impairment, at the same time as there were reports from elderly people who were resilient and better adapted to their experiences with presbycusis. It was also found that some elderly people had social support, and that these were the same ones who dealt more resiliently with the experiences caused by presbycusis. More broadly, the research found that the fact of not fully understanding the sounds of speech favors a reduction in the elderly person's interpersonal relationships, generating losses and conflicts in their social interactions. Furthermore, elderly people living within a healthy family system present less psychological distress, greater resilience and lack of social isolation, regardless of the level or degree of hearing impairment. Thus, the importance of social support for elderly people in coping with presbycusis was understood. This dissertation will be presented in two products, a Scientific Article and a Practical Guide with guidelines and procedures dedicated to family members and caregivers of elderly people with presbycusis. **Final considerations:** It is suggested that more studies be carried out on the topic, aiming to gain greater knowledge about this issue as well as the creation and increase of public policies for hearing health care for the elderly.

Descriptors: Experiences; Presbycusis; Hearing Loss; Elderly person; Social Isolation; Health psychology.

LAS EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS MAYORES CON PRESBIACUSIA

RESUMEN

Escenario: En el irreversible proceso de envejecimiento, el cuerpo humano muestra signos de deterioro psíquico y físico, comprometiendo varios órganos, incluido el órgano responsable de la función auditiva. La audición es la base de la comunicación y de la inserción del individuo en la sociedad y la disminución de la agudeza auditiva o incluso su pérdida se produce debido a numerosos factores. La presbiacusia es una enfermedad que provoca su principal daño en la capacidad de comprender lo que se dice. Se caracteriza por la pérdida de la función auditiva y se establece como una discapacidad en personas mayores. La reducción de los umbrales auditivos en las personas mayores normalmente se produce debido al proceso degenerativo de las células ciliadas auditivas, a componentes genéticos y a la aparición de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o consumo frecuente de bebidas alcohólicas. **Objetivo:** comprender las vivencias de personas mayores con presbiacusia. **Método:** Se trata de una investigación de campo cualitativa, cuyos datos fueron recolectados a través del Mini Examen del Estado Mental,

una entrevista semiestructurada y un cuestionario sociodemográfico en una muestra por conveniencia de 15 participantes. Eran personas con edad igual o superior a 60 años, de ambos sexos, seleccionados en la Clínica Escuela de Fonoaudiología de una Universidad privada de la ciudad de João Pessoa/PB. Una vez transcritas las entrevistas, los datos fueron analizados según el Análisis de Contenido Temático de Minayo a la luz de la Teoría Sistémica. El presente estudio siguió todas las precauciones éticas reguladas por la CNS 510/16, siendo aprobado por la CEP/FPS según CAAE nº 74331223.8.0000.5569.

Resultados: En este estudio se identificaron relatos de personas mayores que reflejaban sentimientos de soledad, aislamiento social y tristeza por su discapacidad auditiva, al mismo tiempo que hubo relatos de personas mayores que eran resilientes y mejor adaptadas a sus experiencias con la presbiacusia. También se encontró que algunas personas mayores tenían apoyo social, y que eran las mismas que afrontaban con mayor resiliencia las experiencias provocadas por la presbiacusia. De manera más amplia, la investigación constató que el hecho de no comprender plenamente los sonidos del habla favorece una reducción de las relaciones interpersonales del anciano, generando pérdidas y conflictos en sus interacciones sociales. Además, las personas mayores que viven dentro de un sistema familiar sano presentan menos angustia psicológica, mayor resiliencia y falta de aislamiento social, independientemente del nivel o grado de discapacidad auditiva. Así, se comprendió la importancia del apoyo social a las personas mayores para afrontar la presbiacusia. Esta disertación se presentará en dos productos, un Artículo Científico y una Guía Práctica con pautas y procedimientos dedicados a familiares y cuidadores de personas mayores con presbiacusia. **Consideraciones finales:** Se sugiere realizar más estudios sobre el tema, con el objetivo de obtener un mayor conocimiento sobre este tema, así como la creación e incremento de políticas públicas para el cuidado de la salud auditiva de las personas mayores.

Descriptor: Experiencias; presbiacusia; Pérdida de Audición; Persona mayor; Aislamiento social; Psicología de la salud.

SUMÁRIO

I-	INTRODUÇÃO	15
	1.1 Envelhecimento e saúde da pessoa idosa	16
	1.2 Presbiacusia: Conceito e implicações	18
	1.3 Teria Geral dos Sistemas: Considerações e conceitos. ..	22
II-	OBJETIVOS	27
	2.1 Geral	28
	2.2. Específicos	28
III-	MÉTODO	29
	3.1 Desenho do estudo	29
	3.2 Local do estudo	29
	3.3 Período do estudo	29
	3.4 População do estudo	29
	3.4.1 Critérios de inclusão	29

3.4.2 Critérios de exclusão	29
3.5 Instrumentos para a coleta de dados	30
3.5.1 Procedimentos de coleta de dados	30
3.6 Procedimentos de análise de dados	31
3.6.1 Procedimentos éticos	31
3.6.2 Riscos da Pesquisa	32
3.6.3 Benefícios da Pesquisa	33
IV- RESULTADOS	34
Artigo	34
V- CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
VI – REFERÊNCIAS	77
VII - Produto técnico	82
VIII – APÊNDICE	
APENDICE 1 – Questionário Sociodemográfico.....	86
APÊNDICE 2 – Entrevista Semiestruturada	89
APÊNDICE 3 – Carta de anuência UNIPÊ	90
APÊNDICE 4– Termo de Livre Consentimento – TCLE.....	91
IX - TABELA	
TABELA 1	95
X - ANEXOS	
ANEXO 1 - Teste Mini mental	97

ANEXO 2 - Parecer consubstanciado – CEP	101
ANEXO 3 - Normas da revista CODaS	109

I. INTRODUÇÃO

Notadamente o número da população idosa no Brasil vem aumentando nas últimas décadas sendo que envelhecer é um processo bastante complexo e requer o enfrentamento de inúmeros desafios com novas adaptações para o indivíduo idoso, para a sua família e para a sociedade. Conforme definição da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o envelhecimento se caracteriza como sendo “um processo sequencial, individual, acumulativo, 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 sua possibilidade de morte”¹.

As teorias biológicas do envelhecimento examinam o assunto sob a ótica do declínio e da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e das células.² O envelhecimento biológico seria então um processo que tem início no nascimento e que se finaliza com a morte. Tal processo desempenha importante impacto na capacidade funcional do indivíduo durante toda sua vida. Todavia, muito embora esse processo possa trazer algumas mudanças consideradas duras de serem experienciadas e difíceis de serem compreendidas, nem todos os idosos encaram ou vivenciam o envelhecimento de forma negativa. Elementos como a fé, a espiritualidade e o apoio de um sistema familiar bem estruturado e saudável, poderão suscitar formas menos negativas e solitárias de se enxergar o envelhecimento.

Nessa perspectiva, contrariando a ideia que parte da sociedade possui de que envelhecer seja algo perturbador, muitos idosos encaram esse processo com vivacidade e de maneira positiva, transformando-o em uma época em que seguem ressignificando as suas vivências e desfrutando da melhor forma possível, o melhor da vida, mesmo já distantes da juventude. A esse respeito um estudo aponta para uma importante parcela da população de pessoas idosas vivendo de forma saudável e ativa nas mais variadas idades, incluindo idosos com 85 anos ou mais. Podemos constatar a partir dos resultados citados no estudo, que para muitos, envelhecer não está necessariamente atrelado aos declínios limitantes a saúde e a vida e que esse período pode ser transitado com intensidade e gratidão.³

Importa salientar, contudo, que não é objetivo dessa pesquisa focar no tema do envelhecimento, mas, discorrer nele como pano de fundo, para tratar das vivências da pessoa idosa com presbiacusia, uma vez que é no processo de envelhecimento que essa patologia e as suas implicações tendem a surgir.

1.1 Envelhecimento e saúde da pessoa idosa

De maneira geral, e à medida em que os anos passam, o organismo humano costuma dar sinais de cansaço podendo apresentar déficits em algumas de suas funções. Isso ocorre porque o indivíduo que está envelhecendo pode exibir ciclos de respostas lentificadas e um menor índice de resistência às alterações ambientais, devido às falhas dos mecanismos fisiológicos que inevitavelmente o torna mais vulnerável.⁴ A esse respeito, os países em desenvolvimento vêm experimentando um aumento considerável da sua população idosa e no Brasil, país que envelhece a passos largos, esse panorama não é diferente.⁵ Considerando a temática abordada, julga-se importante referir que no ano de 2022 a população brasileira de idosos era de 32.113.490 pessoas, representando um acréscimo de 56,0% em relação àquela recenseada em 2010.⁶ Sendo possível observar um importante crescimento nesse grupo etário.

Dessa forma, o processo de envelhecimento da população no Brasil passa a se constituir um desafio para o setor da saúde pública e as demais esferas da sociedade, posto que ao envelhecer, o indivíduo pode torna-se suscetível ao surgimento de doenças e a uma maior necessidade de cuidados, carecendo de internamentos e/ou de tratamentos especializados que em muitos casos se prolonga por tempo indeterminado e demandam altos investimentos com consequentes elevações de custos para o Estado.⁷ Embora pareça ser provável que o desenvolvimento de algumas patologias ocorra com o avançar da idade, envelhecer não significa necessariamente adoecer,⁸ pois o processo de envelhecimento sucede como uma ação natural, de forma considerada “normal” e de caráter não patológico, se manifestando numa série de mudanças que seguem acontecendo no decorrer da vida.

Tais mudanças são consideradas como que padrões e inerentes a este processo.⁹ Não obstante, é preciso recordar que embora não ocorra necessariamente com todos os idosos, o envelhecimento para muitos, vezes pode vir acompanhado de adoecimentos e que estes podem estar diretamente ligados ao aumento da idade¹⁰ ocasionando desordens

em várias funções do corpo e podendo gerar inúmeros impactos pessoais e relacionais, além da necessidade de adaptações tanto por parte do indivíduo, quanto por parte de seus familiares e da sociedade.

No Brasil, é considerado idoso todo o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos.¹¹ Dentre as muitas patologias advindas do envelhecimento, a presbiacusia apresenta-se como uma doença que acomete com maior frequência indivíduos a partir dos 60 anos de idade e que habitualmente traz prejuízos para as suas habilidades comunicativas.¹² No processo de envelhecimento tende a surgir outras importantes enfermidades, como o diabetes, a hipertensão arterial, as doenças coronárias, as neoplasias, as doenças degenerativas, vasculares e outras comorbidades. Ademais, ocorre frequentemente a chegada da aposentadoria e da viuvez e, em muitos casos, da dependência, do abandono e da solidão. Sendo assim, a velhice costuma caracterizar-se como uma etapa ou época de demasiados desafios, onde frequentemente verificam-se manifestações e modificações fisiológicas que podem favorecer o aparecimento e/ou desenvolvimento de doenças crônicas.

De sorte que é possível notar, a partir do panorama apresentado, a existência de importantes mudanças e desafios que ocorrem durante o envelhecimento e que se colocam diante da pessoa idosa as vezes de maneira repentina ou de forma paulatina e que vão se delineando e transformando o mundo e o dia a dia do indivíduo que envelhece. Tais mudanças e desafios surgem como elementos que podem contribuir gerando situações que embaraçam as suas percepções, emoções e convivências, sendo que a partir desses desdobramentos poderão emergir conflitos internos e externos relacionados a subestima e a autodesvalorização, onde a pessoa idosa passe a ser colocada ou a se colocar num lugar de desvalor.¹³

Notadamente, dado o exposto acima, pode-se concluir que o envelhecimento é um processo que provoca uma série de modificações na saúde geral do indivíduo, o que implica no comprometimento das mais variadas funções do seu organismo.¹⁴ Importa salientar que, nem todos os indivíduos que estão envelhecendo enfrentarão este processo como se ele precisasse ser seguido tal qual uma receita de bolo. É mister destacar que para muitos idosos envelhecer pressupõe situações gratificantes, tais como: ter autoestima, dignidade, vida tranquila com a presença de familiares, convivência social, acreditar em

algo, cultivar a espiritualidade, participar de atividades físicas, ter a mente ocupada e ativa, ser feliz e estar saudável.¹⁵

2 Presbiacusia: Conceito e implicações na pessoa idosa

A presbiacusia é a perda auditiva bilateral, mais frequentemente relacionada ao envelhecimento que ocorre de maneira gradual, resultando da degradação progressiva da cóclea e das vias auditivas.¹² Destaca-se que a presbiacusia não se trata de uma disfunção que acomete apenas a capacidade auditiva, antes, compromete a habilidade de compreensão acerca do que é emitido pelo interlocutor. Dessa forma, no cenário do envelhecimento, doenças como a presbiacusia aparecem para impactar não apenas pelo desconforto que já causam naturalmente, mas ainda por demais agravos que surgem como implicações, a saber: perda da autonomia, déficit nas habilidades comunicativas, isolamento social, dificuldades nas relações interpessoais, depressão, entre outras.

O Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004, define como deficiente auditivo a pessoa ou indivíduo portador de perda auditiva denominada bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, sendo confirmada por exames de audiometria nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. Tais medidas definem as perdas auditivas moderada, severa e profunda.¹⁶ Vemos que em conformidade com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, a presbiacusia se constitui como a causa principal de perda auditiva em pessoas com mais de 65 anos, sendo que apresenta uma incidência de 30% de indivíduos afetados nessa faixa etária.¹¹

A presbiacusia é uma perda auditiva do tipo neurosensorial, bilateral e simétrica, comum no envelhecimento, faixa etária em que há maior prevalência da patologia.¹⁷ Ela apresenta caráter lento, gradual e progressivo e pode provocar consequências biológicas, sociais e psicológicas, como a morte de inúmeras células ciliadas, declínio ou perda da capacidade de se comunicar em ambientes sociais e, por conseguinte, maior propensão ao isolamento e à depressão.

A doença possui causas multifatoriais tais como: diabetes *mellitus*, uso do álcool, tabaco, hipertensão, drogas ototóxicas (medicações que podem causar danos a cóclea ou ao sistema vestibular em virtude do uso de substâncias químicas); exposição a ruídos, dentre outros. Porém, dentre as causas mais prevalentes se destaca o processo natural do

envelhecimento, no entanto, mais especialmente em indivíduos idosos que se expuseram a ruídos em excesso ao longo da vida. Os danos convergem inicialmente para as frequências altas (onde detectamos os sons agudos), todavia, por suceder de modo quase imperceptível, a alteração pode evoluir, acometendo as frequências baixas e médias.^{17'18'19}

Em linhas gerais, a presbiacusia é provocada pela degradação fisiológica das células auditivas e do nervo auditivo, resultando em uma hipoacusia que se caracteriza por déficit sensorial com perda da capacidade auditiva, e se configurando como deficiência na pessoa idosa.²⁰ Idosos deficientes são frequentemente estigmatizados pela sociedade, como sendo incapazes e improdutivos. Além disso, costumam sofrer importantes prejuízos nas suas relações interpessoais uma vez que pode haver maior perda de comunicação verbal com os seus familiares por déficit no *feedback* auditivo, podendo ser imersos num estado de isolamento social por dificuldades e falhas nas habilidades comunicativas.

O conceito de deficiência aceito pela legislação brasileira é definido como a perda ou irregularidade de uma estrutura ou função, seja ela psicológica, fisiológica ou anatômica, com prejuízos na execução de atividades consideradas cotidianas. É importante mencionar que o número de pessoas que sofrem de alguma forma de deficiência ultrapassa a marca de um bilhão, cerca de 15% da população mundial.²¹

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)²² *handicap* é a desvantagem que decorre de alguma deficiência ou incapacidade que limita ou impede o indivíduo de exercer atividades consideradas normais no seu dia a dia. Sabemos que para além dos preconceitos enfrentados pelos portadores de deficiência física, existe ainda uma série de limitações impostas no dia a dia. Para o deficiente auditivo a sua maior dificuldade é a perda da eficiência na comunicação e, comunicar-se é condição indispensável para as relações interpessoais manterem-se em movimento. No entanto, como é possível conviver bem sem conseguir comunicar-se eficazmente? Especialmente quando se está inserido em uma sociedade acostumada com respostas imediatas, que não tem tempo a perder e que parece não saber lidar muito bem com limitações e diferenças?

Ademais, existem as barreiras relacionadas diretamente à ausência de empatia e humanização, o que torna mais difícil ser ou estar nesse lugar de “pessoa deficiente”. Destarte, com o intuito de pensar em estratégias mais efetivas de auxílio a essa importante

problemática, julga-se interessante compreender também a percepção do indivíduo deficiente sobre a sua deficiência ou incapacidade no seu contexto biopsicossocial, e o quanto isso pode comprometê-lo nos vários âmbitos de sua vida (handicap auditivo).²²

A presbiacusia é considerada um problema de saúde pública dada a maneira como afeta o bem-estar de seu portador e por sua alta prevalência.²³ Nessa doença, o indivíduo apresenta importante declínio na sua capacidade de se comunicar, podendo até escutar, porém, apresentando importante dificuldade para compreender o que lhe é dito. A partir daí, passa a existir uma possibilidade substancial de que o isolamento social ocorra e de que os agravos causados pelo envelhecimento se potencializem.²⁴ Isso porque este tipo de perda auditiva ocasiona costumeiramente um impacto negativo no processo de comunicação, que é capaz de atuar como mais um fator de impedimento para o idoso se beneficiar de informações que normalmente estariam disponíveis a ele e de se manter ativo na comunidade na qual vive.²⁵

Para um idoso com presbiacusia, há uma grande dificuldade na discriminação do discurso e na detecção e localização do som. Por isso, realizar tarefas tais como: atender a um telefonema, ouvir o soar de alarmes ou de uma campainha, escutar rádio ou TV sem elevar o som, ou manter um diálogo em ambientes ruidosos ou com sons competitivos, por exemplo, pode se tornar um grande desafio e gerar possíveis sentimentos de frustrações, e a execução de tarefas outrora fáceis, podem lhe parecer agora bastante complexas.²⁶

Pelo exposto acima, pode-se concluir que em virtude das restrições presentes na presbiacusia surjam limitações que interferem e dificultam a rotina do idoso, tendendo a restringir ainda mais a sua inserção e participação social, potencializando a sensação de exclusão que o fenômeno do envelhecimento já ocasiona e favorecendo o seu isolamento.²⁷

Todavia, essencial é lembrar que embora o envelhecimento ocasione algum grau de dificuldade no dia a dia da pessoa idosa, importa mantê-la ativa e inserida nas atividades cotidianas, a fim de que esta permaneça sentindo-se útil no seu meio familiar e social.

No ano de 2004, realizou-se um estudo prospectivo, transversal de base populacional com 238 idosos com 65 anos ou mais, sendo 198 mulheres e 40 homens na cidade do Rio de Janeiro. A amostra foi composta por indivíduos selecionados de forma

aleatória. O objetivo foi estimar a prevalência da perda auditiva nessa população. Os resultados apontaram para uma prevalência de perda auditiva na população estudada bastante significativa e que concordava com achados de estudos anteriores da epidemiologia internacional.²⁸

O estudo cita que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até no ano de 2025, 70-80% dos adultos entre os 65 e os 75 anos sofram desta doença, o que está associado a uma diminuição da qualidade de vida e aumento da incidência de depressão. No entanto, ainda existem poucos estudos epidemiológicos que apontem para a prevalência da presbiacusia no Brasil nos dias atuais.²⁸

Um outro estudo retrospectivo de série de casos com uma amostragem aleatória de 625 sujeitos entre 40 a 86, e que avaliava os fatores de risco para presbiacusia em indivíduos de classe socioeconômica média, realizado no Brasil, identificou que a prevalência da presbiacusia em idosos foi de 36,1%.²⁹ podendo-se observar que essa doença crônica, mostra-se significativamente mais ativa e mais comum em pessoas maiores de 60 anos. E embora, não se possa afirmar que apenas o envelhecimento seja o responsável pelo seu surgimento é nessa faixa etária, onde ela se mostra mais prevalente.

Destarte, a presbiacusia provoca implicações que tendem a dificultar a comunicação verbal nesse grupo etário que aos poucos evita situações onde precisem dialogar e que se tornam mais susceptíveis a perda da autoconfiança e ao isolamento social. Tal isolamento é um problema potencializado, considerando que além de se configurar como um fator adicional de desagregação social, maximiza a probabilidade de implicações biopsicossociais, levando o indivíduo à autodesvalorização e a depressão.^{17,30}

Nesse contexto, a presbiacusia tende a ser uma deficiência que contribui para a presença do isolamento social, e este, por consequência, costuma gerar a perda da autoestima. É muito importante citar que essa perda auditiva em indivíduos tem sido ainda implicada como um cofator para o surgimento de demência.³¹ A esse respeito, um estudo constatou uma forte correlação entre a perda auditiva e o declínio cognitivo, associando-o a um risco no desenvolvimento de demência, tendo em vista a sua gravidade nessa população, onde observou-se ainda que, quanto maior o grau de perda auditiva se apresentada nos sujeitos avaliados, maior era o déficit cognitivo encontrado³² ou seja, para além de interferir e/ou limitar as possibilidades de o idoso se comunicar, a presbiacusia

pode causar sérios impactos na vida e na sua saúde, incluindo danos que repercutem gravemente nas suas capacidades cognitivas.

Assim, compreende-se que a questão da presbiacusia vai além do biológico e que embora a deficiência acarrete limitações físicas, sociais e psicológicas, cabe refletir se essas limitações devem-se mesmo ou apenas às questões físicas ou se não somos nós que nos colocamos incapazes de acolher ou de lidar com as diferenças, sendo os contextos sociais carentes de empatia às diversidades físicas.¹⁶ Por isso, embora apresente presença expressiva em termos demográficos, o envelhecimento e a deficiência física são marcados por preconceitos e a pessoa idosa segue sendo figura esquecida pela sociedade. Não obstante no Brasil haja um crescimento exponencial da população idosa, ainda há poucas pesquisas que se voltam para a especificidade da vivência deste segmento populacional e os estudos existentes sobre os aspectos psicossociais da perda auditiva em idosos foram, em sua maioria, realizados quantitativamente.³⁴

A partir da expressividade no segmento de idosos com presbiacusia no Brasil, considerou-se a relevância da realização deste estudo. De uma forma mais direta, a questão seria a seguinte: **quais aspectos psicossociais a presbiacusia pode ocasionar nas vivências da pessoa idosa?** Tentar compreender como o próprio sujeito percebe e significa a sua limitação, considerando que qualquer processo de adoecimento acomete todo o sistema circunscrito em que o idoso está inserido, pode auxiliar no aprofundamento da discussão sobre essa temática que embora pareça simples, é fundamental e de essencial importância para nosso conhecimento, pois, compreender o fenômeno da presbiacusia a partir de um olhar integral e sistêmico, pode nos proporcionar uma visão mais ampla da problemática que envolve o envelhecimento.

1.3 Teoria Geral dos Sistemas: Considerações gerais e conceitos históricos

A Perspectiva Sistêmica compreende que os fenômenos e sistemas ocorrem numa inter-relação e que estes não podem ser entendidos de modo isolado, antes, precisam ser considerados em sua totalidade.³⁵ Assim, de forma breve, veremos como se deu a evolução dos aspectos históricos e epistemológicos que constituíram o pensamento sistêmico.

Apesar da explosão do pensamento sistêmico ter se dado no século XX em contraposição ao pensamento cartesiano mecanicista, na Idade Antiga, famosos pensadores como Sócrates, Platão e Aristóteles, anteriormente já se utilizavam do conceito

de *sistema*. Isso ocorria enquanto sondavam maneiras de compreender e elucidar questões ainda sem respostas sobre os fenômenos da natureza e o comportamento do homem.³³

Na década de 30, biólogos organísmicos, psicólogos da Gestalt e ecologistas haviam estabelecido a maior parte dos critérios que iria conferir ampla importância na disseminação e consolidação do pensamento sistêmico.³⁶ Esses biólogos dentre os quais destaca-se Ludwig Von Bertalanffy, durante a primeira metade do século XX tiveram papel fundamental na propagação do pensamento sistêmico, sendo na verdade os seus precursores e tornando-se como colunas de sustentação para a deflagração e explosão de um novo pensamento. O pensamento sistêmico rompia com o pensamento cartesiano, sendo os fenômenos e os sistemas entendidos de forma integrada, como parte de um todo e não mais de modo isolado.³⁷

Notadamente os biólogos defensores do pensamento sistêmico respaldavam-se em argumentos que destacavam a concepção dos organismos vivos como totalidades integradas, sendo que para a formação da visão sistêmica, alguns critérios foram considerados fundamentais. O primeiro e o mais geral desses critérios é a mudança da perspectiva de que os fenômenos e sistemas pudessem ser compreendidos de forma isolada, pois, eles estavam invariavelmente em constante e contínua interlocução, sendo impossível de serem fracionados ou decompostos como propunha a ciência clássica.

Ou seja, não seria possível ver o todo de forma desintegrada em partes, de modo que as propriedades essenciais pertencem ao todo e nenhuma das demais partes as possui, sendo resultantes das relações de organizações entre elas. E embora essas propriedades possam se diferenciar como partes individuais, elas não são partes isoladas, e a natureza do todo será sempre distinta da soma de suas partes. Pontua-se que mais adiante, a Psicologia da Gestalt e a nova ciência da Ecologia contribuíram para o enriquecimento desse pensamento.³⁶

A Teoria Geral dos Sistemas (TGS) é também conhecida como Teoria Sistêmica, muito embora saiba-se que a primeira possua uma visão holística com aspectos mais amplos e que envolve outras áreas do conhecimento como a Química e a Física, enquanto que a Teoria Sistêmica segue com o foco mais dirigido para a Psicologia.³⁷ Nos Estados Unidos, apenas nas primeiras décadas do século XX, é que a TGS passou a ser aplicada de fato. Insta-se referir que tal evento coincide com o avanço da Cibernética. Bertalanffy mediante um trabalho pioneiro a aplicou à Biologia e à Termodinâmica. Todavia, só após

várias décadas é que os seus princípios dilataram-se tomando as demais ciências naturais.³⁸

A Teoria Geral dos Sistemas corrobora uma interação entre os saberes científicos de forma expressiva para a elaboração e propagação de importantes conceitos que serviriam de pano de fundo e que respaldariam a ideia e ou/concepção de família como um sistema. A esse respeito, é válido lembrar que as mais importantes influências para a formação do campo da Teoria Sistêmica, embasaram-se em pressupostos fundamentados em três teorias já existentes: a TGS, a Teoria da Cibernética e a Teoria da Comunicação Humana.³⁹

Foi em 1940 quando o biólogo Ludwig Von Bertalanffy nascido em 1901, em Viena, Áustria, insatisfeito com o frequente destaque dado a pesquisa científica ao modelo mecanicista-reducionista⁴⁰ apresentou a sua teoria do organismo como sistema aberto. Num panorama devastado pela Segunda Guerra Mundial, poucos simpatizaram com as suas ideias, mas naquela mesma época afluía nos Estados Unidos a teoria da Cibernética a qual o biólogo conhece e por quem se deixa influenciar. É nesse cenário onde ele passa a ministrar conferências naquele país e onde entre os anos de 1967 e 1968, publica a sua famosa obra “General System Theory”.³⁷

Bertalanffy comprova com êxito que os sistemas vivos são capazes de funcionar como um sistema aberto permitindo a ocorrência de intercâmbios e trocas de informações e exportação em seu meio, enquanto que os sistemas fechados não seriam capazes de desempenhar essas mesmas funções⁴¹. Ele compreende sistema como um complexo de elementos vivendo em constante estado de interação. Esta interação entre os componentes, tornaria os elementos mutuamente interdependentes, caracterizando-o, diferenciando-o de um mero aglomerado de partes independentes.³⁷

No seu modelo teórico, o biólogo uniu conceitos do pensamento sistêmico e da biologia onde buscava criar leis capazes de explicar o funcionamento de sistemas gerais, independentes da natureza destes. Isso também se constituía numa tentativa de aplicar princípios organizacionais a sistemas biológicos e mais especialmente os sociais.⁴² Ele antecipou a formulação de um compêndio partindo da conexão e da interação de teorias anteriormente existentes. Tais teorias seriam tidas como limites paradigmáticos para a Teoria sistêmica⁴⁰ tornando-se assim importantes para a consolidação da formulação dos seus princípios.

Os conceitos que propiciaram as contribuições para a ainda incipiente teoria sistêmica e que posteriormente tiveram larga influência para a validação dos seus pressupostos teóricos e importantes papéis na base onde se assentou a sua proposta, referem-se como já mencionado, à junção de três teorias outrora existentes, sendo suas as seguintes propriedades: globalidade ou totalidade; hierarquia; autorregulação ou retroalimentação; intercâmbio com o meio ambiente; equilíbrio ou homeostase; mudança e adaptabilidade; equifinalidade, interdependência ou não-somatividade.⁴³ Essas propriedades funcionam de maneira simultânea e dinâmica, ainda que possam ser apresentadas separadamente.⁴⁴

Globalidade ou totalidade – uma das importantes características que definem os sistemas. Nessa propriedade todos os sistemas estão organizados como um todo, no que havendo mudanças em cada uma das partes, haverá mudanças no todo⁴⁰; parte-se do pressuposto de que sistema é um conjunto integrado, coeso e complexo, sendo impensável supô-lo de forma isolada, todavia, apenas em sua totalidade. Pensando em sistema no âmbito familiar, muito embora o processo de adoecimento seja sistêmico e que imediatamente acarrete maiores impactos na dimensão física, as suas repercussões poderão ser sentidas posteriormente nas dimensões psicológica, espiritual e social. Além de poder afetar os membros da família e outros sistemas diretamente relacionados ao indivíduo⁴⁴.

Interdependência ou não – somatividade refere-se à complexidade do todo, à totalidade do sistema, onde o comportamento do todo se torna mais complexo do que a soma dos comportamentos de cada uma das partes³⁷; este conceito ou propriedade afirma que o sistema não é a soma das partes e considera o todo em sua complexidade e organização. Compreende que o sujeito não perde a sua individualidade mesmo estando inserido em sistema, por exemplo, o sistema familiar;

Equilíbrio ou homeostase é a tendência de manter um sistema interno estável e relativamente constante a partir de um processo de auto-regulação.⁴⁰ As novas informações que constantemente entram e saem do sistema, modificam o modo como ele opera e funciona. Caso ocorram quaisquer tipos de desvios no sistema, ações serão desencadeadas visando corrigi-los. Todo o sistema assim, se esforça para ajustar-se às

mudanças, dispendo-se a restaurar o seu funcionamento para garantir a sua manutenção bem como a preservação do seu equilíbrio⁴⁴.

Equifinalidade configura-se como um princípio de sistemas abertos, pressupondo que um sistema pode atingir o mesmo estado final, ainda que partindo de condições, caminhos ou vias iniciais distintas.⁴⁵ Esse dado ocorre graças à capacidade que os sistemas possuem de se adaptar às mudanças no ambiente.⁴⁴ Observa-se ainda que a mesma condição inicial pode provocar diferentes respostas e resultados. Partindo desse pressuposto, conclui-se que não haveria uma forma apenas de se atingir um estado estável, podendo este ser alcançado por condições iniciais e por meios diferentes;

Mudança e adaptabilidade – Todo subsistema familiar possui demandas e funções específicas e a estrutura familiar deve ser capaz de se adaptar quando as circunstâncias mudam. A família é um sistema formado a partir de outros subsistemas e estes, frequentemente, sofrem mudanças. A chegada de uma doença, por exemplo, pode ocorrer em qualquer etapa do ciclo familiar e afetar de forma única a cada um dos integrantes do sistema.⁴⁶ A partir dos movimentos e transformações, o grupo familiar vai receber e se adaptar às mudanças que forem surgindo, porém, de maneira distinta e diferenciada, uma vez que o comportamento de cada um dos membros é interdependente do comportamento dos outros⁴⁷.

Autorregulação ou retroalimentação – O sistema mantém o seu funcionamento e regulação através de movimentos circulares e permanentes com o meio, por onde entram e saem informações (inputs e outputs) respectivamente, que irão ocasionar as mudanças e modificações no mesmo.⁴⁴ A autorregulação se caracteriza ainda pela reciprocidade das informações que tramitam invariavelmente entrando e saindo a todo instante⁴⁸ e, promovendo assim a circulação de informações entre os elementos do sistema. Em um sistema familiar o comportamento de um membro, afeta e é afetado pelo comportamento dos demais membros. Citamos a existência de mecanismos de retroalimentação ou feedback que podem ser positivos ou negativos. Entre os feedbacks temos o positivo, onde a circularidade da comunicação tende a favorecer a ocorrência de alterações no sistema com breve desestabilização e posterior ajuste, levando o sistema familiar a transformar os seus padrões de transação. Quanto ao feedback negativo ou retroalimentação negativa,

este atua no sistema como mecanismo para reestabelecer a homeostase e a despeito da circularidade, não sofre alterações. Ou seja, mesmo em meio a uma crise (tomamos como exemplo, a doença num membro mais idosos da família) o feedback negativo, buscará manter a homeostasia familiar⁴⁹.

Intercambio com o meio ambiente - a partir de trocas constantes, ocorrem modificações no sistema que vão afetando e transformando o meio. As comunicações intersistêmicas ocorrem por meio de mecanismos internos de organização e regulação chamadas de fronteiras.⁴⁴ Essas fronteiras devem ser nítidas, pois, possuem a função essencial de proteger a diferença dos subsistemas, e possibilita a abertura para o intercâmbio com outros subsistemas.⁵⁰ Na perspectiva sistêmica, a fronteira relaciona-se às regras que serão adotadas pelos subsistemas que definem o modo como eles se relacionarão.

Hierarquia: Os sistemas abertos são compostos de organizações hierarquizadas, ordenadas e divididas em diferentes níveis que compõem o todo e que se modificam frente às mudanças internas ou àquelas que ocorrem em relação ao sistema com o ambiente. Em relação ao sistema familiar, as relações de hierarquia nas famílias ocorrem com os mais velhos assumindo papéis hierarquicamente "superiores" envolvendo poder, ordem, controle e influência. Porém, ao surgirem modificações no sistema familiar, a despeito de sua organização, estas relações podem sofrer importantes inversões, isto é, com os mais jovens no poder e/ou no controle. Os critérios viáveis para a formação dos subsistemas na família, podem ser geração, sexo, interesse ou função ocupado dentro do sistema. Nessa perspectiva, a família é entendida como um sistema que apoia uma estrutura hierárquica, constituída em subsistemas, ou seja, ela própria contendo outros sistemas com regras que regulam os relacionamentos entre si. ^{44,51}

Assim, tendo em vista todo o exposto encontrado no arcabouço que confere forma e que constitui a Teoria Geral dos Sistemas e considerando os objetivos desta pesquisa, pretende-se, a partir de seus conceitos e pressupostos, lançar luz sobre as vivências da pessoa idosa com presbiacusia e como é o funcionamento dentro do seu sistema sociofamiliar, considerando ainda que a análise dos dados se dará sob o respaldo da Perspectiva Sistêmica.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender as vivências da pessoa idosa com presbiacusia.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil clínico, psicológico e sociodemográfico da pessoa idosa com presbiacusia;
- Investigar as possíveis relações da perda auditiva com o fenômeno de isolamento social;
- Identificar os impactos biopsicossociais da pessoa idosa com presbiacusia;
- Criar um Guia Prático de cunho educativo, com o intuito de auxiliar especial e primordialmente os familiares e cuidadores de pessoas idosas com presbiacusia.

III. MÉTODO

3.1 Desenho do Estudo

Foi realizada uma pesquisa de campo, do tipo descritiva, de natureza qualitativa. Esta se caracteriza como a realização de uma investigação social, a qual deve contemplar a característica básica de seu objeto, ou seja, o seu aspecto qualitativo. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, com um nível de realidade incapaz de ser quantificado. Antes, se relaciona com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço muito profundo, onde tudo ocorre de maneira não perceptível e não captável em equações, médias ou estatísticas,⁵² ou seja, o espaço da subjetividade humana.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Fonoaudiologia, localizada no Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, na cidade de João Pessoa/PB. Encontra-se situada na Quadra Ciano, no primeiro Pavimento do Bloco G, sendo formada por duas Unidades de atendimentos. Uma delas diz respeito à Unidade de Fonoterapia, onde as terapias fonoaudiológicas de Voz, Motricidade Orofacial e Linguagem são realizadas, e a outra se refere à Unidade de Audiologia. Nesta Unidade são realizados além da consulta com o médico otorrinolaringologista, exames para fins diagnósticos em Audiologia tais como:

Audiometria, Imitanciometria, Potencial Evocado Auditivo, Vectoeletronistagmografia, e demais atendimentos em Audiologia Educacional.

Realiza-se ainda a análise acústica da voz por intermédio de um Laboratório de Voz. Todos os atendimentos que ocorrem na clínica escola partem das práticas acadêmicas dispostas pelo curso de Fonoaudiologia em vigência, ocorrendo assim, dentro de um período estabelecido para essas atividades, e seguindo as normas do calendário acadêmico da Instituição. Para a marcação de consultas e ou exames, o agendamento é feito por ligação telefônica ou de forma presencial.

3.3 Período do estudo

O período do estudo ocorreu entre os meses de outubro de 2023 a maio de 2024 e a coleta de dados só teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisas da Faculdade Pernambucana de Saúde.

3.4 População do estudo

Os participantes foram selecionados por meio da técnica não probabilística por conveniência. A amostra foi composta por 15 idosos de ambos os sexos a partir de 60 anos, como definido pelo Estatuto do Idoso.⁵³ O tamanho da amostra foi definido no decorrer da pesquisa, pelo critério de saturação.

3.4.1 Critérios de inclusão:

Como critério de inclusão foram selecionados os idosos, atendidos na Clínica-Escola de uma faculdade privada e que tinham um diagnóstico comprovado de presbiacusia por meio de exames de audiometria e imitanciometria anteriormente realizados.

3.4.2 Critérios de exclusão:

Constava como critério de exclusão os idosos:

- a) que estivessem internados/institucionalizados;
- b) que apresentassem algum diagnóstico prévio de déficit cognitivo;
- c) que apresentassem déficit rastreado pelo Mini Exame do Estado Mental (ANEXO 1);

d) que tivesse alguma comorbidades auditiva além da presbiacusia;

e) ou ainda que fossem usuários de AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual).

3.5 Instrumentos para a coleta de dados

Os instrumentos utilizados foram o Mini Exame do Estado Mental, o questionário sócio demográfico (APÊNDICE 1) contendo questões referentes ao gênero, idade, escolaridade, estado civil, religião e a entrevista semiestruturada contendo questões baseadas nos objetivos deste estudo (APÊNDICE 2). O tempo médio para a participação de cada idoso nesse estudo foi de aproximadamente 60 minutos.

3.5.1. Procedimentos de coleta de dados

Ao receber a anuência dos serviços da Clínica – Escola de Fonoaudiologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ (APÊNDICE 3) e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde, sob parecer consubstanciado (ANEXO 2) a pesquisadora foi à Clínica Escola de Fonoaudiologia para checagem de exames de Audiometria, onde foi verificada a existência de possíveis sujeitos com a patologia referida para fins da pesquisa.

O acesso aos exames, e também aos dados de cadastro dos participantes foi possível a partir de uma boa relação construída com alguns professores e também com o coordenador da Clínica Escola de Fonoaudiologia desde a época em que a pesquisadora fora graduanda do curso de Fonoaudiologia naquela instituição. Realizada a seleção dos candidatos, estes foram convidados por meio de contato telefônico para participarem da pesquisa. Para os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa foi marcado um encontro a fim de dar início a coleta de dados em local e horário previamente agendados, conforme a sua conveniência. Na ocasião do encontro, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 4) foi lido de forma detalhada buscando proporcionar o máximo de esclarecimentos para os participantes da pesquisa.

Após a leitura e assinatura do TCLE, a pesquisadora realizou a aplicação do Mini Exame do Estado Mental no candidato. De forma simples, em linguagem acessível e objetiva, explicou como o teste seria realizado. O objetivo era excluir a partir deste teste,

os candidatos que apresentassem algum diagnóstico prévio de déficit cognitivo ou déficit rastreado pelo Mini Exame do Estado Mental.

Os participantes foram informados sobre a entrevista e que a mesma, mediante prévia autorização, seria gravada em áudio, para posterior análise de dados. Para fins de informação e esclarecimentos, foi destacado novamente que qualquer etapa da pesquisa só seria realizada após a assinatura do TCLE. Os participantes foram informados ainda de que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhes trouxesse quaisquer prejuízos. Consoante aos dados, estes foram coletados de forma individual e sigilosa.

3.6 Procedimentos de análise de dados

Finalizada a etapa de realização das entrevistas, as narrativas foram transcritas na sua integralidade, respeitando as entonações, pausas e expressões. Feita a literalização das falas, o material transcrito foi analisado e posteriormente seguirá arquivado pelo período de 5 anos sob a responsabilidade da pesquisadora, sem que ninguém mais tenha acesso. Os dados somente serão usados para publicação em revistas científicas e apresentação em congressos sem que os participantes sejam identificados.

Após a transcrição, os dados foram analisados baseados na Análise de Conteúdo Temática de Minayo^{52,53,54} que consiste em três etapas:

a) Pré-análise: etapa em que são retomados os objetivos e hipóteses iniciais da pesquisa sendo confrontados com o material que foi coletado. Esta etapa pode ser destrinchada em três tarefas: Leitura flutuante; a constituição do corpus a partir da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência do material coletado; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos;

b) Exploração do Material: esta etapa consiste na operação de codificação, onde se buscam registros, recortes ou temas, para a partir destes, serem estabelecidos regras de contagem e por último serem classificados teoricamente;

c) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: o pesquisador propõe inferências e lança possibilidades interpretativas e compreensivas à luz da literatura.

A perspectiva teórica que norteou a análise foi respaldada na Teoria Sistêmica.

3.6.1 Procedimentos éticos

Esta pesquisa seguiu todas as recomendações conforme a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde⁵⁵ e só teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana e Saúde, conforme parecer substanciado.

3.6.2 Riscos da pesquisa

Importa destacar que ainda que se reconheça não existir pesquisa isenta de riscos, esta apresentou riscos mínimos para os participantes e a pesquisadora buscou ao máximo garantir a integridade psicológica de cada respondente. Nesta pesquisa o risco mínimo pôde ser avaliado como desconforto psicológico, que poderia ter ocorrido na realização da entrevista, tais como: constrangimento, tédio, mobilização emocional, sensação de perda de tempo. Ressalta-se, contudo, que, com o intuito de minimizá-los, buscou-se durante todo o processo realiza-lo conforme a conveniência do participante, da forma mais objetiva e acolhedora possível. As pesquisadoras, enquanto psicólogas encontravam-se aptas para caso fosse necessário, interromper a coleta dos dados e oferecer atendimento emergencial, podendo também, em seguida e se preciso, encaminhar o ocorrido para os serviços pertinentes, arcando com quaisquer ônus financeiros provenientes de qualquer dano eventual que porventura tivesse sido causado. Todavia, salienta-se a inexistência de intercorrências.

A coleta aconteceu em encontro único e em local e horário conveniente a cada participante. Esses foram informados de que podiam desistir a qualquer momento da pesquisa, sendo-lhes assegurados todos os direitos e benefícios já dispostos do seu acompanhamento institucional com a clínica onde são assistidos. Foram ainda garantidos o sigilo e o anonimato das respostas bem como esclarecidos os objetivos da pesquisa.

Julga-se importante destacar que mesmo que se reconheça que o quadro sanitário da pandemia da COVID-19 estivesse àquele momento controlado, a pesquisadora encontrava-se com as suas vacinas atualizadas e seguiu todos os protocolos de segurança previstos de modo a salvaguardar a integridade física dos idosos participantes e de seus familiares.

3.6.3 Benefícios da pesquisa

Infere-se que a própria entrevista pode ser considerada como um benefício para o participante, pois, possibilitou ao entrevistado falar sobre a temática de forma livre e dentro de uma escuta empática, podendo também ocorrer interesse dos cuidadores e/ou dos familiares presentes no momento da entrevista, pela fala do entrevistado, o que pode ter se caracterizado como um agente facilitador para a compreensão dessa problemática na vida do idoso. A pesquisa visou fomentar a discussão sobre um tema que parece ainda pouco debatido na comunidade científica; objetivando também sensibilizar os profissionais da saúde a fim de que haja um maior engajamento e informar a familiares e sociedade mediante literatura apropriada, as implicações psicossociais ocasionadas pela perda auditiva e como elas pode se inserir nas vivências do idoso com presbiacusia.

IV - RESULTADOS

A presente pesquisa possibilitou a construção de dois produtos técnicos, sendo um apresentado na discussão dos resultados em formato de artigo científico e outro apresentado em forma de Guia Prático educativo. Nesta seção, serão apresentados os resultados e discussões da pesquisa em forma de artigo conforme as normas da Revista de Fonoaudiologia CoDAS, que é publicada bimestralmente pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), com categoria A1, em formato online. Além disso, a referida pesquisa propiciou a criação de um produto técnico de cunho educativo, com intuito de auxiliar aos familiares e cuidadores de pessoas idosas com presbiacusia.

Artigo

EFEITOS PSICOSSOCIAIS DA PRESBIACUSIA NA PESSOA IDOSA

RESUMO

Cenário: O envelhecimento da população é uma realidade mundial e se configura de modo irreversível. Nesse processo, o corpo humano apresenta sinais de declínios psíquicos e físicos, com o comprometimento de vários órgãos entre os quais, o órgão responsável pela nossa audição. O comprometimento do sistema auditivo pode ocasionar o rebaixamento da audição em decorrência do processo degenerativo das células ciliadas auditivas originando a presbiacusia. A mesma se caracteriza pela perda ou diminuição da função auditiva e se estabelece como deficiência na pessoa idosa. **Objetivo:** Compreender os efeitos psicossociais da presbiacusia na pessoa idosa. **Método:** Realizou-se uma pesquisa de campo e qualitativa com 15 idosos presbiacúsicos atendidos em uma clínica-escola de fonoaudiologia de uma universidade privada de João Pessoa-PB. Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática de Minayo e discutidos a luz da Teoria Sistêmica. **Resultados:** a partir desse estudo foi possível constatar que: isolamento social, confusão auditiva, vergonha e tristeza foram sentimentos comuns aos portadores de presbiacusia interferindo negativamente nas suas relações interpessoais. **Conclusão:** O trabalho foi de extrema importância para o esclarecimento dos aspectos psicossociais presentes na perda auditiva. Sugerimos a realização de mais estudos sobre o tema, para maior conhecimento dessa problemática frequente entre os idosos de nossa sociedade

Descritores: vivências; envelhecimento; presbiacusia; pessoa idosa; audição; Psicologia da saúde.

PSYCHOSOCIAL EFFECTS OF PRESBYACUSIA IN THE ELDERLY

SUMMARY

Scenario: Population aging is a global reality and is irreversible. In this process, the human body shows signs of psychic and physical decline, with the impairment of several organs, including the organ responsible for our hearing. Impairment of the auditory system can cause hearing loss due to the degenerative process of auditory hair cells, leading to presbycusis. It is characterized by the loss or reduction of hearing function and is established as a disability in elderly people.

Objective: To understand the psychosocial effects of presbycusis in the elderly.

Method: Field and qualitative research was carried out with 15 presbycusis elderly people treated at a speech therapy clinic-school at a private university in João Pessoa-PB. The data were analyzed according to Minayo's Thematic Content Analysis and discussed in the light of Systemic Theory. Results: from this study it was possible to verify that: social isolation, auditory confusion, shame and sadness were common feelings for people with presbycusis, negatively interfering in their interpersonal relationships. **Conclusion:** The work was extremely important for clarifying the psychosocial aspects present in hearing loss. We suggest carrying out more studies on the topic, to gain greater knowledge of this frequent problem among the elderly in our society.

Descriptors: experiences; aging; presbycusis; elderly person; hearing; Health psychology.

EFFECTOS PSICOSOCIALES DE LA PRESBIACUSIA EN ANCIANOS

RESUMEN

Escenario: El envejecimiento de la población es una realidad global y es irreversible. En este proceso, el cuerpo humano muestra signos de deterioro psíquico y físico, con deterioro de varios órganos, incluido el órgano responsable de nuestra audición. El deterioro del sistema auditivo puede causar pérdida de audición debido al proceso degenerativo de las células ciliadas auditivas, lo que lleva a la presbiacusia. Se caracteriza por la pérdida o reducción de la función auditiva y se establece como una discapacidad en personas mayores.

Objetivo: comprender los efectos psicosociales de la presbiacusia en el anciano.

Método: Se realizó una investigación de campo y cualitativa con 15 ancianos presbiacusos atendidos en una clínica-escuela de logopedia de una universidad privada en João Pessoa-PB. Los datos fueron analizados según el Análisis de Contenido Temático de Minayo y discutidos a la luz de la Teoría Sistémica.

Resultados: a partir de este estudio se pudo comprobar que: el aislamiento social, la confusión auditiva, la vergüenza y la tristeza fueron sentimientos comunes en las personas con presbiacusia, interfiriendo negativamente en sus relaciones interpersonales. **Conclusión:** El trabajo fue de suma importancia para esclarecer los aspectos psicosociales presentes en la pérdida auditiva. Sugerimos realizar más estudios sobre el tema, para lograr un mayor conocimiento de este problema frecuente entre las personas mayores en nuestra sociedad.

Descriptor: experiencias; envejecimiento; presbiacusia; persona mayor; audiencia; Psicología de la salud.

INTRODUÇÃO:

Os países em desenvolvimento vêm experimentando um aumento considerável da população idosa e no Brasil, país que envelhece a passos largos, esse cenário não é diferente.¹

A redução da fecundidade observada na Europa, por ocasião da Revolução Industrial, se constitui o primeiro fenômeno da transição demográfica, e essa transição, originou o processo de envelhecimento populacional nesse continente². Tal processo se constitui um desafio para o setor da saúde pública, uma vez que ao envelhecer o indivíduo torna-se mais suscetível ao surgimento de doenças e com maior necessidade de cuidados, por vezes carecendo de internamentos e/ou de tratamentos especializados, que em muitos casos, se prolonga por tempo indeterminado e demandam altos investimentos com consequentes elevações de custos para o Estado.³

Durante o envelhecimento diversos sistemas e funções podem ser afetados e a degradação da função auditiva (que ocasiona a perda da audição), se constitui um dos mais frustrantes déficits sensoriais que surge nesse processo.⁴ Esse inconveniente dificulta e por vezes impossibilita as interações sociais da pessoa idosa por falhas nas suas habilidades comunicativas em decorrência da baixa acuidade auditiva.

Em nossa sociedade parece haver certa ambiguidade em lidar com questões pertinentes ao envelhecimento, sendo possível constatar que embora o aumento da expectativa de vida seja um fenômeno desejado, o bônus de uma vida mais longa, traz consigo o advento do envelhecimento que é real, esmagador e irreversível, gerando preconceito e discriminação para com os idosos, especialmente com aqueles que apresentam limitações e deficiências. Por isso, indivíduos mais velhos podem experimentar verdadeiras desventuras na sociedade e mesmo em seus próprios lares.

Ciente de que a audição é a base da comunicação humana que proporciona a inserção do indivíduo na sociedade, considerou-se a relevância da realização deste estudo, que buscou compreender também como o próprio sujeito percebe e significa a sua limitação, procurando auxiliar no aprofundamento da discussão sobre essa temática que embora pareça simples, é de fundamental importância para nosso conhecimento. Busca-se assim, proporcionar uma visão mais ampla da problemática que envolve o

envelhecimento e de certas variáveis que decorrem de um processo que vai muito além dos aspectos biológicos.⁵

A DEFICIÊNCIA NA PESSOA IDOSA

O envelhecimento da população se constitui fato na imensa maioria das nações sendo possível observar nesse processo um expressivo acréscimo nos dígitos da população idosa portadora de alguma deficiência. Vale recordar que embora tenham expressiva presença em termos demográficos, o envelhecimento e a deficiência física permanecem percebidos e tratados de forma preconceituosa ao longo da história de muitas sociedades.

O número de pessoas portadoras de alguma forma de deficiência ultrapassa a marca de um bilhão, cerca de 15% da população mundial⁶ importando ressaltar que o conceito de deficiência aceito pela legislação brasileira é aquele que a define como a perda ou irregularidade/desordem de uma estrutura ou função, seja ela psicológica, fisiológica ou anatômica, com prejuízos na execução de atividades consideradas rotineiras e normais. Outra forma de definição para o conceito de deficiência muito similar, sugere a perda ou a irregularidade funcional de certa estrutura, órgão ou sistema, podendo gerar desordens nos aspectos anatômico, fisiológico ou psicológico.⁷

O impacto mais importante das condições crônicas na saúde da pessoa idosa tem a sua essência estabelecida no prejuízo funcional afetando diretamente a realização de suas atividades da vida diária.⁸ A repercussão na capacidade de execução das habilidades sociais pode ocasionar transtornos em vários aspectos da sua vida e interferir sensivelmente na prática das suas atividades diárias, tornando-a dependente. Ademais, suscita a chegada de compromissos e responsabilidades para os familiares, podendo gerar uma cadeia de eventos desastrosos com a presença de omissões, abusos, violência exclusão e/ou abandono do idoso.

Em nossa sociedade, não raramente, pessoas mais velhas são tidas ou vistas como fardos, considerando que a deficiência por si só, também se constitui a partir de uma visão discriminatória e marginalizada⁸. Pessoas idosas antes

produtivas e com importantes significados para a sociedade e para os seus familiares, ao se tornarem longevas e deficientes, eventualmente, podem perder o seu valor humano e social, passando a serem vistas como improdutivas e impotentes⁹. A noção de fragilidade física atribuída por vezes à velhice nas sociedades capitalistas, é composta por alguns estereótipos negativos tais como: os idosos são pessoas decadentes, incapazes, dependentes física e economicamente, doentes e com dificuldades de memória.¹⁰

Pode-se perceber nesse cenário, importante presença do idadísmo (ageísmo) que se constitui e/ou se caracteriza como uma forma de preconceito que se estabelece a partir da idade. O idadísmo ocasiona e fomenta a discriminação, a marginalização e por vezes a exclusão dos idosos do meio social, de maneira que se torna compreensível que rodeado de tantos preconceitos a partir do envelhecimento, alguns idosos sintam-se rejeitados. Importa salientar que idosos deficientes são os mais segregados, sofrendo alterações nas suas relações sociais e familiares e que, considerando a sua vulnerabilidade, podem ser levados a um estado de isolamento social.⁵

A exclusão do idoso no seio familiar, é mais que apenas um problema de ordem social, é uma questão de ordem legal, visto que o abandono o torna mais suscetível a problemas psíquicos e estes irão refletir de maneira negativa gerando potenciais reflexos físicos como consequência do desamparo familiar que enfrenta.¹¹

Na sociedade contemporânea, as pessoas estão mais interessadas em lutar por seus próprios interesses, não sendo importante pensar nos interesses do outro, e isso aponta para uma ausência de senso de coletividade e de empatia, sendo que os idosos são as grandes vítimas da falta desse pensar e agir coletivo.¹¹

Ademais, infelizmente, ainda há importante grau de dificuldade para uma convivência respeitosa com as pessoas mais envelhecidas, sejam de pessoas próximas como familiares ou de pessoas desconhecidas, sendo esse comportamento mais observado nos mais jovens. Importante é mencionar que tal comportamento ocorre com idosos portadores ou não de alguma forma de

deficiência, onde o simples fato de serem idosos parece marginaliza-los, tornando-os alvos de exclusão perante uma sociedade que constantemente descarta aquilo que julga velho, gasto ou sem função.

A PESSOA IDOSA COM PRESBIACUSIA

A audição é a base para a comunicação e a inserção do indivíduo na sociedade, enquanto a presbiacusia se caracteriza pela perda ou diminuição da função auditiva. Com o avanço da idade, o corpo humano inicia o seu processo de envelhecimento que se configura de modo irreversível, por meio do surgimento de sinais externos de declínios físicos e psíquicos, gerados pelo envelhecimento de células, sistemas e órgãos internos. Muitas habilidades se deterioram com o avanço da idade, e dessa maneira, as dificuldades comunicativas entre os idosos surgem mediante a redução da acuidade auditiva trazendo implicações em vários aspectos de suas vidas.³

Sinais e sintomas como baixa acuidade auditiva, zumbidos e vertigens, são achados objetivos e subjetivos bastante comuns e podem estar presentes tanto nas queixas, quanto nos exames complementares do presbiacúsico, sendo resultantes da alta sensibilidade dos sistemas auditivo e vestibular nos processos de degradação das suas funções frente ao envelhecimento.¹² A presbiacusia é, portanto, a perda ou diminuição da função auditiva provocada pela degradação fisiológica das células auditivas e deriva do acréscimo da idade, sendo frequente e se caracterizando como deficiência na pessoa idosa. Essa limitação na capacidade auditiva pode suscitar uma série de dificuldades na comunicação e no convívio familiar e social do indivíduo com perda auditiva.

A presbiacusia pode ser também definida como uma desordem auditiva multidimensional que afeta cerca de 40% de todas as pessoas com idade acima de 65 anos¹³ e, embora esta condição não se restrinja a pessoas idosas, é mais prevalente neste segmento.¹⁴ No processo de envelhecimento, é uma das desordens mais comuns, sendo a terceira condição crônica mais presente entre idosos.¹⁵ Entre as deficiências que geram desordens no envelhecimento humano, a presbiacusia pode produzir maior impacto na habilidade comunicativa visto que não compromete apenas a capacidade de ouvir como também de compreender

os sons que são emitidos e, como consequência pode potencializar o declínio das atividades da vida diária, o isolamento social e a depressão.¹⁶

A comunicação é instrumento essencial para a convivência do ser humano, contudo, durante o envelhecimento, o indivíduo pode experimentar uma dificuldade na compreensão, especialmente em situações desfavoráveis e/ou quando há certo grau da perda auditiva.^{17,18} A esse respeito, considerando a importância do sistema auditivo para o desenvolvimento do processo de comunicação, a presença de uma falha como por exemplo, uma baixa nos limiares auditivos, poderá levar a uma desordem na comunicação verbal terminando por gerar perda na qualidade de vida, já que interfere diretamente nas relações sociais da pessoa idosa.¹⁹

O convívio diário se torna difícil, podendo levar a pessoa idosa ao isolamento social e todas as suas consequências, a partir do comprometimento da comunicação verbal, uma vez que a baixa na capacidade auditiva pode gerar dificuldades de compreensão na comunicação oral.¹⁴ Outra definição do que vem a ser a perda auditiva promovida pelo envelhecimento cronológico sugere que:

“A presbiacusia, que é o envelhecimento do sistema auditivo, promove diminuição na habilidade de compreender, redução na inteligibilidade de fala e comprometimento do processo de comunicação verbal, reduzindo gradativamente o contato social do idoso e podendo causar alterações emocionais. Dentre todas as privações sensoriais, a incapacidade de se comunicar com outras pessoas devido à deficiência auditiva, pode ser uma das consequências mais frustrantes para o idoso.”²⁰

Essa patologia provoca declínio na habilidade comunicativa da pessoa idosa, esse feito, causa no idoso, importante tendência ao isolamento social e o leva a manter-se à margem do que se passa ao seu redor, privando-se das fontes comunicativas e informativas. A perda auditiva pode gerar alterações sociais impactantes não apenas limitando a desenvoltura na percepção, mas ainda interferindo na capacidade de compreensão da linguagem, que afeta a interação do sujeito na sociedade bem como no seio familiar.²¹

Com importantes danos comunicativos que promovem prejuízos as suas relações interpessoais, a pessoa idosa pode passar a questionar suas habilidades e, a partir daí, podem surgir sentimentos como insegurança e medo,

que acabam por levar a mudanças na qualidade de vida e ao isolamento.²² Tal isolamento é um problema potencializado, considerando que se torna um fator adicional de desagregação social. Assim percebe-se que alguns eventos vividos pelos portadores de presbiacusia, frequentemente podem agravar possíveis desconfortos comuns aos processos adaptativos do envelhecimento, tornando essa etapa demasiada e desnecessariamente enfadonha, complexa e solitária.

Sabe-se que por longos anos, o idoso ocupou o seu papel na sociedade, entretanto, ao envelhecer, tende a perde-lo. Isso com frequência, ocasiona insatisfação, tristeza, revolta e vergonha, e por vezes, motiva o seu afastamento do seu meio social, acarretando profundo impacto na sua vida. Nesses momentos, para a pessoa idosa o apoio social da família é de fundamental importância,²³ sendo essa alternativa em muitos casos, a única fonte de apoio existente.

Ressalta-se o ambiente familiar como sendo o local mais propício, necessário e frequente para as adaptações que possam surgir a partir da manifestação da deficiência auditiva e de seus desdobramentos. Quando existe apoio familiar os transtornos vivenciados nessa fase da vida, parecem ser minimizados ou pelo menos enfrentados de maneira mais positiva. Todavia, a mesma rede que gera apoio, pode também gerar muitos conflitos, e o afastamento, acaba sendo por vezes, consequência das desordens suscitadas no próprio seio familiar.¹³

Assim, compreende-se que a questão da presbiacusia vai além do biológico e que embora essa deficiência acarrete limitações físicas, sociais e psicológicas, cabe uma reflexão se essas limitações são devidas apenas às questões físicas, ou se a sociedade se encontra deficiente a ponto de não saber lidar nem de acolher às diferenças expressas em lesões. Dado o exposto, é possível que uma deficiência física não se constitui ou se configura como uma sentença biológica de fracasso; antes, os contextos sociais se colocam inacessíveis e incompreensíveis à diversidade corporal.²⁴

Partindo de pressupostos compreendidos a luz da literatura, a presente pesquisa objetivou compreender os efeitos psicossociais na pessoa idosa com

presbiacusia, buscando investigar as possíveis relações de perda auditiva com o fenômeno do isolamento social; bem como identificar as consequências psicossociais no idoso com presbiacusia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva de natureza qualitativa, realizada com pessoas idosas usuárias da Clínica Escola de Fonoaudiologia de uma instituição privada no Estado da Paraíba. A amostra foi constituída por 15 (quinze) pessoas, com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, que aceitaram participar do estudo. Após uma triagem realizada a partir de um mini exame do estado mental, os dados foram coletados por meio de um questionário que objetivou conhecer melhor os dados sociodemográficos da amostra participante tais como: idade, estado civil, raça, nível escolar, entre outras; e uma entrevista semiestruturada contendo questões baseadas nos objetivos do estudo.

Após a aprovação do Comitê de Ética - CAAE nº 74331223.8.0000.5569, as entrevistas aconteceram de forma individual em local combinado com cada participante sendo a estes garantidos o sigilo e o anonimato das suas respostas. Destaca-se que os participantes foram informados que poderiam desistir a qualquer momento da pesquisa, mesmo após terem assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Feitas as transcrições das entrevistas, os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temático proposta por Minayo^{25,26,27} à luz da Teoria Sistêmica. Importa destacar que este estudo tomou por base a Resolução nº 510/2016,²⁸ que versa sobre a ética em pesquisas realizadas com seres humanos, respeitando todos os preceitos do Estatuto do Idoso.

RESULTADOS

Nesta seção iremos apresentar os resultados obtidos (Tabela 1), iniciando pela caracterização sociodemográfica dos participantes no Quadro abaixo e, posteriormente, com a análise das entrevistas propriamente ditas.

A seguir serão apresentadas as principais informações do questionário sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Nome	Idade	Raça	Estado civil	Profissão	Nível Escolar	Religião	Renda /Salário Mínimo
Santos	80	Branca	Casado	Aposent.	Fund.	Evang.	02
Maria	61	Parda	Divorciada	Aposent.	Médio	Evang.	01
Claudia	66	Preta	Casada	Aposent.	Médio	Evang.	02
Ana	74	Branca	Casada	Aposent.	Médio	Evang.	02
Sara	78	Parda	Viúva	Aposent.	Superior	Catolica	02
Betânia	72	Parda	Viúva	Aposent.	Médio	Catolico	02
Mateus	68	Parda	Casado	Aposent.	Fund.	Evang.	02
Lucas	74	Parda	Casado	Aposent.	Fund.	Evang.	02
Rute	76	Parda	Viúvo	Aposent.	Médio	Catolica	01
João	76	Parda	Casado	Aposent.	Analf.	Católico	02
Lia	74	Parda	Viúva	Aposent.	Fund.	Catolico	02
José	64	Parda	Casado	Aposent.	Fund.	Evang.	02
Marcos	72	Preta	Casado	Aposent.	Fund.	Evang.	02
Marta	80	Branca	Solteira	Aposent.	Fund.	Catolica	01
Lucia	78	Parda	Viúva	Aposent.	Médio	Evang.	02

Fonte: Pesquisa Direta, 2024.

No presente estudo, os nomes verdadeiros dos entrevistados foram trocados por nomes fictícios, buscando preservar a identidades dos mesmos. Nenhum dos idosos selecionados previamente foi excluído, pois todos atenderam com exatidão aos critérios de inclusão. De início podemos constatar que todos

os idosos presbiacúsicos participantes da pesquisa já eram aposentados em função da idade.

Quanto ao estado civil dos idosos que foram entrevistados nesse estudo, a maioria deles encontravam-se viúvos ou casados. Havia, contudo 1 idoso solteiro com filho e 1 idoso divorciado também com filhos. A maioria deles não morava sozinhos, mas com esposa/marido, filho (s) ou outros parentes, e apenas 01 casal de idosos residia completamente sozinhos. Com relação a renda familiar encontrada, observou-se que girava em torno de 01 a 02 salários mínimos. A baixa renda observada, parece estar associada a um também baixo nível de escolaridade verificado na maioria dos idosos entrevistados. Os dados corroboram com outros estudos que apontam que a deficiência auditiva foi maior entre os idosos com menor acesso à escolaridade.^{29,30}

Quanto à raça, diferenças estatísticas observadas conforme as raças não puderam ser avaliadas, uma vez que a imensa maioria dos idosos eram da cor parda. Todos os entrevistados eram cristãos sendo 09 (nove) evangélicos e 06 (seis) católicos. Não foram referidas pelos entrevistados quaisquer outras religiões ou crenças. Importante salientar que durante a entrevista foi mencionado por vários idosos a importância da fé no enfrentamento do adoecimento de modo geral. Esse dado pode reforçar a ideia de que cultivar a fé é capaz de trazer algum conforto e minimizar o sofrimento em qualquer fase da vida, especialmente no envelhecimento.

Seguindo ainda nesta breve análise, contrapondo-se a alguns estudos que apontam para uma maior propensão no sexo masculino para o desenvolvimento da presbiacusia, neste estudo a variável sociodemográfica sexo, apontou para uma maior frequência de mulheres portadores da patologia em relação aos homens entrevistados. É imperativo salientar, que embora pareça ter preferência por alguns grupos específicos, a presbiacusia pode atingir as pessoas de qualquer classe social, raça e escolaridade, sendo o seu surgimento mais comum a partir dos 60 anos.³¹

Tornam-se fundamentais os estudos com dados de base populacional que busquem estimar a ocorrência da perda auditiva em idosos, visando identificar os

subgrupos com maior prevalência de perda auditiva a fim de planejar estratégias e ações que possibilitem melhora na saúde e na qualidade de vida dessa população.^{32, 33}

DISCUSSÃO

Embora este estudo tenha sido realizado com grupo amostral reduzido, podemos verificar a partir dos relatos dos idosos, demandas de suas vivências frente a presbiacusia apontando para importantes dificuldades que eles apresentam na comunicação com os seus familiares e na manutenção das suas relações interpessoais, podendo ocasionar o isolamento social do idoso bem como outros diversos contratempos nas suas vidas.

Alguns estudos apontam para uma associação entre a presbiacusia e um maior risco do surgimento de declínio cognitivo e demência, estando a patologia ainda independentemente associada ao declínio cognitivo acelerado e ao comprometimento cognitivo que incide sobre os idosos.^{34,35}

Objetivando proporcionar embasamento teórico para esta pesquisa foram utilizados conceitos da Teoria Sistêmica que vem lançar luz sobre os discursos coletados, visando compreender com o máximo de discernimento, como funciona o sistema familiar do idoso frente a presença de uma patologia (presbiacusia) e o quanto essa problemática pode interferir nos seus sentimentos, nas suas emoções e nas suas relações com os seus parentes e o seu meio social.

Assim, por meio das análises das narrativas das entrevistas transcritas, pôde-se perceber aproximações temáticas que nos auxiliaram a pensar em dois eixos para nortear a discussão e análise dos achados. Para isso, foram construídos dois eixos temáticos descritos abaixo:

O Eixo 1 – **“Impactos comportamentais da presbiacusia na vida dos idosos”**, refere-se aos impactos sofridos nas relações interpessoais gerando mudanças comportamentais e individuais nos entrevistados a partir da doença.

O Eixo 2 – “**Sentimentos gerados pela presbiacusia na vida dos participantes**”, refere-se a quais sentimentos foram gerados a partir da presbiacusia.

Importa salientar que se entende que as repercussões da presbiacusia são integrais e estão interligadas, sendo as suas implicações relacionais e comportamentais indissociáveis dos sentimentos emocionais. Contudo, e para fins de análise, os dados foram organizados em dois eixos temáticos visando discutir de forma mais aprofundada os diversos impactos da presbiacusia e os sentimentos gerados nos seus portadores, tomando como base conceitos da teoria sistêmica. Discorreremos logo abaixo, de forma mais detalhada, sobre cada um dos eixos:

IMPACTOS COMPORTAMENTAIS DA PRESBIACUSIA NA VIDA DA PESSOA IDOSA

Conforme verificamos nesse estudo, a senescência se constitui um processo universal, tanto natural quanto irreversível, sendo inerente a todos os seres vivos e englobando uma série de mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.^{36,37} Já a comunicação se constitui num processo ativo onde as pessoas se colocam acessíveis a constantes trocas de informações e interações e por onde se enviam, se decodificam e se consolidam significados.³⁸ Por meio da comunicação compartilham e dividem em suas experiências os mais diversos sentimentos, entre os quais: dúvidas, anseios, dores alegrias, sonhos, medos e outras. Nesse cenário, surge a presbiacusia que possui o seu maior dano marcado pela dificuldade na comunicação. A doença compromete a compreensão da linguagem falada afetando de forma integral a intenção que o idoso tem de se comunicar com o seu meio familiar e social, interferindo negativamente.²¹

A Teoria Sistêmica compreende que um sistema pode ser definido a partir de um complexo de elementos em constante e recíproca interação.³⁹ A esse respeito e à luz de sua abordagem, observamos que a relação entre a dinâmica familiar e uma situação de adoecimento com um membro do sistema, ao afetar os demais membros familiares, poderá se configurar em um processo peculiar,

dada a complexidade do sistema, não sendo sempre possível diferenciar ao longo do tempo, os efeitos e as implicações de uma coisa sobre a outra.⁴⁰

Como mencionado anteriormente, os discursos e narrativas encontrados nesta pesquisa, serão sustentados à luz da abordagem sistêmica que traz em seus conceitos algumas propriedades que podem ser perfeitamente aplicadas nesse estudo para uma melhor compreensão da problemática com a qual nos deparamos.

Inicialmente, quando perguntado aos participantes da pesquisa se eles percebiam a interferência de problemas de audição em suas vidas, todos eles responderam afirmativamente que “sim” e associaram a interferência da perda auditiva a problemas de comunicação e de relacionamentos.

Podemos ver, por exemplo, nas falas de Ana, Lucas e Lúcia que a presença da presbiacusia ocasiona contratempos nas suas vidas pessoais, familiar e social:

“Eu não escuto bem e ainda tenho ruído na audição. Como não vai interferir?” (Ana)

“A gente percebe o que era e o que a gente está sendo. Interfere porque tenho essa dificuldade, porque a gente incomoda. A pessoa não quer repetir, se aborrece, tudo isso interfere e faz contato comigo. De eu também ficar chateado e aborrecido. E isso também não faz bem para saúde da gente, inclusive pode atingir de tudo um tipo de coisa dessas.” (Lucas)

“Interfere, principalmente nas relações com meus familiares.” (Lúcia)

É possível observar na fala de Lucas, pressupostos do princípio da hierarquia presentes na abordagem sistêmica, quando este afirma: “*a gente percebe o que era e o que a gente está sendo*”. É importante lembrar que os sistemas abertos são aqueles que se configuram a partir de organizações hierarquizadas, divididas em diferentes níveis e que compõem o todo, sofrendo transformações internas em relação ao sistema com o ambiente.⁴¹

A esse respeito, é possível presumir que haverá situações em que sejam necessárias modificações no sistema familiar, onde por exemplo, o idoso que outrora assumira por anos o papel de chefe da família, se veja impedido agora

pela presença de uma patologia e não se encontre mais apto para os encargos de tal papel, precisando se adaptar a mudanças e ajustes numa nova configuração hierárquica. É imperativo lembrar que quando pensamos no sistema familiar, precisamos compreender que as relações de hierarquia se dão costumeiramente com os mais velhos na representação dos papéis "superiores".⁴² Essas transformações irão por certo provocar inversões de papéis. Ou seja, o membro do sistema outrora detentor da ordem e das decisões no seio familiar, perderá o seu lugar de comando.

Podemos perceber um pouco desse pressuposto, analisando novamente o mesmo trecho da fala de Lucas que no passado tendo presumivelmente assumido o papel de chefe da família, ao adoecer, sofreu com os impactos e as consequências das mudanças: *“A gente percebe o que era e o que a gente está sendo.”* Ressaltamos que mudanças no sistema podem provocar inversões de papéis na composição hierárquica da família, suscitando possíveis desequilíbrios da homeostase, sendo necessário restabelece-lo, a fim de que seja recuperada a estabilidade do sistema.

Algumas questões de ordem sistêmicas na família podem afetar a forma como se encontram organizadas a estrutura hierárquica, como compreendemos na fala de Lucas, mas é possível observar que este idoso denunciou e legitimou em seu discurso algo para além das peculiaridades presentes em composições hierárquicas. Observa-se que ele também denunciou o seu desconforto com o adoecimento, com as limitações impostas por sua enfermidade e ainda em como isso havia minado a sua capacidade de se colocar no ambiente familiar como alguém com vez e com voz.

Seguimos abaixo observando um pouco mais do discurso de Lucas onde podemos verificar os pressupostos levantados acima, bem como reiterar que a comunicação é fator essencial à manutenção das relações sociais⁴³ sem a qual, homens e mulheres são afetados e terão maiores dificuldades para interagir e conviver em sociedade. Ao afirmar: *“A pessoa não quer repetir, se aborrece, tudo isso interfere e faz contato comigo, de eu também ficar chateado e aborrecido.”* A partir do exemplo acima, e tomando como base alguns

pressupostos do *Princípio da Circularidade*, vemos que a interação entre os componentes de um sistema parte de uma sequência circular, onde a relação entre os seus elementos é bilateral, ou seja, o que afeta B, afeta A, assim, cada pessoa afeta e é afetada pelo comportamento e o contexto da outra pessoa inserida num mesmo sistema. Desse modo, ocorre uma retroalimentação, onde, enquanto circulam as informações entre os diferentes membros da família, cada um deles vai sendo influenciado e influenciando o outro.⁴⁴

Observamos ainda que o entrevistado parece querer transmitir em seu discurso que a presbiacusia interfere em todos os âmbitos da sua vida, destacando para uma comunicação deficitária e um adoecimento para além da falha no aparelho auditivo, que acomete a sua integridade física, social, moral e psicológica. Vemos ainda que em: *“isso também não faz bem para saúde da gente, inclusive pode atingir de tudo um tipo de coisa dessas”*, também pode ser entendido como a dificuldade não necessariamente de ouvir, mas principalmente de compreender o que é dito no discurso, reafirmando a importância de uma comunicação eficaz nas suas relações interpessoais, uma vez que falhas comunicativas, podem induzi-lo a afastar-se de suas atividades rotineiras gerando problemas na sua saúde emocional e por vezes a sua exclusão sócio-familiar.^{45,46}

O termo “família” pode ser definido como um grupo de indivíduos ligados profunda e emotivamente por um sentimento de pertença e que se identificam como parte de um grupo ou de um sistema.⁴⁷ Sabe-se desde os tempos mais remotos a importância da família para a sociedade e o quanto está se encontra firmada em pilares de sustentabilidade emocional para todos os seus componentes. Sendo que o que afeta um membro de uma família, em geral, acaba por afetar invariavelmente os demais. Portanto, estando um membro da família adoecido, por exemplo, um idoso, muito provavelmente todo o sistema familiar será invariavelmente afetado pelas mudanças que certamente ocorrerão, precisando ajustarem-se à uma nova organização face ao adoecimento.⁴⁸ Observaremos agora a fala de Lúcia analisando-a a luz da abordagem sistêmica quando esta afirma:

“Interfere, principalmente nas relações com os meus familiares.
(Lucia).

A família se constitui como o principal sistema de suporte para o idoso⁴⁹, sendo este formado por subsistemas de relações sucessivas e interligadas, com influências recíprocas, assim, é possível a aplicação do princípio da globalidade, em que todos os sistemas estariam organizados como um todo, no que havendo mudanças em cada uma das partes, haveria mudanças no todo⁵⁰. Um sistema aberto possui facilidade para se comunicar com outros sistemas e subsistemas a partir da importação e exportação de materiais, permitindo a comunicação e a troca de energia e informação com a fonte. Esse tipo de sistema é também compreendido como um sistema vivo e adapta-se as mudanças em seu ambiente garantindo a própria existência.⁵¹

O sistema aberto sofre influências do meio e com suas ações, também influencia o meio. Considera-se que os sistemas abertos se caracterizam por não existir neles apenas um método para fins de um resultado.⁵² Destaca-se, no entanto, que enquanto a comunicação se configura como base para suprir e aprimorar as condições de convívio e sustentar as relações interpessoais do indivíduo, a família funciona como um sistema aberto que opera por meio de trocas e de interações em seu meio.⁵³

Partindo dos pressupostos acima, é possível conjecturar que sendo a presbiacusia uma deficiência que interfere na comunicação, haverá importantes déficits e potenciais dificuldades comunicativas. Compreendemos que Lúcia refere como interferência a sua dificuldade para se comunicar eficazmente, posto que, a sua deficiência auditiva provoca-lhe limitações para um desempenho mais promissor nas suas relações interpessoais e em suas vivências.

Quando questionados se já sentiram alguma dificuldade ao participar de conversas em grupo ou privada por causa da sua audição, as repostas variaram um pouco, onde dez idosos responderam que já sentiram e cinco responderam que não. A dificuldade em entender o que está sendo dito pelo interlocutor parece ser uma das principais queixas reveladas nas repostas desses idosos, como podemos verificar abaixo nas falas de Mateus, Sara e José:

“Eu não me sinto à vontade porque vão me fazer perguntas logicas, claras que eu não vou entender porque não escutei, aí vou ficar voando, procurando saber o que foi e ter que perguntar a alguém o que falaram, o que me perguntaram e eu não ficaria a vontade de maneira alguma.” (Mateus)

“Não me sinto à vontade, porque eu não escuto as palavras todas direito... No começo pra mim dá até certo, mas aí atrapalha, e eu pergunto a minha filha, aí ela diz: nada não, mãe!” (Sara)

“Sim, mas só se eu estiver com pessoas que eu conheça e que sejam compreensivas com o meu problema.” (José)

A partir das falas dos idosos Mateus e Sara podemos identificar relatos de uma importante dificuldade para encontrar ajustamentos mais saudáveis e que os possibilitassem lidar com a sua condição dentro dos seus respectivos sistemas e/ou subsistemas. Em contrapartida, observamos que José nos apresenta uma atitude de maior conformidade com as mudanças advindas da presbiacusia, porém, esse conformismo encontra-se limitado a presença de familiares e/ou amigos que sejam empáticos e compreensíveis com a sua deficiência.

Constatamos que na presbiacusia existe evidencias de importante comprometimento no reconhecimento e na compreensão do discurso especialmente em presença de ruído competitivo⁵⁴ tal constatação, reforça o relato dos presbiacúsicos quando estes afirmam que até são capazes de escutar, mas não de entender com clareza o que lhes falam. Poderemos compreender ainda melhor essa dificuldade quando entendemos que em pessoas idosas e especialmente no princípio, a perda auditiva está diretamente relacionada a dificuldade para ouvir em altas frequências, e estas, são fundamentais para a uma perfeita compreensão das consoantes.⁵⁵

Tenho vontade de entender as coisas e pelejo pra saber o que se passou, pra eu entender. Mas eu não entendo. Na televisão eu pelejo pra entender e só vejo bater a boca e não entendo como foi a primeira palavra... É assim...” (Sara).

Em meio a essa e outras perguntas feitas ao longo da entrevista, foi possível verificar na fala da maioria dos entrevistados, a sensação de que a sua deficiência era incompreendida. Essa incompreensão passava por aspectos que

transitavam desde o não conhecimento da doença propriamente dita, até a ausência de empatia e consideração pelo portador da enfermidade. Contudo, houve entre os presbiacúsicos entrevistados, uma pequena parcela que mencionaram sentirem-se “tranquilos” ao reunirem-se com familiares ou amigos, sem que isso lhes causassem quaisquer contratempos ou dificuldades.

Observou-se, entretanto, que os idosos que responderam a essa questão mostrando-se mais resilientes e menos afetados, foram os mesmos que possuíam menor déficit auditivo, sendo possível conjecturar que entre esses idosos e o seus familiares, havia ainda uma comunicação menos deficiente. Isso nos faz regressar à definição de sistema como sendo um complexo de elementos com trocas contínuas de informações e interações entre os seus membros³⁹ bem como, nos chama a atenção para a importância e o valor que a comunicação possui, e como ela pode ser um divisor de águas entre um estado mais ativo ou mais abatido dentro de um mesmo grupo, onde constantemente, transitam sucessivas trocas de informações e operam relacionamentos.

Já vimos, outrora, que sob a visão da abordagem sistêmica a família é definida como um sistema ou conjunto de elementos ligados por um agrupamento de relações que se encontram em constante movimento e vista como um todo, que se distingue da soma individual de seus membros.⁵⁶ Importa destacar que o equilíbrio interno do sistema ocorre por intermédio de um processo de desenvolvimento complexo, onde há crises que frequentemente exigem reajustes das regras que gerem o funcionamento do sistema. Julga-se necessário ressaltar que o conceito de crise está sendo aqui considerado como fenômeno/acontecimento/situação/informação que entra no sistema rompendo com o equilíbrio e homeostase, não levando em conta qualquer juízo quanto a ser positivo ou negativo ao sistema em questão.⁴²

Notadamente, verifica-se que sistemas familiares com idosos adoecidos, são passíveis de crises e, em havendo crises, serão necessários os ajustes das regras para que se possa retornar à estabilidade nas relações familiares. Em um sistema familiar, um membro da família com doença crônica, é geralmente escolhido ou apontado como o representante dos problemas, das crises e dos

conflitos familiares (paciente identificado), sendo este quem desenvolve o sintoma naquele sistema. Porém, insta-se a ressalva de que o sintoma não é de maneira alguma de apenas um único membro da família, mas parte de todo o sistema familiar bem como da sua capacidade de produzir e de manter o sintoma.⁵⁷

Com efeito, alguns idosos presbiacúsicos da pesquisa enfrentam sua deficiência auditiva com maior resiliência, e isso muito se deve a vivências mais positivas que ocorre a partir da otimização do tempo vivido e da qualidade das interações com os seus familiares. Acredita-se que, desta forma, seja possível haver maior engajamento e colaboração do sistema familiar ao lidar com os ajustes ocasionados pelas mudanças e os desafios provocados pela doença.

“As pessoas se afastam porque nem todo mundo quer ouvir a minha voz porque não tem paciência de ouvir a minha voz, porque sabe que eu tenho problemas do ouvido e não quer ficar repetindo. Se eu for perguntar, talvez que eu vá perguntar o que foi que a pessoa disse e a pessoa não quer dizer de novo.” (Santos)

Contraditoriamente, como observamos acima, idosos isolados, mal compreendidos em suas limitações e/ou que não estejam inseridos num contexto social mais amplo, costumam apresentar um maior grau de carga negativa e maior tendência ao adoecimento emocional. Desta forma, quando um membro idoso da família apresenta questões tais como dependência e/ou incapacidade funcional, poderá suscitar novas e importantes modificações na dinâmica e no ciclo vital familiar, visando os reajustes das regras afim de que se possa novamente alcançar o equilíbrio do sistema.⁵⁸

Outros impactos significativos evidenciados nos discursos dos entrevistados se deram nas duas últimas perguntas da entrevista. Curiosamente, houve incongruências ao longo de algumas respostas. A intenção da penúltima pergunta era investigar se houve mudanças nas relações sociais da pessoa idosa com os seus familiares e amigos em decorrência do desenvolvimento da presbiacusia. Na análise das respostas, observa-se aparente equilíbrio qualitativo onde nove idosos afirmaram perceber mudanças significativas em suas relações interpessoais, e seis idosos, outra parte considerável dos

entrevistados, afirmaram não ter percebido mudanças em suas relações com familiares ou amigos.

Contudo, numa análise mais minuciosa, foi possível observar certa incoerência nas falas dos seis respondentes quando afirmaram que não perceberam mudanças nas suas convivências sócios-familiares, todavia, na pergunta seguinte, quando questionados se acreditavam que os problemas de audição o faziam sentirem-se isolados, os mesmos idosos responderam afirmando que sim, que se sentiam isolados frente ao seu problema auditivo.

Destarte, verifica-se a presença de um elemento contraditório, não sendo aceitável ignorá-lo. Uma possibilidade que surge para explicar a existência desse elemento seria as presenças inibidoras de membros da família durante a entrevista, uma vez que foram visíveis o embaraço e o desconforto de alguns idosos durante a pesquisa frente à presença de seus acompanhantes, para discorrer ou responder a certos questionamentos. Foi visível a tentativa de alguns de se comunicarem com a pesquisadora por meio de expressões faciais e olhares sutis.

Com relação à última pergunta a maior parte dos entrevistados afirmaram sentirem-se mais isolados desde o desenvolvimento da presbiacusia. Este fato também resulta em decorrência da baixa na capacidade auditiva, dificultando o entrosamento e minimizando possibilidades de interações e comunicações sociais. É importante salientar que de maneira similar à questão anterior, também foi possível observar em algumas falas demais elementos contraditórios, e talvez isso possa ser atribuído igualmente a presença de familiares no momento da entrevista, conforme podemos observar nas falas de Claudia e Betânia:

“Não, eu não me sinto à vontade. Eu sempre... eu sempre fico assim, afastada, eu fico um pouco triste por causa do problema do ouvido, porque antes eu não sentia esses problemas e agora sinto. ”
(Claudia)

“Não, percebi nada... não se afastaram, graças a Deus! ”
(Claudia)

“Não, eu não me sinto à vontade. Não me sinto...”. (Betânia)

“Não, nenhuma mudança. ” (Betânia)

Tal fato, como mencionado anteriormente pode resultar da conexão entre a perda auditiva e demais desdobramentos presentes em distintas áreas da vida do presbiacúsico que em geral, é uma pessoa idosa. Tal conexão traz diferentes repercussões em distintas áreas tais como: cognitiva, física, familiar, social e psicológica, favorecendo o seu isolamento social. Sendo possível observar com maior riqueza de detalhes, logo abaixo, em fragmentos das falas de Maria, Betânia, Rute e João.

“... às vezes eu até saio de perto, porque eu fico ansiosa querendo escutar alguma coisa que a pessoa pode estar falando comigo e eu não entender. E eu acho até que estou atrapalhando o povo, aí eu recuo...” (Maria)

“Eu sinto. Sinto que o povo não tem muita conversa comigo né? Só conversa quando é preciso né? Fora isso... assim, ter problema pra ouvir não é fácil não.” (Betânia).

“Sim eu me sinto muito, muito isolada porque ninguém quer falar com a pessoa que é moca. Não se sente bem falando com a pessoa que tem problema de ouvido.” (Rute)

“Sim, as vezes eles falam uma coisa mais de uma vez, eu não entendo, aí eu pergunto de novo e eles ficam rindo ne? Olhando um para o outro ne?” (João).

No decorrer das entrevistas, foi possível compreender que os sentimentos que acometiam os idosos presbiacúsicos, e mais essencialmente aqueles idosos que possuíam menos apoio e presença familiar, foram os mais diversos: vergonha, tristeza, revolta, angustia, ansiedade, raiva indo até o comportamento de se isolar ou de ser isolado. Todos esses sentimentos juntos podem promover o início da depressão. Os desdobramentos do próprio envelhecimento já podem tornar tudo bem mais difícil para o idoso, pois trazem consigo uma série de mudanças, e quando estes se encontram num turbilhão de emoções e conflitos, tudo pode se agravar, facilitando a somatidade e promovendo o seu adoecimento.⁵⁹

Esse achado está em consonância com dois estudos internacionais que chamam a atenção quando apontam para a presbiacusia e uma importante associação com o declínio cognitivo.^{60,61} Ressalta-se assim que ao prejudicar a compreensão do discurso, a presbiacusia minimiza as possibilidades de interações sociais, gerando por vezes o comportamento de se isolar ou de ser

isolado pela família e/ou sociedade podendo suscitar o desenvolvimento de vivências bastantes negativas para a pessoa idosa. Vê-se que a despeito da retroalimentação do sistema familiar, ainda que sejam percebidas mudanças no funcionamento intrassistêmico, essas não foram satisfatoriamente realizadas de modo a promover uma maior integração e senso de pertencimento ao idoso presbiacúsico, favorecendo assim, a manutenção do isolamento.

Outros idosos entrevistados mencionaram sentirem-se tranquilos a respeito do isolamento, ainda que não negassem suas limitações auditivas, mostrando assim, forte resiliência frente as suas dificuldades. Essa constatação da limitação em ouvir, entretanto, não anula a dificuldade que eles possuem para compreender os sons da fala, dificultando a comunicação, mas também, não destrói o desejo que os mesmos expressaram em participar mais ativamente de momentos de interação com os seus familiares e amigos, tal como vemos abaixo:

“Gostaria, mas esse problema atrapalha muito, muito.” (Rute)

“Eu gostaria, mas atrapalha demais esse problema.” (Sara)

A resiliência é uma característica fundamental para lidar com os desafios outras dificuldades da vida. Trata-se da capacidade de se adaptar, de se refazer, de superar as adversidades mantendo um senso de equilíbrio emocional mesmo diante de situações difíceis.⁶² Para pessoas com a presbiacusia, a resiliência na família pode se manifestar por intermédio da procura por soluções criativas visando melhorar a comunicação, na disposição pela busca de ajuda e apoio emocional e na capacidade de encontrar maneiras de continuar participando ativamente da vida social e familiar.

A família possui importantes recursos para a promoção de sua resiliência sendo esses: seus padrões organizacionais (estrutura); seu sistema de crenças; e seus processos de comunicação. A comunicação “facilita a resiliência trazendo clareza a situações de crise, encorajando uma expressão aberta das emoções e contribuindo para formas colaborativas de resolução de problemas”. O cultivo da resiliência pôde ser visto nas falas de Lia, Ana, Lucas, João, Claudia e Mateus

de modo que os ajudaram a enfrentar os desafios da presbiacusia com mais positividade e capacidade de adaptação.⁶³

“Sim, apesar de não escutar bem e não entender parte do que falam, eu não quero ficar de fora, eu não quero me ausentar, eu quero permanecer.” (Lia)

“Não, não é constrangedor pra mim, mas também eu ainda não cheguei ao ponto de uma perda grande.” (Ana)

“Me sinto à vontade. Eu não me incomodo porque isso é uma coisa da natureza, não me importo...” (Lucas)

“Às vezes quando eu não escuto, peço pra repetir duas, três vezes e aí, eu entendo. Não causa constrangimento. Não sou muito preconceituoso.” (João)

“Sim, um pouco. Eu gosto sempre de me distrair e sair porque se for ficar em casa é pior né?” (Claudia)

“... aqui em casa às vezes a cigarra toca e eu estou sentado perto dela e não escuto. Mas alguém de casa me avisa e eu vou abrir o portão.” (Mateus)

Nos discursos dos idosos vistos acima, notamos que embora em vivências e contexto bastantes diferentes, podemos correlacionar o conceito da equifinalidade em suas falas, que sugere e destaca que ainda que descubram diferentes modos de lidar por diferentes caminhos, os idosos parecem ter conseguido chegar a um objetivo comum,^{42,64} criando modos mais ajustados, saudáveis e satisfatórios para lidar com os seus desafios. Destaca-se que a fala de Ana traz uma questão diferente pelo reconhecimento de que a perda está presente, mas talvez em uma condição de menor severidade que outros participantes.

SENTIMENTOS GERADOS PELA PRESBIACUSIA NA VIDA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

O eixo II trata-se dos sentimentos que foram gerados pela presbiacusia na vida dos participantes da pesquisa. Continuaremos, pois, a nossa discussão embasada nos pressupostos da teoria sistêmica que como já verificamos, compreende a família como um complexo de elementos em constante interações.

Ao longo da entrevista semiestruturada e em meio aos questionamentos pertinentes aos objetivos da pesquisa, foi possível verificar que emergiram na

fala da maioria dos entrevistados, sentimentos tais como vergonha, sofrimento, tristeza, aborrecimento, sensação de ser incompreendido e revolta. Observa-se ainda uma queixa comum a todos os presbiacúsicos entrevistados, e que diz respeito a um sintoma da presbiacusia. Ela limita a compreensão dos sons da fala e foi denominada nesta pesquisa de “confusão auditiva”, sendo mencionada muitas vezes entre os idosos pesquisados.

A confusão auditiva é um aspecto bastante desafiador na presbiacusia, pois, o idoso apresenta dificuldades em distinguir sons específicos especialmente quando em presença de ruídos competitivos, comuns quando, por exemplo, em festas, shoppings, reuniões sociais, familiares, e entre outros. A queixa se encontra no desconforto ou na dificuldade para ouvir e/ou compreender os sons na sua totalidade, na sua inteireza. Isso pode levar a uma sensação de sobrecarga sensorial e a dificuldade em acompanhar conversas ou compreender informações importantes torna-se um desafio que pode ser angustiante. A confusão auditiva pode causar sentimentos de frustração e ansiedade levando o idoso a evitar situações sociais como verificamos abaixo:

“É muita vergonha, porque a pessoa fala e eu não entendo a palavra, aí, eu vou ter que pedir pra ela repetir, mas às vezes eu fico sem saber mesmo, porque eu tenho vergonha de perguntar de novo...”.
(Maria)

“... porque eu não escuto as palavras todas direito...”. (Sara).

“...o isolamento é imenso. Não compensa nem sair de casa, conversar... pra que? Se não escuta, se não entende? Tendo que gritar ou pedir pra a outra pessoa ficar repetindo!” (José)

Notadamente, os sentimentos de vergonha e sofrimento foram uns dos mais vivenciados pelos idosos da pesquisa. No decorrer das entrevistas, foram tornando-se visíveis, várias conotações desses sentimentos, sendo inevitável ignorar a força de sua interferência nas relações interpessoais dos presbiacúsicos, uma vez que alguns deles procuram o confinamento a fim de evitar o desconforto que os ajuntamentos sociais e mesmo familiares, podem lhes causar. É possível assim constatar a partir dos achados dessa pesquisa, que os sentimentos de vergonha e sofrimento se constituem um importante problema na rotina da pessoa idosa com presbiacusia e o isolamento, acaba sendo um

comportamento de fuga, quando este procura evitar a comunicação e o ajuntamento, não necessariamente por vontade própria, mas por constrangimento e/ou por vergonha.

“...principalmente nos dois primeiros anos quando começou o meu problema de ouvido, eu me afastei de tudo, até por vergonha mesmo, daí me afastei muito.” (Betânia)

“Não é só não escutar, também é ruim de entender as palavras completas que a pessoa está falando.” (João);

“... eu me sinto muito constrangido, me sinto e até posso dizer assim: tenho vergonha de perguntar de novo o que foi que aconteceu pra eu ouvir certo.” (Santos)

O sofrimento de uma pessoa com presbiacusia pode ser profundo e abranger uma série de sentimentos, sensações e até de sintomas. Isso foi perceptível e recorrente em alguns participantes da pesquisa durante as entrevistas através das pausas e respirações ansiosas e profundas no decorrer de seus discursos. A sensação de ser excluído ou incompreendido, o impedimento na realização de atividades sociais e nas atividades da vida diária (AVD), como já vimos, pode levar a tristeza, a ansiedade, ao isolamento social e mesmo a instalação ou manutenção de quadros depressivos.³ Sabe-se que para além das dificuldades práticas da comunicação e interação social, a perda auditiva pode afetar a autoestima, a autoconfiança e senso de identidade da pessoa idosa.⁶⁵

“...as pessoas falam e a gente fica assim, no mundo da lua...”
(Marta)

“Eu não me sinto bem... essa moquice no ouvido, muitas vezes eu não escuto bem, entendeu? As vezes as pessoas falam duas, três, quatro vezes... eu estou escutando o que a pessoa está falando, mas eu não estou entendendo... Moquice no ouvido, dor de cabeça... é muitos problemas né!? (Claudia)

A comunicação é um processo interpessoal envolvendo trocas verbais e não-verbais. A comunicação interpessoal no grupo familiar, é aquela que constitui as relações entre os seus membros, por meio das interações.⁶⁶ Sistemicamente não há como pensar a existência das relações de convívios, sem pensar numa complexa teia de interconexões mantida por movimentos frequentes de entradas e saídas de informações que abastecem uma cadeia de conectividades e

interações interdependentes. Podemos assim pressupor, e mais, conjecturar a comunicação a partir dessa teia de interconexões. Mas, o que fazer quando pelas dificuldades de trocas inter e intrassistêmicas (entre sistemas e dentro do mesmo sistema), a sensação de intercomunicação parece estar rompida? ⁴²

Nesse estudo vemos que para alguns idosos, pressões internas ou externas como as mudanças com a chegada do envelhecimento aliadas a perda auditiva num contexto repleto de situações e fatores estressantes, podem maximizar tensões familiares já possivelmente existentes, corroborando para o afastamento das suas atividades rotineiras e provocando dificuldades na manutenção das relações interpessoais da pessoa idosa. Além disso, mesmo os idosos com perda auditiva leve, já sofrem quanto a uma possível progressão de sua deficiência, sendo que esse fato pode deixá-los apreensivos e ansiosos como vemos abaixo na fala de Ana:

“Por enquanto minha moquice interfere, mas como já falei, não é ainda essa coisa toda, eu não escuto bem, mas pode ser que no futuro piore né!! Como eu vou saber...?!” (Ana)

É mister a ressalva de que muito embora frente as pressões externas ou internas ou diante de mudanças que careça de modificações súbitas, a família possui uma capacidade particular de se reorganizar como estrutura e de gerar formas de acomodação frente ao inesperado.⁶⁷ Vimos que um subsistema familiar possui demandas e funções específicas e que a estrutura familiar necessita se organizar e se adaptar em situações adversas. Sabe-se porem que muito embora o sistema tente adaptar-se às modificações que surgem, nem sempre os ajustes efetuados conseguem ser realizados de forma satisfatória e de modo a alcançar os objetivos e promover relações saudáveis e acolhimento mútuo no seio familiar.

Em conformidade com os fundamentos da teoria, a família é um sistema formado a partir de outros subsistemas e estes frequentemente sofrem mudanças. É possível que com a chegada e o desenvolvimento de uma doença que pode ocorrer em qualquer etapa do ciclo familiar, hajam necessidades de transformações no seio familiar. Pressupõe-se que os impactos causados por mudanças previstas ou não na dinâmica familiar, como por exemplo, num

processo de adoecimento, trazem reações distintas para cada um dos integrantes da família, sendo diversas as suas maneiras de compreender, reagir e de se adaptar a doença e ao adoecimento. Compreende-se à luz da teoria sistêmica, que isto ocorre, porque o comportamento de cada um dos membros é interdependente, e não depende e nem se conecta necessariamente ao comportamento dos demais membros do sistema, sendo que cada um terá uma forma peculiar de receber e de se comportar diante do inesperado.

Seguindo o raciocínio acima, cogita-se que o idoso com perda auditiva (adoecimento) poderá sofrer incompreensões por parte de um ou mais membros do seu sistema familiar, uma vez que as reações serão únicas e exclusivas para cada componente desse sistema. Além disso, não apenas a família, mas amigos e ainda pessoas integrantes ou não de seu convívio social terão reações e comportamentos distintos com relação à sua deficiência. Isso pode ocorrer tanto pela falta de esclarecimento sobre a doença quanto pela falta de empatia para com o idoso e suas limitações.

De certo que, seguindo ainda à luz da abordagem sistêmica, talvez possamos compreender melhor o porquê de alguns dos participantes desta pesquisa mencionarem sentir-se incompreendidos por sua rede de suporte familiar enquanto outros, não apresentaram essa queixa. Temos entendido que a Perspectiva sistêmica compreende a família como um sistema aberto e dinâmico, que visa o apoio, a sobrevivência e o crescimento emocional e social de seus membros, destarte, em situações onde não há um bom gerenciamento dos conflitos familiares, poderão surgir desordens consequentes das mudanças em alguma fase do ciclo de vida ou ainda advindos de ocorrências súbitas, provocando desequilíbrio do sistema. Quando situações do tipo ocorrem, pode ser necessário o envolvimento dos subsistemas e uma inversão em papéis ocupados por alguns membros da família.⁶⁸

As mudanças que a presbiacusia provoca pode trazer problemas para o dia a dia da pessoa idosa, já que em muitos casos, a sua deficiência é motivo de escárnio, discriminação e incompreensão. Esses aspectos juntos tendem a gerar grande carga de sofrimento emocional somadas as demais alterações já

causadas pelo envelhecimento. Tendo em vista esse panorama o presbiacúsico busca confinamento, provocando-lhe grande solidão. Isso porque conforme as suas possibilidades de comunicação se tornam menos efetivas as suas relações interpessoais sofrem inevitavelmente maiores prejuízos, como vemos nas falas de José, Maria e Santos:

“... as pessoas ficam rindo, acham graça na minha dificuldade”.
(José);

“... até os familiares perdem a paciência. Isso você se sente diminuído.” (Maria)

“Sim, a moquice me dificulta porque eu não tenho saúde né? Eu já sofro por motivo dela, por causa dela mesmo.” (Santos)

As mudanças nas relações sociais decorrentes do desenvolvimento da presbiacusia nos idosos pesquisados demonstraram importante inadaptação ao processo não apenas do envelhecimento, mas aos fatores e transformações que podem advir deles. A forma como a família e o presbiacúsico ajustaram-se à nova condição advinda pelo desenvolvimento da doença e como reagiram a essa nova forma de convivência resultou em uma vivência mais sofrida e difícil. Os eventos de sofrimentos psicológicos em maior ou menor escala, culminaram em reclusão social, uma vez que essa reclusão é uma alteração que pode resultar em grande transtorno para a pessoa idosa, especialmente se ela se sentir excluída, incompreendida ou escarnekida.

É por meio das trocas com o ambiente que as relações vão sendo paulatinamente construídas e tecidas. Importa salientar, contudo, que isso não ocorre de forma isolada, uma vez que os elementos são invariavelmente interdependentes, e que por meio da contínua interrelação existente entre eles, compreende-se que qualquer mudança modificará o sistema em sua integralidade necessitando de ajustes.^{69,70} É importante que a pessoa idosa tenha garantida a sua participação na sociedade, pois, assim poderá continuar se sentindo útil e integrada com o mundo à sua volta, isso, impedirá a perda de sua autoestima e a chegada de sentimentos oportunistas tais como, sentimentos de isolamento e de tristeza.⁶²

Em inúmeros casos e por longos anos, quando jovem, a pessoa idosa de hoje, ocupou papel de destaque no seu meio social e familiar, representando um chefe de família ou de um outro sistema. Todavia, ao envelhecer, atravessa por diversas mudanças que são típicas dessa fase e que paulatinamente o fazem perder o seu antigo papel, fazendo com que o idoso entre em conflito com quem já foi um dia e com quem agora é. Nesses momentos, a compreensão da família

é de fundamental importância,²³ sendo essa alternativa em muitos casos, a única fonte de apoio existente. O ambiente familiar é o local mais frequente para as adaptações necessárias a partir da deficiência auditiva.¹³ Quando o sistema familiar consegue autorregular-se de forma mais efetiva às novas necessidades surgidas, os transtornos vivenciados nessa fase da vida da pessoa idosa, podem ser minimizados ou enfrentados de maneira mais positiva, possibilitando maior estabilidade emocional para o idoso e contribuindo de modo geral para o retorno da homeostase em todo o sistema familiar.⁴²

A família é a base onde se sustentam os seus membros e na qual suscitam-se os alicerces para enfrentamentos de tempos bons ou difíceis.

Todavia, essa mesma rede que propicia apoio, pode também gerar importantes conflitos tais, que o afastamento acaba sendo uma consequência das desordens acendidas no seio familiar. Não se questiona a importância do apoio e da compreensão dos familiares, sendo esta, percebida com maior ênfase no discurso de alguns respondentes que ao afirmarem sentirem-se tranquilos nas suas relações interpessoais, não apresentaram quaisquer contradições em suas falas durante toda a entrevista, estes os que pareciam conviver com arranjos familiares mais harmônicos e saudáveis.

É a partir das bases da Teoria Geral dos Sistemas que a Teoria Sistêmica familiar encontrou uma noção básica a fim de aplicá-la a compreensão da família quanto aos processos terapêuticos. Por intermédio da cibernética e da comunicação, ela toma emprestado importantes conceitos tais como regulação e funcionamento, procurando compreender e intervir sobre as possíveis dificuldades nas interações familiares.

Partindo desse pressuposto, um idoso acometido por uma doença crônica pode ser considerado um grande desafio para os seus familiares. Por isso, não raramente, vivenciar a patologia crônica de um membro idoso pode afetar severamente o convívio familiar, ocasionando inúmeros transtornos haja vista a necessidade de mudanças e adaptações impostas ao doente. Este terá que conviver com suas limitações e aos seus familiares que precisarão fazer ajustes a fim de adaptar-se à nova realidade e isso, nem sempre será fácil para nenhuma das partes.⁵³

É objetivo da teoria sistêmica trabalhar as interações entre os componentes do sistema familiar visando otimizar o seu funcionamento individual, sendo que o comportamento sintomático (isolamento do idoso), por exemplo, será compreendido como uma importante mensagem que precisa ser perfeitamente decodificada. A intervenção dessa forma, vai focar nos aspectos relacionais da família em questão, primando por mudanças nos processos de interações, buscando o equilíbrio de todos os componentes.

CONCLUSÃO

A perda auditiva ocasiona situações que podem se tornar incomodas e angustiantes. Nesse cenário, o isolamento social do idoso pode ocorrer como consequência da tristeza e depressão. A descoberta de uma doença crônica no seio familiar, não raras vezes, pode gerar importantes conflitos e desalinhos sendo bem possível que família e idoso não consigam reagir com assertividade às mudanças, o que na maioria das vezes, acaba por afetar toda a dinâmica familiar. As mudanças impulsionam as mais diversas situações e ocasionam uma sucessão de sentimentos de vivências por vezes antes não experienciadas entre eles. O sofrimento que se instala na vida da pessoa idosa, afeta o seu estado físico e psicológico e pode estar atrelado tanto a chegada da deficiência auditiva ou sendo somado ao processo de envelhecimento pelo qual o idoso passa.

O AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual) seria a solução para os problemas de comunicação que a doença traz, porém, nem todos os idosos conseguem se beneficiar com o aparelho por ser de alto custo, e mesmo para aqueles que o adquirem, muitos não conseguem se adaptar e logo deixam de usá-lo. As demandas psicológicas que ocorrem a partir da deficiência auditiva, devem ser tratadas por um psicólogo que tenha um olhar voltado para além da condição do idoso e que perceba o problema na sua totalidade. A melhora na comunicação entre familiares e presbiacúsico, poderá propiciar para todos os membros da família a possibilidade de que estes venham novamente desfrutar de uma convivência mais harmoniosa e saudável, ocasionando um menor risco de isolamento social e depressão para o idoso.

REFERÊNCIAS:

1. Guerra, ACLC; Caldas, CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*,

- v. 15, n. 6, p. 2931-2941, 2010. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n6/2931-2940/pt>
2. Drumond, CH; et al. Transição demográfica e atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde: um estudo de revisão sobre o cenário brasileiro. *Revista de APS*, v. 16, n. 3, 2013.
 3. Araújo, MZ; et al. Presbiacusia: Envelhecimento da audição e suas causas e consequências através do levantamento da literatura. *Anais CIEH 2015 – Vol. 2, n.1.* Disponível em:
https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2015/TRABALHO_EV040_MD4_SA2_ID3179_27082015183831.pdf
 4. Mantello, EB; et al. Avaliação da restrição de participação em atividades de vida diária de idosos usuários de aparelhos de amplificação sonora individual. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 49, n. 5, p. 403-410, 2016. Disponível em : <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/52493>
 5. Valença, TDC; et al. Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 1, 2017a. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/hT3V577hXdsJSyD4b4TfPLQ/?lang=pt&format=html>
 6. Malta, DC; et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 3253-3264, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17512016>
 7. Oliva, DRSD; Portella, MR. Percepções do ser adulto sobre o evento da deficiência física: um estudo fenomenológico. *Revista FisiSenectus*, v. 1, n. 1, p. 35-42, 2013. Disponível em:
<https://doi.org/10.22298/rfs.2013.v1.n1.1498>
 8. Gualandro, SFM; et al. Deficiência de ferro no idoso. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 32, n. suppl 2, p. 57-61, 2010. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbhh/a/6LyfBC9Pst9bnRY376smxMn/?format=pdf>

9. Moraes, MRQ; Souza, DP. O Idoso e a Deficiência. Revista Igapó - Revista de Educação Ciência e Tecnologia do IFAM, v. 3, 2014.
10. Koch Filho, HR; et al. Envelhecimento humano e ancianismo: revisão. Rev. Clín. Pesq. Odontol, v. 6, n. 2, p. 155-160, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.7213/aor.v6i2.23181>
11. Thomazini, MC; Fermentão, CAGR. O longo vivo na contemporaneidade: A segregação familiar na velhice e a marginalização social. 2022. Revista Direito Em Debate, 31(58), e 12429. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2022.58.12429>
12. Meirelles, AE; et al. Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. Ver Neurociência, v. 18, n. 1, p. 103-108, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/4935>
13. Silva, RBG; Almeida, LP. Próteses auditivas por idosos: aspectos psicossociais, adaptação e qualidade de vida. Interações (Campo Grande), v. 17, n. 3, p. 463-474, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/6qLbRZpqPX84Dm74Vsh9pnm/>
14. Figueiredo, ACR. Relação entre presbiacusia e perda cognitiva: revisão da literatura. Dissertação de Mestrado. 2015. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/30664>
15. Etcheverria, AK. Audição em idosos: estudo sobre presença de perda auditiva e associação com sintomatologia depressiva. 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/163313>
16. Nóbrega, JD; et al. Audição do idoso: análise da percepção do prejuízo auditivo, perfil audiológico e suas correlações: 10.5020/18061230.2008. p 39. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 21, n. 1, p. 39-46, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/175>
17. Guidetti, AA; Pereira, AS. A importância da comunicação na socialização dos idosos. Revista de Educação, v. 11, n. 11, 2015.
18. Calais, LL; et al. Queixas e preocupações otológicas e as dificuldades de comunicação de indivíduos idosos. Revista da Sociedade Brasileira de

- Fonoaudiologia, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342008000100005>
19. Veras, RP; Mattos, LC. Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 1, n. 1, p. 128-134, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992007000100021>
20. Magalhães, R; Lório, MCM. Avaliação da restrição de participação e de processos cognitivos em idosos antes e após intervenção fonoaudiológica. *J SocBrasFonoaudiol*, v. 23, n. 1, p. 51-6, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2179-64912011000100012>
21. Ribas, A; et al. Qualidade de vida: comparando resultados em idosos com e sem presbiacusia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 353-362, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200012>
22. Ruschel, CV; Carvalho, CR; Guarinello, AC. A eficiência de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares - The efficiency of an auditory rehabilitation program in elderly people with presbycusis and their family. *RevSocBrasFonoaudiol*, v. 12, n. 2, p. 95-8, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342007000200005>
23. Nardi, EFR; Oliveira, MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 29, n. 1, p. 47, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/5263>
24. Diniz, D. O que é deficiência. Brasiliense, 2017.
25. Minayo, MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa- Consensos e Controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017 [acesso 09 de junho 2022]. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
26. Minayo, MCS; Guerriero, ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *CienSaude Colet* [Internet]. 2014;19(4):1103–12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401103&ng=pt&tlng=pt

27. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (14a. Ed). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco. 2014.
28. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.
29. Lima, IMS; Miranda-Gonzalez, EC. Efeitos da perda auditiva, escolaridade e idade no processamento temporal de idosos. *Revista Cefac*, v. 18, p. 33-39, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618110415>
30. Kolodziejczyk, I; Elzbieta, S. Percepção auditiva da ordem temporal em centenários em comparação com indivíduos jovens e idosos. *Acta Neurobiologiae Experimentalis* 68.3 (2008): 373-381.
31. Baraldi, GS; Almeida, LCA; Borges, ACC. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. *Artigos Originais - Rev. Bras. Otorrinolaringologista*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992007000100010>
32. Malta, DC. et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil , segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 3253–3264, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17512016>
33. Barbosa, HJC; et al. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com perda auditiva. *Revista de Saúde e Ciências Biológicas*, v. 6, n. 4, p. 424–430, ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.1783.p424-430.2018>
34. Thomson, RS; Auduong, P; Miller, AT; Gurgel, RK. Perda auditiva como fator de risco para demência: uma revisão sistemática. *Laryngoscope investigative otolaryngology* , 2 (2), 69-79. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/lio2.65>
35. Lin FR , Yaffe K , Xia J, et al. Perda auditiva e declínio cognitivo em adultos mais velhos. *JAMA Intern Med*. 2013;173(4):293–299. Disponível em: [10.1001/jamainternmed.2013.1868](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1868)
36. De Lima, MP. Envelhecimento(s). Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press, 2010. Disponível em:

[https://books.google.com.br/books?hl=pt-](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=6sFw773LhhUC&oi=fnd&pg=PA3&dq=36.%09De+Lima,+MP.+Envelhecimento(s).+Imprensa+da+Universidade+de+Coimbra/Coimbra+University+Press,+2010.&ots=HNZ8h8Pr5H&sig=njJUNGQPgibMev_AzeFG3jaUDbU#v=onepage&q&f=false)

[BR&lr=&id=6sFw773LhhUC&oi=fnd&pg=PA3&dq=36.%09De+Lima,+MP.+Envelhecimento\(s\).+Imprensa+da+Universidade+de+Coimbra/Coimbra+University+Press,+2010.&ots=HNZ8h8Pr5H&sig=njJUNGQPgibMev_AzeFG3jaUDbU#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=6sFw773LhhUC&oi=fnd&pg=PA3&dq=36.%09De+Lima,+MP.+Envelhecimento(s).+Imprensa+da+Universidade+de+Coimbra/Coimbra+University+Press,+2010.&ots=HNZ8h8Pr5H&sig=njJUNGQPgibMev_AzeFG3jaUDbU#v=onepage&q&f=false)

37. Kreuz, G; Franco, MHP. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento – Revisão Sistemática de Literatura. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229053873012.pdf>
38. Braga, CD; Marques, AL. Comunicação e mudança: a comunicação como elemento facilitador do processo de mudança organizacional. Revista Da FAE, 1. Disponível em <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view>
39. Bertalanffy, LV. Teoria geral dos sistemas: aplicação à psicologia. Anohin PK, Bertalanffy LV, Rapoport A, Mackenzie WJM, Thompson JD. Teoria dos sistemas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.1976.
40. Galera, SAF; Luis, MAV. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 36, 141-147. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000200006>
41. Misoczky, MCA. Da abordagem de sistemas abertos à complexidade: algumas reflexões sobre seus limites para compreender processos de interação social. Cadernos Ebape. br, 1, 01-17. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512003000100002>
42. Medeiros WCM. Relações de cuidado entre avós, em palição, e netos cuidadores. [tese de doutorado]. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2019. Disponível em: <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/1145>
43. Omote, S. Comunicação e relações interpessoais. Educação, Universidade e Pesquisa. Marília: Unesp – Marília - Publicações, São Paulo: Fapesp, 159-161. 2001. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=PWQ4EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA159&dq=43.%09Omote,+S.+Comunica%C3%A7%C3%A3o>

+e+rela%C3%A7%C3%B5es+interpessoais.++Educa%C3%A7%C3%A3o,+Universidade+e+Pesquisa.+Mar%C3%ADlia:+Unesp+%E2%80%93+Mar%C3%ADlia++Publica%C3%A7%C3%B5es,+S%C3%A3o+Paulo:+Fapesp,+159161.+2001.&ots=pndQzh8Adr&sig=arGEO7PbNDCujbVNVriRVRhu7c#v=onepage&q&f=false

44. Galera, SAF; Luis, MAV. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 36, 141-147. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000200006>
45. Stamato, C; De Moraes, A. Telemóveis e idosos: uma comunicação ruidosa. Trabalho , 41 (Suplemento 1), 320-327. 2012.
46. Santiago, LM; Graça, CML; Rodrigues, COM; Santos, GB. Caracterização da saúde de idosos numa perspectiva fonoaudiológica. Rev. CEFAC. 2016; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620161855016>.
47. Wright, LM; Watson, WL; Bell, JM. The Family Nursing Unit: Uma integração única de pesquisa, educação e prática clínica. 1990. Disponível em : <http://hdl.handle.net/1880/45246>
48. Valença, TDC; Lima, PV; Chaves, RN; Santana, ES; Reis, LA. Repercussões Sociais da Aquisição de uma Deficiência Física na Vida de Idosos. Revista Kairós. 2017. Disponível em <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p41-55>.
49. Redante, D. et al. Cuidando o idoso e a família. Revista Fam. Saúde Desev., 7 (2). Curitiba. Pp.158-163. 2005. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/328068020>
50. Gomes, LB; et al. As Origens do Pensamento Sistêmico: Das Partes para o Todo. Pensando Famílias, 18(2): 3-16. 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679494X2014000200002&script=sci_arttext
51. De Araujo, VMRH. Sistemas de informação: nova abordagem teórico-conceitual. Ciência da informação, 24(1). 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.18225/ci.inf.v24i1.610>

52. Fernandes, LM. Tecnologia da Informação. p. 11 a 16. 2015. Disponível em: https://www.uece.br/cct/wp-content/uploads/sites/28/2021/07/Computacao_Gestao-e-Tecnologia-da-Informacao-2017.pdf
53. Areosa, et al. Relações sociais e familiares do idoso atendido pela UNISC. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 7, n. supl. 1, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.1118>
54. Baraldi, GDS; Almeida, LCD; Borges, ACDC. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 73, 64-70. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992007000100010>
55. Andrade, LCHD. Treinamento auditivo em reconhecimento de fala em condição de ruído para adultos mais velhos. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26512/2017.01.T.23105>
56. Motta, MDC. Teoria sistêmica e família, pontos e contrapontos. In XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. 2008. Disponível em: <https://www.aacademica.org/000-032/332>
57. Barbosa, PG; et al. A clínica com crianças sobre o olhar da psicoterapia sistêmica. Arquivo Brasileiro de Odontologia, v. 8, n. 2, p. 39-48, 2012. Disponível em https://www.pucminas.br/odontologia/Documents/odontologia_revista_volume3_2007.pdf
58. Valença, TDC; Da Silva, LW. O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado. Revista Kairós-Gerontologia, v. 14, n. 2, p. 31-46, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2011v14i2p31-46>
59. Tomé, A; Formiga, N. Pensamentos e sentimentos sobre envelhecimento: um estudo das representações sociais em produtores rurais de Diamantino–MT. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 10(1), 26-36. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v10i1.3294>

60. Millán-Calenti, A; Masedaa, A; Rocheyyea, S; Garcia-Manasterio, I. Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores: revisión de la literatura. 2022
Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1016/j.regg.2010.09.002>
61. Lin, FR. Perda auditiva e cognição entre adultos mais velhos nos Estados Unidos. *Revistas de Gerontologia Série A: Ciências Biomédicas e Ciências Médicas*, 66 (10), 1131-1136. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glr115>
62. Pinheiro DPN. A resiliência em discussão. *Psicol Estud* [Internet]. 2004 Jan; 9 (1): 67 – 75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009>
63. Cavaliheri, KE; et al. Influência do segredo na dinâmica familiar: contribuições da teoria sistêmica. *Pensando famílias*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 134-148, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000200011&lng=pt&nrm=iso.
64. Pires, SFS. A violência como expressão dos desejos e das decisões humanas no ambiente acadêmico. *Novos estudos em ciências humanas*. São Paulo: Dialética, 175-190. 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/SergioPires5/publication/373549329_A_violencia_como_expressao_dos_desejos_e_das_decisoese_humanas_no_ambiente_academico/links/64f10322b55e1d34158e40c9/Aviolencia-como-expressao-dos-desejos-e-das-decisoese-humanas-no-ambienteacademico.pdf
65. Teixeira, AR; Thedy, RB; Jotz, GP; Barba, MCD. Sintomatologia depressiva em deficientes auditivos adultos e idosos: importância do uso de próteses auditivas. *International archives of otorhinolaryngology*. São Paulo. Vol. 11, no. 4, p. 453-458. 2007. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/259022/000667128.pdf?sequence=1>
66. Dias, MO. A comunicação como processo de interação e de integração no sistema familiar – os valores. *Gestão e Desenvolvimento*, n. 23, p. 85-105,

2015. Disponível em:
<https://journals.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/273>
67. Minuchin, S. Famílias: Funcionamento e Tratamento. Trad. J.A. Cunha. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1982.
68. Coelho, MISDM; Morais, NAD. Contribuições da Teoria Sistêmica acerca da alienação parental. Contextos Clínicos, 7(2), 168-181. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.4013/ctc.2014.72.05>
69. Canhestro, MR; et al. A visita domiciliar como estratégia assistencial no cuidado de doentes crônicos. Reme: Rev. Min. Enferm. 2005, vol.9, n.3, pp.260. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/rem.v9i3.50826>
70. Vasconcellos, MJE. Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência. Campinas, SP: Papyrus; 2002. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=yUSukT_EVwgC&oi=fnd&pg=PA10&dq=70.%09Vasconcellos,+MJE.+Pensamento+sist%C3%AAmico:+o+novo+paradigma+da+ci%C3%A4ncia.+Campinas,+SP:+Papyrus%3B+2002.&ots=R7y32cpZ95&sig=MPcwxwAfUIYg7fPQ0JqBdJyMgFk#v=onepage&q&f=false
71. Gomes, LB; Bolze, DAS; Bueno, RK; Crepaldi, MA. As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. Pensando famílias, 18 (2), 3 - 16. 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679494X2014000200002&script=sci_arttext

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história da humanidade, as pessoas que sofrem de algum tipo de deficiência, seguem sendo vítimas gratuitas do preconceito e da discriminação de uma sociedade que se nega a conviver com aquilo que lhe parece diferente. A pessoa idosa

enquanto portadora de deficiência auditiva, enfrenta não apenas o preconceito contra o seu envelhecimento, mas ainda, contra a sua própria dificuldade por não escutar e/ou não entender completamente os sons que chegam até a sua orelha. Isso favorece naturalmente uma redução ou queda nas suas relações interpessoais, levando o idoso a uma autodesvalorização que gera prejuízos e conflitos geralmente inevitáveis em seus convívios sócios familiares.

Consideramos o presente estudo de grande valia, pois, embora sendo realizado com uma pequena amostra, apontou para um maior/menor sofrimento psíquico, dependendo da forma como a pessoa idosa enfrenta o envelhecimento e as dificuldades que demandam os processos relacionais e comunicativos nessa fase. Nesse contexto, cabe ao psicólogo desenvolver um trabalho que propicie a desconstrução de mitos e estereótipos associado ao envelhecimento, colaborando com a pessoa idosa e sua família na conscientização e apropriação da sua condição física, psíquica e social, apresentando novas formas de se posicionar diante das dificuldades provocadas pelo processo de envelhecimento.

Tornar o idoso e a família conscientes da necessidade de papéis sociais e afetivos compatíveis com sua condição são alguns dos principais desafios da prática do psicólogo. Favorecer uma ruptura dos limites da dependência e da passividade frequentemente atribuídos a pessoa com idade avançada será a possibilidade de uma velhice com maior autonomia e dignidade.

Sugere-se, pois, que sejam realizados mais estudos sobre o tema, a fim de ampliar os conhecimentos acerca das dificuldades familiares e sociais enfrentadas pela pessoa idosa portadora de presbiacusia, visando à inserção e/ou o incremento de políticas públicas ainda bem incipientes no país, com campanhas de conscientização sobre essa problemática que embora esteja tão presente em nossa sociedade, se constitui num assunto minimamente divulgado.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. p. 192. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

2. Farinatti, PTV. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 8, p. 129-138, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922002000400001>
3. Lowsky, DJ; Olshansky, SJ; Bhattacharya, J; Goldman, DP. Heterogeneidade no envelhecimento saudável. *Revistas de Gerontologia Série A: Ciências Biomédicas e Ciências Médicas*, 69 (6), 640-649. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glt162>
4. Teixeira, IND; Guariento, ME. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2845-2857, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600022>
5. Guerra, ACLC; Caldas, CP. Dificuldades e Recompensas no Processo de Envelhecimento: A Percepção do Sujeito Idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 6, p. 2931-2941, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n6/2931-2940/pt>
6. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2102011>
7. Araújo, MZ; et al. Presbiacusia: Envelhecimento da Audição e Suas Causas e Consequências através do levantamento da literatura. *Anais CIEH 2015 – Vol. 2, n.1.* Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2015/TRABALHO_EV040_MD4_SA2_ID3179_27082015183831.pdf
8. Neri, AN. Envelhecer bem no trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. *A Terceira Idade*, São Paulo, v.13, n.24, p.7- 27, abr. 2002.
9. Lima, AI. Aspectos cognitivos em idosos. *Aval. psicol.* [Internet]. 2006 Dez [citado 2023 Jul 06]; 5(2): 243-245. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200015&lng=pt.
10. Pereira, JR; Costa, JLR; Costa AMMR; Fuzaro, GJ; et al. Saúde, envelhecimento e aposentadoria. *O que vamos fazer depois do trabalho*, p. 45-62, 2016.

11. Brasil. (2003). Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União.
12. Reis, LR; Escada, P. Presbiacusia: será que teremos uma terceira orelha? Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 82, p. 710-714, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.12.006>
13. Quintero, SM; Marotta, RMB e Marone, SAM. Avaliação do Processamento Auditivo de Indivíduos Idosos com e sem Presbiacusia por Meio do Teste de Reconhecimento de Dissílabos em Tarefa Dicótica – www.Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. Janeiro/Fevereiro de 2002.
14. Paiva, KM; Cesar, CLG; Barros, MBA; Carandina, L; Goldbaum, M. Envelhecimento e Deficiência Auditiva Referida: Um Estudo de Base Populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 27(7):1292-1300, Jul 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n7/05.pdf>
15. Pichler NA. Felicidade no processo de envelhecer. Kairós-Gerontologia [Internet]. 30º de junho de 2016; 19(2):371-82. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/35804>
16. Sabbatini, RME; Canizio, C. Sistema auditivo, anatomia, fisiologia e deficiência auditiva. São Paulo: Edumed, p. 21. 2003.
17. Barata, VPBA. Presbiacusia: Fator de Risco para o Declínio Cognitivo? Lisboa. Dissertação [Mestrado em Medicina Integrada] – Clínica Universitária de Otorrinolaringologia. 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/43654>
18. Bragança, MLLC; et al. Presbiacusia e o Impacto na Vida dos Doentes. Lisboa. Dissertação [Mestrado em Medicina Integrada] – Clínica Universitária de Otorrinolaringologia. 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/43273>
19. Costa-Guarisco, LP; Dalpubel, D; Labanca, L; Chagas, MHN. Percepção da Perda Auditiva: Utilização da Escala Subjetiva de Faces para Triagem Auditiva em Idosos. Ciência & Saúde Coletiva. 2017 [acesso 07 de junho 2022] 22(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.277872016>.
20. Diaz, C; Goycoolea, M; Cardemil, F. Hipoacusia: Transcendencia, Incidência e Prevalença. Revista Médica Clínica Las Condes , vol. 27 , edição 6. Ano2016.p.731 –739[acesso 24 de outubro 2022] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.11.003>

21. Malta, DC; Stopa, SR; Canuto, R; Gomes, NL; Mendes, VLF; Goulart, BNG, et al. Prevalência Autorreferida de Deficiência no Brasil, Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 [acesso 07 de junho 2022] 21(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17512016>.
22. World Health Organization. *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classifications relating to consequences of disease*. Geneva: WHO; 1980. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf
23. Millán-Calenti, A; Masedaa,A; Rocheyyea, S; Garcia-Manasterio, I. Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores: revisión de la literatura. 2022. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1016/j.regg.2010.09.002>
24. Guarinello, AC; Marcelos, SB; Ribas, A; Marques, JM. Análise da Percepção de um Grupo de Idosos a Respeito de seu *handicap* Auditivo antes e após o uso do Aparelho Auditivo. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*. 2013;16(4):739-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400008>
25. Boger, ME; Barreto, MASC; Sampaio, ALL. A Perda Auditiva no Idoso e suas Interferências na Linguagem e na Vida Psicossocial. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde* ISSN: 1982-4785: Vol.07, N°. 01, Ano 2016 p. 407-12
26. Bragança, MLLC; et al. Presbiacusia e o Impacto na Vida dos Doentes. Lisboa. Dissertação [Mestrado em Medicina Integrada] – Clínica Universitária de Otorrinolaringologia. 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/43273>
27. Arlinger, S. Consequências negativas da perda auditiva não corrigida — uma revisão. *International Journal of Audiology* , 42(sup2), pp. 17–20. 2003 Disponível em: 10.3109/14992020309074639.
28. Mattos, LC; Veras, RP. Prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 73, p. 654-659, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992007000500011>
29. Sousa, CS; de et al. Estudo de fatores de risco para presbiacusia em indivíduos de classe socioeconômica média. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* , v. 75,

- p. 530-536, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942009000400011>
30. Silva, ABB; Ribeiro, RHTT. Presbiacusia e o Impacto na Qualidade de Vida em Idosos. 2021. Revista DêCiência em Foco. ISSN 2526-5946 2021; 5(2): 127- 136
31. Gates, GA; Rees, TS. Success full Aging. Seatle.Vol167 , Nº 04 , Ano 1997, p. 247 – 251.[acesso 08 de junho 2022] Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1304539/pdf/westjmed00338-0055.pdf
32. Mattiazzi, ÂL; Biaggio, EPV; Gresele, ADP; Costa, MJ. Estudo de avaliações audiológicas e função cognitiva em idosos institucionalizados com suspeita de perda auditiva. Distúrbios Comun, 26 (4), 734-742. 2014.
33. Valença, TDC; Lima, PV; Chaves, RN; Santana, ES; Reis, LA. Repercussões Sociais da Aquisição de uma Deficiência Física na Vida de Idosos. Revista Kairós. 2017 [acesso 08 de junho 2022]. Disponível em <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p41-55>.
34. Minayo, MCS (org). Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade. 18º ed. Petrópolis: Vozes. 2001; p21-22.
35. Lopes, LGN; Silva, AG.; Goulart, ACO. A teoria geral do sistema e suas aplicações nas ciências naturais. Natureza online, v. 13, n. 1, p. 1-5, 2015. Disponível em: <https://www.naturezaonline.emnuvens.com.br/revista/article/view/132>
36. Capra, F. A teia da vida: Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix. 2006.
37. Vasconcellos, ME. Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência. Campinas, SP: Papirus, p.192. 2002. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=yUSukT_EVwgC&oi=fnd&pg=PA10&dq=36.%09Vasconcellos,+ME.+Pensamento+Sist%C3%AAmico:+O+novo+paradigma+da+ci%C3%AAncia.+Campinas,+SP:+Papirus,+p.192.+2002.&ots=R7y32crZc1&sig=ARPtMliDz46F7_eel5STAykIc3M#v=onepage&q&f=false

38. Costa, LF. A Perspectiva Sistêmica para a Clínica da Família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.26, n. especial, p.95-104, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500008>
39. Osório, LC; & Valle, ME. *Terapia de família: novas tendências*. Porto Alegre: Artmed. 2002.
40. Gomes, LB; Bolze, SDA; Bueno, RK & Crepaldi, MA. As Origens do Pensamento Sistêmico: Das Partes para o Todo. *Pensando Famílias*, 18(2): 3-16. 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-494X2014000200002&script=sci_arttext
41. Almeida, AA. Teoria Geral dos Sistemas, Concepção Sistêmica da Vida e Estudo Semiótico da Natureza em Áreas de Reserva Legal. *ANIMA: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET*. Curitiba PR - Brasil. Ano VIII, nº 14, jan/jun 2016. Disponível em: <https://www.opet.com.br/faculdade/revista-anima/pdf/anima14/artigo-10.-teoria-geral-dos-sistemas,-concepcao-sistemica-da-vida-e-estudo-semiotico-da-natureza-em-areas-de-reserva-legal.pdf>
42. Rapizo, R. *Terapia Sistêmica de Família: da instrução à construção*. Rio de Janeiro: Noos. 2002.
43. Fiorini, MC; Guisso, L. Teoria familiar sistêmica: retrospectiva história e perspectivas atuais. *Psicologia: o portal dos psicólogos*, p. 139-144, 2016.
44. Medeiros WCM. *Relações de cuidado entre avós, em palição, e netos cuidadores*. [tese de doutorado]. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2019. Disponível em: <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/1145>
45. Uhlmann, GW. *Teoria Geral dos sistemas*. São Paulo. Centro Interdisciplinar de Semiótica da Cultura e da Mídia, 2002. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/109133/mod_resource/content/1/Teoria%20Geral%20dos%20Sistemas.pdf
46. Carneiro, D. *Mudanças no sistema familiar após o surgimento da doença crônica*. 2011. Disponível em: <http://www.psicologia.com>.
47. Cervený, CMO. *A família como modelo - Desconstruindo a patologia*. Campinas, SP: Livro Pleno, 139 p. 2001.
48. Capra, F. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. Trad. Newton Roberval Eicheberg. São Paulo: Cultrix, 1999.

49. Calil, W; Lamanno, VL. Terapia familiar e de casal. Vol. 31. Grupo Editorial Summus, 1987. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=fBqm06WROSQC&oi=fnd&pg=PA15&dq=48.%09Calil,+W%3B+Lamanno,+VL.+Terapia+familiar+e+de+casal.+Vol.+31.+Grupo+Editorial+Summus,+1987.&ots=HATs92jHmB&sig=d_faBw1C9OsuNeOU8frtztibwOo#v=onepage&q&f=false
50. Minuchin, S; Cunha, JA. Famílias: funcionamento & tratamento. In: Famílias: funcionamento & tratamento. 1990.
51. De Antoni, C. Coesão e hierarquia em famílias com história de abuso físico. 2005. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/6137>
52. Minayo, MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa- Consensos e Controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa. 2017 [acesso 09 de junho 2022]. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
53. Minayo, MCS; Guerriero, ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. CienSaude Colet [Internet]. 2014;19(4):1103–12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000401103&ng=pt&lng=pt
54. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (14a. Ed). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco. 2014.
55. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

Produto técnico

CÉLIA OLIVEIRA DOS SANTOS VASCONCELOS

WALESKA DE CARVALHO MARROQUIM MEDEIROS

**GUIA PRÁTICO PARA
FAMILIARES E CUIDADORES
DE IDOSOS COM
PRESBIACUSIA**

RECIFE - 2024

GUIA PRÁTICO

1. APRESENTAÇÃO:

Em face ao exposto, foi desenvolvido como produto técnico um Guia Prático psicoeducativo destinado aos familiares/cuidadores de pessoas idosas com presbiacusia, no intuito de informar a este público de forma bastante simples o que é a PRESBIACUSIA e sobre os aspectos práticos e vivenciais que podem acometer aqueles que possuem esta deficiência.

O Guia trata o tema de maneira clara e prática sendo composto por apenas 10 páginas. O mesmo é estruturado abordando práticas que repercutem na qualidade dos relacionamentos, visando ainda a disseminação do tema.

O Guia prático tem propósito informativo e poderá ser distribuído pelo profissional de saúde de forma individual ou coletiva sempre que houver necessidade. Além disso, o material foi desenvolvido para ser utilizado também em intervenções grupais em instituições de saúde, tendo o psicólogo como facilitador, fomentando discussões acerca da saúde dos idosos.

2. JUSTIFICATIVA

Baseado na experiência profissional da pesquisadora como fonoaudióloga no atendimento a idosos com presbiacusia e considerando a escassez de informações por parte dos familiares e cuidadores, tanto sobre a doença quanto sobre os sintomas e efeitos que dela incidem, considerou-se a criação de um instrumento que pudesse facilitar com uma linguagem acessível, a compreensão acerca das dificuldades comunicativas e relacionais enfrentadas pelos idosos com deficiência auditiva.

Entende-se que embora possa não ser um produto direcionado diretamente ao idoso com deficiência auditiva, o mesmo irá se beneficiar dele,

uma vez que os maiores problemas de suas vivências encontram-se na dificuldade que família e sociedade possuem de compreenderem a presbiacusia e tudo o que isso significa e envolve. Assim, uma vez cientes de como agir diante das dificuldades comunicativas e relacionais do idoso presbiacúsico, os familiares estarão cooperando e minimizando os sentimentos de exclusão, tristeza, abandono, isolamento, ansiedade e depressão que podem acometer a pessoa idosa com presbiacusia.

Partindo das reflexões críticas e dos resultados alcançados pelo estudo apresentado no Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde, da Faculdade Pernambucana de Saúde, o Guia Prático foi criado com a intenção de ser uma ferramenta para auxílio no processo de educação em saúde, além de uma estratégia de abordagem aos familiares/cuidadores a respeito do tema, compartilhando instruções para uma melhor convivência com idosos presbiacúsicos.

3. OBJETIVO GERAL

- Contribuir para o conhecimento e a disseminação da importância do cuidado com o idoso presbiacúsico.

3.1- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propiciar um meio para a divulgação de informações e reflexões acerca da importância da manutenção do cuidado com o idoso presbiacúsico;
- Desenvolver uma estratégia que auxilie os profissionais de saúde na abordagem aos familiares e cuidadores dos idosos presbiacúsicos.

4. PÚBLICO ALVO

O Guia Prático destina-se especialmente à distribuição dos familiares e cuidadores que acompanham o idoso na realização de exames de audiometria na UPA-E, onde a mestranda exerce atualmente sua atividade como fonoaudióloga, realizando exames de audiometria, mas pode ser utilizado em quaisquer outros serviços de saúde.

5. RESULTADOS ESPERADOS

O Guia com o título “ GUIA PRÁTICO PARA FAMILIARES E CUIDADORES DE IDOSOS COM PRESBIACUSIA”, inicia-se com uma pergunta sobre o que é a Presbiacusia e uma definição básica, em um linguajar bastante simples e cotidiano, de fácil entendimento sobre o que é a doença. Em seguida enumera 08 (oito) atitudes práticas que as pessoas que convivem com o idoso presbiacúsico deve observar e exercitar para facilitar a convivência diária com eles.

Pretende-se que o Guia seja validado por um grupo de especialistas e que possa ser impresso em gráfica a fim de ser disponibilizado durante os exames de audiometria. Busca-se com esta ferramenta divulgar e psicoeducar os familiares/cuidadores a respeito da necessidade de compreender a doença e as dificuldades advindas a partir de sua instalação, visando uma convivência mais harmônica e respeitosa com o idoso presbiacúsico. Busca-se ainda, salientar a importância da saúde mental, alertando-os sobre as suas repercussões em diversos sistemas como o núcleo familiar, ambiente de trabalho e sociedade, frisando também, a importância da buscar por um diagnóstico e tratamento especializado.

Espera-se com isso, contribuir significativamente no processo de conhecimento visando obter a melhora do estado emocional dos idosos por meio da compreensão, paciência, presença e parceria dos seus familiares, além de uma melhor assistência à saúde.

APÊNDICE 1 - Questionário sociodemográfico

Com a finalidade de obter uma descrição sociodemográfica dos participantes da pesquisa, solicitamos gentilmente que responda as perguntas a seguir.

1 – **Cidade onde Reside:** _____ **Estado:** _____

2 – **Gênero** () Masculino () Feminino

3 – **Idade:** _____

4 – Identificação racial

() Branca

() Preta

() Amarela

() Parda

() Indígena

4 – Estado civil:

() Solteiro (a)

() Casado (a)

() Mora com companheiro (a)

() Divorciado (a)

() Viúvo (a)

() Outro: _____

5 – **Profissão/Ocupação:** _____

6 – Escolaridade:

() Analfabeto

() Ensino Fundamental () Ensino Médio

() Superior Incompleto () Superior Completo

() Pós-graduado

7 – Composição da estrutura familiar (com quem mora): _____

8 – Possui filhos? () Sim () Não Quantos? _____

11 – Indique a renda média da sua família (incluindo a sua): valor absoluto

12 – Você se denomina:

() Católico;

() Protestante;

() Budista;

() Espírita;

() Matriz africana;

() Ateu;

() Agnóstico

() Espiritualista;

() Não tenho religião;

() Outro: _____

13 – História Clínica

É diabético? Sim () Não ()

Tem Hipertensão? (pressão alta) Sim () Não ()

Tem alguma Cardiopatia (doença do coração) Sim () Não ()

É fumante? Sim () Não ()

Ingere bebidas alcoólicas? Sim () Não () Quantas vezes por semana? _____

Pratica alguma atividade física regularmente? Sim () Não () Quantas vezes por semana? _____

Faz uso de medicamentos? Sim () Não () Há quanto tempo? _____
Quais? _____

Trabalhou (a) em ambientes ruidosos? Sim () Não () Há quanto tempo?

Usou/usa fones de ouvido? Sim () Não () Há quanto tempo?

Desde quando começou ter problemas auditivos? _____

Já fez ou faz acompanhamento especializado?

Sim () Não () Há quanto tempo _____

Há quanto tempo foi diagnosticado com perda auditiva?

1 ano () 3 anos () 5 anos () outro _____

Faz acompanhamento psicológico?

Sim () Não ()

Por que faz esse acompanhamento?

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE 2 – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1. O senhor (a) tem percebido interferências dos seus problemas auditivos na sua vida? Se sim, quais?**
- 2. O senhor (a) sente algum tipo de dificuldade ao participar de conversas em grupo ou privada por causa da sua audição? Se sim, poderia falar um pouco sobre isso?**
- 3. O senhor (a) se sente constrangido em falar que não entendeu o que foi dito e pedir para repetir?**
- 4. O senhor (a) gostaria de participar mais de conversas com o seus familiares e amigos, mas sente que seu problema de audição interfere?**
- 5. Desde que o senhor (a) começou a ter problemas de audição, percebeu alguma mudança na convivência com os seus familiares e/ou amigos?**
- 6. O senhor (a) acredita que seus problemas de audição o fazem se sentir isolado? Se sim, por favor, fale sobre isso.**

APÊNDICE 3 – Carta de Anuência**Ilmo Sr. Victor Costa Alves Medeiros Vieira****Função: Coordenador do Curso de Fonoaudiologia**

Vimos por meio desta solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado “**As vivências da pessoa idosa com presbiacusia**”, coordenado pelas pesquisadoras **Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos e Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros** (orientadora). O objetivo geral da pesquisa é Compreender as vivências da pessoa idosa com presbiacusia.

Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 510/16do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo. Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Recife, _____ de _____ de 2023

Pesquisador responsável (carimbo e assinatura)

Pesquisador responsável (carimbo e assinatura)

() Concordo com a solicitação () Não concordo com a solicitação

Responsável pelo setor (carimbo e assinatura)

APENDICE 4 – TCLE
FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“As vivências da pessoa idosa com presbiacusia”**. Esta pesquisa é de responsabilidade das pesquisadoras Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos (dados para contato ao final deste termo) sob a orientação da Prof^a Dra. Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros estando vinculada ao Mestrado do programa de Pós-Graduação de Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, localizada na cidade de Recife/PE. Esse convite se deu porque o (a) senhor (a) é alguém que tem idade igual ou superior a 60 anos, apresenta dificuldades para entender o que escuta de forma adequada (presbiacusia) e possui cadastro (a) na Clínica Escola do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

Para que o (a) senhor (a) possa decidir se quer participar ou não, é necessário conhecer os benefícios, os riscos e as consequências da sua participação. Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque o (a) senhor (a) só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores explicações. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe de saúde antes de tomar uma decisão.

Se o (a) senhor (a) tiver dúvidas depois de ler estas informações, deve entrar em contato com o pesquisador responsável. Após receber todas as informações e todas as dúvidas serem esclarecidas, e aceitar participar o (a) senhor (a) poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, nas duas vias. Uma ficará com o pesquisador responsável e a outra, ficará com o (a) senhor (a), participante desta pesquisa.

A pesquisa tem por objetivo compreender as vivências da pessoa idosa com presbiacusia. A presbiacusia ocorre quando a pessoa idosa apresenta dificuldade para compreender o que escuta adequadamente.

A participação do (a) senhor (a) consiste em responder a algumas perguntas que serão feitas por meio de um mini exame, um questionário para conhecer um pouco melhor a respeito da sua vida, e por fim, uma entrevista que, mediante o seu consentimento, será gravada em áudio. Esses áudios serão posteriormente escutados apenas pela entrevistadora e transcritos para um texto que, caso tenha interesse, o (a) senhor (a) pode ter acesso. Pretendemos que isso tudo possa ser realizado em um único encontro com tempo médio de 60 minutos.

RISCOS

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado, mesmo que mínimo, como uma possibilidade de desconforto psicológico, mobilização emocional, tédio ou mesmo sensação de perda de tempo ao responder a entrevista. Destaca-se que a equipe de pesquisa é formada por psicólogas que estarão atentas a todo instante no sentido de tentar minimizar ao máximo qualquer risco que a pesquisa possa causar bem como oferecer atendimento imediato diante de qualquer dano eventual proveniente da sua participação, por meio de uma escuta cuidadosa. Destaca-se ainda que buscar-se-á que tudo aconteça no local e da forma mais rápida e conveniente possível ao senhor (a) de modo a garantir a sua segurança e bem-estar a todo momento.

BENEFÍCIOS

Uma contribuição importante que o estudo traz, é que a própria entrevista pode ser considerada como um benefício para o (a) senhor (a), pois, lhe possibilita falar sobre a temática de forma livre e espontânea dentro de uma escuta acolhedora. Outro benefício apontado é o de contribuir para a construção de uma atenção à saúde mental do idoso portador de deficiência auditiva.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Destacamos que a sua participação é voluntária de modo que o (a) senhor (a) não receberá nenhuma remuneração, mas também não terá qualquer despesa decorrente da sua

participação. Da mesma forma que o (a) senhor (a) tem liberdade para participar de forma livre e que a sua negação agora ou em qualquer momento não interfere na sua relação com o pesquisador, com a clínica onde está cadastrado (a) e/ou com qualquer profissional que o (a) acompanhe no serviço. Caso haja desistência a qualquer momento, pedimos apenas que informe para que a equipe retire todas as informações e dados que foram fornecidos da pesquisa.

Importa destacar que o (a) senhor (a) poderá ter acesso a qualquer resultado relacionado à pesquisa e poderá receber uma cópia dos resultados ao término dela.

Solicito também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo como Dissertação do Mestrado, bem como em eventos da área e publicações em revista científica. Os referidos dados poderão ser utilizados em pesquisas futuras. Por ocasião da apresentação ou publicação dos resultados, todos os dados referentes à sua identidade serão mantidos em **absoluto sigilo**.

Se houver algum dano comprovadamente decorrente da pesquisa, haverá indenização nos termos da Lei. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço indicado ao fim deste termo, pelo período mínimo 5 anos.

Esclarecemos que, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a sua participação neste estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) **não é obrigado (a) a consentir com as atividades solicitadas** e pode decidir não consentir com o estudo ou resolver, **a qualquer momento, desistir do mesmo, sem que isso acarrete penalização ou prejuízo de qualquer natureza**; tampouco haverá modificação no seu vínculo ou relações de trabalho nesta instituição. A pesquisadora está a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

É importante que o (a) senhor (a) sinta-se seguro (a) e sem dúvidas antes e assinar esse documento. Da mesma forma, asseguramos que o (a) senhor (a) pode procurar a equipe de pesquisadoras a qualquer momento para esclarecer qualquer dúvida eventual que tenha surgido. Neste caso, por favor, ligue para Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos (83) 98894-7975, ou no ou pelo e-mail: celiavasconcelos.psico@gmail.com ou ligue para

Profª Dra. Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros (81) 98892-5380, ou no e-mail: waleskamedeiros@fps.edu.br.

Informamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS). Caso (o) senhor (a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o CEP-FPS. O CEP-FPS tem o objetivo de defender os interesses dos participantes da pesquisa, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP da FPS está situado na Av Mascarenhas de Moraes, nº4861, Imbiribeira, Recife, PE. Tel: (81) 3035-7777/ (81)33127777 ou (81) 33127755 – E-mail: comite.etica@fps.edu.br. O CEP da FPS funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 08:30 às 11:30 e 14:00 às 16:30.

Este Termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o (a) senhor (a) e a outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

_____ - Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____(nome completo), consinto em participar da pesquisa “**As vivências da pessoa idosa com presbiacusia**” como voluntária.

Considero que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, dos seus procedimentos, benefícios e riscos, bem como do seu caráter sigiloso e voluntário e de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem estar sujeito a nenhuma penalidade, e de que não terei custos ou ônus com o estudo e de que também não receberei nenhum pagamento de qualquer tipo. Também considero que fui informado (a) sobre os métodos que serão usados para a coleta de dados, especialmente a gravação, e que os resultados podem ser utilizados para pesquisas futuras.

Assim, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar nesta pesquisa e para publicação dos resultados, para fins científicos. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

_____ - Assinatura do Participante

Joao Pessoa, _____ de _____ de 20____.

TABELA 01 - RESULTADOS – SOCIODEMOGRÁFICO

Tabela Perfil sociodemográfico dos entrevistados (N = 15)

VARIÁVEL	N	%
<u>Cidade</u>		
João Pessoa	09	60%
Cabedelo	06	40%
<u>Sexo</u>		
Masculino	06	40%
Feminino	09	60%
<u>Idade</u>		
65 a 70 anos	04	27%
71 a 80 anos	11	73%
<u>Identidade Racial</u>		
Branca	03	20%
Preta	02	14%
Amarela	00	00%
Parda	10	66%
Indígena	00	0%
<u>Estado Cível</u>		
Solteiro (a)	01	7%
Casado (a)	08	53%
Mora com companheiro (a)	00	0%
Divorciado (a)	01	7%
Viúvo (a)	05	33%
Outro: _____	00	0%
<u>Profissão</u>		
Aposentado	15	100%
Outra: _____	00	0%

<u>Escolaridade</u>		
Analfabeto (a)	01	7%
Ensino Fundamental	08	53%
Ensino Médio	05	33%
Superior Incompleto	00	0%
Superior Completo	01	7%
Pós-graduado	00	0%

<u>Estrutura Familiar</u>		
SIM	14	93%
NÃO	01	7%

<u>Filhos</u>		
Mais de 05 filhos	06	40%
Menos de 05 filhos	09	60%
NÃO TEM FILHOS	00	0%

<u>Renda Familiar</u>		
Menos de 02 Salários Mínimo	05	40%
Mais de 02 Salários Mínimo	10	60%

<u>Religião</u>		
Católico	06	40%
Protestante	09	60%
Espírita	00	0%
Matriz Africana	00	0%
Ateu	00	0%
Não tem religião.	00	0%

<u>História Clínica</u>		
SIM		
NÃO	15	100%
	00	0%

Fonte: Pesquisa Direta, 2024.

ANEXO 1

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME:				
ESCOLARIDADE:		IDADE:		DATA: ___/___/___

ORIENTAÇÃO TEMPORAL Pergunte ao paciente (Dê 1 ponto para cada resposta correta):

Que dia é hoje?	
Em que mês estamos?	
Em que ano estamos?	
Em que dia da semana estamos?	
Qual é a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)	

ORIENTAÇÃO ESPACIAL Pergunte ao paciente (Dê 1 ponto para cada resposta correta):

Em qual local nós estamos? (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)	
Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)	
Em qual bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua mais próxima?	
Em que cidade nós estamos?	
Em que estado nós estamos?	

MÉMÓRIA IMEDIATA

“Vou dizer três palavras e você vai repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo”
 (Dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente apenas na primeira vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

CÁLCULO

Subtração de setes separadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65).
 Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige.

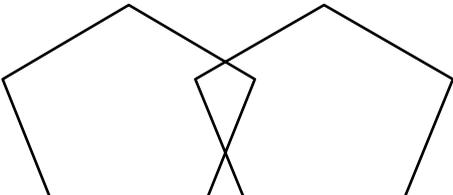
EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS

Pergunte quais palavras que o paciente repetiu anteriormente. (1 ponto para cada uma).

LINGUAGEM	
Nomeação: peça para o paciente nomear os objetivos mostrados (relógio de pulso, caneta).(1 ponto para cada um).	
Repetição: “Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nemaqui, nem ali, nem lá”. Considere somente se a repetição for perfeita.	
Dê a orientação sem interrupção.	
Comando: “Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa, não dê dicas. 1 ponto para cada etapa (Total= 3 pontos).	

ORIENTAÇÃO TEMPORAL Pergunte ao paciente (Dê 1 ponto para cada resposta correta):	
Que dia é hoje?	
Em que mês estamos?	
Em que ano estamos?	
Em que dia da semana estamos?	
Qual é a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL Pergunte ao paciente (Dê 1 ponto para cada resposta correta):	
Em qual local nós estamos? (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)	
Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)	
Em qual bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua mais próxima?	
Em que cidade nós estamos?	
Em que estado nós estamos?	
MÉMÓRIA IMEDIATA	
“Vou dizer três palavras e você vai repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo” (Dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente apenas na primeira vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.	

CÁLCULO	
<p>Subtração de setes separadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige.</p>	
EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS	
<p>Pergunte quais palavras que o paciente repetiu anteriormente. (1 ponto para cada uma).</p>	
LINGUAGEM	
<p>Nomeação: peça para o paciente nomear os objetivos mostrados (relógio de pulso, caneta). (1 ponto para cada um).</p>	
<p>Repetição: “Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nemaqui, nem ali, nem lá”. Considere somente se a repetição for perfeita.</p>	
Dê a orientação sem interrupção.	
<p>Comando: “Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa, não dê dicas. 1 ponto para cada etapa (Total= 3 pontos).</p>	
<p>Leitura: mostre a frase escrita: “Feche os olhos” e peça para o paciente fazer o que está sendo solicitado. Não o auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.</p>	
<p>Frase: peça ao paciente para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude-o com alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa aconteceu hoje; algo que queira dizer. Para avaliação, não são considerados erros gramaticais nem ortográficos (1 ponto).</p>	
<p>Frase:</p>	
<p>Cópia do desenho: mostre-lhe o modelo e peça-lhe para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver dois pentágonos interseccionados (1 ponto).</p>	

	Desenho:
---	----------

TOTAL	
--------------	--

REFERÊNCIAS: EDITADO E ADAPTADO DE:
BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental do Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatria.*, v. 61, n.3B, p.777-81, 2003.
FOLSTEIN, M.F. et al. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinican. *J Psychiatr Res*, v.12, n.3, p.189-98, 1975.

ANEXO 2**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa: As vivências da pessoa idosa com presbiacusia****Pesquisador: Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros****Área Temática:****Versão: 2****CAAE: 74331223.8.0000.5569****Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE
- AECISA****Patrocinador Principal: Financiamento Próprio****DADOS DO PARECER****Número do Parecer: 6.500.252****Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da pesquisa" e "Avaliação de Riscos e Benefícios" campo foram retiradas do Arquivo: Projeto detalhado e Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2207467.pdf, Versão do Projeto: 2, Data de Submissão do Projeto: 20/09/2023.CAAE: 74331223.8.0000.5569

Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritiva, de natureza qualitativa, pois, propõe-se a realização de uma investigação social, a qual deve contemplar a característica básica de seu objeto, ou seja, o seu aspecto qualitativo. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, com um nível de realidade incapaz de ser quantificado. Antes, se relaciona com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço muito profundo, onde tudo ocorre de maneira não perceptível e não captável em equações, médias ou estatísticas ou seja, o espaço da subjetividade humana.

Objetivo da Pesquisa:**3.1. OBJETIVO GERAL:****Compreender as vivências da pessoa idosa com presbiacusia.****Continuação do Parecer: 6.500.252****3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- **Caracterizar o perfil clínico, psicológico e sociodemográfico da pessoa idosa com presbiacusia;**
- **Investigar as possíveis relações da perda auditiva com o fenômeno de isolamento social;**
- **Identificar os impactos biopsicossociais da pessoa idosa com presbiacusia;**
- **Criar um produto técnico voltado para idosos, familiares e profissionais da saúde sobre os impactos biopsicossociais em idosos com presbiacusia.**

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado, mesmo que mínimo, como uma possibilidade de desconforto psicológico, mobilização emocional, tédio ou mesmo sensação de perda de tempo ao responder a entrevista. Destaca-se que a equipe de pesquisa é formada por psicólogas que estarão atentas a todo instante no sentido de tentar minimizar ao máximo qualquer risco que a pesquisa possa causar bem como oferecer atendimento imediato diante de qualquer dano eventual proveniente da sua participação, por meio de uma escuta cuidadosa. Destaca-se ainda que buscar-se-á que tudo aconteça no local e da forma mais rápida e conveniente possível ao senhor (a) de modo a garantir a sua segurança e bem-estar a todo momento.

Benefícios:

Vários: Falar sobre a temática de forma livre e dentro de uma escuta empática; fomentar a discussão sobre um tema que parece ainda pouco debatido na comunidade científica; sensibilizar os profissionais da saúde sobre essa importante problemática a fim de que haja maior engajamento dos profissionais envolvidos bem como informar a sociedade por meio de uma literatura apropriada, as causas, os efeitos e as suas implicações do isolamento social ocasionado pela presbiacusia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O envelhecimento da população é uma realidade mundial e se configura de modo irreversível. Nesse processo, o corpo humano apresenta sinais de declínios psíquicos e físicos, dentre os quais, comprometimentos nos órgãos responsáveis pelos nossos sentidos, como por exemplo, o rebaixamento da audição. A audição é a base para a comunicação e inserção do indivíduo na sociedade, sendo que a diminuição da acuidade auditiva ou mesmo a sua perda total pode se dar por inúmeros fatores. No idoso, a redução dos limiares auditivos, normalmente ocorre em decorrência do processo degenerativo das células ciliadas auditivas, além dos componentes genéticos e do surgimento de doenças como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e/ou do uso frequente de bebidas alcoólicas, que podem contribuir acelerando esse processo e suscitando o aparecimento da presbiacusia. A presbiacusia se caracteriza pela perda ou diminuição da função auditiva e se estabelece como deficiência na pessoa idosa que segue sendo figura esquecida na sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou de forma satisfatória os seguintes termos:

- 1. Carta de anuência**
- 2. Folha de Rosto**
- 3. Currículos**
- 4. Cronograma**
- 5. TCLE**

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**PROJETO APROVADO**

PENDÊNCIA 1. No documento informações básicas pede-se que : seja inserido o com detalhes riscos e o que farão para minimizá-los. Os mesmos que foram adequadamente apresentados no TCLE e no Projeto Detalhado.

RESPOSTA: Conforme solicitado, foram inseridos de forma detalhada nas informações básicas possíveis riscos da pesquisa, bem como os procedimentos que poderão ser feitos para amenizá-los.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 2. Pede - se que seja ajustado o período de estudo no item Método do Projeto detalhado, de acordo com o documento Cronograma.

RESPOSTA: Conforme solicitação, foi atualizado o cronograma no item Método do Projeto detalhado, bem como modificado na brochura, na página 22, com sombreamento amarelo.

PENDÊNCIA ATENDIDA**Considerações Finais a critério do CEP:**

“De acordo com o Art. 28. da Resolução 510/16, a responsabilidade do pesquisador: III- Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela Conep a qualquer momento;

V - Apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

De acordo com a Resolução 466/12 do CNS, das competências do CEP:

b) acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa;

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.”

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2207467.pdf	18/10/2023		
		23:56:39		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMACEPP.docx	18/10/2023		
		23:44:53	Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos	Aceito
Outros	carta_resposta_celia.pdf	18/10/2023	Waleska de	Aceito
Outros	carta_resposta_celia.pdf	18:33:15	Carvalho Marroquim Medeiros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura				
Investigador	BROCHURAPARACEP.docx	13/10/2023		
		23:23:00	Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURAPESQUISA.docx	13/10/2023		
		23:22:33	Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/09/2023		
		15:55:53	Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência				
TCLE	TCLECEP.docx	20/09/2023		
		15:54:47	Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros	Aceito
Declaração de concordância	carta_anuencia.pdf	20/09/2023		
		15:51:18	Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros	Aceito
Outros	MINIMENTALCEP.docx	04/09/2023		

14:23:59 Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos Aceito
Outros RoteirodeentrevistaCEP.docx 04/09/2023

14:23:05 Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos Aceito
Outros QUESTIONARIOSOCIODEMOCEP.doc
x 04/09/2023

14:22:35 Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos Aceito
Outros CurrículoCeliaOliveiradosSantosVasconcelosCEP.pdf
04/09/2023

14:22:00 Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos Aceito
Outros CurrículoWaleskadeCarvalhoMarroquimMedeirosCEP.pdf
04/09/2023

14:21:37 Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos Aceito
Orçamento ORCAMENTOCEP.docx 04/09/2023

14:20:18 Célia Oliveira dos Santos Vasconcelos Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 11 de Novembro de 2023

Assinado por:

Ariani Impieri de Souza (Coordenador(a))

ANEXO 3 - Normas da Revista- CoDAS (Online)

Instruções e Políticas

Escopo e política

CoDAS (on-line ISSN 2317-1782) é uma revista científica e técnica de acesso aberto publicada bimestralmente pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa). É uma continuação das revistas anteriores: "Revista de Atualização Científica Pró-Fono" - ISSN 0104-5687, publicada até 2010; e, "Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (JSBFa)" - ISSN 2179-6491, publicado entre 2010 e 2012.

O nome da revista CoDAS foi criado com base nas áreas principais de "Distúrbios de Comunicação, Audiologia e Deglutição" e foi concebido para ser curto e fácil de lembrar.

A missão da revista é contribuir para a disseminação de conhecimentos científicos e técnicos no campo das Ciências e Distúrbios da Comunicação - especificamente nas áreas de Linguagem, Audiologia, Voz, Motricidade Orofacial, Disfagia e Saúde Pública.

A CoDAS não cobra taxa de submissão e aceita manuscritos de pesquisas produzidas no Brasil e no exterior por pesquisadores, acadêmicos e profissionais nacionais ou internacionais. Os artigos submetidos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

Os artigos aceitos que forem originalmente enviados em português ou espanhol deverão ser traduzidos, e serão publicados tanto na sua língua original, como em inglês. A tradução correrá a expensas dos autores e deverá ser conduzida por empresas designadas pela CoDAS ou empresas com experiência comprovada na tradução de artigos científicos na área. Os artigos aceitos que forem originalmente enviados em inglês não serão traduzidos para o português, mas a versão em inglês será avaliada e, se necessário, será solicitada uma revisão da língua inglesa, a expensas dos autores.

Tipos de artigos

A revista publica os seguintes tipos de artigos: "Artigos originais", "Artigos de Revisão" (Revisões sistemáticas, Revisão Crítica e Revisão de Escopo), "Comunicações breves", "Relatos de casos ou Relato de Experiência" e "Cartas ao editor".

A. ARTIGO ORIGINAL:

Artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica, que devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter necessariamente os

seguintes itens: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências.

O **resumo** deve conter informações que incentivem a leitura do artigo. Sugere-se que não sejam inseridos resultados numéricos ou estatísticos. A **introdução** deve apresentar uma breve revisão de literatura, a justificativa e os objetivos do estudo. O **método** deve ser descrito com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido. Os **resultados** devem ser apresentados, e não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados sejam submetidos a análise estatística inferencial, quando pertinente. A **discussão** deve contemplar a interpretação dos resultados, e não deve repetir os resultados e a introdução, e a **conclusão** deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência. Das **referências** citadas, pelo menos 90% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos indexados da literatura nacional e estrangeira preferencialmente **nos últimos cinco anos**. Não devem ser incluídas citações de teses ou trabalhos apresentados em congressos científicos. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas (excluindo-se as referências, tabelas, gráficos e figuras).

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a afirmação de que todos os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados na sessão do método. O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa bem como o modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devem ser digitalizados e anexados no sistema, no momento da submissão do artigo.

B. ARTIGO DE REVISÃO

- **Revisão sistemática ou revisão de escopo:**

Artigos destinados a responder uma pergunta de pesquisa e analisar todas as evidências científicas a respeito dessa questão de pesquisa. Resultam de uma pesquisa com o objetivo bem definido que busca analisar ou mapear a literatura, os métodos devem conter a pergunta de pesquisa, as formas e estratégias de busca com as respectivas fontes e justificativa de escolha, a metodologia de seleção e os critérios de elegibilidade dos estudos, bem como a metodologia da extração e síntese de dados. Nas revisões sistemáticas a metodologia também deve conter a avaliação do risco de viés e da certeza da evidência. Os resultados numéricos dos estudos incluídos na revisão sistemática podem, em muitas circunstâncias, ser analisados estatisticamente por meio de meta-análise. Os artigos com meta-análise devem respeitar rigorosamente as normas indicadas para essa técnica. Todas as revisões sistemáticas e de escopo devem ser relatadas de acordo com as diretrizes do PRISMA ou do PRISMA-ScR, cujo

check-list preenchido deve ser preferencialmente submetido como material suplementar. Revisões sistemáticas e de escopo devem seguir a estrutura: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Todos os trabalhos selecionados para a revisão sistemática devem ser listados nas referências. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas (excluindo-se as referências, tabelas, gráficos e figuras) . O número do registro do protocolo da revisão sistemática deve ser obrigatoriamente inserido no método. Para as revisões de escopo, sugere-se a indicação do número de registro do protocolo.

- **Revisão crítica:**

O artigo deve apresentar caráter descritivo-discursivo e dedica-se à discussão crítica de temas de interesse científico, respeitando o escopo da CoDAS. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva, ou ainda apresentar revisão de consenso. Deve ser elaborada por pesquisadores especialistas de reconhecido saber, a convite dos Editores Chefes. O artigo deve conter no máximo 30 páginas (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências). Número máximo de tabelas e figuras é 5. O número de referências é ilimitado. Resumos com até 250 palavras.

C. RELATO DE CASO OU RELATO DE EXPERIÊNCIA:

Artigos que apresentam casos ou experiências inéditas, incomuns ou inovadoras, de caso único ou série de casos, com características singulares de interesse para a prática profissional, descrevendo seus aspectos, história, condutas e resultados observados. Deve conter: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução (com breve revisão da literatura), apresentação do caso clínico, discussão, comentários finais e referências. O arquivo completo não deve conter mais do que 20 páginas. A apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação da pesquisa e seus resultados. No caso de utilização de imagens de pacientes, no momento da submissão do artigo, deve-se anexar cópia do Termo de Cessão do Uso de Imagem para Fins Científicos.

D. COMUNICAÇÃO BREVE:

Artigos curtos de pesquisa, com o objetivo de apresentar resultados preliminares interessantes e com impacto para a fonoaudiologia, com limite de 2.500 palavras (da introdução à conclusão). Seguem o mesmo formato dos Artigos originais, devendo conter: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Devem conter no máximo duas tabelas/quadros/figuras. Pelo menos 80% das referências deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

E. CARTA AO EDITOR:

Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, ou discussões de assuntos específicos da atualidade desde que relacionado com algum artigo publicado na CoDAS ou de temas contemporâneos relevantes no escopo do conteúdo da Revista. As cartas serão publicadas a critério dos Editores. As cartas devem ser breves, com limite de até 1.200 palavras.

Outras informações:

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

A revista CoDAS está alinhada com a política de boas práticas científicas, e portanto, atenta a casos de suspeita de má conduta científica, seja na elaboração de projetos, execução de pesquisas ou divulgação da ciência. O plágio e o autoplágio são formas de má conduta científica que envolvem a apropriação de ideias ou contribuição intelectual de outros, sem o devido reconhecimento em forma de citação. Sendo assim, a revista adota o sistema *Ithenticate* para identificação de similaridades de texto que possam ser consideradas plágio. Ressalta-se que o conteúdo dos manuscritos é de inteira responsabilidade dos autores.

Forma e preparação de manuscritos

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e publicado no artigo "Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical journals", versão de abril de 2010, disponível em: <http://www.icmje.org/>.

Submissão do manuscrito

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo Sistema de Editoração Online, disponível em <http://mc04.manuscriptcentral.com/codas-scielo>.

O processo de avaliação dos manuscritos submetidos à CoDAS é composto por 3 etapas:

1. AVALIAÇÃO TÉCNICA:

Todos os artigos submetidos são checados quanto aos requisitos descritos nas normas de submissão. Aqueles que não estejam de acordo ou não apresentem todos os documentos solicitados são devolvidos aos autores com as indicações para adequação. Artigos de acordo com as normas e acompanhados de todos os documentos necessários passam para a próxima etapa.

2. AVALIAÇÃO DE ESCOPO E INTERESSE:

Os artigos que passam na avaliação técnica são encaminhados para os Editores chefes, juntamente com o relatório de similaridade (via iThenticate). Os editores verificam o relatório de similaridade e realizam a avaliação científica preliminar quanto a área, escopo, relevância e interesse para publicação. Artigos com problemas metodológicos, fora de escopo ou sem relevância ou interesse para a missão da revista podem ser “Rejeitados imediatamente”, como decisão editorial. Artigos com potencial de publicação seguem para avaliação por pares.

3. AVALIAÇÃO POR PARES:

Os artigos são avaliados por no mínimo dois pareceristas da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e internacionais, de comprovada produção científica. Artigos podem receber parecer de “Aprovado”, “Aprovado com pequenas modificações”, “Aprovado com grandes modificações” e “Rejeitado”. Os pareceres de recusa ou de aceite com modificações sempre são acompanhados da avaliação dos revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Se houver dúvidas ou contestação de alguma decisão editorial os autores podem contatar os Editores Chefes que devem receber as justificativas e esclarecer as dúvidas do processo.

Os trabalhos em análise editorial não poderão ser submetidos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que sejam efetivamente publicados ou rejeitados pelo corpo editorial. Somente o editor-chefe poderá autorizar a reprodução dos artigos publicados na CoDAS em outro periódico.

Em casos de dúvidas, os autores deverão entrar em contato com a secretaria executiva pelo e-mail codas@editoracubo.com.br.

Documentos necessários para submissão

REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser incluídos, obrigatoriamente, os seguintes documentos:

a) carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e transferência de direitos autorais, além de pequeno esclarecimento sobre a contribuição de cada autor. O documento deve estar

digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review” (modelo disponível [aqui](#));

b) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review”;

c) cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), autorizando o uso dos dados para fins de pesquisa; ou o Termo de Cessão de Imagem, autorizando o uso da imagem quando for o caso. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review”;

d) declaração de conflitos de interesse, quando pertinente. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review”;

e) Página de identificação do manuscrito. Todos os dados de autoria devem estar na Página de identificação ([clique aqui](#) para fazer o download do modelo). O manuscrito não deve conter dados de autoria. No sistema tipifique como “*Title Page*”;

f) Tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências. Figuras, gráficos, ilustrações e fotografias devem ser apresentadas no mínimo em 300 dpi, com boa resolução e nitidez.

g) Manuscrito (veja abaixo como preparar este documento). No sistema tipifique como “Main Document”.

h) Com relação à submissão do Manuscrito revisado após sugestão dos revisores, No texto da versão revisada sinalizar as mudanças pontuais realçadas com a cor amarela, ao longo do texto. A “Carta de resposta aos revisores” deve ser inserida no sistema de submissão de artigos no item “Supplemental File for Review”, juntamente com a submissão da nova versão do manuscrito.

IMPORTANTE: Na resubmissão, é obrigatório a apresentação da carta aos revisores, indicando todas as correções realizadas no manuscrito!

Preparo do manuscrito

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitado em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5cm de cada lado, justificado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, resumo e descritores, abstract e keywords, texto (de acordo com os itens

necessários para a seção para a qual o artigo foi enviado), referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) citados no texto e anexos, ou apêndices, com suas respectivas legendas.

Consulte a seção "Tipos de artigos" destas Instruções para preparar seu artigo de acordo com o tipo e as extensões indicadas.

Tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima. A parte do manuscrito, em uma folha separada, apresente a página de identificação, tal como indicado anteriormente. O manuscrito não deve conter dados de autoria – estes dados devem ser apresentados somente na Página de Identificação.

TÍTULO, RESUMO E DESCRITORES

O manuscrito deve ser iniciado pelo título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, seguido do resumo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos.

Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em Português: objetivo, método, resultados, conclusão; em Inglês: purpose, methods, results, conclusion. Para Revisões sistemáticas ou meta-análises a estrutura do resumo deve ser, em Português: objetivo, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão; em Inglês: purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion. Para Relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/keywords que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

TEXTO

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

“... Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensório-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora(11-13) ...”

Palavras ou expressões em Inglês que não possuam tradução oficial para o Português devem ser escritas em itálico. Os numerais até dez devem ser escritos por extenso. No texto deve estar indicado o local de inserção das tabelas, quadros, figuras e anexos, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as tabelas e quadros devem ser em preto e branco; as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) podem ser coloridas. Tabelas, quadros e figuras devem ser dispostos ao final do artigo, após as referências e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima.

REFERÊNCIAS

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>.

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

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- Utilizar preferencialmente referências publicadas em revistas indexadas nos últimos cinco anos.
- Sempre que disponível devem ser utilizados os títulos dos artigos em sua versão em inglês.
- Devem ser evitadas as referências de teses, dissertações ou trabalhos apresentados em congressos científicos.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Shriberg LD, Flipsen PJ Jr, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2002;7(1):32-9.

LIVROS

Northern J, Downs M. *Hearing in children.* 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Irwin J. *Pragmatics: the role in language development.* La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

CAPÍTULOS DE LIVROS (MESMA AUTORIA)

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

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

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

TABELAS

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-las também em anexo, no sistema de submissão. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, autoexplicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

QUADROS

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros. Apresentar os quadros separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-los também em anexo, no sistema de submissão.

FIGURAS (GRÁFICOS, FOTOGRAFIAS E ILUSTRAÇÕES)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ser apresentadas também em anexo, no sistema de submissão. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título em legenda, digitado em fonte Arial 8. Para evitar problemas que comprometam o padrão de publicação da CoDAS, o processo de digitalização de imagens ("scan") deverá obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos usar 300 dpi/RGB ou grayscale.

Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão .tif e/ou .jpg. Também serão aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

LEGENDAS

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

ABREVIATURAS E SIGLAS

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As abreviaturas e siglas usadas em tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar na legenda com seu nome por extenso. As mesmas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

ORCID ID

Todos os autores devem ter o número de registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID, <http://orcid.org/>) associados aos seus respectivos cadastros no sistema ScholarOne.

Propriedade intelectual

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

A revista on-line tem acesso aberto e gratuito.

Taxa de Processamento de Artigos, após a APROVAÇÃO para publicação

No momento em que o artigo é aprovado será cobrada uma taxa de processamento de artigos (*Article Processing Charges - APC*) para **artigos submetidos a partir do dia 10/junho/2021**.

Critérios de isenção da taxa: é necessário que pelo menos dois autores sejam sócios ativos da SBFa, sendo, pelo menos um deles na categoria “profissional sócio”.

- Autores Brasileiros

- Associados à Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa): **isento**, vide maiores informações acima.

- Artigos originais e de Revisão: R\$ 800

- Notas (outros tipos de artigo): R\$ 500

- Autores internacionais

- Artigos originais e Revisão: USD 150

- Notas (outros tipos de artigo): USD 100

O pagamento da taxa de publicação somente acontecerá depois que os autores receberem a carta de aceite, em link privado.

Sistema de Submissão: <https://mc04.manuscriptcentral.com/codas-scielo>