UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO

TATIANE MARTINS JORGE

Percepção de restrições de participação na perda auditiva:
comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados

Ribeirão Preto
2017

TATIANE MARTINS JORGE

Percepção de restrições de participação na perda auditiva:
comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados

Versão original

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências
Médicas.

Área de Concentração: Mecanismos Fisiopato-
lógicos nos Sistemas Visual e Audiovestibular

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Myriam de Lima Isaac

Ribeirão Preto

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Jorge, Tatiane Martins

Percepção de restrições de participação na perda auditiva: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados / Jorge Tatiane Martins: orientadora Myriam de Lima Isaac. - Ribeirão Preto, 2017

179p.: il.; 30 cm

Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Fonoaudiologia. Área de concentração: Mecanismos Fisiopatológicos nos Sistemas Visual e Audiovestibular

1. Envelhecimento. 2. Perda Auditiva. 3. Efeitos psicossociais da doença.
4. Instituição de Longa Permanência para Idosos

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: Tatiane Martins Jorge

Título: Percepção de restrições de participação na perda auditiva: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Doutor em Ciências Médicas.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os idosos institucionalizados que tiveram a generosidade de me receber e expor suas queixas relacionadas à saúde e audição.

Também dedico a todas as equipes de profissionais das instituições participantes, que me auxiliaram na realização deste trabalho: assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Sem o empenho e apoio dos mesmos, este trabalho não seria possível.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, primeiramente, por me proporcionar oportunidades de crescimento no âmbito pessoal e profissional.

Aos meus pais e irmãs, pelo amor incondicional.

Ao Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Fonoaudiologia, em especial às professoras Wilma Anselmo-Lima e Maria de Lourdes Veronese Rodrigues, pelo incentivo constante durante o desenvolvimento deste trabalho.

À Profa. Dra. Myriam de Lima Isaac, minha orientadora, colega de sala e amiga, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos acadêmicos e pessoais.

À Profa. Dra. Ana Cláudia Mirândola Reis, coordenadora do curso de Fonoaudiologia da FMRP-USP na época da idealização desta pesquisa, pela sugestão da temática deste estudo, pela colaboração durante sua realização e por todos os esclarecimentos prestados.

Às colegas do curso de Fonoaudiologia da FMRP-USP, pela parceira durante os meus anos de docência e por me apoiarem na realização do doutorado.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Maria Cecília Onofre, pela paciência e esclarecimentos de dúvidas durante minha permanência como doutoranda deste programa.

À fonoaudióloga Nelma Ellen Zamberlam Amorim, amiga e colega de profissão, pela generosidade em realizar os exames audiológicos nos idosos institucionalizados.

Às fonoaudiólogas Carla Dias, Carla Fortunato, Daniela Fonseca e Francine Santos, do Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP, pela paciência e prontidão em me auxiliar na identificação dos idosos agendados com o perfil que eu precisava para o grupo controle.

À médica otorrinolaringologista Andreia Ardevino de Oliveira, por realizar as otoscopias dos idosos com tanta competência, carinho e simpatia.

Às funcionárias Sandra Regina Maximo e Juliana Dolmen Reche do Setor de Fonoaudiologia do HCFMRP-USP, e Edna Maria Lage Ferreira e Vera Lúcia Valladares da Casa 20, pelos esclarecimentos de dúvidas e acolhida durante os dias de minha coleta nesses locais.

À funcionária Maísa Oliveira, do Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP, pela paciência e dedicação no agendamento dos idosos institucionalizados.

A toda equipe de profissionais das Instituições de Longa Permanência para Idosos, filantrópicas de Ribeirão Preto, pela prontidão e ajuda imprescindíveis para a realização desta pesquisa.

“A velhice não é um fato estático: é o término e o prolongamento de um processo. Em que consiste esse processo? Em outras palavras, que é envelhecer? Esta ideia se acha ligada à de transformação. Mas a vida do embrião, do recém-nascido, da criança, constitui uma incessante transformação. Seremos levados a concluir, como o fizeram alguns, que nossa existência é uma morte lenta? Certamente não. Semelhante paradoxo desconhece a verdade essencial da vida: ela é um sistema instável no qual se perde e reconquista o equilíbrio a cada instante; a inércia que é sinônimo de morte. A lei da vida é mudar”.

(Simone de Beauvoir, 1970, p.15.)*

Ilustração: Marina Mandarin

*Beauvoir S. A velhice. 1. A realidade incômoda. São Paulo: Difusora Europeia do Livro; 1970.313p.

RESUMO

Jorge TM. Percepção de restrições de participação na perda auditiva: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. 179p. [Tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2017.

Introdução: A compreensão do impacto da deficiência auditiva na população idosa é muito importante para o estabelecimento de ações preventivas e/ou reabilitadoras e, desse modo, tem sido alvo de muitas pesquisas. No entanto, não existe na literatura estudo que compare o impacto da deficiência auditiva em idosos institucionalizados e não institucionalizados com mesmo tipo e grau de perda auditiva bilateral. **Objetivos:** 1) caracterizar os idosos institucionalizados quanto às características sociodemográficas; 2) estimar a prevalência de deficiência auditiva referida em idosos institucionalizados, assim como fatores associados e causas atribuídas; 3) verificar se a percepção de restrição de participação difere entre idosos institucionalizados e não institucionalizados com mesmo tipo e grau de perda auditiva bilateral. 4) verificar se a percepção dos prejuízos decorrentes da perda auditiva difere quanto às variáveis sociodemográficas e condições de saúde (número de doenças referidas e sintomatologia depressiva). **Metodologia:** O estudo envolveu duas etapas. Na primeira, foram incluídos 110 idosos de seis instituições de longa permanência para idosos, filantrópicas, de Ribeirão Preto, com condições mentais e cognitivas favoráveis para compreender os objetivos do estudo e participar da entrevista. A entrevista constou de um roteiro com perguntas estruturadas para a obtenção de dados pessoais e sobre a audição. Para a investigação da deficiência auditiva referida, foram feitos os seguintes questionamentos: “O(a) senhor(a) tem dificuldade para ouvir?”; “Precisa aumentar o volume da TV ou rádio para entender a notícia/ música?”; “Tem dificuldade para entender a conversa das pessoas?”. O idoso foi considerado com deficiência auditiva referida quando respondia afirmativamente para alguma dessas perguntas. A segunda parte envolveu a aplicação do *Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE)* em 38 idosos com mesmo tipo de perda auditiva que foi sensorineural moderada bilateral, sendo 10 institucionalizados e 28 não institucionalizados. Para a análise estática dos dados, foram aplicados diferentes testes, como t de Student, Mann-Whitney, teste de postos sinalizados de Wilcoxon, Qui-Quadrado e Exato de Fisher. **Resultados e Conclusões:** 1) Os idosos institucionalizados eram predominantemente mulheres, de cor branca, com idades entre 70 e 89 anos, não longevos, solteiros, alfabetizados, com um até quatro anos de estudo, com tempo médio de institucionalização de 55,8 meses. 2) A prevalência de deficiência auditiva referida foi de 30% e associou-se significativamente com idade ($p=0,0109$), faixa etária ($p=0,0182$) e longevidade ($p=0,0056$). Envelhecimento foi a causa mais atribuída à deficiência auditiva referida. 3) Para ambos os grupos de idosos, prevaleceu a percepção severa da restrição de participação auditiva, sem diferença significativa entre os grupos ($p=0,9813$). 4) A percepção de restrição de participação nesses idosos apresentou associação com a sintomatologia depressiva ($p=0,0272$).

Palavras chaves: Envelhecimento. Perda Auditiva. Efeitos psicossociais da doença. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

ABSTRACT

Jorge TM. Hearing handicap: comparison between institutionalized and non-institutionalized elderly people. 179p. [Thesis]. Ribeirão Preto: Medical School, University of São Paulo; 2017.

Introduction: Understanding the impact of hearing impairment in the elderly population is very important to establish preventive and/or rehabilitative actions. This issue has been studied by many researchers. However, there is no study in the literature comparing the impact of hearing impairment in institutionalized and non-institutionalized elderly with similar type and degree of bilateral hearing loss. Aims: 1) characterize the institutionalized elderly with regard to sociodemographic characteristics; 2) estimate the prevalence of referred hearing loss, associated factors and attributed causes in institutionalized elderly; 3) verify if the hearing handicap differs between institutionalized and non-institutionalized elders with the same type and degree of bilateral hearing loss. 4) verify whether the hearing handicap differs as to sociodemographic variables and health condition (number of referred diseases and symptoms of depression). Methodology: The study involved two steps. In the first one, 110 elderly people from six long-stay institutions for elderly, philanthropic, from Ribeirão Preto, were included, with favorable mental and cognitive conditions to understand the aims of the study and to participate in the interview. The interview consisted of a script with a list of questions designed to obtain personal data and information about hearing. In order to investigate referred hearing loss, the following questions were asked: "Do you have difficulty hearing?"; "Do you feel the need to turn up the TV or radio volume in order to better understand the news/listen to the music?"; "Do you have difficulty understanding the conversation with people?". The elderly person was considered to have referred hearing loss when he/she answered yes to some of the aforementioned questions. The second part involved the application of the Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE) to 38 elderly people with similar type of hearing loss, 10 of whom were institutionalized and 28 non-institutionalized. For the static analysis of the data, different tests were applied, such as Student's t, Mann-Whitney, Wilcoxon, Qui-Square and Fisher Exact. Results and Conclusions: 1) institutionalized elderly were predominantly white-skinned, the majority of whom were between 70 and 89 years, with age under 80 years old, female, single, literate, with one up to four years of schooling and an average institutionalization time of 55.8 months. 2) The prevalence of referred hearing loss was of 30% and was significantly associated with age ($p=0,0109$), age range ($p=0,0182$) and longevity($p=0,0056$). Aging was the most mentioned cause of referred hearing loss. 3) For both groups of elderly there was a prevalence of severe handicap, with no significant difference among the groups ($p=0,9813$). Hearing handicap in these elderly people showed an association with symptoms of depression ($p=0,0272$).

Keywords: Aging. Hearing Loss. Cost of Illness. Homes for the Aged

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos idosos institucionalizados conforme variáveis sociodemográficas (n = 110).....	112
Tabela 2 -	Distribuição dos idosos segundo cor e anos de estudo.....	113
Tabela 3 -	Distribuição dos idosos segundo sexo e anos de estudo.....	113
Tabela 4 -	Prevalência (%) da deficiência auditiva referida, conforme variáveis sociodemográficas da amostra estudada (n = 110).....	116
Tabela 5 -	Causas atribuídas à deficiência auditiva referida (n=33).....	117
Tabela 6 -	Distribuição dos idosos segundo sexo e causas atribuídas.....	117
Tabela 7 -	Distribuição dos idosos segundo alfabetização e causas atribuídas.....	117
Tabela 8 -	Distribuição dos idosos com deficiência auditiva sensorineural moderada bilateral conforme características audiométricas em ambos os grupos: GI (n = 10) e GNI (n = 28).....	120
Tabela 9 -	Distribuição dos idosos com deficiência auditiva sensorineural moderada bilateral conforme variáveis sociodemográficas em ambos os grupos: GI (n = 10) e GNI (n = 28).....	121
Tabela 10 -	Número de doenças referidas em GI (n = 10) e GNI (n = 28).....	122
Tabela 11 -	Distribuição dos idosos com deficiência auditiva sensorineural moderada bilateral conforme percepção de restrição de participação auditiva e sintomatologia depressiva em ambos os grupos: GI (n = 10) e GNI (n = 28).....	122
Tabela 12 -	Médias dos escores do <i>HHIE</i> (média $\pm$ dp) em ambos os grupos: GI (n = 10) e GNI (n = 28).....	123
Tabela 13 -	Correlação entre escores do <i>HHIE</i> (<i>total</i>) e variáveis numéricas (idade, número de doenças referidas e escore do <i>GDS-4</i>).....	123
Tabela 14 -	Associação entre os escores do <i>HHIE</i> (<i>total</i>) com variáveis categóricas (sexo, longevidade, cor, alfabetização, anos de estudo, presença de sintomatologia depressiva).....	124

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma sobre a seleção dos participantes após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão e da concordância em participar da pesquisa	99
Figura 2 - Fluxograma sobre a seleção dos participantes após convite e realização do exame audiológico.....	101
Figura 3 - Fluxograma sobre a seleção dos participantes após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão e da concordância em participar da pesquisa.....	101
Figura 4 - Idade (em anos) em relação a anos de estudo.....	114
Figura 5 - Idade (anos) em relação à queixa auditiva referida.....	115
Figura 6 - Tempo na ILPI (meses) em relação à queixa auditiva referida.....	115
Figura 7 - Causa referida em relação à idade em anos.....	118
Figura 8 - Causa referida em relação ao tempo na ILPI em meses.....	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Trechos de citações da literatura dos últimos 20 anos que apontam que o idoso institucionalizado tem menos oportunidades de interação com outras pessoas.....	34
Quadro 2 -	Classificação do grau da perda auditiva, de acordo com BIAP (Franzoni, 1997).....	103
Quadro 3 -	Classificação do tipo de perda auditiva, de acordo com Santos e Russo (1986).....	103
Quadro 4 -	Classificação da configuração da curva audiométrica, de acordo com Hannula et al. (2011).....	103
Quadro 5 -	Classificação do índice percentual de reconhecimento de fala, de acordo com Jerger, Speaks e Trammell (1968).....	104
Quadro 6 -	Interpretação dos resultados da escala <i>GDS-4</i> , segundo D'ath et al. (1994)	104
Quadro 7 -	Questões do questionário <i>HHIE</i> originais (coluna à esquerda) e adaptadas para serem aplicadas em idosos institucionalizados (coluna à direita).....	106
Quadro 8 -	Classificação dos idosos a partir das pontuações obtidas no <i>HHIE</i> , de acordo com Ventry e Weinstein (1982)	107
Quadro 9 -	Características sociodemográficas e das condições de saúde de 17 idosos institucionalizados, submetidos ao exame audiológico.	171
Quadro 10 -	Características audiológicas de 17 idosos institucionalizados.....	172
Quadro 11 -	Características sociodemográficas e das condições de saúde de 50 pacientes do Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP..	173
Quadro 12 -	Características audiológicas de 50 pacientes do Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP.....	175

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ATL	Audiometria Tonal Liminar
AVD	Atividades de Vida Diária
DA	Deficiência Auditiva
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i> (Escala de Depressão Geriátrica)
GI	Grupo Institucionalizado
GNI	Grupo Não Institucionalizado
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
<i>HHIE</i>	<i>Hearing Handicap Inventory for the Elderly</i>
<i>HHIE – S</i>	<i>Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening Version</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<i>MEEM</i>	<i>Mini Exame do Estado Mental</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
<i>WHOQOL-old</i>	<i>World Health Organization Quality of Life - Old</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	29
2	REVISÃO DE LITERATURA	35
2.1	O ENVELHECIMENTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA VIDA DE IDOSOS	37
2.1.1	Alterações otológicas decorrentes do envelhecimento	37
2.1.2	Percepção de restrições de participação na perda auditiva decorrente do envelhecimento.....	48
2.1.3	A depressão e o envelhecimento	59
2.2	AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	72
2.2.1	Compreendendo conceitos e história	72
2.2.2	Como vivem os idosos institucionalizados	77
3	OBJETIVOS	91
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	95
4.1	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	97
4.2	CASUÍSTICA E MÉTODOS	97
4.2.1	Primeira etapa: estudo transversal com idosos institucionalizados	97
4.2.1.1	Casuística	97
4.2.1.2	Métodos	99
4.2.2	Segunda etapa: estudo caso controle	100
4.2.2.1	Casuística	100
4.2.2.2	Métodos	102
4.2.2.2.1	<i>Avaliação audiológica dos idosos institucionalizados com perda auditiva referida</i>	<i>102</i>
4.2.2.2.2	<i>Entrevista para obtenção da percepção de restrição de participação auditiva nos idosos institucionalizados</i>	<i>104</i>
4.2.2.2.3	<i>Análise do exame audiológico e entrevista para obtenção da percepção de restrição de participação auditiva nos idosos não institucionalizados.....</i>	<i>107</i>
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	108
5	RESULTADOS	109
6	DISCUSSÃO	125
7	CONCLUSÕES	141
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
	APÊNDICES E ANEXOS	159

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários é um fenômeno mundial (ONU, 2003; Brasil, 2006a; Camarano, 2002; Camarano e Kanso, 2010; Rodrigues, 2010). Enquanto em países desenvolvidos, como na Europa e na América do Norte, o número de idosos demorou 100 anos para dobrar, no Brasil, essa mudança demográfica deverá ocorrer em, aproximadamente, 20 anos (Lima, 2011).

Esse fenômeno, também chamado de transição demográfica, é reflexo de alguns fatores, como a queda da fecundidade materna e da mortalidade infantil, a diminuição dos óbitos causados por doenças infectocontagiosas, o aumento da expectativa de vida (Brasil, 2006a; Bandeira, Melo e Pinheiro, 2009; Lima, 2011), o controle das doenças crônicas (Guerra et al. 2010), a melhoria das condições de vida (Cruz et al., 2012) e saúde, o aumento da qualidade de vida (Guerra et al. 2010), do acesso ao saneamento básico e aos serviços de saúde, o avanço científico e tecnológico dos recursos ligados à saúde (Lima, 2011; Cruz et al., 2012).

Em 2004, os idosos correspondiam a 9,7% da população brasileira e em 2015, a 14,3% (PNAD, 2016). No Brasil, essa certeza do crescimento da população idosa vem acompanhada da incerteza a respeito das condições de saúde, renda e cuidado para com os longevos. Aumentar a expectativa de vida dos idosos por mais tempo, implica, numa visão negativa, em prever perdas em suas capacidades funcionais, o que geraria demanda por cuidados de longa duração (IPEA, 2010). Assim, o crescimento da população idosa torna-se um desafio para o governo e à sociedade, do ponto de vista econômico e social, uma vez que devem existir esforços para a promoção de um envelhecimento saudável e digno (ONU, 2003; Paiva et al., 2011; Moraes, 2014).

O aumento acelerado desse grupo etário gera dificuldades em promover adaptações e adequações necessárias para atender suas demandas (Castelo et al., 2006; Paiva et al. 2011; Moraes, 2014). De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, promover saúde para o indivíduo idoso significa, em síntese, manter suas condições de autonomia e independência, ou seja, ele deve ser capaz de gerenciar a própria vida, sem depender de outras pessoas para a realização das atividades relacionadas à vida diária (Brasil, 2006b).

Com o aumento da idade, aumentam-se, também, as chances de doenças crônicas e de declínio funcional decorrentes de incapacidades associadas ao envelhecimento, como as comunicativas (surdez e cegueira, por exemplo) (Moraes, 2014), que afetam, diretamente, as condições de bem estar, de convívio social e de qualidade de vida (Soyama et al., 2005; Brasil, 2006b; Alves et al., 2007).

A deficiência auditiva é para o idoso um dos mais incapacitantes distúrbios de comunicação, impedindo-o de desempenhar plenamente o seu papel dialógico (Veras e Mattos, 2007; Magalhães e Lório, 2011; Souza e Massi, 2015). É comum notar o declínio da audição acompanhado de diminuição na compreensão da fala (Brasil, 2006a; Fialho et al., 2009). De acordo com Veras e Mattos (2007) e Fialho et al. (2009), os prejuízos vão desde uma dificuldade em compreender mensagens faladas, principalmente em ambientes ruidosos, até significativas alterações de comunicação que o impede de participar ativamente de conversas no dia a dia. Além disso, podem ocorrer isolamento com progressivas mudanças funcionais, declínio cognitivo e sintomas de depressão (Baruzzi et al., 2009).

Desse modo, a perda de audição adquirida pelos idosos deve ser considerada como uma perda social e psicológica que afeta as interações interpessoais, privando-os de relações sociais, comprometendo as metas profissionais e a qualidade de vida (Pinzan-Faria e Lório, 2004).

A audiometria tonal liminar (ATL) é o teste ouro para identificar a perda auditiva (Santiago e Novaes, 2009; Correa e Russo, 1999). No entanto, a realização de audiometria em grupos populacionais é inviabilizada por questões logísticas e de orçamento (Valete-Rosalino e Rozenfeld, 2005; Santiago e Novaes, 2009). Assim, a deficiência auditiva referida tem se mostrado como ótimo instrumento de triagem auditiva, ou seja, de detecção precoce da deficiência auditiva em nível populacional, especialmente em serviços de atenção primária à saúde, para posterior encaminhamento a serviços especializados em saúde auditiva (Paiva et al., 2011; Airolti et al., 2013).

As escalas de autoavaliação são válidas para complementar a investigação da deficiência auditiva e o impacto que esta produz na vida dos indivíduos (Pinzan-Faria e Lório, 2004), tendo sido utilizadas, inclusive, como instrumentos de triagem (Correa e Russo, 1999). Um dos questionários empregados para esse fim é o *Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE)*, elaborado por Ventry e Weinstein (1982) e traduzido para língua portuguesa por Weinselberg (1997). Apresenta 25

perguntas que exploram as consequências emocionais e sociais da deficiência auditiva.

Compreender a deficiência auditiva, tanto no que se refere à sua prevalência, quanto à percepção dos prejuízos socioemocionais decorrentes dessa desordem, é muito importante para o delineamento de ações educativas e/ou reabilitadoras. Esse conjunto de informações torna-se útil, tanto para os profissionais que atuam com idosos, assim como para os serviços de saúde que devem se adequar para atender à equidade e integralidade no cuidado ao idoso, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Duca et al., 2010).

A literatura é vasta ao descrever a percepção de restrições de participação de idosos na perda auditiva (Pinzan-Faria e Lório, 2004; Nóbrega, Camaro e Borges, 2008; Baruzzi et al., 2009; Santiago e Novaes, 2009; Sousa e Russo, 2009; Magalhães e Lório, 2011; Solheim, Kvaerner e Falkenberg, 2011; Rodrigues et al., 2012; Santos et al., 2012; Chiossi et al., 2014; Mattiazzi et al., 2014). Contudo, não se encontram estudos que comparem dois grupos de idosos com perda auditiva, o institucionalizado e o não institucionalizado, de modo a verificar se a percepção dos prejuízos decorrentes da perda auditiva difere entre os grupos. Considera-se essa investigação de extrema relevância, tendo em vista que é comum a informação de que idosos institucionalizados têm vida social menos ativa e menos oportunidades de interação com outras pessoas (Brito e Ramos, 1996; Vieira, 2004; Freire Júnior e Tavares, 2006; Baruzzi et al., 2009; Maia et al., 2010; Rodrigues, 2010; Carreira et al., 2011; Alvez-Silva, Scorsolini-Comin e Santos, 2013; Mello et al., 2013; Santos et al., 2013; Souza e Massi, 2015), o que resultaria numa reação diferente diante da perda auditiva (Jupiter e Spivey, 1997). No Quadro 1 estão apresentadas algumas citações da literatura dos últimos 20 anos sobre a escassez de interações dos idosos institucionalizados e outros prejuízos sociais.

Assim, partindo do pressuposto de que indivíduos com vida social ativa percebem restrições de participação diante de qualquer mudança na acuidade auditiva (Pinzan-Faria e Lório, 2004) e que pessoas que moram em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) reagem à sua perda auditiva de modo diferente de quem mora na comunidade (Jupiter e Spivey, 1997), a hipótese para este estudo é que os idosos institucionalizados, diante de mesmo tipo e grau de perda auditiva bilateral, percebem menos as desvantagens da perda auditiva.

Brito e Ramos (1996)	[as casas de repouso e os asilos] “têm o inconveniente, na maioria dos casos, de levar os idosos ao isolamento e à inatividade física , em decorrência de manejo técnico inadequado e dos custos altos dos serviços de apoio.” (p.397, grifo nosso)
Vieira (2004)	[o asilo] “ dificulta as relações sociais e comunitárias indispensáveis à manutenção do interesse do idoso pela vida.” (p.32, grifo nosso)
Freire Junior e Tavares (2006)	“Na nova experiência de vida, o indivíduo muitas vezes poderá sofrer transformações radicais, como perda ou redução das redes de apoio e relações sociais , da autonomia de pensamento e da vontade, da privacidade e da individualidade, acarretando sérios problemas sociais e de saúde, conduzindo-o para um caminho contrário ao que se denomina empoderamento .” (p.86, grifo nosso)
Baruzzi et al. (2009)	“Um resultado alarmante do estudo foi a alta taxa de indivíduos com comprometimento auditivo sem percepção de <i>handicap</i> auditivo, o que pode estar associado com a falta de interesse nas relações sociais .” (p.180, grifo nosso)
Maia et al. (2010)	“Havia uma preferência, por parte desses homens, em ficar sentado, não raro, em silêncio .” (p.196, grifo nosso) “ Há pouca comunicação entre os internos, silêncios e espera .” (p.204, grifo nosso)
Rodrigues (2010)	“Idosos institucionalizados têm uma rede social menor, trocam apoio com poucas pessoas e recebem menos apoio ” [...] “fato pode estar relacionado ao isolamento social, à baixa motivação para o contato, e por já possuir uma rede social diminuída ” (p.205, grifo nosso) “os idosos demonstraram baixa motivação para se relacionarem com os demais internos da instituição ” (p.205, grifo nosso)
Carreira et al. (2011)	“O contexto asilar nem sempre estimula as atividades deles (institucionalizados), os quais tendem a ser tornar mais introspectivos e isolados do convívio social ” (p.272, grifo nosso)
Alvez-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2013)	“As ILPIs mostram-se como lugares monótonos e que não propiciam ao idoso a realização de atividades que possibilitem novas experiências, a partir do contato com os demais residentes .” (p.828, grifo nosso)
Mello et al. (2013)	“O idoso abrigado sente uma espécie de isolamento e privação de suas atividades familiares ” (p.43, grifo nosso) “A idosa passa o dia sentada sem realizar nenhuma atividade e com pouco contato com outras abrigadas ” (p.43, grifo nosso) “A situação de institucionalização favorece a tendência ao isolamento dos idosos ” [...] “ Os idosos vivem juntos, em um mesmo lugar, mas nem sempre interagem entre si ” (p. 44, grifo nosso)
Santos et al. (2013)	“Talvez, por medo do desconhecido e pela dificuldade em criar laços afetivos, o idoso acaba isolando-se ” (p.29, grifo nosso)
Souza e Massi (2015)	“Ao serem questionados se conversam entre si, os enunciados resgatados dos idosos evidenciam que nem sempre há interação entre eles .” (p.302, grifo nosso) “ Por si só, o ambiente institucional já favorece o isolamento e inatividade mental ” (p.305, grifo nosso)

Quadro 1 - Trechos de citações da literatura dos últimos 20 anos que apontam que o idoso institucionalizado tem menos oportunidades de interação com outras pessoas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA VIDA DE IDOSOS

2.1.1 Alterações otológicas decorrentes do envelhecimento

Dentre as alterações sensoriais decorrentes do envelhecimento, a perda auditiva pode gerar efeito devastador na comunicação do idoso, uma vez que compromete, sobremaneira, sua interação dialógica com as pessoas (Russo, 2004; Baraldi, Almeida e Borges, 2007; Veras e Mattos, 2007; Cruz et al., 2009; Souza e Massi, 2015). Muitas vezes, em função da perda de audição e de modo a evitar situações que exijam sua habilidade auditiva, os idosos modificam sua rotina e afastam-se de atividades de lazer (Santiago e Novaes, 2009; Paiva et al., 2011; Souza e Lemos, 2015). Consequentemente, podem ocorrer prejuízos no âmbito físico, mental e social dos idosos, o que reflete diretamente em sua qualidade de vida e na das pessoas de seu convívio (Jones, Victor e Vetter, 1984; Russo, 2004; Baraldi, Almeida e Borges, 2007; Veras e Mattos, 2007; Cruz et al., 2009; Santiago e Novaes, 2009; Solheim, Kvaerner e Falkenberg, 2011).

Os prejuízos decorrentes da perda auditiva são muito variados e vão desde uma dificuldade para compreender mensagens faladas em ambientes ruidosos, até significativas repercussões como o impedimento de participar ativamente de conversas rotineiras (Baraldi, Almeida e Borges, 2007; Veras e Mattos, 2007). Todo o funcionamento auditivo, que envolve não somente a acuidade auditiva, como também o processamento auditivo, fica comprometido, o que requer especial atenção dos profissionais que atuam com o envelhecimento (Veras e Matos, 2007).

A literatura tem apresentado altas porcentagens de idosos com problemas de audição, o que reforça a importância de estudos epidemiológicos, particularmente os de prevalência, que fornecem indicadores tanto para os profissionais de saúde quanto para os gestores e poder público (Paiva et al. 2011).

O teste ouro para a detecção de deficiência auditiva tem sido a audiometria tonal liminar. No entanto, devido ao custo e dificuldades logísticas para sua detecção precoce em nível populacional, a deficiência auditiva referida mostra-se como um ótimo instrumento de triagem auditiva (Valete-Rosalino e Rozenfeld, 2005; Santiago

e Novaes, 2009) e tem sido utilizada por muitos pesquisadores (Jones, Victor e Vetter, 1984; Coelho Filho e Ramos, 1999; Sindhusake et al., 2001; Castro et al., 2008; Cruz et al., 2009; Paiva et al. 2011; Cruz et al., 2012; Airoidi et al., 2013; Crispim e Ferreira, 2015). A partir desse tipo de triagem, espera-se aumentar a chance de uma pessoa com determinada disfunção ser identificada e de não considerar aquela sem disfunção (Valete-Rosalino e Rozenfeld, 2005).

A seguir, são apresentados alguns estudos desenvolvidos com idosos no intuito de investigar os achados audiológicos, bem como a prevalência de deficiência auditiva referida e/ou constatada a partir de exames.

Jones, Victor e Vetter (1984) desenvolveram um estudo em South Wale, Reino Unido, com a participação de 657 idosos, entrevistados em seus lares, com o objetivo de verificar a relação entre dificuldade para ouvir e problemas físicos e mentais.

Os idosos foram entrevistados em seus domicílios por cinco técnicos treinados sobre os seguintes tópicos: problemas físicos e mentais, vida social e cuidados domésticos. Sobre a dificuldade auditiva foram questionados: “Você tem dificuldade para ouvir conversações rotineiras?”. As respostas foram registradas como “não”, “um pouco” ou “muita dificuldade”. O estado físico foi questionado em relação ao desempenho sozinho de nove funções básicas, como, por exemplo, fazer refeições e carregar compras pesadas. Os escores obtidos permitiram classificá-los em: sem desabilidades, levemente afetados, um pouco afetados, apreciavelmente afetados, muito afetados. O problema mental foi avaliado com relação à ansiedade, à depressão e à memória.

Verificou-se que 33% dos idosos referiram dificuldade para ouvir conversações rotineiras. Comparando essa prevalência com a faixa etária, 22% dos idosos acima de 85 anos revelaram mais dificuldades para ouvir em relação a outras faixas etárias. Essa diferença foi estatisticamente significativa. A ansiedade apresentou associação com dificuldade para ouvir, o que permite inferir que as pessoas ansiosas são mais propensas a relatar problemas para ouvir, assim como a dificuldade para ouvir pode causar ansiedade entre os idosos. Este estudo também verificou associação entre depressão e dificuldade para ouvir: 30% dos idosos que referiram muita dificuldade para ouvir apresentaram sinais de depressão. A dificuldade para ouvir não esteve associada com a perda de memória. Quanto ao

aspecto físico, tanto a dependência como a inabilidade revelaram associação com a dificuldade para ouvir.

Coelho Filho e Ramos (1999) realizaram um inquérito domiciliar com idosos de uma área urbana de Fortaleza, Ceará, com o propósito de traçar o seu perfil multidimensional. Para a definição da casuística, considerou-se a divisão de Fortaleza em cinco distritos e os seguintes indicadores: renda do chefe de família, porcentagem de casas com saneamento, tipo de habitação, nível educacional e proporção de pessoas com idades iguais ou superiores a 60 anos.

Assim, no total, participaram da entrevista 667 idosos de diferentes estratos socioeconômicos. Quanto às características sociodemográficas, a idade variou de 60 a 96 anos (média de 70 anos); 66% dos entrevistados eram mulheres; 53% apresentavam idades abaixo de 70 anos, enquanto que 15% tinham mais de 80 anos; 48,1% eram casados ou estavam em união consensual, 36,8% eram viúvos e 15,1% eram solteiros. 92,4% dos entrevistados mencionaram possuir alguma doença crônica (78,1% referiram possuir de uma a cinco doenças crônicas e 14,3% mais de cinco). A acuidade auditiva foi referida como ruim por 26,8% dos entrevistados.

Sindhusake et al. (2001) avaliaram o desempenho de uma questão única e do questionário *Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening Version (HHIE-S)* para identificar indivíduos com perda auditiva. O estudo foi desenvolvido em dois municípios de Sydney, Austrália.

A amostra foi composta por 1.931 pessoas que responderam ao questionamento “Você sente que tem dificuldade para ouvir?”. Para esta pergunta, foram consideradas apenas as respostas “sim” e “não”. Para testar o desempenho do *HHIE-S* para a identificação de perda auditiva, considerou-se uma amostra de 1.807 participantes. A partir de exame audiométrico e da classificação das médias em 0,5k, 1k, 2k e 4kHz, na melhor orelha, os participantes foram classificados como tendo perda leve, moderada ou severa.

Na amostra investigada prevaleceu mulheres com idades entre 65 e 74 anos, casadas. Perdas auditivas leves foram identificadas em 39,1%, perdas moderadas em 13,4% e perdas severas em 2,2%. A questão única “Você sente que tem dificuldade para ouvir?” mostrou sensibilidade e especificidade razoáveis para

qualquer grau de perda auditiva; o *HHIE-S* apresentou valores de sensibilidade menores que a questão única, mas valores de especificidade maiores. Além disso, seu desempenho foi melhor em pessoas jovens e em mulheres. Em perdas leves, o desempenho da questão única foi melhor que o *HHIE-S*, cujo desempenho foi melhor para perdas moderadas.

Valete-Rosalino e Rozenfeld (2005) realizaram uma revisão de estudos com o objetivo de comparar os resultados de questões isoladas com resultados de audiometria tonal na avaliação de perdas auditivas em estudos epidemiológicos. Para a seleção dos artigos, foram utilizadas as bases de dados MEDLINE e LILACS no período de 1990 a 2004. Foram incluídos 10 estudos internacionais que utilizaram autorrelatos por meio de uma questão única e genérica e audiometria tonal.

O número amostral desses estudos variou de 63 indivíduos a 12.495, sendo que seus participantes tinham idades iguais ou superiores a 60 anos. Sete de 10 estudos consideraram a melhor orelha na avaliação da perda auditiva; cinco estudos utilizaram questões com respostas binárias (sim ou não). Quando o ponto de corte da intensidade era de 40dBNA, a prevalência de perda auditiva variou de 11 a 27%, enquanto que no ponto de corte de 25dB, a prevalência variou de 29 a 60%, ou seja, a diminuição do ponto de corte da intensidade aumenta os valores de prevalência. De modo semelhante, estudos que avaliaram até a frequência de 2kHz apresentaram menores valores de prevalência (de 11 a 54%) do que os que avaliaram até a frequência de 4kHz (de 18 a 60%). A melhor orelha apresentou menores valores de prevalência (de 11 a 54%) que a pior orelha (de 18 a 60%).

Segundo a revisão feita, uma questão única genérica é um indicador aceitável de perda auditiva, sensível e razoavelmente específico. Perguntas com respostas binárias são mais sensíveis do que questões de múltiplas opções.

Baraldi, Almeida e Borges (2007) verificaram a degeneração do sistema auditivo ao longo da idade por meio de medidas supraliminares e de sensibilidade auditiva.

Participaram do estudo, 211 idosos do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, encaminhados para exame audiológico. A idade dos participantes variou de 60 a 99 anos (média de

75,24 anos; DP=8,96), sendo enquadrada em uma de quatro faixas etárias (60-69 anos; 70-79 anos, 80-89 anos e 90-99 anos). Dentre os idosos, 250 eram do sexo feminino (71,1% da amostra).

Os procedimentos envolveram uma entrevista e uma avaliação audiológica básica. Os achados audiológicos no grupo estudado mostraram prevalência de perda auditiva neurossensorial, bilateral, de configuração descendente, com maior prejuízo nas frequências altas para ambas as orelhas. 32,2% dos idosos não apresentaram alteração na sensibilidade auditiva; 28% apresentaram perda auditiva de grau leve, 25,6% de grau moderado, 6,2% moderadamente severo, 5,7% severo e 2,4% profundo. Com relação à progressão da perda auditiva em função da faixa etária, verificou-se estabilidade das frequências graves nas três primeiras faixas etárias, havendo declínio acentuado do limiar na faixa etária acima de 90 anos. Já as frequências altas apresentaram declínio significativo nas quatro faixas etárias estabelecidas, sendo que a faixa etária acima de 90 anos apresentou maior perda auditiva em todas as frequências. A comparação entre sexos feminino e masculino mostrou que os homens apresentaram limiares mais rebaixados na frequência de 4kHz em ambas as orelhas em relação às mulheres. Quanto à audiometria vocal, verificou-se que o índice percentual de reconhecimento de fala declinou com o aumento da faixa etária, ou seja, nas quatro faixas etárias estudadas.

Mattos e Veras (2007) conduziram um estudo na cidade do Rio de Janeiro com o objetivo de estimar a prevalência da perda auditiva em idosos a partir de 65 anos de idade. Participaram 238 idosos, dos quais 198 eram mulheres e 40 homens, recrutados numa Universidade Aberta à Terceira Idade.

A avaliação audiológica incluiu meatoscopia e entrevista para investigar informações sobre a história social e de saúde do indivíduo. Na amostra geral, o predomínio foi de perda auditiva de grau leve. No que se refere à melhor orelha, 42,9% tiveram algum grau de perda auditiva e na pior orelha, 64,3%. A perda auditiva unilateral foi percebida em 17,6% dos idosos, a bilateral simétrica em 23,1% e a bilateral assimétrica em 20,6% dos idosos.

No grupo das mulheres, considerando a melhor orelha, 39,4% tiveram algum grau de perda auditiva. Na pior orelha, 61,6%. Quanto ao tipo de perda, a unilateral esteve presente em 21,2% das participantes, a bilateral simétrica em 22,7% e a bilateral assimétrica em 17,7%. No grupo dos homens, considerando a melhor

orelha, 60% tiveram algum grau de perda auditiva. Na pior orelha, 77,5%. Quanto ao tipo de perda, a unilateral esteve presente em 17,5% dos participantes, a bilateral simétrica em 25% e a bilateral assimétrica em 35%.

De modo geral, o predomínio do tipo simétrico em ambos os grupos sugere perda auditiva por envelhecimento. A porcentagem de perdas assimétricas foi maior em homens, o que pode ser justificado pela maior exposição dos homens a ruídos em ambientes de trabalho e lazer, problemas cardiovasculares, tabagismo e outros fatores.

Calais et al. (2008) investigaram as queixas e preocupações otológicas de idosos, assim como as dificuldades de comunicação enfrentadas por eles. No total, a amostra foi composta por 50 idosos, os quais pertenciam à rotina ambulatorial da Disciplina de Distúrbios da Audição da UNIFESP ou eram voluntários de grupos de terceira idade de duas igrejas católicas do município de São Paulo.

Quanto à caracterização da amostra, 82% era feminina, com idades que variavam de 61 a 90 anos (média de 73.34). Todos apresentavam audiometria de configuração descendente e simétrica e curva timpanométrica tipo A. Os participantes não apresentavam alterações neurológicas e nem histórico prévio de cirurgia otológica, exposição à ruído ocupacional, ingestão de medicamentos ototóxicos e/ou traumatismo craniano. Os idosos foram submetidos à anamnese e testes auditivos.

Do total da amostra, 42% mencionaram preocupação quanto à perda auditiva (50% dos homens e 40,5% das mulheres) e 10% quanto ao zumbido e à tontura (100% das mulheres). A queixa de perda de audição associou-se significativamente com a preocupação quanto à perda auditiva. A queixa de dificuldade de comunicação associou-se significativamente com a queixa de perda auditiva. A média do número de situações de dificuldades de comunicação foi maior em indivíduos com queixa para ouvir. Dentre as situações de dificuldade de comunicação, a presença de ruído no ambiente foi a mais prevalente, seguida do uso de telefone.

Carmo et al. (2008) investigaram as queixas auditivas de uma amostra da população idosa brasileira e caracterizaram o perfil audiométrico desses idosos, avaliando a diferença entre sexos. O estudo foi conduzido numa região onde a maior

parte da população idosa era considerada carente e enquadrada na classe econômica D ou E, de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). A amostra foi composta por 320 idosos (idade mínima de 60 anos), dos quais 160 homens e 160 mulheres. Os idosos foram submetidos a uma entrevista para investigação de queixas auditivas e de fatores agravantes da perda auditiva, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, tabagismo, exposição ocupacional a ruídos e hiperlipidemia (aumento de gordura no sangue). Em seguida, foram submetidos à audiometria tonal liminar.

Dentre os sintomas investigados, o mais frequente foi a perda auditiva (81,9% e 83,1% para homens e mulheres, respectivamente), seguida do *tinnitus* (64,4% e 72,5% para homens e mulheres, respectivamente), tontura (11,9% e 20% para homens e mulheres, respectivamente) e plenitude auricular (3,8% e 8,8% para homens e mulheres, respectivamente). A diferença entre sexos foi notada apenas quanto à tontura, significativamente maior nas mulheres. Quanto aos fatores agravantes da perda auditiva, verificou-se diferença significativa entre os sexos, sendo que a hiperlipidemia, a exposição ao ruído ocupacional e o tabagismo prevaleceram no sexo feminino.

Quanto ao perfil audiométrico dos idosos investigados, as perdas sensorineurais foram as mais prevalentes, sendo significativamente maior em mulheres. Com relação ao tipo de curva, a de configuração descendente foi a mais prevalente em ambos os sexos. A configuração horizontal, quando presente, foi significativamente maior no sexo feminino.

Castro et al. (2008) analisaram os dados de dois inquéritos de saúde de base populacional realizados no estado de São Paulo de modo a descrever as prevalências das deficiências e fatores associados.

Os inquéritos analisados foram os Inquéritos de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), anos 2002 e 2003, realizados pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista e Universidade de Campinas.

No total, foram realizadas 8.316 entrevistas. Na investigação da acuidade auditiva, foram feitas as seguintes perguntas: “Tem dificuldade de ouvir?” “Surdez de um ouvido?” “Surdez de dois ouvidos?” Além da investigação da prevalência, foram obtidas estimativas sobre variáveis sociodemográficas e causas referidas das

deficiências. Verificou-se que a deficiência auditiva referida aumentou em função da idade e esteve associada com sexo, sendo mais prevalente em homens (RP=1,6). Das 562 pessoas que referiram deficiência auditiva, 420 eram idosos, 85 eram adultos, 46 adolescentes e 11 crianças. A principal causa de deficiência auditiva foram as causas externas, significativamente mais prevalentes no sexo masculino.

Souza e Oda (2008) caracterizaram as queixas de idosos institucionalizados durante entrevista fonoaudiológica. Participaram 28 idosos de uma ILPI, filantrópica, da cidade de Santo André, São Paulo. As questões da entrevista foram elaboradas pelos próprios pesquisadores e dentre as informações estavam os dados pessoais, as queixas referentes à saúde geral, à audição (percepção de perda da acuidade auditiva, zumbido e tontura) e outros aspectos.

Foram verificados os seguintes resultados: 64,3% dos participantes pertenciam ao sexo masculino. A média de idade dos idosos foi de 66,86 anos (mínima de 60 e máxima de 70 anos). A escolaridade que prevaleceu foi de um a oito anos (64,3%). O estado civil prevalente foi o solteiro (50%). O tempo de institucionalização médio foi de 72,82 meses, sendo o tempo mínimo de seis meses e o máximo de 21 anos de institucionalização. Quando questionados sobre sua condição de saúde geral, 82,1% dos idosos classificaram-na como ótima ou boa. No que diz respeito à audição, 39,3% dos idosos referiram percepção de perda auditiva, 28,6% mencionaram tontura e 21,4% referiram zumbido.

Gutierrez et al. (2009) descreveram a ocorrência de queixas fonoaudiológicas em idosos residentes de uma ILPI filantrópica da cidade de São Paulo, São Paulo. Este estudo ocorreu a partir da análise de 62 prontuários dos moradores que apresentavam dados fonoaudiológicos completos das avaliações realizadas no período de abril a novembro de 2007.

Dos prontuários analisados, 56,45% pertenciam ao sexo feminino, com média de idade de 77 anos (mínima de 62 e máxima de 95 anos). A faixa etária mais prevalente foi de 70 a 79 anos (40%), seguida das idades de 80 a 89 anos (34%). Quanto às queixas fonoaudiológicas presentes, 46% eram referentes a problemas na audição. A queixa de audição aumentou em função da idade, no entanto, tornou-se menos importante para os idosos com 90 anos ou mais.

Cruz et al. (2009) realizaram um inquérito domiciliar em seis áreas do estado de São Paulo, com o objetivo de estimar a prevalência de deficiência auditiva referida, assim como as causas atribuídas e fatores associados. O cálculo amostral considerou grupos etários, sexo e nível de escolaridade dos chefes de família.

Para a investigação da deficiência auditiva referida, foram feitas as seguintes perguntas: “Tem dificuldade de ouvir?” “Surdez de um ouvido?” “Surdez de dois ouvidos?”. Além dessa investigação, foram obtidas informações sociodemográficas e das causas atribuídas à deficiência referida.

O estudo contou com 5.250 pessoas, havendo 480 relatos de deficiência auditiva, dos quais 371 eram de pessoas com idades iguais ou acima de 60 anos. No grupo etário de 60 a 75 anos a causa mais prevalente foi a “presbiacusia” (17,7%), seguida de “doenças” (17,5%). No grupo acima de 75 anos, a prevalência foi de 41,4% e 27,9%, respectivamente.

Guerra et al. (2010), em pesquisa realizada num Centro Clínico de Fonoaudiologia de Belo Horizonte, Minas Gerais, analisaram os exames audiológicos de pacientes acima de 60 anos com o objetivo de traçar perfil audiológico quanto ao limiar auditivo e ao tipo de curva timpanométrica.

No total, foram analisados 313 exames, o que equivale a 626 orelhas. A idade dos idosos variou de 60 a 94 anos (média de 69,82 anos). As frequências 0,25, 0,5, 1 e 2kHz foram consideradas baixas e as frequências 3, 4, 6 e 8kHz foram consideradas altas.

Dos idosos analisados, apenas 22,12% apresentaram padrões dentro da normalidade, 60,78% apresentaram perda auditiva sensorineural, 14,70% perda auditiva mista e 2,4% condutiva. Dos 77,88% dos indivíduos que apresentaram perdas, 98,24% eram bilaterais. Quanto às configurações audiométricas das perdas neurosensoriais, 61,66% dos indivíduos apresentaram configuração sugestiva de presbiacusia, ou seja, bilateral, simétrica e descendente, de grau leve à severo, com maior prevalência do grau moderado. A curva timpanométrica tipo A esteve presente em 83,22% das orelhas.

Paiva et al. (2011) estimaram a prevalência da deficiência auditiva em idosos do município de São Paulo e descreveram as características atribuídas a essa deficiência a partir da análise de um banco de dados do Inquérito de Saúde no

município de São Paulo-ISA-Capital 2003. Esses idosos residiam em área urbana do município em 2003. A coleta de dados envolveu entrevistas domiciliares com aplicação de questionários por entrevistadores previamente treinados, avaliados e reciclados durante o período da pesquisa.

Nesta análise foram consideradas as respostas de 872 idosos, com idade média de 70,2 anos, sobre a existência ou não de dificuldades para ouvir, surdez em um ou nos dois ouvidos. Os que responderam positivamente foram classificados como tendo “deficiência auditiva referida”. Além de questões referentes à dificuldade para ouvir, outros dados foram levantados, como características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e renda per capita) e causas atribuídas à dificuldade (doenças/causa genética, acidentes de trabalho, envelhecimento).

Os resultados evidenciaram que a população feminina foi predominante (60,3%) e a maior parte pertencia à faixa etária de 60-69 anos (51,1%). Os mais idosos (80 anos ou mais) representaram 12,3% da amostra. Quanto à escolaridade e renda, as maiores frequências eram de idosos com oito anos ou mais de estudo (39%) e com renda per capita de um a três salários mínimos (45,3%).

No grupo dos idosos que referiram dificuldade para ouvir, 46,6% tinham entre 60-69 anos e 16,1% tinham 80 anos ou mais. Com relação ao sexo, 44,9% eram mulheres. Quanto à escolaridade dos que referiram perda, 47,6% referiram mais de oito anos de estudo, 71,6% tinham companheiro e 40,9% tinham renda per capita de um a três salários mínimos.

A prevalência estimada da deficiência auditiva foi de 11,2%, sendo significativamente mais prevalente nos homens (15,5%) em relação às mulheres (8,3%). A análise das outras características não mostrou evidência de associação com a perda auditiva. Dentre as causas atribuídas à perda auditiva, a maior proporção de respostas foi referente à presbiacusia (27,1%), seguida de causas genéticas/doenças (16,6%) e acidentes (13,8%).

Cruz et al. (2012) investigaram a prevalência de deficiência auditiva referida por idosos do município de São Paulo e seus fatores associados. A amostra foi composta por 1.115 idosos com 65 anos ou mais, entrevistados no ano de 2006. Os idosos tinham idades entre 65 e 97 anos (média=68,1 e DP=0,4), sendo que a maioria era do sexo feminino (61,2%).

Considerou-se com deficiência auditiva referida o idoso que referiu ser usuário de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) ou que teve indicação prévia de AASI, assim como o que declarou sua audição como regular, ruim ou muito ruim para a questão: “Em geral, como o senhor(a) diria que é sua audição?”

A prevalência da deficiência auditiva nessa amostra de idosos com idades iguais ou acima de 65 anos foi de 30,4%. Importante ressaltar que a prevalência aumentou em função da idade: 25,6% para idosos com idades entre 65-69 anos, 36,2% para 70-74 anos, 40,7% para 75-79 anos, 41,8% para 80-85 anos, 46,7% para 85 anos e mais. A deficiência auditiva associou-se significativamente com grupo etário, sexo (mais prevalente em homens), grupo ocupacional (mais prevalente em indivíduos com curso técnico de nível médio), com deficiência visual referida, tontura/vertigem referidas, sintomas depressivos, provável demência e com dificuldade para atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Airoidi et al. (2013) verificaram valores de sensibilidade e especificidade de perguntas sobre audição em 94 idosos para identificar perdas auditivas. Os idosos faziam parte de um projeto de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e tinham idades entre 60 e 86 anos; 79,8% dos idosos eram mulheres. Não foram enquadrados na amostra os idosos que tinham histórico de alterações neurológicas, cognitivas e/ou psiquiátricas, assim como cera obstrutiva.

Os procedimentos envolveram uma inspeção do meato acústico externo, entrevista sobre os tópicos investigados (Ouve bem? Tem dificuldade de compreensão de fala? Em que situação?) e audiometria tonal liminar que permitiu a classificação da perda de audição a partir das médias dos limiares nas frequências de 0,5k, 1k, 2k e 4kHz. A partir das médias e tendo como ponto de corte 25dB, o idoso foi classificado como tendo perda auditiva ou não. As respostas às perguntas foram comparadas aos resultados da audiometria.

Com relação à audição, 66% dos idosos apresentaram limiares auditivos normais. 59,6% relataram ouvir bem, mas 54,3% apresentaram queixa específica para entender a fala. Dos que apresentavam dificuldade para compreender a fala (51 idosos), a situação elencada como mais difícil na compreensão de fala foi ambientes ruidosos (51%), seguido da compreensão ao telefone (39,2%) e fala em fraca intensidade (37,3%).

Na análise da relação entre presença/ausência de perda auditiva com respostas dos idosos às questões, verificou-se que ambas as perguntas (“Ouve bem?”, “Tem dificuldade para entender a fala?”) associaram-se com presença/ausência de perda auditiva. Das situações elencadas, a dificuldade em compreender fala em ambientes ruidosos teve relação com presença de perda auditiva.

No que se referia à sensibilidade e especificidades das questões, o questionamento “Ouve bem?” apresentou valores muito baixos (41% e 31%, respectivamente) ao contrário do questionamento “Sente dificuldade em entender a fala?” ou “Sente dificuldade em entender a fala em ambientes ruidosos?” que apresentaram valores de sensibilidade e especificidade mais elevados (75% e 71%, respectivamente)

Crispim e Ferreira (2015) estimaram a prevalência de deficiência auditiva referida e fatores associados em idosos de Manaus, Amazonas, a partir de um inquérito populacional.

Participaram 646 idosos, com idades acima de 60 anos, que moravam em domicílios. 56,2% da amostra era do sexo feminino; 57,6% tinham idades compreendidas entre 60 e 69 anos; 59,4% eram de cor parda, 76,3% declararam ser alfabetizados; 43% eram casados. A prevalência de perda auditiva foi de 25,7%, sendo que houve aumento em função da idade (32,5% para idosos com idades iguais ou superiores a 70 anos). Dentre as causas atribuídas à perda auditiva referida, o envelhecimento foi o mais citada (48,2%), seguido de doenças (22,9%), outras causas (20,5%) e acidentes de trabalho (5,4%). Dos que referiram deficiência auditiva referida, 78,4% consideraram sua saúde regular ou ruim.

2.1.2 Percepção de restrições de participação na perda auditiva decorrente do envelhecimento

A perda auditiva decorrente do envelhecimento deve ser considerada como uma perda social e psicológica já que afeta as interações interpessoais e de comunicação, comprometendo, assim, suas relações sociais (metas profissionais e qualidade de vida) (Pinzan-Faria e Iorio, 2004).

Em 1976, a Organização Mundial da Saúde (OMS) denominou as desvantagens decorrentes das deficiências e incapacidades de *handicap*, a qual refletia como o indivíduo se adaptava a essas condições/ meio ambiente (Farias e Buchalla, 2005). A partir de 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde ampliou o entendimento de incapacidade e adotou outras nomenclaturas, como a restrição na participação social que significa os problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em diversas situações de vida (Farias e Buchalla, 2005).

Muitos são os instrumentos elaborados para a investigação das restrições de participação decorrentes da deficiência auditiva. Os questionários de autopercepção são fundamentais para uma melhor compreensão da perda auditiva decorrente do envelhecimento e de seu diagnóstico (Pinzan-Faria, 2004; Veras e Matos, 2007; Magalhães e Lório, 2011; Santos et al. 2012). De acordo com Souza e Lemos (2015), o *Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE)* e o *Hearing Handicap Inventory for the Elderly - Screening Version (HHIE-S)* são frequentemente utilizados para avaliar as restrições de participação auditiva no idoso. Esses questionários são autoaplicáveis ou aplicados por meio de entrevista.

A versão completa é composta por 25 questões que abrangem os domínios social (12 questões) e emocional (13 questões). A versão resumida, denominada de *HHIE-S*, é composta por 10 questões, sendo cinco para cada domínio. As respostas para cada questão podem ser “sim”, “às vezes” ou “não”, com pontuações de quatro, dois ou zero, respectivamente. No *HHIE*, indivíduos considerados sem restrição de participação auditiva apresentam pontuação de zero a 16, os considerados com leve e moderada restrição de participação pontuam entre 18 e 42 e com restrição de participação significativa apresentam pontuações acima de 42. Na versão resumida, o indivíduo é classificado sem percepção de restrição de participação quando a pontuação varia de 0 a 8, com percepção leve/moderada quando varia de 10 a 24 e com percepção significativa quando é acima de 24 (Ventry e Weinstein, 1982, versão adaptada por Wieselberg, 1997).

Em ambas as versões, quanto maior a porcentagem, maior é a percepção do indivíduo do seu prejuízo auditivo (Nóbrega, Câmara e Borges, 2008; Souza e Lemos, 2015). Na comparação entre as duas versões, o uso do questionário completo é capaz de oferecer um panorama mais compatível com as situações de vida diária passíveis de dificuldades (Santos et al., 2012).

Esses instrumentos têm sido utilizados para identificar idosos com problemas auditivos, para avaliar o plano de intervenção na perda auditiva e seu efeito para diminuir as percepções de restrições, assim como para perceber como as incapacidades e desvantagens decorrentes da perda auditiva afetam a qualidade de vida dos indivíduos (Veras e Matos, 2007; Magalhães e Lório, 2011, Santos et al., 2012, Souza e Lemos, 2015).

Alguns autores (Santos et al., 2012; Matiazzi, 2014) apontaram a necessidade de adaptação do *HHIE* e *HHIE-S* para a realidade dos moradores de ILPIs, uma vez que perceberam, em seus estudos, que os idosos institucionalizados rejeitam simular algumas questões do questionário que não se aplicam ao seu contexto de vida, evitando respondê-las. Com a adaptação, as respostas seriam mais compatíveis com as situações vivenciadas pelos institucionalizados.

Muitas pesquisas têm sido desenvolvidas com o propósito de investigar a relação entre a percepção de restrição de participação auditiva com o grau da perda auditiva e/ou queixas auditivas e com as variáveis sociodemográficas e de saúde.

Pinzan-Faria e Lório (2004), no intuito de verificar se existe correlação entre a sensibilidade auditiva e o grau de *handicap* percebido pelos idosos, avaliaram 112 idosos, sendo 68 mulheres e 44 homens, com idades entre 65 e 91 anos (média de 73,5 anos) que compareceram para exame audiológico no Ambulatório dos Distúrbios da Audição da Universidade Federal de São Paulo. Para compor a amostra, os idosos deveriam ter idades iguais ou superiores a 65 anos, não residir em instituições públicas ou privadas e não ter sido usuário de prótese auditiva.

O instrumento utilizado foi o *HHIE-S*. Após responderem aos questionamentos, os idosos foram submetidos à avaliação audiológica, tendo sido realizados a audiometria tonal limiar e o limiar de reconhecimento de fala (LRF).

Dos 112 idosos avaliados, 55,3% apresentaram algum grau de perda auditiva, sendo que a perda leve foi a mais prevalente (29,5%), seguida da moderada (16%) e severa (9,8%). A presença de perda auditiva foi maior em homens do que em mulheres. Segundo os autores, esse fato pode ser explicado pela maior participação dos homens em atividades laborais ao longo da vida. Quanto à percepção do *handicap*, 48,2% apresentaram percepção significativa do prejuízo auditivo, seguida da percepção leve/moderada (27,6%) e ausência de percepção (24,2%). Os homens apresentaram uma percepção mais significativa do *handicap* do que as mulheres.

Uma explicação encontrada pelos autores para esse fato é que os homens, apesar da idade, continuam a manter um papel ativo na sociedade, sendo que qualquer percepção de desvantagem torna-se uma dificuldade. Ao analisar a pontuação do *HHIE-S* em relação à sensibilidade auditiva, verificou-se que o *handicap* aumenta conforme aumenta o grau da perda auditiva. A correlação entre a sensibilidade auditiva e o grau de *handicap* mostrou-se estatisticamente significativa. Outro dado percebido é que indivíduos com a mesma sensibilidade auditiva apresentam pontuações de *handicap* distintas, o que reforça que a percepção é influenciada pelo estilo de vida que o idoso vivencia em sua comunidade, ou seja, não é possível prever o comportamento e as dificuldades dos indivíduos idosos baseando-se apenas em dados audiométricos. Os dados também mostraram que indivíduos com perda auditiva podem referir uma percepção significativa; porém, os indivíduos sem perda auditiva podem referir percepção leve/moderada.

Nóbrega, Camara e Borges (2008) desenvolveram um estudo com o objetivo de verificar a audição de idosos moradores em Fortaleza, Ceará, analisando três aspectos: a autopercepção do prejuízo auditivo, o seu perfil audiológico e suas correlações. Os idosos foram selecionados aleatoriamente em três locais: Núcleo de Atenção Médica Integrada, Hospital Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e na Comunidade Santa Cecília.

No total, participaram 60 idosos sem problemas neurológicos, síndromes, distúrbios psíquicos, problemas na orelha média e nem cerúmen no meato acústico. Além disso, não estavam sendo submetidos à radioterapia e/ou quimioterapia e nem usavam aparelho auditivo. As variáveis pesquisadas foram: grupo etário (até 69 anos e a partir de 70 anos), sexo (feminino e masculino), percepção do prejuízo auditivo (critério passa/falha) e comprometimento auditivo.

Inicialmente, aplicou-se o *HHIE-S* com o objetivo de investigar os prejuízos sociais e emocionais decorrentes da perda auditiva. Para a análise das respostas do *HHIE-S*, os autores utilizaram o critério passa/falha, sendo que consideraram que o idoso passava quando a pontuação era entre zero e oito pontos e falhava quando a pontuação era acima de oito. Em seguida, após avaliação das orelhas externas e médias, o idoso foi submetido à audiometria tonal.

Quanto às características da amostra, 70% eram do sexo feminino, com idades entre 61 e 86 anos e média de 69 anos. O grupo I foi composto por 35 idosos

que tinham idades até 69 anos e o grupo II por 25 idosos com idades acima de 70 anos. Foi possível verificar relação entre aumento dos limiares com o aumento da frequência e faixa etária; o sexo masculino apresentou piores limiares nas frequências agudas em relação ao sexo feminino no grupo I Orelha Esquerda e Grupo II; verificou-se correlação entre *HHIE-S* e audiometria.

Baruzzi et al. (2009) desenvolveram um estudo com 79 indivíduos, residentes em uma ILPI, particular, da cidade de São Paulo, São Paulo. O objetivo foi de identificar o grau de sensibilidade auditiva e a autopercepção do *handicap* em idosos e verificar a relação entre ambos.

Como instrumento de coleta, utilizou-se um protocolo para o registro das informações do prontuário dos moradores: idade, escolaridade, grau de dependência para as atividades de vida diária e queixas relacionadas à audição. Os participantes também foram submetidos ao *HHIE-S* e à avaliação audiológica básica, com investigação dos limiares nas frequências de 250 a 8kHz e via óssea nas frequência 500 a 4kHz.

Os participantes tinham idades entre 66 e 100 anos, sendo que 78,48% eram mulheres (idade média de 85,13 anos; desvio padrão de 6,28) e 21,52% eram homens (idade média de 82,76 anos; desvio padrão de 6,69). Quanto à escolaridade, os resultados evidenciaram que a média de anos cursados foi de 8,63 anos; apenas 6,3% dos entrevistados foram considerados dependentes; 39,3% foram classificados como independentes e 54,4% como semidependentes; cinco indivíduos apresentaram alguma queixa relacionada à audição. Quanto aos resultados do exame audiométrico, apenas 25,3% da amostra apresentou grau de sensibilidade auditiva normal para as frequências baixas e médias e 8,9% à direita e 7,6% à esquerda para as altas, sendo o grau leve o mais frequente para as baixas e médias, e o moderado para as altas, para ambos os lados. A maioria dos idosos não apresentou percepção do *handicap* auditivo (64,6%).

Houve alta prevalência de deficiência auditiva, porém sem percepção do *handicap* na maioria dos indivíduos avaliados.

Santiago e Novaes (2009) em estudo realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, investigaram as queixas auditivas e caracterizaram a percepção dos

prejuízos sociais e emocionais decorrentes da perda auditiva. Participaram 35 idosos com idades entre 60 e 88 anos, dos quais 31,4% eram do sexo feminino.

A metodologia envolveu a realização de uma entrevista semiestruturada para a obtenção de dados sociodemográficos, de condições de saúde e da percepção de restrições de participação auditiva em idosos (*HHIE*). Verificou-se que 48,6% eram casados e 45,7% haviam concluído o ensino fundamental; 42,9% e 28,6% consideraram sua saúde e sua audição como boas, respectivamente; 77,1% referiram apresentar algum problema de saúde, sendo que 94,3% faziam uso de medicação. 71,4% dos entrevistados não percebiam restrições de participação auditiva. Na análise por domínio, verificou-se que 80% dos idosos apresentaram respostas negativas para todas as questões do domínio social, ao contrário das questões do domínio emocional, em que 28,6% da amostra perceberam alguma restrição e 5,7% apresentaram respostas negativas para todas as questões desse domínio. Assim, foi possível constatar que os idosos sentem mais prejuízos auditivos em situações que envolvem o convívio social. Os idosos acima de 70 anos sentiam mais necessidade de repetição do que foi dito e de aumentar o volume da TV e rádio do que aqueles com idades entre 60 e 69 anos.

Sousa e Russo (2009) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a audição de idosos e verificar a percepção dos mesmos sobre sua condição auditiva. A amostra do estudo foi composta por 40 idosos da Universidade aberta à Terceira Idade da Universidade do Estado da Bahia, em Cabula, Salvador.

Dos idosos participantes, 34 (85%) eram do sexo feminino e seis do masculino, com idades entre 61 e 88 anos. Como instrumentos de coleta, utilizou-se um roteiro de entrevista elaborado pelos pesquisadores com 11 itens e o Inventário Auditivo para Idosos (IAPI), traduzido e adaptado, com 14 perguntas.

A entrevista abordou os seguintes dados: identificação pessoal, prática de atividade física, lazer, problemas de saúde em geral com diagnóstico médico relacionado a problemas cardíacos, diabetes, hipertensão arterial, distúrbios em coluna cervical, distúrbio visual, de sono e de ansiedade. O IAPI emprega pontuação em escala *Likert*, de 0 (nunca) à 3 (sempre) para as perguntas e classifica os respondentes de acordo com a pontuação obtida: pontuação inferior a 10 pontos indica ausência de percepção da perda auditiva e superior a 10 pontos, indica

presença de percepção. Os achados audiológicos foram relacionados aos resultados da aplicação do IAPI.

Dos idosos participantes, 55% apresentaram algum grau de perda auditiva, sendo o grau moderado mais prevalente (31,3%) que o grau leve (23,7%). Apenas 17,5% perceberam a perda auditiva a partir do IAPI, o que significava que não existiu uma relação de dependência entre essas variáveis. Com o aumento da idade, houve maior ocorrência de perda auditiva no sexo masculino do que no feminino. Também foi verificado um aumento gradativo da perda auditiva em relação ao aumento da idade.

Saito et al. (2010), a partir de um estudo longitudinal realizado na cidade de Takasaki, Japão, verificaram se a percepção de restrição na perda auditiva seria capaz de prever sintomas de depressão em idosos.

Participaram da pesquisa 580 idosos que, inicialmente, não tinham sintomas de depressão. Os procedimentos envolveram a aplicação de uma entrevista para a obtenção de dados pessoais e das condições de saúde, de audiometria para a comprovação de deficiência auditiva, do *HHIE-S* para a verificação do grau de percepção das restrições decorrentes da perda auditiva e do *GDS-15* para a investigação da presença ou ausência de sintomatologias depressivas.

Idosos com percepção de restrições de participação auditiva tiveram maior incidência de quadro depressivo (19,6%) do que os sem percepção (8%). Desse modo, constatou-se que o resultado do *HHIE-S* pode prever futuros sintomas depressivos, indicando que as condições emocionais e sociais dos idosos com perda auditiva têm importante papel na saúde mental.

Solheim, Kvaerner e Falkenberg (2011) avaliaram as consequências cotidianas da perda auditiva em idosos e relacionaram-nas com perda auditiva, percepção subjetiva da saúde, satisfação, sexo, idade e *status* marital.

Participaram do estudo 84 participantes de um hospital público em Oslo, Noruega, que estavam aguardando na fila de espera para exame audiológico e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tinham idades iguais ou acima de 65 anos, tinham desejo expresso de receber aparelho auditivo e haviam sido encaminhados por clínico geral. Não apresentavam doenças sérias que pudessem limitar sua participação, demência senil ou dificuldade em se comunicar.

Como instrumentos de coleta, foram empregados: testes audiológicos, questionários sobre consequências cotidianas da deficiência auditiva, pergunta subjetiva sobre condições de saúde e satisfação geral de vida.

A perda auditiva foi avaliada a partir de um audiômetro. As médias foram obtidas nas frequências de 500, 1k, 2k e 4kHz. As desabilidades e desvantagens decorrentes da perda auditiva foram avaliadas a partir do *Hearing Disability and Hearing Handicap Scale (HDHS)*. Os participantes também foram avaliados quanto à satisfação pela vida e quanto ao adjetivo de sua saúde.

Dos participantes, 64% eram mulheres e 54,9% eram viúvos, solteiros ou divorciados. Metade apresentou perda auditiva de grau leve e 41,7% grau moderado. A análise das correlações mostrou que as desabilidades estiveram relacionadas com perda auditiva e saúde e as desvantagens com grau de satisfação geral da saúde.

Magalhães e Lório (2011), em estudo realizado com 50 idosos com indicação de adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) na cidade de São Paulo, objetivaram verificar o efeito da adaptação das próteses auditivas na qualidade de vida e na restrição de participação. A amostra do estudo foi composta por 23 mulheres e 27 homens, com idades iguais ou superiores a 60 anos. Os indivíduos foram distribuídos em dois grupos etários: de 60 a 74 anos (48%) e com 75 anos ou mais (52%).

Como instrumentos de coleta, foram utilizados o *HHIE* e o Inventário de Qualidade de Vida denominado *Medical Outcomex Study 36 - item short form health survey - sf36 (MOS SF-36)*. O *MOS SF-36* é um questionário composto por 36 itens que se resumem em oito escalas (capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental). A técnica utilizada foi papel e lápis.

Os resultados evidenciaram que, tanto na escala emocional quanto na social do *HHIE*, no período anterior à adaptação, os homens perceberam mais prejuízos decorrentes da perda auditiva, em ambos os grupos etários, em comparação às mulheres. Essa diferença foi estatisticamente significativa. Quanto à variável idade, os idosos de maior faixa etária apresentaram maior autopercepção de restrição de participação em comparação com outro grupo.

Na análise do *SF36*, verificou-se que o aspecto emocional foi o que apresentou menores escores dentre os idosos, sendo que as mulheres apresentaram os piores resultados em comparação aos homens, o que indica que as mulheres são mais suscetíveis a problemas emocionais.

Santos et al. (2012) desenvolveram um estudo a fim de comparar a diferença na percepção de restrição de participação decorrente de perda auditiva em indivíduos longevos (80 anos ou mais) e não longevos, institucionalizados na Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados, da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no ano de 2010. A pesquisa contou com a participação de 100 idosos.

A coleta foi realizada dentro da instituição e ocorreu a partir de dois instrumentos. O primeiro foi um inventário sociodemográfico que continha as seguintes informações: sexo, idade, escolaridade, estado civil e tempo de institucionalização. O segundo instrumento foi o questionário de autoavaliação *HHIE*. O questionário foi aplicado numa abordagem frente a frente, na qual a entrevistadora fazia a leitura e anotava a resposta do entrevistado.

Quanto aos resultados do estudo, verificou-se que a idade dos participantes variou de 59 a 74 anos; 70% eram mulheres; a maior ocorrência quanto ao estado civil foi de solteiros (37%), seguida de viúvos (31%); a maioria (73%) apresentava o ensino fundamental incompleto, ou seja, tinham menos de oito anos de estudo; 35% tinham entre um e três anos de institucionalização, enquanto que 30% tinham mais de cinco anos. Quanto à análise das associações, verificou-se que o estado civil viúvo e solteiro esteve mais associado com os indivíduos longevos.

Este estudo também revelou que 66% dos moradores não apresentaram percepção de restrição de participação, 14% apresentaram uma percepção leve a moderada e 20% apresentaram uma percepção severa. Apesar de se notar que a restrição de participação foi maior em indivíduos longevos (41,50%) do que nos não longevos (25,50%), essa diferença não foi considerada estatisticamente significativa. Os tipos de restrição percebidos não teve associação com as variáveis “sexo”, “estado civil”, “escolaridade” e “tempo de institucionalização”. A percepção de restrição de participação por escores emocionais e sociais também não apresentou associação com a longevidade, apesar de se notar aumento do escore em função do aumento da idade.

Rodrigues et al. (2012) verificaram a correlação entre as respostas obtidas pelo questionário de restrições de participação derivadas de dificuldades auditivas (*HHIE*) e os limiares de audibilidade de um grupo de idosos institucionalizados.

O estudo envolveu a análise de prontuários de um grupo de idosos residentes na Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que possuíam os resultados do questionário *HHIE* e da avaliação audiométrica. Foram incluídos na amostra, 41 indivíduos que apresentavam os registros de ambas as informações. A faixa etária dos idosos investigados era de 63 a 92 anos (média de 78 anos e 6,87 de desvio padrão), sendo que 30 pertenciam ao sexo feminino.

Os resultados revelaram que todos os participantes apresentavam algum grau de perda auditiva, sendo que 41,4% apresentaram perdas de grau ligeiro, seguida da perda moderada de 1º grau (36,5%). Quanto à percepção de restrição de participação, apenas 34,2% dos idosos apresentaram algum tipo de restrição. A análise da correlação entre as duas variáveis (*HHIE* e grau da perda auditiva) indicou correlação positiva fraca, estatisticamente não significativa, embora os idosos com maior percepção de restrição de participação de origem auditiva terem sido aqueles com maior grau de perda auditiva.

Mattiazzi et al. (2014) estudaram 10 idosos institucionalizados com suspeita de perda auditiva de modo a relacionar os resultados audiológicos com seus níveis de autopercepção da restrição de participação e desempenho no Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os idosos pertenciam a uma ILPI de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Foram realizados os seguintes procedimentos: pesquisa dos limiares auditivos por via aérea nas frequências de 250 a 8kHz e teste de emissões otoacústicas transientes. As desvantagens impostas pela deficiência auditiva foram avaliadas a partir do *HHIE-S*. Por ultimo, foram avaliados quanto à função cognitiva por meio do MEEM.

Dos idosos estudados, apenas um (10%) era homem. A idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 89 (média de 77,2 anos). Metade apresentou ensino fundamental incompleto. Quanto aos achados audiológicos, 80% apresentaram perda auditiva e 60% apresentaram autopercepção de restrição de participação. Ao correlacionar achados audiológicos com resultados do *HHIE*, verificou-se ausência

de compatibilidade entre essas variáveis, ou seja, idosos com mesmo grau de perda auditiva apresentam diferentes níveis de restrição de participação e um idoso com grau moderado/profundo de perda auditiva não apresentou restrição de participação.

Chiossi et al. (2014), em pesquisa realizada com 72 idosos, alunos de um curso de idiomas da Universidade Aberta à Terceira Idade de São Paulo, verificaram a autopercepção de idosos ativos sobre o impacto de mudanças auditivas senescentes em sua vida diária, bem como a influência desse impacto na qualidade de vida.

Os idosos investigados eram alfabetizados e não apresentavam comprometimentos motores, visuais ou cognitivos, autodeclarados ou identificados pelos pesquisadores. Para a avaliação do impacto da audição, utilizou-se o *HHIE* simplificado e para avaliar a percepção da qualidade de vida, utilizou-se o questionário proposto pela Organização Mundial da Saúde, o *World Health Organization Quality of Life - Old (WHOQOL-Old)*.

O *WHOQOL - Old* apresenta 24 itens, pontuados de um a cinco, sobre seis facetas: funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer, e intimidade. O escore varia de zero a 120, sendo que quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida. Os dados dos questionários foram correlacionados com aspectos sociodemográficos, culturais e de saúde dos participantes, como: idade, sexo, estado civil, escolaridade, número de filhos, coabitação, atividades físicas e doenças.

Os participantes tinham idade média de 68,5 anos, tendo estudado, em média, 12,1 anos. Eram, em sua maioria, viúvos (36,1%) e casados (31,9%); A maioria praticava atividade física (59,7%) e apresentava pelo menos uma doença crônica (86,1%). 45,8% dos idosos entrevistados relataram perceber os efeitos das mudanças auditivas na vida diária, sendo que essa percepção correlacionou-se com o escore de qualidade de vida. Outro dado observado na pesquisa foi que a desvantagem auditiva percebida no domínio social foi superior àquela percebida no domínio emocional. Para os autores, o impacto emocional é menor que o social, pois, além de perceberem mudanças no cotidiano, os idosos foram se adaptando ao longo do tempo. Os autores reforçaram a necessidade de mais estudos sobre o tema, com grupos de idosos com rotinas e experiências diversas.

2.1.3 A depressão e o envelhecimento

A depressão é uma das principais causas de incapacidade no idoso, possibilitando o comprometimento de sua independência e autonomia, e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (Gazalle et al., 2004; Galhardo, Mariosa e Takata, 2010). Segundo Reis et al. (2011) e Vaz e Gaspar (2011), esse quadro é um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência entre os idosos e não deve ser considerado como uma consequência natural do envelhecimento. Se não tratada, a depressão pode levar ao aumento da mortalidade (Vaz e Gaspar, 2011).

A depressão caracteriza-se por ser um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor que acarreta forte influência nos aspectos biológico, psicológico e social. Dentre os principais sintomas, estão o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (Carreira et al., 2011).

Vários são os fatores que favorecem a instalação e/ou manutenção desse quadro no idoso: aumento de doenças crônicas e dependências advindas dessas doenças, maior fragilidade e vulnerabilidade, aumento de gastos com medicamentos e eventos traumáticos, tais como divórcio, acidentes, perdas de familiares e amigos (Drago e Martins 2012). Além disso, a institucionalização também é considerada como situação estressante e desencadeadora de depressão (Freitas e Noronha, 2010; Carreira et al., 2011; Reis et al. 2011).

A depressão em ILPIs tem sido constantemente relatada como um quadro comum entre os idosos (Vaz e Gaspar, 2011). O confinamento na instituição, sem a presença dos familiares, aliado a pouca oferta de atividades, pode tornar os idosos introspectivos e isolados do convívio social, o que contribui para a depressão (Freitas e Noronha, 2010; Carreira et al., 2011).

Existem escalas que rastreiam sinais de depressão na população de idosos. A mais utilizada tem sido a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale - GDS*), cuja versão completa de 30 questões fechadas, *GDS-30*, foi criada por Yesavage et al. (1983). A escala sugere depressão quando a pontuação exceder 10 pontos, sendo que pontuações entre 11 e 20 indicam depressão moderada e acima de 20 indicam depressão grave. Outras versões resumidas da mesma escala estão disponíveis, como *GDS-1*, *GDS-4*, *GDS-10*, *GDS-15*, consideradas como ótimos instrumentos de rastreamento de depressão (Almeida e Almeida, 1999). Nestas escalas, compostas por perguntas fechadas e dicotômicas, a cada resposta

afirmativa para sintomas depressivos, somava-se 1 ponto. Todas as versões podem ser autoaplicadas ou aplicadas por pessoal sem formação médica ou psiquiátrica (Castelo et al., 2006).

No intuito de conhecer a prevalência dessa desordem nos idosos em diferentes contextos e de compreender seus fatores associados e sua influência na qualidade de vida, serão descritos alguns estudos.

Ceinos (2001) avaliou o nível de depressão de idosos do município de Vizcaya, Espanha. Participaram 499 idosos, aposentados, maiores de 70 anos, com níveis socioeconômicos semelhantes. Destes, 258 (102 homens e 156 mulheres) moravam em domicílios com seus familiares e 241 em ILPIs.

Como instrumento de coleta, utilizou-se a versão espanhola do questionário de depressão de Beck, que consta de 19 itens para os quais os idosos devem selecionar uma resposta. Ao final, a pontuação permite classificar os idosos em cinco níveis: depressão leve, depressão leve-moderada, depressão moderada, depressão moderada-grave e depressão grave.

Os resultados revelaram que 58,4% da amostra de idosos domiciliados apresentavam algum grau de depressão, dos quais 27,1% apresentavam sintomatologia leve, 16,6% moderada e 14,7% grave. Em relação aos institucionalizados, 62,9% apresentam algum grau de depressão, dos quais 37,3% apresentavam sintomatologia moderada-grave, 20,7% grave e 4,9% leve-moderada.

A análise da sintomatologia em idosos residentes em casas com familiares revelou que os homens apresentaram mais sintomatologia leve (36,2%) em relação à grave (3,9%); as mulheres apresentaram mais sintomatologia leve-moderada (25,6%) do que grave (21,7%). Na análise da sintomatologia em idosos institucionalizados, verificou-se que os homens apresentam mais sintomatologia moderada-grave (49,1%) do que leve-moderada (1,6%). As mulheres, por sua vez, apresentaram mais sintomatologia moderada-grave (33,3%) do que leve-moderada (6,1%).

Com relação ao nível de depressão, 42% dos homens e 53% das mulheres residentes em domicílios e 82% dos homens e 66% das mulheres residentes em ILPIs apresentaram nível de depressão moderada-grave, o que reforça a necessidade de se investir no diagnóstico e tratamento precoces de idosos.

Porcu et al. (2002) investigaram a prevalência de sintomas depressivos em idosos da cidade de Maringá, Paraná. Participaram do estudo 90 idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, dos quais 30 estavam internados num hospital público, 30 moravam em uma ILPI filantrópica e 30 residiam num bairro de classe média baixa de Maringá. Foram excluídos os idosos com diagnóstico de demência e aqueles que faziam uso de drogas psicotrópicas.

A avaliação da prevalência de sintomas de depressão ocorreu mediante a aplicação da versão longa da Escala de Hamilton para a Avaliação da Depressão (HAM-D) (Hamilton, 1960), adaptada de Blacker (2000). As variáveis analisadas foram o local onde o idoso se encontrava, idade, sexo e estado civil. Para a análise da idade, os idosos foram divididos em dois grupos: com idades até 75 anos e acima de 75 anos.

Os resultados evidenciaram alta prevalência de sintomas depressivos entre os idosos hospitalizados (56,67%) e institucionalizados (60%), sendo que estes apresentaram índices maiores e significativos em relação aos idosos residentes em domicílios (23,34%). Também foi possível perceber índices mais elevados em mulheres do que em homens em todos os locais, o que foi estatisticamente significativo. Ideações, gestos ou tentativas de suicídio foram mais prevalentes em idosos institucionalizados (33,3%) em relação aos hospitalizados (26,7%) e residentes em domicílios (13,3%). As variáveis 'idade' e 'estado civil' não apresentaram importância significativa na prevalência de sintomas depressivos muito graves.

Gazalle et al. (2004) realizaram um estudo de base populacional com o objetivo de avaliar a frequência de sintomas depressivos, elaborar escores de sintomas depressivos e identificar fatores associados à ocorrência dessa desordem em idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul.

Como instrumentos de coleta, utilizaram um questionário previamente elaborado com oito perguntas simples sobre sintomas depressivos, além de questões demográficas, socioeconômicas e fatores possivelmente associados a sintomas depressivos. Nos domicílios sorteados para pertencer à amostragem, 612 idosos foram considerados elegíveis para o estudo, no entanto, apenas 583 responderam o questionário.

Dos participantes, 61,75% eram mulheres, com idades entre 65 e 74 anos (49,57%), de cor branca (86,96%), com companheiro (51,80%), com baixa escolaridade (entre um e quatro anos (35,85%) e analfabetos (22,81%)), com nível social D e E (45,79%), segundo ABEP, sem trabalho remunerado (81,30%), sem atividades comunitárias (68,44%), com baixa atividade física (50,94%).

Quanto aos sintomas depressivos, a média de sintomas por participante foi de 3,4 (desvio padrão: 2,1). Os sintomas mais prevalentes foram: “falta de disposição” (73,9%), “preferir ficar em casa” (60,4%) e “pensar muito no passado” (53%). No cruzamento simples entre variáveis, verificou-se maiores médias de sintomas depressivos em mulheres, naqueles com maior idade, indivíduos de cor branca, sem companheiro(a), com menor escolaridade, menor nível social, sem trabalho remunerado, sem participação em atividades comunitárias, com perda por morte de algum familiar ou pessoa importante no último ano e com baixa atividade física.

Castelo et al. (2006) avaliaram a validade da Escala de Depressão Geriátrica na versão simplificada de quatro itens (*GDS-4*) para rastreamento de idosos atendidos em unidades primárias de saúde de Fortaleza, Ceará. Os autores estudaram 220 pacientes, com idades entre 60 e 80 anos (média de 68,3 anos).

Os procedimentos do estudo envolveram a aplicação de um questionário contendo características sociodemográficas, aplicação do *GDS-4* e entrevista psiquiátrica com o objetivo de diagnosticar ausência ou presença de um episódio depressivo maior, segundo Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (*DSM-IV*).

Dos idosos participantes, 72,7% eram do sexo feminino e 59,5% pertenciam a faixa etária de 60 a 69 anos. A maioria (56,4%) era solteira, divorciada ou viúva. 43,6% apresentavam ensino fundamental incompleto e 36,4% eram analfabetos. O *GDS-4* mostrou sensibilidade de 84,2% e especificidade de 74,7%, especialmente com o ponto de corte de uma resposta compatível com depressão.

Santana e Barboza Filho (2007) desenvolveram um estudo com o objetivo de estimar a prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados e investigar os fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais associados a esse evento.

A pesquisa ocorreu na cidade de Salvador, Bahia, em duas instituições asilares, sendo uma pública e outra filantrópica. A instituição pública contava com 145 idosos, sendo 94 mulheres e 51 homens, enquanto que a filantrópica funcionava com 110 idosos, dos quais 97 eram mulheres e 13 homens.

A avaliação dos idosos ocorreu a partir de entrevista com roteiro semiestruturado elaborado pelos autores, do MEEM, do *GDS-15* e da consulta a prontuários dos idosos, disponibilizados pelas instituições.

A partir da entrevista, foram levantadas as seguintes informações: idade, sexo, idade civil, cor, religião e prática religiosa, grau de escolaridade, renda mensal, hábito de fumar e uso de antidepressivos. Após a entrevista, aplicou-se o MEEM, sendo que os pontos de corte foram adotados de acordo com a escolaridade: 14 para baixa escolaridade, 18 para média escolaridade e 24 para alta escolaridade.

No total, a amostra final foi composta por 133, uma vez que dos 255 idosos institucionalizados, 49 (19%) apresentavam déficits sensoriais graves, 55 recusaram (22%) e 18 (7%) não atingiram a nota de corte do MEEM. A maioria dos idosos era do sexo feminino (66,9%), tinha idades entre 60 e 80 anos (61,7%), era solteira (54,9%), com baixa escolaridade (63,1%); 45,9% eram de cor parda.

A prevalência de sintomas depressivos nas duas instituições foi de 21,1%. Não houve associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva e fatores demográficos como idade, sexo, estado civil e cor/raça.

Em relação aos fatores socioeconômicos e comportamentais, a maioria dos idosos era católica (86,5%), referiu prática religiosa (69,9%), renda mensal de um a três salários mínimos (57,1%), não tinha ocupação na instituição (57,1%), não era fumante (88%) e não fazia uso de antidepressivos (95,5%). Não houve associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva e esses fatores socioeconômicos e comportamentais.

Galhardo, Mariosa e Takata (2010) investigaram a prevalência de sintomas depressivos e o perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo ou sensorial de Pouso Alegre, Minas Gerais.

Participaram da pesquisa 46 idosos com idades iguais ou superiores a 60 anos de duas ILPIs, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: aceitaram participar do estudo e não apresentavam diagnóstico de demência ou déficit sensorial que impedisse a comunicação com o pesquisador.

Como instrumento de coleta, utilizou-se um questionário com dados sociodemográficos e clínicos e a Escala *GDS-15*.

Os resultados revelaram que 83% da amostra era composta por mulheres, 74% por brancos, com idades entre 60 e 96 anos (média de idade de 75,3 anos). Quanto ao estado civil, 57% eram solteiros, 30,9% casados e 4% divorciados. Quanto à escolaridade, 61% eram analfabetos, 37% tinham ensino fundamental incompleto e 2% ensino fundamental completo. Quanto à renda salarial, 72% recebiam um salário mínimo e os demais não tinham renda; 59% mencionaram desejo de ir embora da instituição e 57% de estar entre parentes; 74% mencionaram receber parentes na instituição e 76% mencionaram ter parentes de primeiro grau na cidade. Para 74% dos idosos, o motivo da institucionalização foi social, devido à falta de suporte familiar.

Em relação às doenças, verificou-se maior ocorrência das cardiovasculares (76%), neuropsiquiátricas (57%), gastrointestinais (26%), endocrinológicas (15%) e osteoarticulares (11%). A média de remédios diários foi de 5,8 por idoso. Com relação à avaliação da depressão, 65% apresentavam sintomatologia depressiva, sendo 63% para depressão leve e 2% para grave.

Vaz e Gaspar (2011) desenvolveram um estudo em Bragança, Portugal, com o objetivo de determinar a prevalência de sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados, assim com os fatores de risco a ela associados (nível cognitivo, idade, sexo, adaptação à institucionalização, atividades de lazer, solidão e dependência nas atividades de vida diária).

190 idosos se voluntariaram a participar do estudo, no entanto, apenas 186 atenderam aos critérios de inclusão: estavam institucionalizados a, pelo menos, dois meses, foram capazes de acompanhar a entrevista na totalidade e não apresentaram demência, a partir da avaliação do MEEM.

Para a coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) questionário de autoavaliação sobre características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, sentimento de solidão e situação econômica, motivo, iniciativa e tempo de institucionalização); 2) Escala *GDS-30*; 3) MEEM para identificar nível cognitivo e possível demência; 4) Índice de Barthel para avaliar o nível de independência do sujeito na realização das atividades de vida diária; 5) Índice de Adaptação, elaborado pelos autores, composto por nove questões que

medem, a partir de escala *Likert* a adaptação do sujeito à condição institucional, medindo os seguintes aspectos: presença de um confidente ou relação íntima, relação com funcionários e outros residentes, apoio familiar, privacidade e alimentação; 6) Índice de Atividade e Lazer, elaborado pelos autores, composto por sete questões que medem, a partir de escala *Likert*, a importância atribuída à ocupação de tempos livres: ler, ver televisão, ouvir música, passear, fazer tricô, jogar cartas, conversar com amigos; 7) Índice de Solidão, elaborado pelos autores, composto por uma questão que mede, a partir de escala *Likert*, a frequência com que o indivíduo se sente só.

Quanto aos dados sociodemográficos, a maior parte dos idosos era do sexo feminino (61,3%), viúva (67,7%), com idades compreendidas entre 74 e 86 anos, sem filhos (19,9%), com baixo nível de escolaridade (39,2% de analfabetos e 33,9% com instrução primária), agricultores de profissão (53,8%), com baixa situação económica (56,3%) e uma média de tempo de institucionalização de 3,9 anos. 44,1% dos idosos alegaram que o motivo da institucionalização foi a dificuldade de auto cuidar-se, seguida da falta de apoio familiar (32,8%). Para 57% dos idosos, a iniciativa da internação foi deles próprios e para 41,4% foi dos familiares.

A sintomatologia depressiva prevaleceu em 46,7% da amostra, sendo que 33,3% apresentaram depressão ligeira e 13,4% depressão grave. Verificou-se correlação entre depressão e nível cognitivo, sendo possível observar ligeira tendência de aumento da depressão nos idosos com menor nível cognitivo. Da mesma forma, verificou-se correlação entre depressão e sexo, sendo que as mulheres apresentaram mais sintomatologia do que os homens (50,9% vs 40,3%). O estudo também revelou outras correlações, sugerindo que o nível de depressão é mais elevado em idosos com menor adaptação à institucionalização, naqueles que dão menos importância para as atividades de lazer e nos idosos mais dependentes nas atividades de vida diária. A análise de regressão indicou que a variável 'solidão' é a que mais prevê a depressão, seguida das variáveis 'índice de atividade de lazer' e 'sexo'.

Carreira et al. (2011) desenvolveram um estudo com o objetivo de investigar a prevalência de depressão em idosos institucionalizados, do município de Maringá, Paraná, utilizando a Escala *GDS-30*.

Participaram do estudo 60 idosos de uma ILPI filantrópica, dos quais 60% eram homens, com idades compreendidas entre 60 e 101 anos. 30% dos idosos tinham idades entre 60 e 64 anos e 20% entre 70 e 74 anos. Em relação à escolaridade, 45% dos idosos eram analfabetos, 33,3% não haviam concluído o ensino fundamental, 15% concluíram o ensino fundamental, 5% apresentavam ensino médio incompleto e 1,7% ensino médio completo. Essa instituição atendia, na época do estudo, 92 idosos, no entanto, 18 recusaram participar e 14 não atenderam aos critérios de inclusão no estudo, pois apresentavam quadros de demência ou estados de confusão diagnosticados em exames clínicos anteriores.

Os resultados revelaram que 61,6% dos idosos foram classificados como depressivos, dos quais 58,3% revelaram depressão leve ou moderada e 3,3% depressão grave. Índices mais altos de depressão foram encontrados em idosos com idades até 79 anos (51,7%) e mais baixos nos acima de 79 (10,1%); 36% dos idosos estavam institucionalizados há menos de um ano, no entanto, neste estudo, a depressão não apresentou relação com o aumento do tempo de institucionalização. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a prevalência da depressão em homens e em mulheres. Dentre os idosos depressivos, 46,7% eram solteiros, 36,6% viúvos e 16,7% divorciados.

Reis et al. (2011) analisaram a influência do quadro depressivo sobre a capacidade funcional de 23 idosos de uma ILPI do município de Jequié, Bahia, com condições mentais para responder aos questionários aplicados e com depressão.

Inicialmente, para verificar a existência de comprometimento cognitivo, aplicou-se o MEEM na forma reduzida. Para a identificação de idosos com quadro de depressão, utilizou-se a Escala *GDS-30*. A partir do momento em que foi constatado quadro de depressão e ausência de comprometimento cognitivo, os idosos foram interrogados quanto aos dados sociodemográficos. Em seguida, a capacidade funcional foi avaliada pelo índice de Barthel (Lucena et al., 2002), composto por 10 atividades (alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas). Mediante os dados coletados, foi investigada a correlação entre o quadro depressivo e a limitação funcional.

A análise dos dados evidenciou predomínio de homens (65,22%), idade mínima de 60 anos e máxima de 85 anos (média de 71,52 anos). 78,26% dos idosos

apresentavam idades compreendidas entre 60 e 79 anos. 60,87% eram solteiros e 69,57% analfabetos.

Quanto ao grau de depressão, 82,61% apresentavam depressão severa e 17,39% leve. O grau de depressão não apresentou associação com idade, sexo, estado civil ou escolaridade. Em relação ao grau de dependência funcional, a maior parte dos idosos apresentava dependência funcional leve (47,83%); 21,74% apresentavam dependência moderada, 8,69% grave e apenas 21,74% foram considerados independentes. O grau de dependência funcional dos idosos não apresentou associação com idade, sexo, estado civil ou escolaridade. Por outro lado, ao correlacionar o estado depressivo com a capacidade funcional dos idosos, verificou-se correlação significativa e uma correlação negativa forte.

Drago e Martins (2012), em pesquisa realizada nos municípios de Faro, Tavira e Olhão, Portugal, objetivaram determinar os níveis de depressão no idoso, assim como a influência nela exercida pelos aspectos sociodemográficos, grau de satisfação com a vida e nível de independência nas atividades básicas de vida diária.

Participaram do estudo, 119 idosos, dos quais 78 residiam em domicílios e 41 em instituições. Para a coleta, utilizou-se um formulário estruturado em quatro partes. A primeira contemplava aspectos sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, situação econômica, local onde residia, presença de doenças). A segunda foi constituída pelo índice de independência nas atividades de vida diária desenvolvido por Katz (1963), o qual classifica o idoso em independente, pouco dependente e muito dependente. A terceira parte questionava a satisfação com a vida a partir de uma escala de *Likert*, classificando os idosos em pouco satisfeitos, moderadamente satisfeitos e muito satisfeitos. A quarta parte avaliava a depressão a partir da Escala *GDS-30*, classificando os idosos em: sem depressão, depressão ligeira, depressão grave. Com relação a essa categorização dos idosos, verificou-se que a maioria dos participantes eram independentes (84%); quase metade (48,7%) informou estar satisfeita com a vida e 70,6% apresentavam uma depressão ligeira.

Os resultados evidenciaram que dos idosos investigados, 65,5% eram mulheres, com idades entre 65 e 95 anos (média de 78 anos). A viuvez foi o estado civil mais prevalente (45,4%), assim como baixos níveis de escolaridade (apenas

9,2% possuíam escolaridade acima de oito anos) e renda econômica próxima do limiar da pobreza. 76,5% eram aposentados e 49,6% moravam em domicílio próprio. 80,7% apresentavam alguma doença concomitante.

A análise inferencial dos dados revelou que os fatores sociodemográficos interferiram na ocorrência da depressão, com exceção da variável “situação econômica”. Assim, a depressão foi maior em mulheres, em idosos de idades mais avançadas, em viúvos/divorciados, em institucionalizados e naqueles com doenças concomitantes. Os idosos independentes, assim como os mais satisfeitos com a vida, foram os menos depressivos.

Silva et al. (2012) avaliaram a prevalência de depressão em idosos institucionalizados e possíveis fatores associados em cinco ILPIs do distrito federal. Das cinco instituições, duas eram filantrópicas e três privadas; todas atendiam idosos de ambos os sexos, dependentes ou independentes.

Dos 299 idosos institucionalizados, dois (0,7%) tinham idades inferiores a 60 anos, 16 (5,3%) recusaram a participação e 179 (60%) não apresentavam condições clínicas para responder o questionário, devido à demência, rebaixamento do nível de consciência ou doenças psiquiátricas prévias. Assim, a amostra do estudo foi composta por 102 participantes.

A coleta de dados ocorreu a partir de um questionário elaborado pelos autores, composto por três partes: 1) aspectos socioeconômicos (sexo, idade, estado civil, cor, grau de escolaridade e religião), 2) fatores que poderiam influenciar no desencadeamento de depressão em idosos (uso de medicamentos, grau de dependência/ limitação e tempo de institucionalização), 3) sinais e sintomas predeterminados que poderiam associar-se à depressão (insônia, dor, taquicardia, suor excessivo). Os idosos também foram submetidos à aplicação da Escala *GDS-15*.

Na população investigada, houve predomínio de mulheres (60,8%), de idosos acima de 80 anos (41,2%), de cor branca (43,1%) e de solteiros (35,3%). O tempo médio de estudo dos participantes foi de 5,6 anos e 84,3% dos idosos recebiam aposentadoria.

A análise estatística evidenciou associação entre depressão e variáveis demográficas ‘idade’ e ‘sexo’. Em relação à idade, a proporção de indivíduos com depressão, bem como sua gravidade aumentam com a idade. Assim, enquanto que

nenhum idoso na faixa etária de 60 a 69 anos apresentou sinais de depressão severa, 14,3% dos idosos entre 70 e 80 anos e 19% de idosos acima de 80 anos apresentaram esses sinais. Sinais de depressão também foram mais prevalentes em mulheres (58,1%) em relação aos homens (35%).

Também foi possível verificar associação entre depressão e existência de algum tipo de limitação/ dependência, bem como insatisfação com a instituição na qual residiam. Dentre os idosos com depressão, 60,4% apresentavam algum tipo de limitação e 80,8% se diziam insatisfeitos com a instituição.

Leal et al. (2014) desenvolveram um estudo com o objetivo de conhecer a prevalência de sintomatologia depressiva e fatores sociodemográficos em idosos institucionalizados. Neste estudo transversal, os autores realizaram a coleta em dois cenários diferentes: num país latino americano em desenvolvimento e num país europeu desenvolvido. As cidades selecionadas para participar foram Recife do Brasil e Coimbra de Portugal.

A amostra foi composta por 553 idosos institucionalizados, sendo 211 brasileiros e 342 portugueses, dos quais a média de idade dos brasileiros era de 81,14 anos e dos portugueses de 82,22 anos, o que não indicou diferenças na faixa etária dos grupos estudados. A coleta de dados ocorreu a partir de uma entrevista sobre dados sociodemográficos e da aplicação da *GDS-15*. Uma vez identificados os idosos depressivos, foi feita uma análise do perfil desses idosos, a partir da elaboração de uma árvore de classificação/decisão, tendo por base a origem dos participantes.

Nos idosos institucionalizados brasileiros, a prevalência de sintomatologia depressiva foi 49,76%, enquanto que nos portugueses foi de 61,40%. Os idosos brasileiros tiveram como principais fatores associados à depressão: ser solteiro, analfabetos ou com poucos anos de estudo e mulher. Em contrapartida, os fatores associados dos portugueses são: não serem solteiros, terem idades superiores à 70 anos e com baixo número de anos de estudo.

Santiago e Mattos (2014) analisaram a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados de quatro cidades brasileiras: Rio de Janeiro/RJ, Juiz de Fora/MG, Campo Grande/MS e Cuiabá/MT.

No total, participaram 462 idosos institucionalizados, que foram capazes de responder às perguntas dos questionários. Os sintomas depressivos foram avaliados a partir da Escala *GDS-15*. Outras variáveis foram investigadas, como dados sociodemográficos, suporte social, capacidade funcional e cognição, condições sensoriais e de saúde.

Os idosos investigados eram predominantemente masculinos (62,99%), com baixos níveis de educação (até cinco anos, 42,86%) e sem parceiros (70,99%). A média de idade foi de 75,2 anos (desvio padrão: 9 anos); a prevalência de sintomas depressivos foi de 48,7% e de déficits cognitivos 71,4%. A maioria relatou receber visitas (64,4%), ter uma religião (93,6%), ter amigos na instituição (74,3%) e fora (67,2%). A prevalência de incapacidade funcional para as atividades de vida diária foi de 34,4% e para atividades instrumentais de vida diária foi de 71,4%. 42,64% consideraram sua saúde excelente ou boa; 4,54% apresentavam cinco ou mais doenças, 28,35% faziam uso de pelo menos cinco medicações; 56,92% apresentavam déficits visuais e 25,11% déficits auditivos.

Neste estudo, não houve associação entre prevalência de sintomas depressivos e sexo, idade e estado matrimonial. A falta de amigos na instituição, assim como autorrelato de saúde ruim e dependência funcional mostraram-se como fatores predisponentes para a depressão.

Lampert e Rosso (2015), em pesquisa realizada numa ILPI, filantrópica, em Santa Maria, Rio Grande do Sul, determinaram a incidência de depressão em mulheres institucionalizadas e os fatores associados a essa desordem.

A mostra do estudo foi composta por 142 idosas, com idades iguais ou superiores a 60 anos (média de 74 anos; desvio padrão: 9,4). Foram coletados os seguintes dados: idade, local onde passavam a maior parte do tempo, presença de depressão, a partir da Escala *GDS-15*, presença de desordens psiquiátricas e orgânicas.

Os resultados revelaram que 38% das idosas apresentavam alguma alteração psiquiátrica, 32,3% das idosas apresentam sintomas depressivos e 49,17% apresentavam algum tipo de desordens orgânicas, sendo que as mais prevalentes foram: hipotireoidismo (14,7%), demência (9,85%) e acidente vascular cerebral (8,45%); as menos prevalentes foram: síndrome extrapiramidal (0,70%) e desordem cognitiva (4,22%). Dentre as idosas depressivas, 52,1% apresentavam

comprometimentos psiquiátricos e/ou orgânicos, enquanto que 47,8% não apresentavam comorbidades. Em relação aos fatores ambientais (local onde os idosos passam a maior parte do tempo), a maior prevalência de idosos depressivos foi na ala em que os indivíduos eram mais independentes física e cognitivamente. Esse achado pode ser explicado pelo fato de, nessa ala, os idosos terem maior capacidade de se expressarem.

Aguiar et al. (2014), em estudo epidemiológico realizado com 1.834 idosos de ambos os sexos, assistidos num ambulatório vinculado à Universidade Federal de Pernambuco, objetivaram estimar a prevalência de depressão e verificar sua associação com fatores sociodemográficos e condições de saúde.

A sintomatologia depressiva foi avaliada a partir da Escala *GDS-15*, as variáveis sociodemográficas e a autopercepção da saúde e da audição a partir de roteiro de entrevista elaborado pelos pesquisadores, as condições de saúde pelos seguintes instrumentos: 1) MEEM para avaliar a função cognitiva; 2) Índice de Katz para avaliar a capacidade funcional relacionada às AVD e AIVD; 3) *HHIE-S* para avaliar a percepção de restrições de participação decorrentes da perda auditiva.

Verificou-se presença de sintomatologia depressiva em 16,3% da amostra e ausência de associação entre essa variável e os dados sociodemográficos. Por outro lado, a sintomatologia depressiva apresentou associação com algumas variáveis relacionadas a condições de saúde, uma vez que escores de *GDS-15* menores ou iguais a cinco predominaram de modo significativo nos idosos com “boa” autopercepção da saúde (98%), classificados como independentes nas escalas de AVD e AIVD (85,5% e 84,8%, respectivamente), sem morte importante relatada no último ano (84,2%) e sem internação hospitalares nos últimos seis meses (84,8%). Os escores do *GDS* também apresentaram associação com a pontuação do *HHIE-S*, evidenciando que idosos com pontuação no *GDS-15* maior que cinco apresentaram médias de *handicap* maiores (13,3) que os idosos que apresentaram *GDS-15* menor que cinco (6,7%). A autoavaliação da audição também apresentou associação com a sintomatologia depressiva, uma vez que dentre aqueles que avaliaram sua audição como ‘boa’, 87,9% apresentaram escores do *GDS-15* menores ou iguais a cinco e 12,1% escores maiores que cinco. Da mesma forma, dos que referiram ausência de dificuldade auditiva, 89,1% apresentaram escores do *GDS-15* menores ou iguais a cinco e 10,9% escores maiores que cinco.

2.2 AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

2.2.1 Compreendendo conceitos e história

O termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) foi sugerido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, no entanto, nota-se na legislação e na literatura uso indiscriminado dos termos casas de repouso, abrigos e asilos, clínicas geriátricas e ILPI. As próprias ILPIs não se autodenominam por essa nomenclatura (Camarano e Kanso, 2010; Lima, 2011).

Seguem algumas definições para uso do termo ILPI:

Residência coletiva que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e /ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias (Camarano e Kanso, 2010, p. 234).

Estabelecimentos para atendimento integral institucional, de pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou não, que não dispõem de condições físicas para permanecer com a família ou que não disponham de parentes que possam assumir seus cuidados (Lima, 2011, p.66).

Apesar de serem associadas com instituições de saúde, as ILPIs não são estabelecimentos voltados para ações clínicas e/ou terapêuticas, sendo assim, são proibidas a permanência nessas instituições de pessoas que apresentem comprometimento mental ou que coloquem em risco sua vida ou dos demais moradores, bem como de pessoas com doenças infectocontagiosas ou daquelas que exigem cuidados intensivos de enfermagem (Lima, 2011).

Sua origem está ligada aos asilos, inicialmente voltados à população carente que necessitava de abrigo, oriundos da caridade cristã e da ausência de políticas públicas (Camarano e Kanso, 2010). Até os dias atuais, a carência financeira dos familiares, a condição de dependência do idoso, a falta de moradia e a busca por ambientes que ofereçam cuidados à saúde, companhia e socialização justifica a busca por ILPIs (Aires, Paz e Perosa, 2009; Camarano e Kanso, 2010).

Concomitantemente ao crescimento da população idosa em todo o mundo, nota-se um aumento do número de ILPIs. Apesar de a legislação brasileira reconhecer que o cuidado de membros dependentes é de responsabilidade de suas famílias, este vem se tornando cada vez mais escasso (Camarano e Kanso, 2010).

Isso se deve aos seguintes fatores: 1) mudanças na nupcialidade, aumento da escolaridade feminina e crescente participação da mulher no mercado de trabalho (Veras, Ramos e Kalache, 1987; Watanabe e Giovanni, 2009; Camarano e Kanso, 2010; Lima, 2011); 2) enfraquecimento dos laços de solidariedade intergeracionais - afastamento dos filhos, morte de parentes e amigos (Lima, 2011; Rodrigues e Silva, 2013); 3) alto custo do cuidado domiciliar; 4) Moradias com espaços físicos reduzidos e estruturas com riscos para quedas e violência contra o idoso; 5) Inexistência de serviços de apoio social e de saúde para o idoso fragilizado (Creutzberg et al., 2007). Segundo Hajek et al. (2015), alguns fatores estão fortemente associados à institucionalização do idoso, como a viuvez e comprometimentos de saúde (depressão, demência, afecções severas de marcha e audição).

As políticas voltadas para as ILPIs encontram-se na área da assistência social. No entanto, o aumento da sobrevivência de pessoas idosas com reduções de suas capacidades físicas, cognitivas e mentais faz com que as ILPIs integrem as redes de cuidado à saúde, ou seja, elas oferecem mais que um abrigo. No entanto, é importante ressaltar que as ILPIs não são estabelecimentos voltados à clínica ou terapêutica, apesar da oferta de medicamentos e serviços médicos (Camarano e Kanso, 2010). As ILPIs não são, portanto, consideradas equipamentos de saúde e seu funcionamento é regido por uma série de leis específicas (Watanabe e Giovanni, 2009).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece as características físicas e de recursos humanos mínimos necessários para seu funcionamento e, ainda, propõe a elaboração bianual de um plano de atenção à saúde de seus moradores, em articulação com o gestor local de saúde, que deve ser compatível com os princípios do SUS, de universalização, de equidade e de integralidade (Watanabe e Giovanni, 2009).

A seguir, a partir de publicações científicas, serão descritas algumas características das ILPIs no Brasil e, em particular, na região sudeste do país.

Camarano e Kanso (2010) caracterizaram as ILPIs no Brasil, a partir de um levantamento censitário em todo o território nacional, nos anos de 2007 à 2009.

Das 3549 ILPIs identificadas, 3295 concordaram em participar. Como instrumento de coleta, utilizou-se questionário enviado por correio, email, fax ou

entrevista por telefone. Coletaram-se informações sobre: características dos serviços prestados, infraestrutura física, recursos humanos e financeiros, convênios e parcerias, estrutura de gastos e características dos moradores.

A partir dos questionamentos feitos às entidades entrevistadas, verificou-se que 65,2% das ILPIs eram filantrópicas. Apenas 6,6% eram públicas, com predominância das municipais. Nas ILPIs investigadas residiam cerca de 100 mil pessoas, das quais 84% eram idosas. As mulheres predominaram entre os residentes (57,3%). Em média, cada ILPI abrigava cerca de 30 moradores e trabalhava em plena capacidade: o custo mensal por residente era de R\$717,91, aproximadamente. A maior parte das despesas das ILPIs era voltada para o pagamento de seus funcionários (52,2%), 14% destinavam-se à alimentação e 9,4% ao pagamento de despesas fixas. Os demais 18,8% dos gastos referiam-se ao aluguel, a pequenos consertos, ao combustível, à aquisição de materiais de escritório, entre outros. Os medicamentos foram responsáveis por parcela baixa dos gastos.

Os recursos das ILPIs advinham dos próprios pacientes e /ou familiares, através de mensalidades. A segunda maior fonte de renda nesses lugares era proveniente de financiamento público.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2010, realizou uma pesquisa nacional com o objetivo de caracterizar as ILPIs por regiões brasileiras, de modo a possibilitar ao Estado e à sociedade, ações mais adequadas no sentido de aumentar a qualidade dos serviços ofertados.

A pesquisa teve caráter censitário e foi realizada em todo território nacional. Na primeira etapa da pesquisa, realizou-se um levantamento da literatura nacional e internacional sobre as ILPIs, assim como foi feita uma revisão da legislação federal pertinente. Em seguida, elaborou-se um questionário autoaplicável a ser respondido pelas instituições. Na região sudeste, participaram 2.035 de 2.255 ILPIs levantadas, o que equivale a 90,2% de taxa de resposta. A aplicação dos questionários ocorreu por correio, email, fax e telefone, de acordo com a disponibilidade das instituições.

Na análise da região sudeste, verificou-se que mais da metade das ILPIs estavam no estado de São Paulo (54,1%); outras 30,8% em Minas Gerais. Também foi verificada que todos os municípios com população superior a 500 mil habitantes possuíam ILPIs. O total de idosos residentes em ILPIs na região sudeste do país foi

53.374, o que correspondia a 0,6% da população idosa da região. Em todos os estados da região sudeste, a proporção de mulheres foi mais elevada em relação aos homens. Em média, cada ILPI possuía 32 moradores. 75,5% das ILPIs abrigavam entre 10 e 49 moradores.

Quanto aos espaços internos disponíveis, a quase totalidade referiu ter refeitório e jardim/pátio/quintal; 90% declararam possuir sala de televisão/vídeo, enquanto que apenas 14,4% mencionaram salão de jogos e sala de leitura/biblioteca. Quanto ao número de quartos e leitos nas ILPIs, 94% dos quartos tinham, no máximo, quatro leitos. Das ILPIs que declararam sua natureza, 96,7% eram privadas (67% sem fins lucrativos/filantrópicas e 29,7% com fins lucrativos). As demais eram públicas (2,5%) ou mistas (0,7%). Entre as filantrópicas, predominaram as religiosas (40%). O número de ILPIs declaradas filantrópicas, mas sem registro, foi de 21,2%.

Quanto aos serviços oferecidos, os mais mencionados na região sudeste foram os médicos (63,9%) e os de fisioterapia (61,3%), seguidos da terapia ocupacional (32,7%), psicologia (23,3%) e outros. Menos de 10% das ILPIs referiram serviços na área de fonoaudiologia.

Em relação ao tipo de serviço médico disponível, a quase totalidade mencionou o SUS (UBS, hospitais) (93,2%), seguido de serviços particulares (46%) e próprios das instituições (37,6%).

O gasto médio por residente foi R\$796,42. A maioria (77,8%) referiu gastos inferiores a R\$1.000,00, enquanto que 22,2% gastos superiores a esse valor. Quanto às justificativas dos gastos, 53,8% referiram recursos humanos (pagamentos de funcionários), 12,4% gastos com alimentos, 8,8% despesas fixas (água, luz e telefone), 5,2% gastos com medicamentos e 3,4% com higiene pessoal.

Quanto aos recursos humanos, além dos profissionais de nível superior (20,7%), existiam os cuidadores de idosos (11,5%), os técnicos e auxiliares de enfermagem (29,6%), os faxineiros (8,8%), cozinheiros (7%) e outros.

Quanto ao tipo de vínculo que os funcionários mantêm com as ILPIs, os contratados equivaliam a 68,2%, os voluntários a 24,6% e os estagiários a 7,2%.

Em relação ao número de moradores por funcionários, o fonoaudiólogo foi o profissional da saúde menos frequente, o que indicou que existia um fonoaudiólogo para cada 254,4 moradores. Com relação aos demais profissionais da saúde, existia um dentista para cada 224,1 moradores, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e

um assistente social para quase 100 e um médico para aproximadamente 34 moradores.

Quanto aos recursos financeiros, 58% eram provenientes dos próprios residentes, 17,5% do financiamento público, 14,5% de recursos próprios das instituições, 8,3% de doações em dinheiro.

Creutzberg et al. (2007) analisaram o sistema social organizacional das ILPIs e sua relação com o SUS, a partir de um estudo de abordagem qualitativa, de cunho exploratório-descritivo, em três ILPIs de caráter público ou privado e sem fins lucrativos, da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Este estudo contou com a participação de sete dirigentes de ILPIs, oito idosos residentes e, ainda, com a análise de comunicações produzidas por 52 ILPIs, veiculadas pela mídia, e de 28 publicações nacionais, identificadas por um levantamento em bases de dados, no período de 1998 a 2004, que tinham como descritores: asilo, asilo para idoso, institucionalização.

Os resultados revelaram que a relação das ILPIs com o SUS verifica-se, num primeiro momento, pela fiscalização exercida pela Vigilância Sanitária, que analisa indicadores como taxa anual de mortalidade, densidade de incidência de diarreia aguda, escabiose, diabetes *mellitus* e outras. Ainda cabe às ILPIs, processos de atenção à saúde dos moradores. Nas ILPIs públicas, a assistência é exclusivamente fornecida pelos serviços públicos de saúde; nas filantrópicas, além da utilizada da rede de serviços do SUS, pode ocorrer a utilização de convênios e/ou serviços privados, de acordo com a possibilidade de cada morador. Cabe ao dirigente e equipe de saúde interna, a partir de suas concepções e conhecimentos, o uso dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção. Os autores ainda reforçam que a atenção à saúde, vista nas ILPIs, está centrada na cura e na reabilitação e não voltada para a promoção da saúde ou atividades de educação em saúde, o que contradiz as diretrizes do SUS.

Quanto à relação que estabelecem com os serviços especializados e hospitalares, os dirigentes mencionaram acionar o serviço municipal de ambulância e remoção em casos de atendimentos emergenciais ou para hospitalizações. Referem satisfação quanto à prontidão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Por outro lado, referem desrespeito e não priorização do idoso durante os atendimentos. De acordo com os entrevistados, os idosos

institucionalizados são excluídos duplamente: por serem idosos e por serem institucionalizados. Outra questão levantada neste estudo diz respeito à decisão pela hospitalização ou encaminhamento para assistência especializada, que fica centrada na figura do dirigente e equipe, e não na do idoso institucionalizado, cuja autonomia e vontade deveriam ser levadas em consideração.

2.2.2 Como vivem os idosos institucionalizados

É muito importante compreender como vivem os idosos institucionalizados de modo a perceber as diferenças mais marcantes entre os idosos que estão dentro e fora das ILPIs. O reconhecimento dessas diferenças permite a tomada de decisões mais realistas à necessidade desse público.

Davim et al. (2004) desenvolveram um estudo descritivo e exploratório, com uma abordagem quantitativa, com o objetivo de caracterizar a realidade de idosos de três instituições asilares do município de Natal, Rio Grande do Norte, identificar os problemas sociais e de saúde enfrentados por eles e as causas que os levaram à institucionalização.

Na época do estudo, Natal dispunha de três instituições asilares, cadastradas na secretaria municipal de saúde, as quais foram denominadas de A, B e C, de modo a garantir o sigilo. A amostra do estudo foi composta por 76 idosos e escolhida de forma aleatória estratificada, por meio de um percentual de 30% da totalidade de idosos de cada instituição.

A coleta dos dados ocorreu a partir de uma entrevista nas instituições com formulário estruturado, contendo quatro partes: 1) identificação do idoso, 2) aspectos sociais, 3) problemas de saúde, 4) aspectos relacionados à permanência do idoso na instituição.

Quanto às características demográficas dos idosos, 58% dos idosos das instituições A e B e 100% da C eram mulheres; 30% dos idosos das instituições A e B tinham mais de 80 anos, enquanto que na C, 50% tinham entre 60 e 64 anos. Quanto ao estado civil, 48% eram solteiros em A e C e 79% viúvos ou separados em B. Nas instituições A e C, 97% eram católicos e na B 71% eram evangélicos. Quanto à escolaridade, 46% do total de idosos investigados não eram alfabetizados.

Quanto aos aspectos sociais, 87% dos idosos trabalhavam anteriormente e 97% recebiam benefícios por meio de doações. Do total de idosos, 91% recebiam aposentadoria de um salário mínimo e 20% recebiam auxílio financeiro de familiares. Quanto ao aspecto familiar, 83% tinham famílias e 67% mencionaram ser visitados por parentes. Quanto ao desejo de conviver com familiares, 62% dos idosos de B e C negaram esse desejo, enquanto que 58% de A confirmaram o desejo. Quanto ao lazer, 69% dos idosos de A e C participavam de atividades de lazer, enquanto que todos os idosos de B eram sedentários. Quando questionados sobre a importância do lazer, 67% consideraram essa atividade necessária, enquanto de 49% informaram que não gostariam de fazer nada.

Nos aspectos relacionados à saúde, 66% dos idosos de C consideraram seu estado de saúde 'muito bom' ou 'bom', enquanto que 86% em B e 74% em A responderam de 'mais ou menos' a 'péssimo'. Os problemas de saúde mais citados pelos idosos foram: dor nas articulações (63%), problemas visuais (59%) e doenças cardíacas (31%). Com relação a outros aspectos relacionados à saúde, a maioria dos idosos das três instituições referiu alimentar-se sozinho (A:100%; B:93%; C:100%), caminhar com facilidade (A:58%; B:50%; C:92%), dormir bem (A:68%; B:79%; C:83%), negaram hábito de fumar (A:78%; B:100%; C:100%) e negaram hábito de beber (A:100%; B:100%; C:100%).

Quanto aos aspectos sociais relacionados às instituições pesquisadas, a maioria dos idosos referiu sentir-se bem na instituição (A:78%; B:71%; C:92%) e referiram não querer morar em outro lugar (A:52%; B:57%; C:67%).

Almeida e Rodrigues (2008), em pesquisa realizada no Concelho de Lamego, Portugal, com 93 idosos institucionalizados, objetivaram conhecer a qualidade de vida e fatores que a influenciam, bem como identificar o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária.

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta: 1) formulário biorrelacional do idoso, constituído por 14 questões que pretendiam caracterizar os aspectos sociodemográficos e de relacionamento com a família, com outros idosos e com funcionários, 2) formulário de avaliação de qualidade de vida do idoso da direção geral da saúde, composto pelos seguintes componentes: isolamento/comunicação afetiva e social, mobilidade, atividades de vida diária, atividade ocupacional, lúdica, relação familiar, recursos econômicos, 3) índice de Katz para

avaliar o desempenho dos idosos nas atividades de vida diária (banho, vestir-se, utilização do banheiro, mobilidade, continência, alimentação).

Os resultados evidenciaram maior porcentagem na amostra de mulheres (75,3%), de idosos com idades entre 75 e 84 anos (59,1%) e viúvos (62,4%). Quando questionados sobre a autoria da ideia da institucionalização, 46,2% mencionaram que a ideia foi própria e 30,1% mencionaram que a ideia foi dos familiares. Dentre os motivos que levaram os idosos a recorrerem às ILPIs, foram citadas a solidão (49,4%), a saúde (21,4%) e saúde e solidão (12,9%). Com relação à percepção dos idosos sobre a qualidade de vida, 51,6% referiram enquadrar-se no grupo de pessoas com qualidade de vida. Um dado a ser destacado é que os homens referiram esse fato mais que as mulheres (65,2% e 52,9%, respectivamente), apesar dessa diferença não ser estatisticamente significativa. Também foi constatado que o índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado diferiu em função do grupo etário, ou seja, quanto maior a idade, os idosos referiram enquadrar-se em grupos em qualidade de vida. Quanto ao estado civil, os casados referiram enquadrar-se em grupo com qualidade de vida (66,7%), enquanto que os viúvos referiram enquadrar-se no grupo sem qualidade de vida (51,7%). Quanto ao grau de dependência, 37,6% dos idosos institucionalizados apresentavam algum grau de dependência nas atividades de vida diária. De modo geral, tanto homens quanto mulheres eram independentes.

Aires, Paz e Perosa (2009), em pesquisa realizada em Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul, com 31 idosos moradores de uma ILPI, objetivaram identificar as características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, situações de saúde, grau de dependência para a realização de atividades básicas de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Esta ILPI, na época da pesquisa, atendia idosos sem vínculos familiares ou provenientes de famílias sem condições para abrigá-los ou idosos com declínio de capacidade funcional.

O instrumento de coleta foi constituído por roteiro com questões abertas e fechadas, aplicado ao idoso ou ao seu cuidador, no caso de idosos com déficit cognitivo, sobre os seguintes aspectos: características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, situações de saúde e grau de dependência em atividades básicas e instrumentais de vida diária (Lawton e Brody, 1969 e Katz et al., 1970).

Os resultados revelaram, quanto às características demográficas: predomínio de mulheres, com idade média de 79,5 anos (DP+- 9,6); quanto à situação conjugal, verificou-se predomínio de idosos solteiros (64,5%); 67,7% relataram que não tiveram filhos, o que contribuiu para a dependência de cuidadores não familiares; no que se refere à escolaridade, 74,2% não concluíram o ensino fundamental.

Quanto às características comportamentais e de saúde: todos negaram realizar exercícios físicos, negaram consumir tabaco em função das regras da instituição, 83,9% referiram morbidades (sendo a mais prevalente a doença cardiovascular (37,5%), seguida de doenças psiquiátricas (13,9%) e outras doenças variadas, que totalizaram 48,6% da amostra, como Mal de Parkinson, sequelas de AVC, acuidade auditiva e visual diminuída, epilepsia, osteoporose e outras) e 34,6% comorbidades; 93,9% referiram utilizar medicamentos e 51,6% necessitavam de materiais e/ou equipamentos especiais, como fraldas, cadeiras de roda, andadores e sonda nasogástrica.

No que diz respeito às AVD, apenas 32,3% dos idosos eram independentes. Quanto às AIVD, todos (100%) apresentaram algum grau de dependência.

Freitas e Noronha (2010), em pesquisa de natureza etnográfica conduzida em Salvador, Bahia, realizaram observações sistemáticas, por um período de 12 meses, em dois turnos semanais, das formas habituais de viver de um grupo de pessoas de uma ILPI, filantrópica. Além disso, em cinco encontros, realizaram entrevistas com uma residente sobre sua história de vida, que seguiu um roteiro com perguntas previamente elaboradas sobre a seguinte temática: decisão de ir morar numa ILPI e a vivência nesse espaço. Sua narrativa foi analisada a partir de expressões, frases ou enunciados, tendo como categoria central o cuidado e suas subcategorias: 'autocuidado', 'cuidado informal', 'cuidado como caridade', 'cuidado profissional'.

A referida ILPI filantrópica contava, na época da pesquisa, com 258 idosos, dos quais 189 eram mulheres. As idades dos residentes variavam entre 60 e 75 anos (idosos jovens), idosos acima de 75 anos e os acima de 85 (idosos mais velhos). Na sua maioria, eram viúvos, solteiros ou separados. Quanto à estrutura da ILPI, havia um pavilhão coletivo para homens e para mulheres, um pavilhão de repouso, alojamentos, um refeitório que serve os pavilhões coletivos, além de pousadas ou pensionatos, com copa e cozinha cada, para atender os moradores particulares. A ILPI apresentava duas assistentes sociais, de dois a três cuidadores

para atender os pavilhões coletivos, duas enfermeiras, de três a quatro técnicos de enfermagem, além de funcionários da administração, da limpeza, da cozinha e da lavanderia. A equipe também contava com um médico fixo, um médico voluntário, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogo e odontólogo.

A partir dos resultados levantados, verificou-se que a concepção do cuidado, por parte dos profissionais de saúde, é equivalente a uma ação técnica e mecânica, realizada a partir de ações como: higiene, prescrição e administração de medicamentos, alimentação, apoio e auxílio nas atividades de lazer e observação da evolução das condições de bem estar dos idosos. O confinamento na instituição, sem a presença dos familiares pode deprimir os idosos, levando-os ao oposto do envelhecimento ativo, ou seja, à uma velhice sombria.

As autoras ainda constataram que a relação que se estabelece entre cuidadores e idosos cuidados é conflituosa, sendo que, muitas vezes, os profissionais consideram os idosos desorientados, briguentos e difíceis de lidar. Na maior parte das vezes, o cuidador é o mais investido de poder; no entanto, o idoso cuidado pode rejeitar ou colaborar com o cuidador. Na relação com outros moradores, notam-se competições pelas novas amizades, pelos objetos que possuem, pela melhor velhice, o que gera intrigas, brigas e agressões. O ato de se cuidar pode ser visto pelos moradores como impróprio, sendo muitas vezes associado a questões de namoro ou sexo.

Este estudo também revelou que envelhecer sem ter o apoio de familiares é o mesmo que não ter cuidado. Tal situação é relatada como algo “pesado”, sendo que os moradores apegando-se ao divino/miraculoso.

Freitas e Scheicher (2010) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar e comparar a qualidade de vida de idosos institucionalizados de Avaré, São Paulo. Participaram do estudo, 36 idosos institucionalizados de três sendo uma pública e duas privadas.

A qualidade de vida foi avaliada a partir do *Medical Outcome Study 36- item short form (MOS SF-36)*, um questionário composto por 36 itens que se resumem em oito escalas (capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental). Os idosos foram entrevistados individualmente, na própria ILPI.

Os resultados revelaram maior prevalência de mulheres (61,1%) em comparação aos homens (38,9%). Outro dado observado foi que a ILPI que não tinha a presença de recreacionista e/ou fisioterapeuta, apresentou os menores escores quanto ao aspecto emocional em comparação às outras ILPIs. Essa diferença foi estatisticamente significativa. Nas três ILPIs, o escore Estado Geral de Saúde foi bem abaixo da média.

Lima, Lima e Ribeiro (2010) desenvolveram um estudo com o objetivo de verificar a qualidade de vida de idosos institucionalizados e relacionar, a partir de descrição dos idosos institucionalizados, o nível de satisfação caso participassem de atividades que promovessem melhoria na qualidade de vida.

Esta pesquisa foi realizada em João Pessoa, Paraíba, em quatro ILPIs. A amostra deste estudo foi composta por 69 idosos, com idades entre 53 e 90 anos (média de 75,4 anos). Para a investigação da qualidade de vida, utilizou-se o *WHOQOL-bref* com 26 itens, que utiliza escalas de respostas do tipo *Likert* com 5 pontos; os escores foram obtidos pela média aritmética para os cinco domínios: geral, físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Para a apresentação dos dados, utilizou-se estatística descritiva (apresentação de frequências, média e desvio padrão) e inferencial (teste t e Anova).

Os resultados revelaram predomínio de mulheres (78,3%); quanto à escolaridade, verificou-se predomínio de ensino fundamental incompleto (37,7%) e analfabetismo (27,5%); em relação ao estado civil, predominou o estado solteiro (47,8%), seguido do viúvo (33,3%). Analisando os escores obtidos nos cinco domínios do instrumento, verificou-se que o psicológico apresentou maior média, seguido do social e ambiental. O domínio físico evidenciou as médias mais baixas em função da idade e, conseqüentemente, da impossibilidade de locomoção e de exercer atividades de vida diária. No que se refere ao domínio geral e psicológico, os homens obtiveram escores superiores em relação às mulheres, o que foi constatado estatisticamente. As mulheres relataram que aproveitam menos a vida, concentram-se menos e têm sentimentos negativos, ansiedade e depressão mais frequentemente que os homens. Este estudo também revelou, ao comparar as médias obtidas pelos idosos das quatro ILPIs, que a ILPI que abrigava os idosos mais debilitados apresentou o índice de domínio físico mais fraco; por outro lado, a

instituição que incentivava caminhadas e outras práticas que aumentam a qualidade de vida dos idosos, apresentou os melhores índices de qualidade de vida.

Menezes et al. (2011) analisaram a evolução de aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados de Goiânia, Goiás, a partir de um estudo longitudinal prospectivo. A pesquisa envolveu a avaliação das condições clínicas dos idosos em dois momentos: 2005 e 2007. Inicialmente, 95 idosos atenderam aos critérios para participar, mas, em 2007, essa amostra foi reduzida para 59 indivíduos.

Os idosos foram investigados quanto aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde/doença, aspectos psicoemocionais e habilidades funcionais. A sintomatologia depressiva foi avaliada pela escala *GDS-15* e a capacidade para realizar atividades básicas de vida diária pela escala de Katz.

Verificou-se um predomínio de mulheres (57,6%), média de idade de 78,44 anos, com predomínio de idades acima de 80 anos, solteiros (61%). Houve relatos de analfabetismo (49,1%) e baixa escolaridade (42,3%).

Foi possível perceber que, no prazo de dois anos houve aumento significativo de acidente vascular cerebral e de dificuldade motora nos membros superiores. Além disso, o uso de medicamentos antidepressivos também aumentou expressivamente, enquanto que diminuiu a independência para a realização de algumas atividades básicas diárias.

Alencar et al. (2012) desenvolveram um estudo com o objetivo de caracterizar o perfil clínico-funcional de idosos institucionalizados de Belo Horizonte, Minas Gerais.

A amostra de conveniência foi composta de 47 idosos, sendo 24 mulheres e 23 homens, que atenderam aos critérios de inclusão: não apresentavam alterações visuais ou auditivas graves, não eram acamados e nem apresentavam instabilidade clínica ou demência grave.

Para a coleta das informações clínicas, sociodemográficas e descritivas do perfil dos idosos, utilizou-se um formulário semiestruturado. Para avaliar o grau de dependência dos idosos nas atividades básicas de vida diária (ABVD), utilizou-se índice de Katz. A mobilidade funcional dos idosos (equilíbrio sentado, transferência de sentado para de pé, estabilidade na marcha e mudança de percurso na

deambulação) foi avaliada pelo *Timed Up and Go (TUG)*. A presença ou ausência de sintomas depressivos foi avaliada pela Escala *GDS-15*. A função cognitiva foi avaliada pelo MEEM.

A idade dos idosos variou entre 60 e 92 anos (média de 73 anos, desvio padrão de 8,9 anos). A maioria era solteira (46,8%) e com baixa escolaridade (25,% eram analfabetos e 55,3% apresentavam quatro anos ou menos de estudo). O tempo de institucionalização variou de um mês a 25 anos (mediana: 4 anos). A maioria referiu ter pelo menos uma doença crônica (57,4%) e 91,5% faziam uso de, pelo menos, uma medicação. 61,7% dos idosos consideravam sua saúde boa. 51,1% relataram sentir algum tipo de dor crônica. 93,3% dos idosos apresentavam sugestivo quadro de alteração cognitiva a partir do MEEM, enquanto que 59,6% apresentavam sugestivo quadro de depressão, segundo *GDS-15*. A maioria dos investigados referiu ser independente nas atividades básicas de vida diária.

Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2013) realizaram uma revisão integrativa da literatura científica sobre os motivos que levam os idosos a se transferirem para uma ILPI, assim como sobre suas condições de vida e saúde.

Para serem incluídos neste estudo, os trabalhos da literatura deveriam atender aos seguintes critérios: serem artigos indexados nas bases LILACS e SCIELO, no período de 2001 a 2011, tendo como descritores, os termos: “instituição de longa permanência para idosos” e “asilo para idosos”. No total, foram analisados 14 artigos, os quais foram lidos na íntegra e agrupados em eixos temáticos e expostos em tabelas para melhor visualização. Todos os artigos estavam publicados em revistas brasileiras e no idioma português.

Quanto ao perfil dos idosos investigados, constatou-se um predomínio de mulheres entre os moradores das ILPIs. Outro aspecto encontrado foi o baixo nível de escolaridade dos residentes de ILPIs. O sustento desses idosos ocorria por aposentadorias, quase integralmente repassadas à instituição no qual estavam inseridos. A revisão também revelou alta porcentagem de idosos solteiros.

Com relação ao motivo da institucionalização, os fatores foram variados, desde escolha própria até imposição da família.

As condições de vida e saúde desses residentes das ILPIs variavam entre independência, dependência parcial e dependência total para a realização de atividades de vida diária. A maior parte dos idosos dos estudos analisados

apresentava algum grau de dependência, o que sugeria a necessidade de auxílio de cuidadores e/ou profissionais.

Quanto à rotina desses idosos, a literatura revelou que as ILPIs são monótonas e não possibilitam ao idosos a vivência de novas experiências, a partir do contato com outros residentes, assim como nota-se a não valorização de antigas experiências e habilidades adquiridas. Desse modo, nessa fase da vida, o envelhecimento é caracterizado pela ausência de aprendizados. Para muitos idosos, a institucionalização caracteriza-se pela perda de liberdade, abandono e aproximação da morte. Os idosos nas ILPIs ficam distantes da família, dos amigos e das relações que marcaram a construção de sua história de vida. A privação de convívio social pode gerar deteriorização da saúde mental. Os trabalhos analisados também apontaram para a alta prevalência de depressão em idosos institucionalizados.

Em relação ao perfil das ILPIs, elas são marcadas por regras rígidas e rotina diária mediada por horários determinados. Os principais cuidados à saúde são ofertados por médicos e enfermeiros, sendo que o enfoque é marcado pela cura de doenças e não pelo cuidado integral à saúde do idoso.

Os autores finalizam a revisão integrativa, refletindo sobre a necessidade de humanizar as ILPIs, de modo a favorecer a oferta de atividades prazerosas para os idosos desses cenários.

Moura e Souza (2013) desenvolveram um estudo com o objetivo de relatar as experiências de lazer de idosos residentes em ILPIs filantrópicas conveniadas com a prefeitura de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Participaram do estudo 15 de 17 ILPIs conveniadas com a prefeitura e envolveu 47 idosos, dos quais 33 eram mulheres, com idades entre 62 e 94 anos (média de 79,5 anos). O tempo de institucionalização dos idosos variou de três meses a 17 anos. Todos os idosos participantes apresentavam grau de dependência I ou II, ou seja, eram independentes ou apresentam dependência para realizar até três atividades de autocuidado e tinham boa capacidade cognitiva para responder à entrevista.

Como instrumento de coleta, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, com base na literatura científica sobre idosos institucionalizados. Esse roteiro continha questões abertas sobre as experiências de lazer dos

moradores, especialmente dentro das instituições. Um estudo piloto foi conduzido com três moradores, a fim de verificar o entendimento das perguntas da entrevista.

Com relação às práticas de lazer dentro das ILPIs, dos 47 idosos, 19 mencionaram práticas religiosas, 18 relações interpessoais (conversar, fazer amizades, interagir na hora do lanche), 18 ginástica, 16 assistir TV, 15 práticas manuais/ artesanais, 13 relataram participar de festas e comemorações, 11 mencionaram leitura, cuidados domésticos (cuidar do jardim, ajudar na cozinha) e 11 práticas educacionais (estudar, escrever, assistir palestras). Outras práticas foram mencionadas, em menor número.

Ao analisar as práticas de lazer em relação aos sexos, verificou-se que os homens entrevistados dedicam-se mais a praticas educacionais e exercício aeróbico rítmico, enquanto que as mulheres se dedicam a cuidados domésticos, práticas musicais e bingo. Com relação às praticas de lazer externas às ILPIs, verificou-se que de 47 idosos, 17 realizavam passeios, 14 mantinham interações com a família, oito iam até centros de convivência e cinco realizavam visitas ou passeios com amigos.

Mello et al. (2013) avaliaram o discurso de oito moradoras de uma ILPI, filantrópica, do um município de porte médio do Rio Grande do Sul. O discurso foi obtido a partir de uma entrevista semiestruturada sobre dados relevantes da vida das idosas, assim como de sua rotina pregressa e atual. As informações foram transcritas e analisadas seguindo princípios teóricos da Neurolinguística Discursiva.

As idosas tinham idades entre 60 e 88 anos, eram solteiras ou viúvas e com tempo de institucionalização que variou de um ano a 15 anos. Pela análise do discurso foi possível perceber que: 1) o aspecto religioso da instituição e dos moradores facilita a interação entre eles, permitindo um melhor “ajustamento pessoal e social” da velhice. Idosos com mesmas crenças têm mais assuntos de interesse em comum; 2) as atividades rotineiras das ILPI é que facilita a orientação no tempo das idosas; 3) o discurso é marcado por autocorreções (pausas, hesitações e repetições) na tentativa de reestruturar e reorganizar os enunciados; 4) a institucionalização acarreta sofrimento em função da separação de familiares, vizinhos e amigos e de mudanças na rotina que implicam em perda de liberdade; 5) a vivência na ILPI é marcada por rotina fixa, com regras fixadas pelos administradores; 6) a leitura é uma ato frequente dentro da ILPI; 7) os idosos sentem

uma espécie de isolamento, inércia e invalidez; apesar de morarem num mesmo lugar, as interações entre eles são escassas.

Rodrigues e Silva (2013) desenvolveram uma pesquisa descritiva com o objetivo de caracterizar a rede social de apoio de idosos institucionalizados, quanto à composição e à quantidade.

Participaram do estudo, 30 idosos institucionalizados, moradores de três ILPIs, filantrópicas, do interior de Minas Gerais. Os idosos não apresentavam comprometimento cognitivo e nem auditivo que os impossibilitassem de entender os objetivos da pesquisa. Dos idosos com potencial para participar, foram sorteados 10 de cada instituição.

Como instrumentos de coleta, foram utilizadas: 1) entrevista semiestruturada para a obtenção de informações dos participantes e redes sociais de apoio (idade, escolaridade, situação profissional, tempo de institucionalização, problemas de saúde, periodicidade das visitas recebidas, presença de familiares vivos, amigos e ajudas recebidas); 2) escala de apoio social, composta de 19 itens que avaliam, a partir de escala *Likert* de cinco pontos de frequência (de nunca à sempre), as dimensões funcionais de apoio social (material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação). Os idosos participantes foram entrevistados em sala reservada dentro da própria ILPI, em dois dias distintos.

56,7% dos idosos eram do sexo feminino e 60% eram solteiros. A idade média era de 74 anos (desvio padrão: 9,1 anos). 90% tinham até quatro anos de escolaridade. O tempo de institucionalização variou de um mês a 34 anos (média de seis anos e cinco meses; desvio padrão: 7,5 anos).

80% dos idosos tinham contato com familiares e avaliaram como bom o relacionamento com, pelo menos, um parente. A frequência de contato com familiares foi muito variável (semana, mensal, anual ou em intervalos maiores) e não dependia da distância física entre a instituição asilar e o local em que os familiares moravam, já que 93% moravam na mesma cidade. 80% dos idosos tinham amigos fora da instituição (média de três amigos cada) e consideraram o relacionamento bom. Para a maioria deles, o contato com amigos era mensal. 76% dos idosos relataram possuir amigos dentro da ILPI (média de 2,4 amigos por idoso). De modo geral, os idosos recebiam apoio de, em média, 3,9 amigos de dentro e fora da ILPI e de 1,8 familiares. Quanto à escala de apoio social, a média geral de apoio material

recebido foi de 3,8, a média de apoio afetivo foi de 3,4 e de emocional, 3,2. Esses valores representam frequência de “às vezes” e “quase sempre”. A média de apoio de interação social positiva e de apoio na forma de informação foi de 2,9 para cada, o que representam frequências de “raramente” e “às vezes”. Os resultados indicaram uma rede social pequena.

Santos et al. (2013) desenvolveram um estudo com o objetivo de conhecer o perfil dos idosos residentes em uma ILPI e sua opinião sobre esta vivência. O estudo foi realizado em duas etapas, sendo que na primeira, ocorreu a análise dos prontuários de 141 moradores da ILPI e, na segunda, cinco moradores foram convidados e responderam uma entrevistada semiestruturada sobre a temática do estudo. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Verificou-se predomínio de mulheres (66%), solteiros ou divorciados (53,2%), com idades entre 40 e 101 anos (média de 77,5 anos); a faixa etária predominante foi entre 70 e 80 anos (34,8%). O tempo de institucionalização predominante foi entre um e cinco anos (43,3%) e a causa da institucionalização predominante foi a decisão do familiar (55,3%).

Sobre a opinião dos idosos em morar na ILPI, foi possível notar depoimentos de insatisfação. De acordo com os autores, esse sentimento pode ter sido desencadeado pelo fato de estarem longe da família, inseridos num ambiente desconhecido. Os entrevistados também relataram preocupação em causar incômodo aos familiares, assim como sentimentos de solidão e isolamento. Para alguns idosos, viver numa instituição asilar, com ritmo e rotinas diferentes, pode ser frustrante, o que favorece o isolamento. Foi possível perceber na fala dos idosos falta de alternativa e necessidade de permanecer na ILPI por sentirem-se frágeis e desamparados, com sentimentos de tristezas, não aceitação e sensação de dependência.

Para os autores, residir em uma ILPI pode trazer sentimentos de solidão, medo, insegurança, tristeza, insatisfação, melancolia e outros. Assim, a equipe de trabalhadores da ILPI deve identificar tais particularidades e fortalecer as relações humanas entre quem cuida e quem é cuidado.

Souza e Massi (2015) desenvolveram um estudo qualitativo de modo a descrever o perfil da saúde fonoaudiológica de idosos de uma ILPI de um município

do interior do Paraná, a partir da percepção dos próprios residentes. Participaram 15 idosos com idades entre 60 e 93 anos sem dificuldades neurológicas que comprometessem a linguagem.

A metodologia envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas com questões sobre aspectos sociodemográficos, condições de saúde, condições de letramento no processo do envelhecimento, sintomas vocais, percepção de restrição de participação auditiva, qualidade de vida em disfagia. A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita para a interpretação. Verificou-se um predomínio de idosos solteiros, provenientes da zona rural e que nunca frequentaram escola. Pelo relato dos residentes, verificou-se: 1) escassa interação entre os idosos e ausência de planos para o futuro; 2) os idosos entendem a leitura como uma prática significativa na ILPI, muitas vezes considerada como uma prática de refúgio; 3) os idosos não percebem alterações vocais decorrentes do envelhecimento; 4) os idosos percebem as restrições de participação que decorrem das alterações auditivas; 5) os institucionalizados reconhecem as modificações das estruturas orais que afetam a alimentação.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

- 3.1 Caracterizar os idosos moradores de instituições de longa permanência (ILPIs), filantrópicas, de Ribeirão Preto/SP.
- 3.2 Estimar a prevalência de deficiência auditiva referida em idosos moradores de ILPIs, filantrópicas, de Ribeirão Preto/SP.
 - 3.2.1 Verificar se existe associação entre prevalência de deficiência auditiva referida e variáveis sociodemográficas.
 - 3.2.2 Verificar as causas atribuídas à deficiência auditiva referida.
 - 3.2.3 Verificar se existe associação entre as causas da deficiência referida e variáveis sociodemográficas.
- 3.3 Verificar se a percepção de restrição de participação na perda auditiva difere entre idosos institucionalizados e não institucionalizados com mesmo tipo e grau de perda auditiva.
- 3.4 Verificar se a percepção de restrição de participação na perda auditiva, em ambos os grupos de idosos, difere quanto aos seguintes fatores:
 - 3.4.1 variáveis sociodemográficas (sexo, idade/ faixa etária/ longevidade, cor, estado civil, escolaridade).
 - 3.4.2 condições de saúde/doença (número de doenças referidas e sintomatologia depressiva).

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto de pesquisa foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), obtendo parecer favorável para sua realização (parecer número 519.965) (**ANEXO A**). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo a partir da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguida de sua assinatura, respeitando-se assim os princípios éticos que versam a resolução nº466/12 sobre ética em pesquisa com seres humanos.

4.2 CASUÍSTICA E MÉTODOS

A primeira etapa da pesquisa, caracterizada como estudo transversal, teve por objetivo calcular a prevalência de perda auditiva referida em idosos institucionalizados. A segunda etapa, caracterizada como estudo caso-controle, prospectivo, transversal, objetivou comparar os dois grupos de idosos com perda auditiva: os institucionalizados e os não institucionalizados.

Assim, para facilitar a leitura, a seleção da casuística e o detalhamento dos métodos serão apresentados por etapas:

4.2.1 Primeira etapa: estudo transversal com idosos institucionalizados

4.2.1.1 Casuística

Inicialmente, realizou-se contato por telefone com o Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, para o levantamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) com cadastros de filantropia. Foram identificadas sete ILPIs, das quais seis concordaram com a participação (Casa do Vovô, Lar do Jovem Idoso Tio João, Lar dos Velhos da Igreja Presbiteriana, Lar Padre Euclides, Lar Vicentino, Vovô Albano).

Assim, o grupo de idosos institucionalizados foi formado por uma amostra de idosos pertencentes às ILPIs de Ribeirão Preto/SP, filantrópicas. Considerou-se idosa, a pessoa que apresentasse idade mínima de 60 anos, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) e do Estatuto do Idoso (Brasil, 2013).

Para participar, o idoso deveria atender aos seguintes critérios de inclusão:

- Ser idoso;
- Apresentar condições mentais e cognitivas favoráveis para compreender os objetivos do estudo, assim como para responder as perguntas da entrevista e realizar os exames audiológicos, se necessários.

Foram excluídos da amostra os idosos que não atenderam aos critérios de inclusão. As características sociodemográficas (sexo, idade, cor, estado civil, escolaridade e tempo de institucionalização) não foram consideradas como fatores de inclusão/exclusão.

Para a coleta de informações referentes às condições mentais e cognitivas, o pesquisador baseou-se nas informações fornecidas pelas equipes de saúde (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) e registradas em prontuários dos moradores. Todos os idosos das instituições selecionadas, apontados pela equipe de enfermagem como candidatos ao estudo, foram convidados a participar, tendo sido enquadrados na amostra apenas aqueles que assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**).

O esquema abaixo (**Figura 1**) demonstra o número total de idosos institucionalizados, considerando-se as seis instituições que aceitaram participar, o número de idosos apontados como candidatos ao estudo e o número dos que concordaram com a participação.

Figura 1 - Fluxograma sobre a seleção dos participantes após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão e da concordância em participar da pesquisa.

Conforme pode ser percebido, dos 236 idosos institucionalizados, 112 (47,5%) apresentavam condições clínicas que inviabilizaram a participação no estudo e 14 dos que poderiam ser incluídos não concordaram com a participação (11,3%), o que resultou numa amostra de 110 participantes.

4.2.1.2 Métodos

Os idosos institucionalizados que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar voluntariamente foram submetidos a uma entrevista para identificação de perda auditiva referida. Essa entrevista ocorreu em sala reservada, na própria ILPI, sendo utilizado um roteiro próprio para esse fim (**APÊNDICE B**). O tempo para sua realização foi de cinco minutos, em média, por idoso.

A abordagem inicial envolveu a obtenção de dados pessoais do idoso, como sexo, data de nascimento, cor, estado civil, escolaridade e tempo de institucionalização. Em seguida, o questionamento foi sobre a audição.

Neste estudo, optou-se por realizar os seguintes questionamentos: “O(a) senhor(a) tem dificuldade para ouvir?”; “Precisa aumentar o volume da TV ou rádio para entender a notícia/ música?”; “Tem dificuldade para entender a conversa das pessoas?”. O idoso foi considerado com deficiência auditiva referida quando respondia afirmativamente para, pelo menos, uma das perguntas. Nesse caso, foi questionado sobre a causa atribuída a essa deficiência, sendo a resposta enquadrada em uma das seguintes opções: “envelhecimento”, “desde o nascimento/ infância”, “doenças”, “acidentes de trabalho”, “outra resposta”, “não soube referir”.

4.2.2 Segunda etapa: estudo caso-controle

4.2.2.1 Casuística

Esta etapa, denominada de estudo Caso-Controle, foi composta por idosos institucionalizados e não institucionalizados com perda auditiva comprovada por exame audiológico. O grupo caso foi constituído por idosos institucionalizados e, por isso, denominado de grupo de idosos institucionalizados (GI); o grupo controle por idosos não institucionalizados, sendo denominado de grupo de idosos não institucionalizados (GNI).

Para a formação do GI, os idosos institucionalizados com deficiência auditiva referida foram convidados para a realização de exame audiológico. Comprovada a deficiência auditiva, foram enquadrados no grupo.

Para a formação do GNI, foram convidados a participar os idosos do Programa de Saúde Auditiva do HCFRMP-USP agendados para realização de pré-moldagem ou para recebimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Foram respeitados os seguintes critérios de inclusão:

- Ter 60 anos ou mais;
- Apresentar exame audiológico recente (realizado há menos de um ano);
- Nunca ter feito uso de AASI;
- Apresentar condições mentais e cognitivas favoráveis para responder às questões da entrevista, de acordo com autorrelato, informação do familiar e/ou percepção do pesquisador;
- Consentir formalmente com a participação no estudo, mediante a assinatura de um TCLE (**APÊNDICE C**).

É importante destacar que em ambos os grupos, os idosos tinham interesse em adaptar AASI e, desse modo, estavam igualmente atentos para perceber as desvantagens da perda auditiva.

O esquema abaixo (**Figura 2**) demonstra o fluxograma para formação do GI:

Figura 2 - Fluxograma sobre a seleção dos participantes após convite e realização do exame audiológico.

Como pode ser percebido pela **Figura 2**, dos 33 idosos institucionalizados com deficiência auditiva referida, apenas 22 aceitaram participar do exame, uma vez que nove idosos recusaram e dois já faziam uso de AASI. Dos 22, apenas 17 compareceram em função do falecimento de três idosos e da saída da ILPI de dois idosos.

O esquema abaixo (**Figura 3**) demonstra o fluxograma para formação do GNI:

Figura 3 - Fluxograma sobre a seleção dos participantes após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão e da concordância em participar da pesquisa.

Como pode ser percebido pela **Figura 3**, foram abordados 60 pacientes durante rotina para recebimento de AASI. No entanto, cinco não atenderam aos critérios de inclusão pelos seguintes motivos: dois já eram usuários de AASI e três apresentavam condições clínicas, autodeclaradas, apontadas pela família e/ou percebidas pelo pesquisador, que inviabilizavam a entrevista (ex: confusão mental, início de Alzheimer e Doença de Parkinson). Dos 55 que poderiam participar, cinco não concordaram com a participação devido a não disponibilidade de tempo para a entrevista.

4.2.2.2 Métodos

4.2.2.2.1 *Avaliação audiológica dos idosos institucionalizados com perda auditiva referida*

Os idosos institucionalizados com perda auditiva referida, tendo interesse, foram submetidos à avaliação audiológica (audiometria e logaudiometria) para comprovação de possível perda auditiva. Essa avaliação ocorreu no Setor de Fonoaudiologia do HCFMRP-USP, em cabina acústica, por meio de audiômetro da marca Interacoustic, modelo AC40, devidamente calibrado. Previamente à avaliação audiológica, foi feita uma otoscopia por equipe médica, utilizando o miniotoscópio da marca Mikatos. A avaliação audiológica completa teve duração aproximada de 40 minutos e foi realizada por um audiologista do hospital.

Foi realizada audiometria tonal limiar para pesquisar os limiares por via aérea nas frequências de 250 a 8kHz. A pesquisa dos limiares de via óssea nas frequências de 500 a 4kHz foi realizada quando o sujeito apresentou limiar por via aérea maior ou igual a 25dBNA.

Para a classificação do grau da perda auditiva, utilizou-se a proposta de Bureau International d'Audio Phonologie (BIAP) (Franzoni, 1997), que considera a média dos limiares nas frequências de 500, 1k, 2k e 4kHz em cada orelha. De acordo com Kano, Mezzena e Guida (2009) e Tenório et al. (2011), a proposta de BIAP é a que melhor representa o grau de perda auditiva na população idosa por considerar a frequência de 4KHz no cálculo da média. Em caso de perdas simétricas, considerou-se o limiar da melhor orelha e, em caso de perdas assimétricas, o resultado da melhor orelha foi multiplicado por 0,7 e o da pior orelha por 0,3, de modo a se obter uma média única geral do grau da perda auditiva do indivíduo.

A partir do cálculo da média, o grau da perda foi classificado de acordo com o

Quadro 2:

Ligeiro	21 - 40 dBNA
Moderado de 1º grau	41 - 55 dBNA
Moderado de 2º grau	56 - 70 dBNA
Severo de 1º grau	71 - 80 dBNA
Severo de 2º grau	81 - 90 dBNA
Profundo de 1º grau	91 - 100 dBNA
Profundo de 2º grau	101 - 110 dBNA
Profundo de 3º grau	111 - 119 dBNA
Total	>120 dBNA

Quadro 2 - Classificação do grau da perda auditiva, de acordo com BIAP (Franzoni, 1997).

O tipo de perda auditiva foi definido conforme preconizaram Santos e Russo (1986) e pode ser visualizado no **Quadro 3**:

Conductiva	VO: $\leq$ a 15 dBNA VA: > 25 dBNA, com gap aéreo-ósseo $\geq$ 15 dB
Sensorineural	VO: > 15 dBNA VA: > 25 dBNA, com gap aéreo-ósseo de até 10 dB
Mista	VO: > 15 dBNA VA: > 25 dBNA, com gap aéreo-ósseo $\geq$ a 15 dB

Quadro 3 - Classificação do tipo de perda auditiva, de acordo com Santos e Russo (1986).

A configuração da curva audiométrica foi classificada segundo Hannula et al. (2011) e pode ser visualizada no **Quadro 4**:

Horizontal	<15dBNA a diferença entre as médias de 0,25kHz e 0,5kHz, 1k e 2kHz, e 4k e 8kHz
Descendente	entre 15 e 29dBNA a diferença entre as médias de 0,5kHz e 1kHz, e de 4kHz e 8kHz
Abrupta	$\geq$ 30dBNA a diferença entre as médias de 0,5kHz e 1kHz, e de 4kHz e 8kHz
Ascendente	$\geq$ 15dBNA a diferença entre o menor limiar da faixa de 0,125kHz-0,5kHz e de 3k-8kHz
Curva em U	$\geq$ 15dBNA a diferença entre o menor limiar da faixa das frequências médias (0,75kHz-2kHz), e menor da faixa das frequências altas (3kHz-8kHz) e baixas (0,125kHz-0,5kHz)

Quadro 4 - Classificação da configuração da curva audiométrica, de acordo com Hannula et al. (2011).

Ainda com relação à investigação audiológica, foi realizada a logaudiometria por meio dos seguintes testes: Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF) e Limiar de Reconhecimento de Fala (LRF). Os resultados do Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF) foram classificados de acordo com Jerger, Speaks

e Trammell (1968), no que se refere à dificuldade para compreender a fala, e pode ser visualizado no **Quadro 5**.

100% a 92%	Nenhuma dificuldade
88% a 80%	Discreta dificuldade
76% a 60%	Moderada dificuldade para compreender a fala
56% a 52%	Acentuada dificuldade
Abaixo de 50%	Provavelmente incapaz de acompanhar uma conversa

Quadro 5 - Classificação do índice percentual de reconhecimento de fala, de acordo com Jerger, Speaks e Trammell (1968).

A partir desses exames, os idosos institucionalizados com deficiência auditiva compuseram o GI. É importante ressaltar que a todos os idosos desse grupo com necessidade de adaptação de AASI foi oferecido seguimento pelo Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP.

4.2.2.2 *Entrevista para a obtenção da percepção de restrição de participação nos idosos institucionalizados*

Os idosos institucionalizados com deficiência auditiva comprovada a partir de exames audiológicos foram submetidos à entrevista para obtenção da percepção de restrição de participação na perda auditiva. A entrevista ocorreu em sala reservada da ILPI, na semana seguinte à da realização do exame. O tempo de duração da entrevista foi de, aproximadamente, 20 minutos por idoso.

Previamente às questões sobre a percepção de restrição participativa, os idosos foram questionados sobre sua condição de saúde/doença, a partir de um roteiro elaborado pelos pesquisadores (**APÊNDICE D**). Para a confirmação de sintomatologias depressivas, aplicou-se a escala *GDS-4* (D'ath et al., 1994). Trata-se de um questionário de quatro perguntas com respostas objetivas (sim ou não). A cada resposta afirmativa para sintomas depressivos soma-se 1 ponto. O **Quadro 6** explica a interpretação das pontuações.

Pontuação 0	Normalidade
Pontuação 1	Probabilidade de depressão
Pontuações entre 2 e 4	Depressão

Quadro 6 - Interpretação do resultado da escala *GDS-4*, segundo D'ath et al. (1994).

Segundo Castelo et al. (2006), a sensibilidade e especificidade do *GDS-4* é maior e mais equilibrada com o ponto de corte de uma resposta afirmativa. Assim, nesta pesquisa, foi considerado com sintomatologia depressiva os indivíduos que apresentaram pontuações iguais ou superiores a 1.

Importante ressaltar que as equipes de saúde das ILPIs tinham ciência dos casos que foram apontados com provável depressão e, inclusive, a quase totalidade desses idosos já era medicada.

Após a aplicação do *GDS-4*, os idosos foram questionados sobre a percepção das restrições de participação decorrentes da perda auditiva. Para essa investigação, a pesquisadora adaptou o *HHIE* para que pudesse ser aplicado em idosos institucionalizados (**APÊNDICE E**). Outros pesquisadores já haviam mencionado a necessidade dessa adaptação (Santos et al., 2012 e Mattiazzi et al., 2014), de modo que as respostas pudessem ser mais compatíveis com as situações vivenciadas pelos institucionalizados.

A adaptação envolveu apenas nove questões, sendo duas da escala emocional (Q5, Q14) e sete da social (Q6, Q10, Q11, Q13, Q16, Q19, Q21). Procurou-se substituir algumas palavras por outras de mesma categoria semântica e sentido aproximado. A forma das questões foi mantida. Vale ressaltar que o conteúdo modificado não foi validado.

As questões adaptadas podem ser visualizadas no **Quadro 7**, coluna à direita, ao lado das questões originais, coluna à esquerda. Outras questões da escala social (Q1, Q3, Q8, Q15, Q23) e da emocional (Q2, Q4, Q7, Q9, Q12, Q17, Q18, Q20, Q22, Q24, Q25), foram mantidas. O *HHIE*- versão adaptada para idosos institucionalizados pode ser visualizada no **APÊNDICE E**.

Q5 original A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir frustrado(a) ou insatisfeito(a) quando conversa com pessoas de sua família?	Q5 Adaptada A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir frustrado(a) ou insatisfeito(a) quando conversa com as pessoas que moram com o senhor(a)?
Q6 original A diminuição da audição causa dificuldade quando o(a) senhor(a) vai a uma festa ou reunião social?	Q6 Adaptada A diminuição da audição causa dificuldade quando o(a) senhor(a) participa de uma festa ou reunião?
Q10 original A diminuição da audição causa-lhe dificuldades quando visita amigos, parentes ou vizinhos?	Q10 Adaptada A diminuição da audição causa-lhe dificuldades quando recebe a visita de amigos, parentes, conhecidos ou voluntários?
Q11 original A dificuldade em ouvir faz com que o(a) senhor(a) vá a serviços religiosos menos vezes do que gostaria?	Q11 Adaptada A dificuldade em ouvir faz com que o(a) senhor(a) participe menos vezes de celebrações religiosas?
Q13 original A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) visitar amigos, parentes ou vizinhos menos vezes do que gostaria?	Q13 Adaptada A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) receber visitas menos vezes do que gostaria?
Q14 original A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) ter discussões ou brigas com sua família?	Q14 Adaptada A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) ter discussões ou brigas com as pessoas que moram com o(a) senhor(a)?
Q16 original A dificuldade em ouvir faz com que o(a) senhor(a) saia para fazer compras menos vezes que gostaria?	Q16 Adaptada A dificuldade em ouvir faz com que o(a) senhor(a) saia menos vezes para passear do que gostaria?
Q19 original A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) querer conversar menos com as pessoas de sua família?	Q19 Adaptada A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) querer conversar menos com as pessoas que moram com o(a) senhor(a)?
Q21 original A diminuição da audição causa-lhe dificuldades quando o(a) senhor(a) está num restaurante com familiares ou amigos?	Q21 Adaptada A diminuição da audição lhe causa dificuldades quando o(a) senhor(a) está no refeitório com outras pessoas?

Quadro 7 - Questões do questionário *HHIE* originais (coluna à esquerda) e adaptadas para serem aplicadas em idosos institucionalizados (coluna à direita).

A aplicação do questionário ocorreu numa abordagem frente a frente, na qual a entrevistadora fazia as perguntas e anotava a resposta do entrevistado.

O *HHIE* – versão adaptada para ser aplicada em idosos institucionalizados, assim como o original, apresenta 25 questões, divididas em dois domínios (social e emocional). Diante das perguntas, o indivíduo tem três opções de respostas: "sim", "às vezes" e "não", as quais pontuam quatro, dois e zero pontos, respectivamente. Assim, a pontuação obtida no questionário pode variar de 0 a 100. Das 25 questões,

13 referem-se ao domínio emocional e 12 ao social. No emocional, a pontuação pode variar de 0 à 52 e no social de 0 à 48.

O **Quadro 8** apresenta a classificação dos idosos quanto à percepção de restrição de participação na perda auditiva a partir das pontuações obtidas.

0 - 16 pontos	Ausência de percepção
18 - 42 pontos	Percepção leve/ moderada
> 42 pontos	Percepção severa/ significativa

Quadro 8 - Classificação dos idosos a partir das pontuações obtidas no *HHIE*, de acordo com Ventry e Weinstein (1982).

4.2.2.2.3 *Análise do exame audiológico e entrevista para a obtenção da percepção de restrição de participação nos idosos não institucionalizados*

Os idosos do GNI, durante rotina no Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP, em dias agendados para realização de pré-moldagem ou recebimento do AASI, foram abordados para apresentação da pesquisa e convite. Os idosos que consentiram, a partir da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE C**), tiveram seus exames audiológicos acessados para a obtenção das características de sua perda auditiva. Cada audiograma foi analisado para o registro do grau da perda auditiva, segundo recomendação de BIAP (Franzoni, 1997), do tipo da perda auditiva, conforme preconizaram Santos e Russo (1986), e da configuração da curva audiométrica, segundo Hannula et al. (2011). Importante destacar que alguns exames não continham informações sobre a logaudiometria.

Em seguida, os idosos foram questionados sobre dados pessoais (sexo, data de nascimento, cor, estado civil, escolaridade), condições de saúde/doença (doenças referidas e sintomatologia depressiva) (**APÊNDICE D**) e sobre as restrições de participação decorrentes da perda auditiva, a partir da aplicação do *HHIE* (**ANEXO B**).

A aplicação do questionário ocorreu numa abordagem frente a frente, na qual a entrevistadora fazia as perguntas e anotava a resposta do entrevistado. A

classificação dos idosos quanto à percepção de restrição de participação na perda auditiva a partir das pontuações obtidas está apresentada no **Quadro 8**.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise descritiva das variáveis quantitativas foi utilizada média e desvio padrão (média $\pm$ dp) ou mediana e intervalo interquartil (IIQ: P75 – P25), de acordo com a distribuição dos dados. A prevalência foi representada por porcentagem e respectivo intervalo de confiança (IC 95%). As variáveis categóricas foram descritas por frequência e porcentagem.

As comparações entre grupos/categorias foram realizadas utilizando os testes t de *Student* para amostras independentes e, alternativamente, teste de *Mann-Whitney* nas situações em que a análise não-paramétrica foi requerida. Nas comparações pareadas empregou-se o teste de postos sinalizados de *Wilcoxon*. As variáveis categóricas foram avaliadas por testes de associação (teste Qui-Quadrado ou teste exato de *Fisher*).

Todos os procedimentos de análise foram realizados usando o software JMP® 10.0 (SAS Institute Inc, Cary, NC, USA). Adotou-se significância para $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A fim de facilitar a leitura, os resultados serão apresentados em quatro partes:

5.1 Caracterização dos idosos moradores de instituições de longa permanência (ILPIs), filantrópicas, de Ribeirão Preto/SP.

5.2 Prevalência e causas atribuídas à deficiência auditiva referida em idosos moradores de ILPIs, filantrópicas, de Ribeirão Preto/SP. Associação com variáveis sociodemográficas.

5.3 Comparação entre a percepção de restrição de participação na perda auditiva em idosos institucionalizados e não institucionalizados com mesmo tipo e grau de perda auditiva.

5.4 Associação entre percepção de restrição de participação na perda auditiva e variáveis sociodemográficas e de condições de saúde/doença.

5.1 Caracterização dos idosos moradores de instituições de longa permanência (ILPIs), filantrópicas, de Ribeirão Preto/SP.

A caracterização dos 110 idosos institucionalizados quanto às variáveis sociodemográficas pode ser visualizada na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos institucionalizados conforme variáveis sociodemográficas (n = 110).

Variáveis	Frequência	%
Sexo		
masculino	56	49,1
feminino	54	50,9
Faixa etária		
60-69	22	20,0
70-79	40	36,4
80-89	37	33,6
90-99	11	10,0
Longevidade		
até 79 anos	62	56,4
≥ 80 anos	48	43,6
Cor		
branca	92	83,6
negra	16	14,6
amarela	2	1,8
Estado civil		
solteiro	47	42,7
casado	10	9,1
viúvo	35	31,8
separado/divorciado	18	16,4
Alfabetizado		
sim	87	79,1
não	23	20,9
Anos de estudo		
0	24	21,8
1 a 4	66	60,0
5 a 8	8	7,2
> 8	12	11,0

Quanto à idade dos idosos institucionalizados, verificou-se mínima de 60 e máxima de 100 anos. A idade média dos idosos (média $\pm$ dp) foi de $77,5 \pm 9,4$ anos.

O tempo de institucionalização na ILPI variou de um mês a 332 meses. O tempo médio da institucionalização (média $\pm$ dp) foi de $55,8 \pm 58,3$ meses.

As **Tabelas 2 e 3** mostram a variável “anos de estudo” distribuída de acordo com “cor” e “sexo” dos participantes, respectivamente. Verificou-se associação entre anos de estudo com a cor ($p=0.0395$).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo cor e anos de estudo (n=110).

Variável	Anos de Estudo (anos)				Total		p-Valor *
	Até 4		Acima de 4				
Cor	N	%	N	%	N	%	
Branca	72	78,3	20	21,7	92	83,6	0,0395
Outra	18	100,0	0	0,0	18	16,4	
Total	90	81,8	20	18,2	110	100,0	

* Teste de associação (Teste Exato de Fisher)

Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo sexo e anos de estudo (n=110).

Variável	Anos de Estudo (anos)				Total		p-Valor *
	Até 4		Acima de 4				
Sexo	N	%	N	%	N	%	
Masculino	43	76,8	13	23,2	56	50,9	0,1634
Feminino	47	87,0	7	13,0	54	49,1	
Total	90	81,2	20	18,2	110	100	

* Teste de associação (Qui-Quadrado)

Não houve significância estatística na comparação da idade e anos de estudo (Até 4 anos de estudo: $78,3 \pm 9,3$ anos; Acima de 4 anos de estudo: $73,6 \pm 9,1$ anos; teste t de Student; $t = 1,98$; $p = 0,0575$), conforme pode ser visualizado na **Figura 4**.

Figura 4 - Idade (em anos) em relação a anos de estudo (n=110).

5.2 Prevalência e causas atribuídas à deficiência auditiva referida em idosos moradores de ILPIs, filantrópicas, de Ribeirão Preto/SP. Associação com variáveis sociodemográficas.

Do total de 110 idosos institucionalizados, a queixa auditiva referida foi observada em 33, ou seja, em 30% da amostra estudada (IC 95%: 21,7 - 38,3).

Quanto à associação da prevalência de DA referida com variáveis sociodemográficas, houve significância estatística na comparação da deficiência auditiva referida com relação à idade (Não: $76,2 \pm 9,7$ anos; Sim: $80,1 \pm 7,9$ anos; teste t de Student; $t = 2,611$; $p = 0,0109$) (**Figura 5**).

Figura 5 - Idade (anos) em relação à queixa auditiva referida (n=110).

Quanto ao tempo (em meses) na ILPI, não houve significância estatística quando comparado à deficiência auditiva referida (Não: $60,4 \pm 64,6$ meses; Sim: $44,6 \pm 36,7$ meses; *Mann-Whitney test*, $U = 1533$; $p = 0,6885$) (**Figura 6**).

Figura 6 - Tempo na ILPI (meses) em relação à queixa auditiva referida (n=110).

A **Tabela 4** mostra a distribuição da deficiência auditiva referida conforme variáveis sociodemográficas.

Tabela 4 - Prevalência (%) da deficiência auditiva referida, conforme variáveis sociodemográficas da amostra estudada (n = 110).

Variáveis	n	Prevalência		p-valor*
		(%)	IC 95%	
Sexo				
masculino	56	25,0	13,7 – 36,3	0,2433
feminino	54	35,2	22,5 – 47,9	
Faixa etária				
60-69	22	13,6	0 – 27,9	0,0182
70-79	40	22,5	9,6 – 35,4	
80-89	37	48,7	32,6 – 64,8	
90-99	11	27,3	1,0 – 53,6	
Longevidade				
até 79 anos	62	19,4	9,6 – 29,2	0,0056
≥ 80 anos	48	43,8	29,8 – 57,8	
Cor				
branca	92	31,5	22,0 – 41,0	0,4851
negra	16	18,8	0 – 37,9	
amarela	2	50,0	0 – 119,3	
Estado civil				
solteiro	47	27,7	14,9 – 40,5	0,6842
casado	10	20,0	0 – 44,8	
viúvo	35	37,1	21,1 – 53,1	
separado/divorciado	18	27,8	7,1 – 48,5	
Alfabetizado				
sim	87	29,9	20,3 – 39,5	0,9592
não	23	30,4	11,6 – 49,2	
Anos de estudo				
0	24	33,3	14,4 – 52,2	0,3541
1 a 4	66	33,3	21,9 – 44,7	
5 a 8	8	25,0	0 – 55,0	
> 8	12	8,3	0 – 23,9	

* Teste de associação (Qui-Quadrado)

Dentre os idosos que referiram deficiência auditiva, as causas podem ser visualizadas na **Tabela 5**.

Tabela 5 - Causas atribuídas à deficiência auditiva referida (n=33).

Causas	Frequência	%
Envelhecimento	20	60,6
Episódios de infecção	3	9,1
Desde o nascimento/infância	3	9,1
Outras	3	9,1
Não soube referir	4	12,1

As causas atribuídas à deficiência auditiva referida foram analisadas quanto à sua distribuição em função do sexo, do fato de ser ou não alfabetizado, da idade (em anos) e do tempo na ILPI (em meses). Para viabilizar esta análise, as causas atribuídas à deficiência auditiva foram separadas em dois grupos (“envelhecimento” e “outras causas”).

As **Tabelas 6 e 7** apresentam a distribuição dos idosos institucionalizados que referiram deficiência auditiva, segundo as variáveis demográficas (sexo, alfabetização) e causas atribuídas à deficiência auditiva referida (“envelhecimento” e “outras causas”). Verificou-se que a causa atribuída ao envelhecimento apresentou associação com o sexo, sendo significativamente maior no feminino, enquanto outras causas no masculino ($p=0,0120$).

Tabela 6 - Distribuição dos idosos segundo sexo e causas atribuídas (n=33).

Variável Sexo	Causas atribuídas				Total		p-Valor *
	Envelhecimento		Outras causas		N	%	
Masculino	5	35,7	9	64,3	14	42,4	0,0120
Feminino	15	79,0	4	21,0	19	57,6	
Total	20	60,6	13	39,4	33	100	

* Teste de associação (Qui-Quadrado)

Tabela 7 - Distribuição dos idosos segundo alfabetização e causas atribuídas (n=33).

Variável Alfabetização	Causas atribuídas				Total		p-Valor *
	Envelhecimento		Outras causas		N	%	
Não	4	57,1	3	42,9	7	21,2	0,8327
Sim	16	61,5	10	38,5	26	78,8	
Total	20	60,6	13	39,4	33	100	

* Teste de associação (Qui-Quadrado)

Houve significância estatística na comparação da causa referida com relação à idade em anos (Envelhecimento: $84,4 \pm 4,7$ anos; Outras causas: $75,3 \pm 9,0$ anos; teste t de *Student*, $t = 3,251$; $p = 0,0055$), conforme pode ser visualizado na **Figura 7**.

Figura 7 - Causa referida em relação à idade em anos (n=33).

Não foi possível realizar a análise da distribuição das causas referidas em função da cor, estado civil e anos de estudo. Na tentativa de realizar o teste de associação (Qui-Quadrado), verificou-se que 20% das caselas possuíam frequência esperada menor que 5%, o que classifica o teste como suspeito.

Não houve significância estatística na comparação da causa referida com relação ao tempo na ILPI (Envelhecimento: $41,2 \pm 37,9$ meses; Outras causas: $43,3 \pm 29,5$ meses; *Mann-Whitney test*, $U = 174,5$; $p = 0,6854$), conforme pode ser visualizado na **Figura 8**.

Figura 8 - Causa referida em relação ao tempo na ILPI em meses (n=33).

5.3 Comparação entre a percepção de restrição de participação na perda auditiva em idosos institucionalizados e não institucionalizados com mesmo tipo e grau de perda auditiva.

Conforme foi descrito na Metodologia, 17 idosos institucionalizados tiveram suas deficiências auditivas confirmadas por exames audiológicos. As características sociodemográficas e de saúde/doença, bem como os achados audiológicos desses idosos podem ser visualizados nos quadros 9, 10, 11, 12, 13 e 14 que compõem o **APENDICE F**. Verificou-se que 10 idosos apresentavam mesmo tipo e grau de perda auditiva bilateral: sensorineural e moderada. Os demais apresentavam outras características audiológicas que não permitiram a estratificação em grupos com número amostral satisfatório (vide Quadro 10).

Assim, de modo a homogeneizar as características audiológicas do grupo em estudo (GI), optou-se por analisar apenas os 10 idosos com mesmo tipo e grau de perda auditiva bilateral.

Em relação aos idosos não institucionalizados, dos 50 idosos participantes, 28 também apresentavam perda auditiva sensorineural moderada bilateral, sendo assim selecionados para pertencer ao GNI.

A semelhança quanto às características audiométricas dos dois grupos (GI e GNI) foi confirmada por meio de análises estatísticas que revelaram os seguintes resultados: 1º) não houve diferença quanto à média da melhor orelha (média $\pm$ dp) entre os grupos (Grupo Institucionalizado: $52,0 \pm 7,0$; Grupo não institucionalizado: $52,8 \pm 7,8$); 2º) Não houve diferença quanto ao grau de perda moderada entre os grupos ($p=0,4528$) (**Tabela 8**); 3º) Não houve diferença quanto à configuração da curva audiométrica entre os grupos ($p=0,4472$) (**Tabela 8**).

Tabela 8 - Distribuição dos idosos com deficiência auditiva sensorineural moderada bilateral conforme características audiométricas em ambos os grupos: GI (n = 10) e GNI (n = 28).

Variáveis	GI N (%)	GNI N (%)	p-Valor
Grau de moderada			
1º grau (de 40 à 55dB)	8 (80,0)	18 (64,3)	0,4528 *
2º grau (de 56 à 70dB)	2 (20,0)	10 (35,7)	
Curva audiométrica			
horizontal	3 (30,0)	7 (25,0)	0,4427 **
descendente	3 (30,0)	4 (14,3)	
abrupta	4 (40,0)	17 (60,7)	

* Teste Exato de Fisher, ** Teste Qui-Quadrado.

A seguir, na **Tabela 9**, podem ser visualizadas as características sociodemográficas dos idosos com deficiência auditiva sensorineural moderada bilateral no GI e GNI:

Tabela 9 - Distribuição dos idosos com deficiência auditiva sensorineural moderada bilateral conforme variáveis sociodemográficas em ambos os grupos: GI (n = 10) e GNI (n = 28).

Variáveis	GI N (%)	GNI N (%)	p-Valor
Sexo			
masculino	0 (0)	17 (60,7)	0,0008 *
feminino	10 (100)	11 (39,3)	
Grupo Etário			
até 79 anos	1 (10,0)	16 (57,1)	0,0124 *
≥ 80 anos	9 (90,0)	12 (42,9)	
Cor			
branca	9 (90,0)	23 (82,1)	1,0000 *
não branca	1 (10,0)	5 (17,9)	
Situação conjugal			
solteiro	5 (50,0)	1 (3,7)	**
casado	0 (0,0)	22 (59,5)	
viúvo	5 (50,0)	3 (11,1)	
separado/divorciado	0 (0,0)	1 (3,7)	
Alfabetizado			
sim	8 (80,0)	23 (82,1)	1,0000 *
não	2 (20,0)	5 (17,9)	
Anos de estudo 2			
até 4	9 (90,0)	23 (82,1)	1,0000 *
acima de 4	1 (10,0)	5 (17,9)	

* Teste Exato de Fisher; ** Não foi possível calcular.

A idade média (média $\pm$ dp) no grupo de idosos institucionalizados foi de 85,6 $\pm$ 4,1 anos e no grupo de idosos não institucionalizados foi de 76,5 $\pm$ 7,7 anos. Houve diferença estatística entre os grupos (Teste t de Student; t = 4,64; p < 0,0001).

Com relação à saúde geral, a **Tabela 10** mostra o número de doenças referidas em cada grupo.

Tabela 10 - Número de doenças referidas em GI (n = 10) e GNI (n = 28).

Número doenças referidas	GI N (%)	GNI N (%)
Zero	0(00)	8(28,5)
Um	4(40)	12(43)
Dois	1(10)	3(11)
Três	2(20)	4(14)
Quatro	3(30)	1(03,5)

Houve diferença significativa entre o número de doenças referidas entre os dois grupos (mediana (IIQ): GI, 2,5 (3); GNI, 1 (2) (*Mann-Whitney*; $p = 0,0158$)).

A distribuição dos idosos dos dois grupos em função da classificação no *HHIE* e da presença ou ausência de sintomatologia depressiva pode ser visualizada na **Tabela 11**.

Tabela 11 - Distribuição dos idosos com deficiência auditiva sensorineural moderada bilateral conforme percepção de restrição de participação auditiva e sintomatologia depressiva em ambos os grupos: GI (n = 10) e GNI (n = 28).

Variáveis	GI N (%)	GNI N (%)	p-Valor*
HHIE Percepção			
Ausente	3 (30,0)	9 (32,1)	0,9813
Leve	2 (20,0)	6 (21,4)	
Severa	5 (50,0)	13 (46,5)	
Sintomatologia depressiva			
sim	8 (80,0)	15 (54)	0,1422
não	2 (20,0)	13 (46)	

* Teste Qui-Quadrado.

Houve diferença significativa entre os grupos quanto à pontuação na escala *GDS-4* (mediana (IIQ): GI, 3 (3,25); GNI, 1 (2) (*Mann-Whitney*; $p = 0,0272$)).

Não houve diferença significativa entre os grupos GI e GNI quanto aos escores do *HHIE*, conforme pode ser visualizado na **Tabela 12**.

Tabela 12 - Médias dos escores do *HHIE* (média $\pm$ dp) em ambos os grupos: GI (n = 10) e GNI (n = 28).

Variáveis	GI média $\pm$ dp	GNI média $\pm$ dp	p-Valor *
<i>HHIE</i> Social	19,4 $\pm$ 13,0	21 $\pm$ 11,8	0,5276
<i>HHIE</i> Emocional	21,8 $\pm$ 16,9	15,6 $\pm$ 12,8	0,2704
<i>HHIE</i> Total	41,2 $\pm$ 27,6	36,6 $\pm$ 23,7	0,7028

IIQ: Intervalo Interquartil; * Teste de *Mann-Whitney*

Houve diferença estatística na análise pareada dos escores do domínio social (média $\pm$ dp, 20,6 $\pm$ 12,0) e do emocional (média $\pm$ dp, 17,2 $\pm$ 14,0) do *HHIE* (Teste de Postos Sinalizados de *Wilcoxon*; $p=0,0109$).

5.4 Associação entre percepção de restrição de participação decorrente de deficiência auditiva e variáveis sociodemográficas e de condições de saúde/doença.

Considerando o reduzido número amostral que compôs o GI com perda auditiva sensorioneural moderada bilateral e tendo em vista que não houve diferença na percepção de restrição de participação auditiva entre os dois grupos, os escores do *HHIE* foram analisados considerando-se os dois grupos combinados (n=38).

A **Tabela 13** apresenta a correlação entre os escores do *HHIE* (total) com variáveis numéricas (idade, número de doenças referidas e pontuação na escala *GDS-4*).

Tabela 13 - Correlação entre escores do *HHIE* (total) e variáveis numéricas (idade, número de doenças referidas e escore do *GDS-4*).

<i>HHIE</i> vs	Correlação	p-Valor
Idade	-0,202 *	0,2235
Numero de doenças referidas	0,209 **	0,2081
Escore <i>GDS-4</i>	0,491 **	0,0017

* Correlação de *Pearson*; ** Correlação de *Spearman*.

A **Tabela 14** apresenta a associação entre os escores do *HHIE* (total) com variáveis categóricas (sexo, cor, longevidade, alfabetização, anos de estudo, grau da perda moderada, curva audiométrica, presença de sintomatologia depressiva).

Tabela 14 - Associação entre os escores do *HHIE* (total) com variáveis categóricas (sexo, longevidade, cor, alfabetização, anos de estudo, presença de sintomatologia depressiva).

<i>HHIE</i> vs	Média $\pm$ dp	p-Valor *
Sexo		
masculino	32,6 $\pm$ 22,8	0,2384
feminino	42,0 $\pm$ 25,5	
Longevidade		
até 79 anos	40,2 $\pm$ 25,4	0,5889
$\geq$ 80 anos	35,8 $\pm$ 24,1	
Cor		
branca	35,9 $\pm$ 24,1	0,3486
não branca	47,7 $\pm$ 26,5	
Alfabetizado		
sim	36,5 $\pm$ 24,23	0,5471
não	43,4 $\pm$ 26,8	
Anos de estudo		
até 4	44,0 $\pm$ 15,5	0,3657
> 4	36,6 $\pm$ 25,8	
Sintomatologia depressiva		
sim	52,8 $\pm$ 19,1	<,0001
não	24,3 $\pm$ 20,6	

* Teste t de *Student*;

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A fim de facilitar a leitura, a discussão será apresentada em quatro partes, seguida das considerações finais:

6.1 Caracterização dos idosos moradores de instituições de longa permanência (ILPI), filantrópicas, de Ribeirão Preto/SP.

6.2 Prevalência e causas atribuídas à deficiência auditiva referida em idosos moradores de ILPIs, de Ribeirão Preto/SP. Associação com variáveis sociodemográficas.

6.3 Comparação entre a percepção de restrição de participação na perda auditiva em idosos institucionalizados e não institucionalizados com mesmo tipo e grau de perda auditiva.

6.4 Associação entre percepção de restrição de participação na perda auditiva e variáveis sociodemográficas e de condições de saúde/doença.

Considerações finais

6.1 Caracterização de idosos moradores de instituições de longa permanência, filantrópicas, de Ribeirão Preto/SP. Associação com variáveis sociodemográficas.

Com relação às características sociodemográficas dos 110 idosos institucionalizados, verificou-se que a proporção entre homens e mulheres nas ILPIs no presente estudo foi equilibrada, havendo um leve predomínio de mulheres (50,9%). Essa porcentagem é inferior a que tem sido divulgada pela literatura (Davim et al., 2004; Santana e Barboza Filho, 2007; Almeida e Rodrigues, 2008; Aires, Paz e Perosa, 2009; Baruzzi et al. 2009; Gutierrez et. al., 2009; Camarano e Kanso 2010; Freitas e Noronha, 2010; Freitas e Scheicher, 2010; Galhardo, Mariosa e Takata, 2010; Lima, Lima e Ribeiro, 2010; Menezes et al., 2011; Vaz e Gaspar, 2011; Alencar et al., 2012; Rodrigues et al. 2012; Santos et al., 2012; Silva et al., 2012; Moura e Souza, 2013; Rodrigues e Silva 2013; Santos et al., 2013).

O predomínio do sexo feminino no grupo etário de 60 anos ou mais é uma característica que se nota nas ILPIs de todo o Brasil (Caramaro e Kanso, 2010; IPEA, 2010; Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos, 2013) e que também reflete o perfil do brasileiro idoso, segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (2016), que descreveu o perfil demográfico do brasileiro em 2015. Nesta publicação, o idoso do sexo feminino representava 8% do total de brasileiros enquanto que o idoso do sexo masculino representava 6,3%. Esses dados comprovam a atual feminilização da velhice decorrente de maior expectativa de vida das mulheres (Aires, Paz e Perosa, 2009; Bandeira, Melo e Pinheiro, 2009; Kuchemann, 2012). De acordo com Kuchemann (2012), no Brasil, quanto mais envelhece a população, mais feminina ela se torna. Isso é resultado de uma maior expectativa de vida das mulheres, que, culturalmente recorrem mais a consultas médicas do que os homens, em associação a menores índices de mortalidade por causas violentas em comparação ao sexo masculino (Bandeira, Melo e Pinheiro, 2009).

Quanto à idade dos participantes, aproximadamente 56,4% dos idosos tinham idades compreendidas entre 60 e 79, ou seja, eram não longevos. Achado semelhante foi encontrado por Santana e Barboza Filho (2007), Souza e Oda (2008), Baruzzi et al. (2009), Gutierrez et al. (2009) e Menezes et al. (2011).

Em relação ao estado civil, verificou-se predomínio de solteiros (42,7%), seguido de viúvos (31,8%). O predomínio de solteiros em ILPIs é amplamente

descrito (Davim et al., 2004; Souza e Oda, 2008; Aires, Paz e Perosa, 2009; Galhardo, Mariosa e Takata, 2010; Lima, Lima, Ribeiro, 2010; Menezes et al., 2011; Reis et al., 2011; Alencar et al., 2012; Santos et al., 2012; Silva et al., 2012; Rodrigues e Silva, 2013, Santos et al., 2013; Souza e Massi, 2015) e evidencia frágil rede de apoio familiar e/ou social, resultando na marginalização e, consequente, dependência de cuidados não familiares (Aires, Paz e Perosa, 2009; Reis et al., 2011).

A alta ocorrência de idosos viúvos nas ILPIs investigadas também é referida na literatura (Davim et al., 2004; Almeida e Rodrigues, 2008; Lima, Lima, Ribeiro, 2010; Vaz e Gaspar, 2011; Santos et al., 2012) e corrobora com os achados de Hajek et al. (2015), segundo os quais, a viuvez aumenta significativamente a probabilidade de institucionalização.

O predomínio de idosos de cor branca (83,6%) é compatível com o censo realizado no Brasil em 2010 (IBGE, 2013) que apontou que no país 47,7% da população se declararam de cor branca, seguida da cor parda (43,1%).

Em relação à escolaridade dos idosos institucionalizados, 60% tinham entre um e quatro anos de estudo. Essa porcentagem é semelhante a que foi obtida no censo realizado no Brasil em 2010 (IBGE, 2013), que revelou que 65,5% dos idosos com ocupação tinham o ensino fundamental como nível de instrução mais elevado. Ainda nesse censo, verificou-se uma média de 5,7 anos de estudo para os idosos inseridos no mercado de trabalho, o que sugere alta ocorrência de ensino fundamental incompleto, fato este também apresentado em pesquisas com idosos institucionalizados (Aires, Paz e Perosa, 2009; Galhardo, Mariosa e Takata, 2010; Lima, Lima e Ribeiro, 2010; Carreira et al., 2011; Menezes et al. 2011; Vaz e Gaspar, 2011; Alencar et al., 2012; Rodrigues e Silva, 2013; Santiago e Mattos, 2014).

A porcentagem de idosos analfabetos no presente estudo foi de 21,8%, o que também é esperado para a realidade brasileira. De acordo com PNAD (2016), em 2015 a taxa de idosos analfabetos era de 22,3%. Outros estudos realizados com idosos institucionalizados verificaram taxas mais elevadas de analfabetismo, que variaram de 27,5% a 69,57% (Davim et al., 2004; Galhardo, Mariosa e Takata, 2010; Lima, Lima, Ribeiro, 2010; Carreira et al., 2011; Menezes et al., 2011; Reis et al., 2011; Vaz e Gaspar, 2011; Alencar et al., 2012; Souza e Massi, 2015).

De acordo com Aires, Paz e Perosa (2009), o baixo nível de escolaridade dos institucionalizados pode ser explicado pela desvalorização dos estudos, na época da infância desses idosos, aliada à realização de trabalhos braçais e pouco remunerados.

Na presente pesquisa, na distribuição dos idosos segundo anos de estudo e cor, verificou-se diferença estatística entre os grupos. Dentre os que estudaram acima de quatro anos (21,7%), todos eram de cor branca. Essa desproporcionalidade entre anos de estudo e cor tem sido apontada pelos censos realizados no Brasil (Brasil, 2013).

O tempo de institucionalização variou de um mês a 30 anos. Essa ampla variação também foi relatada em outras pesquisas (Souza e Oda, 2008; Vaz e Gaspar, 2011; Alencar et al., 2012; Moura e Souza, 2013; Rodrigues e Silva, 2013).

6.2 Prevalência e causas atribuídas à deficiência auditiva referida em idosos moradores de instituições de longa permanência, filantrópicas, de Ribeirão Preto/SP. Associação com variáveis sociodemográficas.

No presente estudo, na amostra de idosos investigados (n=110), a prevalência de deficiência auditiva autorreferida foi de 30%. Essa frequência é idêntica a que foi relatada por Cruz et al. (2012), a partir de um inquérito domiciliar realizado em São Paulo. Porcentagens semelhantes de deficiência auditiva referida foram encontradas por Jones, Victor e Vetter (1984) e Coelho Filho e Ramos (1999): 33% e 26,8%, respectivamente.

Prevalência inferior foi percebida no estudo de Paiva et al. (2001) que verificaram prevalência de deficiência auditiva referida de 11,2%. Outros estudos, no entanto, descreveram porcentagens superiores de deficiência auditiva na população, seja ela autorreferida ou constatada por exames audiológicos. Com relação à prevalência de deficiência auditiva referida na população, as taxas variaram de 39,3% a 55% (Souza e Russo, 2005; Souza e Oda, 2008; Gutierrez et al., 2009; Aioldi et al., 2013), enquanto que a prevalência de limiares alterados

variou de 34% a 83,1% (Baraldi, Almeida e Borges, 2007; Mattos e Veras, 2007; Carmo et al., 2008; Sousa e Russo, 2009; Airoidi et al., 2013).

A variação percebida nos estudos que investigaram prevalência de deficiência auditiva referida pode ser justificada pela subjetividade desse tipo de autoavaliação (Crispim e Ferreira, 2015) e pelas diferentes metodologias empregadas. Quanto à subjetividade da autorreferência, é importante destacar que quando questionados sobre sua condição auditiva, a percepção dos sujeitos sofre influências de diversos fatores, como experiências de vida, cultura, contexto em que está inserido, escolaridade (Ventry e Weinstein, 1982; Souza e Lemos, 2015), morbidades que impedem o reconhecimento desse problema, aceitação e adaptação do indivíduo à nova condição (Crispim e Ferreira, 2015), problemas de memória, ausência de diagnóstico (Lima-Costa, Barreto e Giatti, 2003) e a própria característica da perda auditiva decorrente do envelhecimento, cujo início é insidioso e de difícil percepção (Baruzzi et al., 2009).

Com relação às diferentes abordagens metodológicas utilizadas, foi possível notar que os questionamentos feitos para a obtenção dos relatos de deficiência auditiva referida apresentaram algumas distinções. Enquanto uns perguntavam se o entrevistado ouvia bem ou se apresentava dificuldades para ouvir (Jones, Victor e Vetter, 1984; Sindhusake et al., 2001; Castro et al., 2008; Souza e Oda, 2008; Cruz et al., 2009; Gutierrez et al., 2009, Paiva et al., 2011; Airoidi et al., 2013), outros questionavam a existência de dificuldades para compreender a fala (Airoidi et al., 2013). Outros, ainda, solicitavam que a audição fosse classificada em excelente, muito boa, boa, regular ou ruim (Coelho Filho e Ramos, 1999; Santiago e Novaes, 2009; Cruz et al., 2012).

Da mesma forma, na verificação de limiares alterados em exames audiológicos, as variações entre as taxas de prevalência percebidas entre os estudos podem ser justificadas pelas diferenças quanto às frequências investigadas, ao ponto de corte da intensidade e à escolha da melhor ou pior orelha para representar a média (Valete-Rosalino e Rozenfeld, 2005).

Apesar dessa dificuldade na comparação dos achados entre as pesquisas, um fato não deve ser desconsiderado: as elevadas taxas de queixas para ouvir apresentadas. Isso é muito preocupante, tendo em vista as inúmeras consequências que esse prejuízo sensorial pode trazer para o idoso. Quando não reabilitada, a deficiência auditiva pode gerar sofrimento emocional (Sousa e Russo, 2009),

caracterizada por um sentimento de constrangimento perante sua dificuldade para ouvir (Mondelli e Souza, 2012). Além disso, podem ocorrer isolamento e desenvolvimento de alguns distúrbios psiquiátricos, como a depressão, o que compromete, sobremaneira, sua qualidade de vida (Jones, Victor e Vetter, 1984; Paiva et al., 2011; Mondelli e Souza, 2012).

Uma das formas de se prevenir a perda da qualidade de vida em idosos com deficiência auditiva é a detecção e reabilitação precoces. Em ações de rastreamento, e em ambientes de convivência coletiva, como é o caso das ILPIs, torna-se extremamente útil a aplicação de questionários ou questionamentos que investiguem a existência de deficiência auditiva referida.

O autorrelato mostra-se como um ótimo instrumento de triagem auditiva, ou seja, de detecção precoce da deficiência auditiva em nível populacional (Paiva et al., 2011). Do ponto de vista logístico, é mais fácil e barato detectar possíveis perdas de audição a partir de questionamentos ao invés de exames, os quais são úteis para a confirmação e definição do tipo e grau de perda auditiva (Valete-Rosalino e Rozenfeld, 2005; Santiago e Novaes, 2009; Paiva et al., 2011).

No presente estudo, a deficiência auditiva referida não apresentou associação com sexo, diferentemente de outras pesquisas que associaram-na com o sexo masculino (Pinzan-Faria e Lório, 2004; Castro et al., 2008; Nobrega, Camara e Borges, 2008; Sousa e Russo, 2009; Paiva et al., 2011; Cruz et al., 2012). Nesses estudos, a diferença entre sexos foi explicada pela maior exposição dos homens a atividades ocupacionais.

Por outro lado, a deficiência auditiva referida associou-se com idade, faixa etária e longevidade, evidenciando que a estimativa de prevalência da deficiência auditiva referida aumenta em função da idade. Esse achado concorda com a literatura (Jones, Victor e Vetter, 1984; Valete-Rosalino e Rozenfeld, 2005; Baraldi, Almeida e Borges, 2007; Castro et al., 2008, Nóbrega, Camara e Borges, 2008, Cruz et al., 2009, Gutierrez et al., 2009; Sousa e Russo, 2009, Paiva et al., 2011, Cruz et al. 2012; Crispim e Ferreira, 2015). Isso significa que com o passar da idade, os órgãos auditivos sofrem mais o efeito do envelhecimento. À medida que a idade aumenta, eleva-se a perda da sensibilidade, principalmente nas frequências altas (Veras e Mattos, 2007; Carmo et al., 2008), tanto para homens como para mulheres (Carmo et al., 2008; Nóbrega, Camara e Borges, 2008). Assim, espera-se ao longo

dos anos, um aumento do número de pessoas com problemas auditivos, uma vez que o número de idosos tem aumentado (Fialho et al., 2009).

Com relação à investigação das causas atribuídas à deficiência auditiva referida na presente pesquisa, o envelhecimento foi o mais citado, representando 60,6% das causas mencionadas. Esse achado coincide com a literatura, que refere, no entanto, porcentagens menores. Paiva et al. (2011) e Crispim e Ferreira (2015) constatarem uma prevalência de 27,1% e 48,2% de causas atribuídas ao envelhecimento, respectivamente. Cruz et al. (2009) verificaram prevalência de 17,7% no grupo etário de 60 a 75 anos e de 41,4% no grupo acima de 75 anos.

De acordo com Cruz et al. (2012), o envelhecimento é a principal causa de deficiência auditiva referida devido ao maior tempo de exposição à fatores prejudiciais à audição e à própria presbiacusia.

Neste estudo, a distribuição dos idosos segundo causas atribuídas associou-se com o sexo. A causa atribuída ao envelhecimento foi predominante nas mulheres (79%) enquanto que “outras causas” nos homens (64,3%). Esse achado corrobora com a pesquisa de Castro et al. (2008), na qual o envelhecimento como causa da deficiência auditiva referida foi mais mencionado pelas mulheres (19,9%) do que pelos homens (12,1%); o contrário foi observado em relação às “causas externas” que prevaleceu nos homens (40,2%) quando comparado com as mulheres (23,9%). Segundo a literatura pesquisada, os homens são mais suscetíveis a ruídos em atividades laborais e de lazer, a doenças cardiovasculares e ao tabagismo, considerados como fatores de risco para alterações auditivas (Pinzan-Faria e Lório, 2004; Mattos e Veras, 2007; Castro et al., 2008).

6.3 Comparação entre a percepção de restrição de participação na perda auditiva em idosos institucionalizados e não institucionalizados com mesmo tipo e grau de perda auditiva.

Nesta análise, os 10 idosos do GI e os 28 do GNI apresentavam mesmas características audiológicas que sugeriam perda auditiva decorrente do envelhecimento: sensorineural, bilateral (Baraldi, Almeida e Borges, 2007; Mattos e Veras, 2007; Calais et al., 2008; Carmo et al., 2008; Guerra et al., 2010; Tenório et al., 2011). Como o grau moderado predominou entre os idosos institucionalizados,

fato também observado em pesquisas de Sousa e Russo (2009) e Guerra et al. (2010), selecionou-se dentre os idosos não institucionalizados aqueles que apresentavam perda auditiva bilateral com as mesmas características.

Os participantes deste estudo que compuseram o GI e GNI também não diferiram quanto às médias dos limiares na melhor orelha, ao grau de perda moderada, à configuração de curva audiométrica e nem quanto aos escores do *HHIE* (total e por domínios). No entanto, a análise sociodemográfica e de condições de saúde/doença entre os grupos evidenciou diferenças quanto à idade, sexo, número de doenças referidas e sintomas de depressão.

No grupo de idosos institucionalizados verificou-se presença exclusiva de mulheres (100%), com idades iguais ou acima de 80 anos (90%). Esses dados concordam com a distribuição proporcional de sexos por idade. A tendência mundial indica que os homens morrem mais cedo do que as mulheres, inclusive quando ainda são jovens, uma vez que estão expostos a maiores riscos. Esse fato justifica a maior probabilidade das mulheres ficarem viúvas e, assim, buscarem a institucionalização (Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos, 2013; Hajek et al., 2015).

O maior número de doenças referidas nos idosos institucionalizados também pode ser explicado pela presença exclusiva de mulheres na investigação e da faixa etária mais elevada em relação aos idosos não institucionalizados. Segundo Veras, Ramos e Kalache (1987) e Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), as mulheres apresentam maior frequência de doenças crônicas em relação aos homens em função de sua maior longevidade.

Quanto à percepção de restrições de participação na perda auditiva sensorineural moderada bilateral, a maioria dos idosos de ambos os grupos apresentou percepção severa (50% dos institucionalizados e 46,5% dos não institucionalizados), seguida da ausência de percepção (30% dos institucionalizados e 32,1% dos não institucionalizados) e da percepção leve (20% dos institucionalizados e 21,4% dos não institucionalizados).

Apesar da prevalência da percepção severa ter sido levemente maior no GI, a análise estatística não identificou diferenças significativas entre os grupos. Assim, pode-se dizer que os dois grupos de idosos não percebem as restrições de participação auditiva de modo diferente, o que contraria a hipótese inicial deste estudo.

Essa não variação entre os escores do *HHIE* nos grupos de idosos investigados pode ser explicada pelos seguintes fatores: 1) número amostral pequeno do GI, que restringiu a análise estatística dos dados; 2º) imprevisibilidade do comportamento e das dificuldades diante da perda auditiva (Pinzan-Faria e Lório, 2004), muito relacionadas com a história de vida de cada um e com os aspectos sociais, culturais e demográficos (Ventry e Weinstein, 1982; Souza e Lemos, 2015).

No presente estudo, o escore do *GDS-4* no GI foi superior ao do GNI, o que concorda com a literatura (Ceinos, 2001; Porcu et al., 2002; Drago e Martins, 2012). Esse achado pode estar relacionado com maior número de mulheres, de longevos, de doenças crônicas no grupo de institucionalizados e com o próprio contexto asilar.

De acordo com a literatura, nota-se maior ocorrência de depressão em pessoas do sexo feminino (Porcu et al., 2002; Santana e Barboza Filho, 2007; Gazalle et al., 2009; Vaz e Gaspar, 2011; Drago e Martins, 2012; Silva et al., 2012; Leal et al., 2014), assim como em pessoas de idade avançada (Santana e Barboza Filho, 2007; Gazelle et al., 2009; Drago e Martins, 2012; Silva et al., 2012). O número de doenças crônicas também tem relação com depressão (Gazalle et al., 2009) e índices de felicidade e qualidade de vida, sendo que quanto maior esse número, piores os índices (Chiossi et al., 2014).

A literatura é vasta ao associar o contexto institucional com depressão (Ceinos, 2001; Porcu et al., 2002; Gazalle et al., 2009; Carreira et al., 2011; Vaz e Gaspar, 2011; Leal et al., 2014). Segundo Reis et al. (2011) e Vaz e Gaspar (2011), a alta prevalência de depressão entre os idosos pode ser decorrente da condição de institucionalização asilar, considerada como situação estressante e desencadeadora ou agravante de quadros de depressão. De acordo com Carreira et al. (2011), o contexto asilar nem sempre oferece atividades, o que torna os idosos introspectivos e isolados do convívio social. Além disso, quanto maior a dificuldade de adaptação, maior o nível de depressão (Vaz e Gaspar, 2011).

Devido ao índice elevado de depressão nas ILPIs, torna-se urgente o investimento em capacitação e humanização das equipes envolvidas no cuidado do idoso institucionalizado (Vaz e Gaspar, 2011; Carreira et al., 2011; Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos, 2013; Santos et al., 2013; Leal et al., 2014), no sentido de conscientizá-los para a identificação e tratamento precoces de quadros depressivos, o que reflete direta e positivamente em sua qualidade de vida (Porcu et al., 2002; Santana e Barboza Filho, 2007; Reis et al., 2011; Santos et al., 2013; Leal

et al., 2014). Além disso, faz-se necessário a criação de programas dentro das instituições que promovam atividades de lazer, culturais e desportivas (Carreira et al., 2011). A ausência de medidas nesse sentido aumentariam as morbidades e incidência de óbitos nessa faixa etária (Santana e Barboza Filho, 2007; Vaz e Gaspar, 2011).

Neste estudo também foi possível perceber que para os 38 idosos com perda auditiva bilateral sensorineural moderada de ambos os grupos, o domínio social do HHIE apresentou pontuações maiores que o emocional. Esse achado está concordante com estudo de Santiago e Novaes (2009) e Chiossi et al. (2014). Isso pode ser explicado considerando-se que, em situações que envolvem terceiros, o idoso pode se sentir muito prejudicado ao perceber que não consegue exercer plenamente suas funções sociais, o que pode ocasionar isolamento e sentimentos de frustração; além disso, pessoas próximas a ele podem julgá-lo erroneamente com comportamento antissocial ou demência (Santiago e Novaes, 2009). O prejuízo emocional tende a ser menor devido à característica da perda auditiva decorrente do envelhecimento que leva os idosos a uma condição de adaptação (Chiossi et al, 2014).

6.4 Associação entre percepção de restrição de participação na perda auditiva e variáveis sociodemográficas e de condições de saúde/doença.

Nesta etapa do estudo, os 38 idosos que compuseram os dois grupos (institucionalizados e não institucionalizados) foram analisados quanto às variações na percepção de restrições de participação na perda auditiva em função de características sociodemográficas e de condições de saúde (número de doenças referidas e sintomatologia depressiva).

Não foi verificada associação/ correlação entre os escores do HHIE e as variáveis sociodemográficas, ao contrário do que apresenta a literatura.

De acordo com Jones, Victor e Vetter (1984), Santiago e Novaes (2009), Magalhães e Lório (2011) e Santos et al. (2012), os idosos com idades mais avançadas têm mais chances de perceber mais situações incômodas relacionadas à audição do que aqueles de idades inferiores. Segundo Santiago e Novaes (2009), os idosos com idades entre 70 e 79 anos e aqueles com idades iguais ou acima de 80

anos sentem mais necessidade de aumentar o volume da TV ou rádio e de pedir repetição do que foi dito a eles, do que idosos com idades entre 60 e 69 anos.

Não houve diferença na percepção entre homens e mulheres, diferentemente do que foi apontado por Pinzan-Faria e Lório (2004) e Magalhães e Lório (2011), segundo os quais os homens percebem mais os prejuízos decorrentes da deficiência auditiva do que as mulheres, tendo em vista que, culturalmente, ao longo dos anos e apesar da idade, são mais exigidos socialmente por representarem, frequentemente, o papel de provedor da família.

No presente estudo, o *HHIE* correlacionou-se com escores do *GDS-4* e com sintomatologia depressiva. De acordo com Sousa e Russo (2009), a perda auditiva gera sofrimento emocional. O idoso com perda auditiva adquire o sentimento de constrangimento perante sua dificuldade de ouvir, podendo propiciar o surgimento de um quadro depressivo (Mondelli e Souza, 2012). A relação entre perda auditiva e depressão tem sido descrita na literatura (Jones, Victor e Vetter, 1984; Saito et al., 2010; Ghiringhelli e Lório, 2011; Cruz et al., 2012; Carlsson et al., 2015). Em estudo realizado com indivíduos com perda auditiva de graus severo a profundo, Carlsson et al. (2015) verificaram altos índices de depressão e ansiedade. Ghiringhelli e Lório (2011) avaliaram os sintomas depressivos e a restrição de participação auditiva em 25 idosos com idades entre 62 e 79 anos. Os resultados revelaram que 32% apresentaram sintomatologia depressiva e 76% perceberam restrição de participação, havendo forte relação entre ambos os fatores. Saito et al. (2010) em estudo realizado com 580 idosos verificaram a existência de depressão em 19,6% da amostra composta por idosos com percepção de restrições de participação na perda auditiva e em 8% da amostra sem percepção. Os dados revelaram que a percepção de prejuízos decorrentes de perda auditiva pode predizer futuros sintomas depressivos.

Esse achado reforça a importância da aplicação do *HHIE* tanto nas ações de rastreamento auditivo como no direcionamento do olhar do profissional e/ou pesquisador para a existência ou não de sintomas depressivos a partir das pontuações obtidas pelo instrumento.

Considerações finais

O desenvolvimento da pesquisa com idosos institucionalizados permitiu o contato com o universo das ILPIs e seus moradores. As condições de saúde/doença dos institucionalizados demandavam atendimento constante das equipes médicas, de enfermagem e de fisioterapia. O grande número de idosos que não puderam ser incluídos na amostra (47,5%), por apresentarem alterações mentais, psiquiátricas e/ou cognitivas, relatadas pela equipe de cuidadores, revela o perfil das ILPIs e o caráter da assistência oferecida, centrada na medicação e na reabilitação.

O rastreamento realizado para identificar idosos com deficiência auditiva referida a partir de questionamentos simples foi muito útil e mostrou que 30% dos moradores apresentavam queixas de audição. Importante notar que todos os que foram encaminhados para exame audiológico tiveram suas perdas auditivas confirmadas, desde grau leve até severo. De acordo com a necessidade e o interesse dos idosos, os mesmos foram encaminhados para o Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP e estão sendo reabilitados.

Devido à importância da detecção precoce da deficiência auditiva para o início do processo de reabilitação, será recomendado às equipes de cuidadores das ILPIs que incluam na investigação da saúde dos moradores, questões sobre a audição, de modo que as queixas sejam apresentadas aos familiares e equipe médica o mais precocemente possível.

Os moradores, apesar de acomodados no mesmo espaço de convivência, apresentavam pouca interação entre si, o que coincidiu com o que a literatura tem referido sobre a escassez de interação entre eles. Assim, esperava-se que os idosos institucionalizados percebessem de modo diferente as restrições decorrentes da perda auditiva decorrente do envelhecimento em relação aos não institucionalizados, o que não foi confirmado. No entanto, acredita-se que o tamanho reduzido da amostra e as diferenças quanto às características sociodemográficas entre os grupos possam ter dificultado essa comparação.

Recomenda-se que outros estudos sejam conduzidos sobre a mesma temática, de modo a contribuir para a qualidade dessa investigação. Sugere-se a obtenção de amostras maiores, que contemplem outros graus de perda auditiva decorrente do envelhecimento, assim como a análise das reais condições de interação social dos moradores das ILPIs.

O instrumento *HHIE*, apesar de longo, foi de fácil aplicação. Nesta amostra estudada, os idosos tiveram bom entendimento das questões. A análise dos 38 idosos com perda auditiva bilateral sensorineural moderada mostrou associação entre os escores do *HHIE* e do *GDS-4*. Pode-se afirmar, portanto, que existe uma relação entre as duas variáveis, o que reforça a importância do *HHIE* não apenas para rastrear deficiências auditivas, como também para indicar possíveis sintomas de depressão associados ou não à deficiência. Estudos longitudinais são importantes para o estabelecimento da causalidade entre essas variáveis, assim como o realizado por Saito et al. (2010), que mostrou que os escores do *HHIE-S* podem prever futuros sintomas depressivos.

A alta ocorrência de sintomas depressivos no grupo de institucionalizados, também relatada pela literatura, é um fato que preocupa, pois afeta diretamente a interação dos idosos com outras pessoas e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Desse modo, esforços constantes deverão ser feitos no sentido de capacitar e humanizar as equipes do cuidado quanto à identificação precoce dos sintomas de depressão e à necessidade de ações que favoreçam a saúde mental dos institucionalizados.

As ILPIs não apresentavam o profissional fonoaudiólogo como membro das equipes, apesar de ocorrer contratação temporária em função de quadros de disfagia entre os moradores. Acredita-se que esse profissional, quando presente nas ILPIs e/ou nas áreas de abrangência das unidades de saúde da família (USF), tem o importante papel de assessorar as equipes, auxiliando tanto na sua capacitação quanto no desenvolvimento de ações multidisciplinares com fins preventivos e de promoção à saúde.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

- ✓ Os idosos das ILPIs filantrópicas de Ribeirão Preto apresentaram as seguintes características: eram predominantemente do sexo feminino (50,9%), de cor branca (83,6%), com idades entre 70 e 89 anos (70%), não longevos (56,4%), solteiros (42,7%), alfabetizados (79,1%), com um até quatro anos de estudo (60%), com tempo médio de institucionalização de 55,8 meses.
- ✓ A prevalência de deficiência auditiva autorreferida em idosos institucionalizados de Ribeirão Preto/SP foi de 30%. Essa prevalência apresentou associação significativa com idade, faixa etária e longevidade, sendo maior quanto mais avançada a idade.
- ✓ A causa mais atribuída à deficiência auditiva referida pelos institucionalizados foi o envelhecimento (60,6%), que apresentou associação com sexo feminino.
- ✓ Para ambos os grupos de idosos, institucionalizados e não institucionalizados, com perda auditiva bilateral sensorineural moderada, prevaleceu a percepção severa de restrição de participação auditiva, sem diferença significativa entre os grupos.
- ✓ A percepção de restrição de participação nos idosos com perda auditiva bilateral sensorineural moderada associou-se com a sintomatologia depressiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar AMA, Marques APO, Silva EC, Costa TR, Ramos RSPS, Leal MCC. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):853-66.

Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Gaucha Enferm*. 2009;30(3):492-9.

Airolidi AF, Gonçalves AK, Olchik MR, Flores LS, Teixeira AR. Sensibilidade e especificidade de perguntas sobre audição para identificação de perda auditiva em idosos. *Rev Kairós Gerontologia*. 2013;16(3):53-64.

Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):785-96.

Almeida AJPS, Rodrigues VMCP. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Rev Lat-am Enfermagem*. 2008;16(6):1025-31.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatria*. 1999;57(2B):421- 426.

Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.

Alves-Silva, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Idosos em Instituições de Longa Permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicol Reflex Crit*. 2013;26(4):820-30.

Bandeira I, Melo HP, Pinheiro IS. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE, 2008. In: Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Edição especial da revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2009. p.107-19.

Baraldi GS, Almeida LC, Borges ACC. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2007;73(1):64-70.

Baruzzi MB, Borges ACLC, Ribeiro MI, Nasri F. Self-perceived hearing handicap and hearing sensitivity in nursing home elderlies. *Einstein*. 2009;7(2 pt1):176-81.

Blacker D. Psychiatric rating scales. In: Sadock B, Sadock V, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 3ª. Edição, 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 70p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 192p. a

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria n.2528 de 19 out 2006. b

Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 1996. cap.35, p. 394-402.

Calais LL, Borges ACLC, Baraldi GS, Almeida LC. Queixas e preocupações otológicas e as dificuldades de comunicação de indivíduos idosos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008;13(1):12-9.

Camarano AA, Kanso S. As instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. *R Bras Est Pop*. 2010;27(1):233-5.

Camarano AA. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Texto para discussão n. 858. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2002.

Carlsson PI, Hjal Dahl J, Magnuson A, Ternevall E, Edén M, Skagerstrand A, et al. Severe to profound hearing impairment: quality of life, psychosocial consequences and audiological rehabilitation. *Disability Rehab*. 2015;37(20):1849-56.

Carmo LC do, Silveira LAM da, Marone SAM, D'Ottaviano FG, Zagati LL, Lins EMDS. Estudo audiológico de uma população idosa brasileira. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008 maio/jun;74(3):342-9.

Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev enferm UERJ*. 2011;19(2):268-73.

Castelo MS, Coelho Filho JM, Siqueira Neto JI, Noletto JCS, Lima JWO. Escala de depressão geriátrica com quatro itens: um instrumento válido para rastrear depressão em idosos em nível primária de saúde. *Cad ESP*. 2006 jan/jun;2(1):46-50.

Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(8):1773-82.

Ceinos MG. Depresión en ancianos: um problema de todos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001;17(4):316-20.

Chiossi JSC, Roque FP, Goulart BNG, Chiari BM. Impacto das mudanças vocais e auditivas na qualidade de vida de idosos ativos. *Ciênc Saúde Soletiva*. 2014 jan/ago; 19(8):3335-42.

Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1999 out;33(5):445-53.

Correa GF, Russo IC. Autopercepção do handicap em deficientes auditivos adultos e idosos. *Rev Cefac*. 1999;1:54-63.

Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A institucionalização de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(6):1144-49.

Crispim KGM, Ferreira AP. Prevalência de deficiência auditiva referida e fatores associados em uma população de idosos da cidade de Manaus: um estudo de base populacional. *Rev CEFAC*. 2015;17(6):1946-56.

Cruz MS, Lima MCP, Santos JLF, Duarte YA de O, Lebrão ML, Ramos-Cerqueira AT de A. Deficiência auditiva referida por idosos no município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Publica*. 2012;28(8):1479-92.

Cruz MS, Oliveira LR, Carandina L, Lima MCP, César CLG, Barros MBA, et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1123-31.

D'ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item geriatric depression scale (GDS15) and the development of short versions. *Family Practice*. 1994;11(3):260-66.

Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(3):518-24.

Drago S, Martins R. A depressão no idoso. *Millenium* 2012; 43:79-94.

Duca GF del, Nader GA, Santos IS, Hallal PC. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(7):1403-10.

Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):187-83.

Fialho IM, Bortoli D, Mendonça GG, Pagnosim DF, Scholze AS. percepção de idosos sobre o uso de AASI concedido pelo sistema único de saúde *Rev CEFAC*. 2009;11(2):338-344.

Franzoni M, org. Bureau Internacional d'Audiophonologie: Recomendaciones del BIAP, Clasificación de las deficiencias auditivas. Lisboa: 1997 [citado 31 dez 2016]. Disponível em: <http://www.biap.org/es/recomendaciones/recomendaciones/ct-02-classification-des-deficiences-auditives-1>.

Freire Júnior RC, Tavares MFL. A promoção da saúde na instituição de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006;9(1):83-92.

Freitas AVS, Noronha CV. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. *Interface – Comunic Saude Educ*. 2010 abr/jun;14(33):359-69.

Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(3):395-401.

Galhardo VAC, Mariosa MAS, Takata JPI. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(1):16-21.

Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):365-71.

Ghiringhelli R, Iório MCM. Associação entre sintomas depressivos e restrição de participação em atividades de vida diária em idosos com perda auditiva sem uso de aparelho de amplificação sonora individual. 26º Encontro Internacional de Audiologia; 17-21 abr 2011; Maceió, BR. p.3036. In: Disponível em http://www.audiologiabrasil.org.br/eiamaceio2011/anais_select.php?pg=poster&cid=3036.

Guerra TM, Estevanovic LP, Cavalcante MAM, Silva RCLS, Miranda ICC, Quintas VG. Profile of audiometric thresholds ant tympanometric curve of elderly patients. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(5):663-6.

Gutierrez SM, Zanato LE, Pelegrini P, Cordeiro RC. Queixas fonoaudiológicas de idosos residentes de uma instituição de longa permanência. *Distúrbios Comum*. 2009;21(1):21-30.

Hajek A, Brettschneider C, Lange C, Posselt T, Wiese B, Steinmann S, et al. Longitudinal Predictors of Institutionalization in Old Age. *Plos One*. 2015 Dec;14(12):e0144203. doi: 10.1371/journal.pone.0144203.

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.

Hannula S, Bloigu R, Majamaa K, Sorri M, Maki-Torkko E. Audiogram configurations among older adults: prevalence and relation to self-reported hearing problems. *Int J Audiol*. 2011;50(11):793-801.

IBGE. Atlas do censo demográfico 2010 / IBGE. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. 156 p.

Instituição de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). Características das instituições de longa permanência para idosos – região sudestes/ Caramaro AA, coordenação geral. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2010. 242p.

Jerger J, Speacks C, Trammell J. A new approach to speech audiometry. *J Speech Hear Disord.* 1968;33:318.

Jones DA, Victor CR, Vetter NJ. Hearing difficulty and its psychological implications for the elderly. *J Epidemiol Communit Health.* 1984;38:75-8.

Jupiter T, Spivey V. Perception of hearing loss and hearing handicap on hearing aid use by nursing home residents. *Geriatric Nursing.* 1997;18(5):201-8.

Kano CE, Mezzena LH, Guida HL. Estudo comparativo da classificação do grau de perda auditiva em idosos institucionalizados. *Rev CEFAC.* 2009; 11(3): 473-477.

Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist.* 1970;10(1):20-30.

Katz S, Ford AB, Maskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185(12):914-19.

Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado.* 2012;27(1):165-180.

Lampert MA, Rosso ALP. Depression in elderly women resident in a long-stay nursing home. *Dement Neuropsychol.* 2015;9(1):76-80.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; 9(3):179-86.

Leal MCC, Apóstolo JLA, Mendes AMOC, Marques APO. Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(3):208-14.

Lima CRV. Políticas públicas para idosos: a realidade de Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal [Monografia]. Brasília: Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento; 2011. 120f.

Lima DL, Lima MAVD, Ribeiro CG. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *RBCEH.* 2010;7(3):346-56.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43.

Lucena NMG, Guerra RO, Lucena AB, Silva CF, Nascimento RQ. Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. *Fisioterapia Brasil*. 2002;3(3):164-69.

Magalhaes R, Iorio MCM. Quality of life and participation restrictions, a study in elderly. *Braz J Otorhinolaryngol* 2001;77(5):628-38.

Maia GF, Castro GD, Jordão AB. Ampliando a clínica com idosos institucionalizados. *Rev Mal Estar Subj*. 2010;10(1):193-210.

Mattiazzi AL, Biaggio EPV, Gresele ADP, Costa MJ. Estudo da avaliação audiológica e triagem da função cognitiva em idosos institucionalizados com suspeita de perda auditiva. *Distúrbios Comun*. 2014;26(4):734-42.

Mattos LC, Veras RP. A prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade de Rio de Janeiro: um estudo seccional. *Rev Bras Otorrinolaringol*. Set/Out 2007;73(5):654-9.

Mello JG, Gressele ADP, Maria CM, Fedosse E. Subjetividade e institucionalização o discurso de idosas. *Disturb Comum*. 2013;25(1):35-45.

Menezes RL, Bachion MM, Souza JT, Nakatani AYK. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(3):485-496.

Mondelli MFCG, Souza PJS. Qualidade de vida em idosos antes e após a adaptação do AASI. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012 June;78(3):49-56.

Moraes EM. Como preparar o sistema de saúde brasileiro para enfrentar o envelhecimento, tendo em vista a mudança do perfil demográfico. *Nota de Opinião. Consensus*. 2014;4(10):40-5.

Moura GA, Souza LK. Práticas de lazer de idosos institucionalizados. *Movimento* 2013;19(4):69-93.

Nóbrega JD, Câmara MFS, Borges ACC. Audição do idoso: análise da percepção do prejuízo auditivo, perfil audiológico e suas correlações. *RBRB Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2008;21(1):39-46.

Organização das Nações Unidas. Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/ Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003. 49 p. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

Paiva KM de, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M. Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2011 Jul;27(7):1292-1300.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 108p.

Pinzan-Faria VM, Lório MCM. Sensibilidade auditiva e autopercepção do handicap: um estudo em idosos. *Distúrbios Comun*. 2004;16(3):289-99.

Porcu M, Scantamburlo VM, Albrecht NR, Silva SP, Vallim FL, Araújo CR, et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*. 2002;24(3):713-7.

Reis LA, Sampaio LS, Costa NA, Mascarenhas CHM. Influencia do quadro depressivo na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *C&D – Revista Eletronica da Fainor*. 2011;4(1):62-72.

Rodrigues AG, Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):159-70.

Rodrigues AG. Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2010. 252f.

Rodrigues SR, Soldera CLC, Cardoso MCAF, Bós AJG, Menegotto IH. Estudo da correlação entre grau de perda auditiva e autopercepção de restrição de participação social de origem auditiva (handicap auditivo) em idosos institucionalizados. *SBBG Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2012;6(2):131-9.

Russo IPC. Intervenção audiológica no idoso. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO (org.). Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004. Cap. 45, p.585-96.

Saito H, Nishiwaki Y, Michikawa T, Kikuchi Y, Mizutari K, Takebayashi T, et al. Hearing handicap predicts the development of depressive symptoms after 3 years in older community-dwelling Japanese. J Am Geriatr Soc. 2010 Jan;58(1):93-7.

Santana AJ, Barboza Filho JC. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. Rev Baiana Saude Publica. 2007;31(1):134-46.

Santiago LM, Mattos IE. Depressive symptoms in institutionalized older adults. Rev Saude Pública. 2014;48(2): 216-24.

Santiago LM, Novaes CO. Auto-avaliação da audição em idosos. Rev CEFAC. 2009;11(supl1):98-105.

Santos EC, Nascimento SHA, Gonçalves JHL, Gonçalves AR, Ferreira PCS, Santos AS. Opinião de idosos institucionalizados sobre a vivência em instituição de longa permanência. Saúde Coletiva 2013;10(59):25-31.

Santos SB, Oliveira LB, Menegotto IH, Bós AJG, Soldera CLC. Dificuldades auditivas percebidas por moradores longevos e não longevos de uma instituição de longa permanência para idosos. Estud Interdiscipl Envelhec. 2012;17(1):125-43.

Santos TMM, Russo ICP. A prática da Audiologia Clínica. São Paulo: Cortez Editora; 1986.

Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídios ao cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(6):1387-93.

Sindhusake D, Mitchell P, Smith W, Golding M, Newall P, Hartley D, et al. Validation of self-reported hearing loss. The Blue Mountains Hearing Study. Int J Epidemiol. 2001;30:1371-78.

Solheim J, Kvaerner KJ, Falkenberg ES. Daily life consequences of hearing loss in the elderly. Disabil Rehabil. 2011;33(23-24):2179-85.

Sousa MGC, Russo ICP. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14(2):241-6.

Souza A, Oda AL. A importância do levantamento de queixas de idosos institucionalizados durante a entrevista para o planejamento da reabilitação fonoaudiológica. O Mundo da Saúde 2008; 32(2):1578-169.

Souza IAL, Massi G. A saúde fonoaudiológica a partir do discurso do idoso institucionalizado. Rev CEFAC. 2015;17(1):300-7.

Souza VC, Lemos SMA. Instrumentos de avaliação da restrição à participação auditiva: revisão sistemática de literatura. CoDAS. 2015;27(4):400-6.

Soyama CK, Espassatempo CL, Gregio FN, Camargo Z. Qualidade vocal na terceira idade: parâmetros acústicos de longo termo de vozes femininas e masculinas. Rev CEFAC. 2005;7(2):267-79.

Tenório JP, Guimaraes JATL, Flores JATL, Iório MCM. Comparação entre critérios de classificação dos achados audiométricos em idosos. J Soc Bras Fonoaudiol 2011;23(2):114-8.

Valete-Rosalino CM, Rozenfeld S. Triagem auditiva em idosos: comparação entre auto-relato e audiometria. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71(2):193-200.

Vaz SFA, Gaspar NMS. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. Rev Enf Ref 2011; III série (4):49-58.

Ventry IM, Weinstein BE. The Hearing Handicap Inventory for the Elderly: A new tool. Ear Hear. 1982;3(3):128-34.

Veras RP, Mattos LC. Audiologia do envelhecimento: revisão de literatura e perspectivas atuais. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007 jan/fev;73(1):128-134.

Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Rev Saúde Pública. 1987;21(3):225-33.

Vieira EB. Asilo. In: ____ Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2ª ed rev ampl. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p.32.

Watanabe HAW, Giovanni VM. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Boletim do Instituto de Saúde. 2009 abr; 47:69-71.

Wieselberg MB. A auto-avaliação do handicap em indivíduos idosos portadores de deficiência auditiva: o uso do HHIE [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1997.

World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madri; 2002. p. 4.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res. 1983;17:37-49.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos idosos institucionalizados

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa como voluntário(a), porque seu nome foi sugerido pela equipe de cuidadores do Lar/Asilo que te abriga. É importante que saiba que, caso aceite participar, informações sobre sua condição de saúde poderão ser discutidas com a equipe de médicos e cuidadores do Lar/Asilo, de modo a esclarecer dúvidas e melhor atender suas necessidades. O(a) senhor(a) não é obrigado(a) a aceitar participar da pesquisa, mas, caso aceite, deverá assinar este documento ao final. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízos em sua relação com a instituição que o abriga.

Qual o nome da pesquisa que estou sendo convidado a participar?

“Percepção de restrições de participação na perda auditiva: comparação entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados”.

Quem são os pesquisadores?

Os pesquisadores são professoras do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: **Tatiane Martins Jorge** (CRFa. 12.236; RG30832925-9, email: tmjorge@ig.com.br) e **Ana Cláudia Mirândola Barbosa Reis** (CRFa 3.819; RG 9.153.090-8, email: anaclaudia@fmrp.usp.br). As duas pesquisadoras podem ser localizadas pelo endereço Av. Bandeirantes, 3900, 14049-900, Ribeirão Preto/ SP, e pelo telefone (16)3602-5038.

Qual o objetivo da pesquisa?

Esta pesquisa pretende verificar quantos idosos que moram em instituições de longa permanência, filantrópicas, em Ribeirão Preto, tem perda auditiva, ou seja, dificuldades para ouvir, e verificar se os prejuízos da perda auditiva são percebidos de modos diferentes entre os idosos que moram em asilos e os que não moram em asilos.

Se eu aceitar participar, o que deverei fazer?

A primeira parte deste estudo consta de uma entrevista, na própria instituição que o abriga, onde o(a) senhor(a) deverá responder às seguintes questões: *“O(a) senhor(a) tem dificuldade para ouvir? Precisa aumentar o volume da TV ou rádio para entender a notícia/música? Tem dificuldade para entender a conversa das pessoas?”*.

Caso responda “sim” para alguma dessas perguntas, o(a) senhor(a), caso queira, terá sua audição avaliada por meio de um exame, num Laboratório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Sua ida até o local do exame será feita por meio de ônibus urbano, gratuito se o(a) senhor(a) portar o “bilhete de idoso”. Nesse exame, o(a) senhor(a) deverá ficar dentro de um local fechado e silencioso, com fones de ouvido, e deverá levantar a mão quando deixar de ouvir o som. Ao final do exame, caso o(a) senhor(a) apresente uma perda auditiva, o(a) senhor(a) deverá participar de uma entrevista onde serão investigadas quais as consequências e limitações da perda auditiva em sua vida. Nessa entrevista, o(a) senhor(a) deverá responder a 25 questões com “sim”, “as vezes” ou “não”. Espera-se que todos esses procedimentos durem em torno de 50 minutos a uma hora.

Ao participar da pesquisa, o que pode acontecer comigo de negativo e de positivo?

Informo que ao participar da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá se sentir acanhado(a) no mento de responder às questões da entrevista e poderá se sentir cansado(a), considerando o tempo esperado 50 minutos para terminar todos os procedimentos.

Por outro lado, com as informações obtidas por meio deste estudo, será possível perceber quais os prejuízos que a perda auditiva acarreta nos idosos abrigados em asilos. Além disso, caso haja interesse, o(a) senhor(a) será encaminhado para seguimento/tratamento na rede pública, pelo Programa de Saúde Auditiva.

Ao aceitar participar do estudo, eu irei ganhar ou gastar algum dinheiro?

Não. O senhor não irá receber e nem gastar dinheiro.

Caso eu participe da pesquisa, as pessoas saberão que eu participei?

Todas as informações obtidas serão confidenciais, ou seja, apenas as pesquisadoras terão acesso aos seus exames e às respostas da entrevista. Futuramente, os resultados serão apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, ficando garantido que o(a) senhor(a) não será identificado(a), ou seja, seu nome não será divulgado e nem o da instituição a qual pertence.

II – Aceite em participar do estudo:

Tendo recebido as informações sobre o projeto de pesquisa “**PERCEPÇÃO DE RESTRIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO NA PERDA AUDITIVA: COMPARAÇÃO ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-INSTITUCIONALIZADOS**” das pesquisadoras **Tatiane Martins Jorge e Ana Cláudia Mirandola Barbosa Reis**, eu, _____ RG _____, abaixo assinado, declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) da segurança de que meu nome não será identificado e de que toda a informação obtida será estritamente confidencial; c) de que eu terei a liberdade de manifestar recusa em participar deste estudo; d) de que eu poderei contar com orientações que se fizerem necessárias; e) de que este documento foi elaborado em duas vias, devendo uma ficar comigo e outra com a pesquisadora.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20__.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - Ficha para entrevista para identificação de idosos institucionalizados com perda auditiva referida

1) Identificação da ILPI

Nome da instituição: _____ Total de institucionalizados: ____
 Quantos NÃO atingiram critérios de inclusão: ____ Motivos:

- Alterações neurológicas e/ou psiquiátricas/ prejuízos de julgamento, linguagem e/ou de cognição (n=____)

- Recusaram (n= ____)

2) Caracterização dos idosos institucionalizados

Legenda

Questão #1: O(a) senhor(a) tem dificuldade para ouvir?

Questão #2: Precisa aumentar o volume da TV ou rádio para entender a notícia/ música?

Questão #3: Tem dificuldade para entender a conversa das pessoas?

Nome do idoso									
DN	Cor	Estado civil	Anos de estudo	Tempo na ILPI		#1	#2	#3	Causas referidas
									() Envelhecimento () Desde o nascimento/ infância () Doenças () Acidentes de trabalho () _____ () Não soube referir

Aceita a avaliação audiométrica? _____ Agendado para: _____

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos idosos do Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa como voluntário(a). Caso aceite, favor assinar este documento ao final. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não impedirá que o senhor receba o seu aparelho auditivo

Qual o nome da pesquisa que estou sendo convidado a participar?

“Percepção de restrições de participação na perda auditiva: comparação entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados”.

Quem são os pesquisadores?

Os pesquisadores são professoras do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: **Tatiane Martins Jorge** (CRFa. 12.236; RG30832925-9, email: tmjorge@ig.com.br) e **Ana Cláudia Mirândola Barbosa Reis** (CRFa 3.819; RG 9.153.090-8, email: anaclaudia@fmrp.usp.br). As duas pesquisadoras podem ser localizadas pelo endereço Av. Bandeirantes, 3900, 14049-900, Ribeirão Preto/ SP, e pelo telefone (16)3602-5038.

Qual o objetivo da pesquisa?

Esta pesquisa pretende verificar se os prejuízos da perda auditiva são percebidos de modos diferentes entre os idosos que moram em asilos e os que não moram em asilos.

Se eu aceitar participar, o que deverei fazer?

Ao aceitar participar da pesquisa, o senhor:

1º.) autoriza que os dados dos seus exames audiológicos, que estão no seu prontuário médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sejam consultados pelas pesquisadoras e

2º.) aceita participar de uma entrevista, no próprio HC, em dia de consulta de acompanhamento no Programa de Saúde Auditiva. Desse modo, a sua rotina não será alterada. A entrevista consta de 25 questões fechadas, devendo o(a) senhor(a) responder com “sim”, “às vezes” ou “não”. Essa entrevista terá duração aproximada de 20 minutos.

Ao aceitar participar do estudo, eu irei ganhar ou gastar algum dinheiro?

Não. O senhor não irá receber e nem gastar dinheiro.

Ao participar da pesquisa, o que pode acontecer comigo de negativo e de positivo?

Informo que ao participar da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá se sentir acanhado(a) no momento de responder às questões da entrevista. Além disso, o(a) senhor(a) não terá nenhum benefício direto com a pesquisa, uma vez que as informações obtidas serão possíveis de comparar quais os prejuízos da perda auditiva para os que residem dentro ou fora dos asilos.

Caso eu participe da pesquisa, as pessoas saberão que eu participei?

Todas as informações obtidas serão confidenciais, ou seja, apenas as pesquisadoras terão acesso aos seus exames e às respostas da entrevista. Futuramente, os resultados serão apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, ficando garantido que o(a) senhor(a) não será identificado(a), ou seja, seu nome não será divulgado e nem o da instituição a qual pertence.

II – Aceite em participar do estudo:

Tendo recebido as informações sobre o projeto de pesquisa **“PERCEPÇÃO DE RESTRIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO NA PERDA AUDITIVA: COMPARAÇÃO ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-INSTITUCIONALIZADOS”** das pesquisadoras **Tatiane Martins Jorge e Ana Cláudia Mirandola Barbosa Reis**, eu, _____ RG _____, abaixo assinado, declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) da segurança de que meu nome não será identificado e de que toda a informação obtida será estritamente confidencial; c) de que eu terei a liberdade de manifestar recusa em participar deste estudo; d) de que eu poderei contar com orientações que se fizerem necessárias; e) de que este documento foi elaborado em duas vias, devendo uma ficar comigo e outra com a pesquisadora.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20__.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador

APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista para idosos com perda auditiva

1) Identificação – Dados pessoais

Nome: _____ DN: __/__/__ Cor: _____ Estado civil: _____

Anos de estudo: _____ anos/ Classificação da escolaridade em:

- ☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental incompleto
☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino Médio ☐ Ensino Superior

2) Saúde geral

Doenças referidas:

- ☐ Diabetes ☐ Colesterol ☐ Hipertensão ☐ Osteoporose
☐ Depressão ☐ Outras _____

3) GDS-4 (D'arth et al., 1994)

- Está satisfeito com sua vida? ☐ sim ☐ não
Sente que sua vida está vazia? ☐ sim ☐ não
Sente-se frequentemente desamparado? ☐ sim ☐ não
Prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas? ☐ sim ☐ não

APÊNDICE E - *Hearing Handicap Inventory for the Elderly* (HHIE)
(Ventry e Weinstein (1982), traduzido por Weinselberg (1997), adaptado para este estudo para ser aplicado em idosos institucionalizados)

	QUESTÃO	Sim	Às vezes	Não
Q1	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) usar o telefone menos vezes do que gostaria?			
Q2	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir constrangido(a) ou sem jeito quando é apresentado(a) a pessoas desconhecidas?			
Q3	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) evitar grupos de pessoas?			
Q4	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) ficar irritado(a)?			
Q5	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir frustrado(a) ou insatisfeito(a) quando conversa com as pessoas que moram com o senhor(a)?			
Q6	A diminuição da audição causa dificuldades quando o(a) senhor(a) participa de uma festa ou reunião?			
Q7	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir frustrado(a) ou inferiorizado(a) diante de outras pessoas?			
Q8	o(a) senhor(a) sente dificuldade em ouvir quando alguém fala cochichando?			
Q9	o(a) senhor(a) se sente prejudicado(a) ou diminuído(a) devido à sua dificuldade em ouvir?			
Q10	A diminuição da audição lhe causa dificuldades quando recebe a visita de amigos, parentes, conhecidos ou voluntários?			
Q11	A dificuldade em ouvir faz com que o(a) senhor(a) participe menos vezes de celebrações religiosas?			
Q12	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) ficar nervoso(a)?			
Q13	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) receber visitas menos vezes do que gostaria?			
Q14	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) ter discussões ou brigas com as pessoas que moram com o(a) senhor(a)?			
Q15	A diminuição da audição lhe causa dificuldades para assistir TV ou ouvir rádio?			
Q16	A dificuldade em ouvir faz com que o(a) senhor(a) saia menos vezes para passear do que gostaria?			
Q17	A dificuldade em ouvir deixa o(a) senhor(a) de alguma maneira chateado(a) ou aborrecido(a)?			
Q18	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) preferir ficar sozinho(a)?			
Q19	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) querer conversar menos com as pessoas que moram com o(a) senhor(a)?			
Q20	O(a) senhor(a) acha que a dificuldade em ouvir limita de alguma forma sua vida pessoal ou social?			
Q21	A diminuição da audição lhe causa dificuldades quando o(a) senhor(a) está no refeitório com outras pessoas?			
Q22	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir triste ou deprimido?			
Q23	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) assistir TV ou ouvir rádio menos vezes do que gostaria?			
Q24	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir constrangido(a) ou menos à vontade quando conversa com amigos?			
Q25	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir isolado(a) ou "deixado(a) de lado" num grupo de pessoas?			

APÊNDICE F - Quadros com as características dos participantes

Quadro 9 - Características sociodemográficas e das condições de saúde de 17 idosos institucionalizados, submetidos ao exame audiológico.

ID	Idade	Longevidade	Sexo	Cor	Estado civil	Alfabetizado	Anos de estudo	Número doenças referidas	Escore GDS-4	Sintomatologia depressiva
1	86	≥ 80 anos	F	B	Viúvo	S	1 a 4	1	1	S
2	87	≥ 80 anos	F	B	Solteiro	S	5 a 8	1	0	N
3	85	≥ 80 anos	F	B	Viúvo	S	1 a 4	4	4	S
4	80	≥ 80 anos	F	B	Solteiro	S	1 a 4	2	4	S
5	85	≥ 80 anos	F	B	Viúvo	S	1 a 4	4	4	S
6	88	≥ 80 anos	F	B	Viúvo	S	1 a 4	4	3	S
7	92	≥ 80 anos	F	B	Viúvo	N	0	1	2	S
8	86	≥ 80 anos	F	N	Solteiro	N	0	3	3	S
9	78	Até 79 anos	F	B	Solteiro	S	1 a 4	1	3	S
10	89	≥ 80 anos	F	B	Solteiro	S	1 a 4	3	0	N
11	70	Até 79 anos	M	B	Separado	S	1 a 4	3	4	S
12	76	Até 79 anos	M	B	Separado	S	>8	1	0	N
13	68	Até 79 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	1	0	N
14	84	≥ 80 anos	M	B	Solteiro	S	1 a 4	1	3	S
15	86	≥ 80 anos	M	B	Solteiro	N	0	2	3	S
16	76	Até 79 anos	M	B	Viúvo	S	1 a 4	4	2	s
17	73	Até 79 anos	M	B	Separado	S	1 a 4	1	2	S

Sexo: F/Feminino, M/Masculino; Cor: B/Branco, N/Negro; Alfabetizado: S/Sim, N/Não; Sintomatologia depressiva: S/Sim, N/Não

Quadro 10 - Características audiológicas de 17 idosos institucionalizados.

ID	Média (dB)			Tipo		Grau		Curva	IRFF		LRF (dB)		HHIE – adaptado			
	OD	OE	Geral	OD	OE	OD	OE		OD (mono/di)	OE (mono/di)	OD	OE	Soc	Em	Total	Interpret.
1	51,25	56,25	51,25	NS	NS	Mod1	Mod2	horiz	96%/96%	100%/100%	55	65	10	2	12	Ausente
2	55	60	55	NS	NS	Mod1	Mod2	abrup	64%/72%	64%/64%	50	45	4	12	16	Ausente
3	56,25	51,25	51,25	NS	NS	Mod2	Mod1	desc	80%/92%	80%/96%	55	55	48	42	90	Severa
4	53,75	43,75	43,75	NS	NS	Mod1	Mod1	abrup	72%/76%	92%/-	50	35	4	0	4	Ausente
5	48,75	51,25	48,75	NS	NS	Mod1	Mod1	horiz	76%/76%	72%/76%	55	55	24	24	48	Severa
6	47,5	47,5	47,5	NS	NS	Mod1	Mod1	desc	56%/80%	80%/76%	50	50	18	44	62	Severa
7	60	60	60	NS	NS	Mod2	Mod2	abrup	28%/40%	44%/40%	55	55	18	16	34	Leve/ Mod
8	56,25	55	55	NS	NS	Mod2	Mod1	horiz	64%/72%	56%/68%	65	60	18	34	52	Severa
9	70	65	65	NS	NS	Mod2	Mod2	desc	48%/72%	48%/64%	75	75	30	38	68	Severa
10	42,5	51,25	42,5	NS	NS	Mod1	Mod1	abrup	80%/100%	76%/96%	40	50	20	6	26	Leve/ Mod
11	36,25	36,25	36,25	NS	NS	Ligeiro	Ligeiro	abrup	76%/84%	60%/76%	40	40	0	4	4	Ausente
12	31,25	33,75	31,25	NS	NS	Ligeiro	Ligeiro	desc	84%/88%	88%/84%	25	35	18	12	30	Leve/ Mod
13	66,25	26,25	38,25	NS	NS	Mod2	Ligeiro	abrup	36%/48%	100%/-	75	25	14	16	30	Leve/ Mod
14	52,5	72,5	58,5	NS	NS	Mod1	Sev1	desc	**	**	60	70	26	34	60	Severa
15	71,5	85	71,5	NS	NS	Sev1	Sev2	desc	32%/48%	44%/48%	80	90	36	38	74	Severa
16	77,5	76,25	76,25	NS	NS	Sev1	Sev1	horiz	**	**	85	85	40	36	76	Severa
17	55	52,5	52,2	Mist a	Mist a	Mod1	Mod1	desc	72%/76%	76%/80%	65	60	14	26	40	Leve/ Mod

OD/ Orelha Direita; OE/ Orelha Esquerda; Tipo: NS/ Sensorineural; Grau: Mod1/ Moderado 1º grau; Mod2/ Moderado 2º grau;

Sev1/Severo 1º grau; Sev2/Severo 2º grau; Curva: Abrup/Abrupta, Horiz/Horizontal, Desc/Descendente; IPRF: **Não foi possível realizar

Quadro 11 - Características sociodemográficas e das condições de saúde de 50 pacientes do Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP.

ID	Idade	Longevidade	Sexo	Cor	Estado civil	Alfabetizado	Anos de estudo	Número doenças referidas	Escore GDS-4	Sintomatologia depressiva
1	81	≥ 80 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	1	0	N
2	81	≥ 80 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	3	0	N
3	93	≥ 80 anos	M	B	Casado	N	0	0	2	S
4	66	Até 79 anos	M	P	Casado	S	>8	1	3	S
5	90	≥ 80 anos	M	P	Viúvo	S	1 a 4	1	0	N
6	75	Até 79 anos	M	B	Casado	S	>8	0	1	S
7	72	Até 79 anos	F	B	Casado	S	1 a 4	0	2	S
8	74	Até 79 anos	F	B	Casado	S	5 a 8	0	2	S
9	87	≥ 80 anos	F	B	Casado	S	1 a 4	1	4	S
10	71	Até 79 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	1	2	S
11	79	Até 79 anos	F	B	--	N	0	3	0	N
12	68	Até 79 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	2	2	S
13	68	Até 79 anos	M	B	Viúvo	S	1 a 4	1	0	N
14	76	Até 79 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	1	0	N
15	80	≥ 80 anos	M	N	Casado	N	0	2	0	N
16	82	≥ 80 anos	F	B	Casado	S	1 a 4	1	2	S
17	67	Até 79 anos	F	N	Casado	N	0	4	2	S
18	71	Até 79 anos	M	B	Casado	N	0	0	1	S
19	86	≥ 80 anos	F	B	Casado	S	1 a 4	3	0	N
20	73	Até 79 anos	M	P	Casado	S	1 a 4	1	0	N
21	76	Até 79 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	0	0	N
22	70	Até 79 anos	F	B	Separado	S	5 a 8	1	0	N
23	82	≥ 80 anos	F	B	Casado	S	1 a 4	0	0	N
24	82	≥ 80 anos	M	B	Viúvo	S	1 a 4	1	0	N
25	81	≥ 80 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	2	1	S
26	82	≥ 80 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	0	1	S
27	63	Até 79 anos	F	B	Casado	S	1 a 4	3	3	S
28	67	Até 79 anos	F	B	Solteiro	S	5 a 8	1	4	S
29	63	Até 79 anos	F	B	Separado	S	>8	0	1	S
30	75	Até 79 anos	M	B	Casado	S	>8	2	0	N
31	79	Até 79 anos	F	B	Viúvo	S	5 a 8	2	0	N
32	65	Até 79 anos	M	B	Casado	S	>8	1	2	S
33	71	Até 79 anos	F	--	Casado	S	1 a 4	3	3	S
34	76	Até 79 anos	M	N	Casado	S	1 a 4	1	2	S
35	80	≥ 80 anos	M	B	Solteiro	S	>8	3	0	N
36	92	≥ 80 anos	F	N	Viúvo	N	0	3	1	S
37	68	Até 79 anos	M	B	Casado	N	0	1	0	N
38	61	Até 79 anos	F	B	Casado	S	5 a 8	0	1	S
39	69	Até 79 anos	M	B	Solteiro	S	1 a 4	0	2	S
40	85	≥ 80 anos	F	B	Viúvo	N	0	1	4	S

Sexo: F/Feminino, M/Masculino; Cor: B/Branco, N/Negro; Alfabetizado: S/Sim, N/Não; Sintomatologia depressiva: S/Sim, N/Não

Quadro 11 - Características sociodemográficas e das condições de saúde de 50 pacientes do Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP (continuação).

ID	Idade	Longevidade	Sexo	Cor	Estado civil	Alfabetizado	Anos de estudo	Número doenças referidas	Escore GDS-4	Sintomatologia depressiva
41	73	Até 79 anos	F	B	Casado	S	1 a 4	0	1	S
42	69	Até 79 anos	F	B	Separado	S	1 a 4	2	0	N
43	60	Até 79 anos	F	B	Separado	S	1 a 4	1	1	S
44	62	Até 79 anos	M	N	Casado	S	>8	1	0	N
45	70	Até 79 anos	F	B	Viúvo	S	1 a 4	2	2,5	S
46	79	Até 79 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	0	0	N
47	76	Até 79 anos	F	B	Casado	S	1 a 4	2	0	N
48	98	≥ 80 anos	F	B	--	S	1 a 4	1	0	N
49	81	≥ 80 anos	F	B	Viúvo	S	1 a 4	1	2,5	S
50	79	Até 79 anos	M	B	Casado	S	1 a 4	3	0	N

Sexo: F/Feminino, M/Masculino; Cor: B/Branco, N/Negro; Alfabetizado: S/Sim, N/Não; Sintomatologia depressiva: S/Sim, N/Não

Quadro 12 - Características audiológicas de 50 pacientes do Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP.

ID	Média (dB)			Tipo		Grau		Curva	IPRF (%)		LRF (dB)		HHIE			
	OD	OE	Geral	OD	OE	OD	OE	OD	OD (mono/di)	OE (mono/di)			Soc	Em	Total	Interpret.
1	47,5	51,25	47,5	NS	NS	Mod1	Mod1	abrup	/	/	/	/	24	38	62	Severa
2	65	68,75	65	NS	NS	Mod2	Mod2	abrup	/	/	/	/	20	16	36	Leve/Mod
3	68,75	48,75	48,75	NS	NS	Mod2	Mod1	abrup	/	/	/	/	32	20	52	Severa
4	41,25	48,75	41,25	NS	NS	Mod1	Mod1	horiz	/	/	/	/	32	22	54	Severa
5	47,5	55	47,5	NS	NS	Mod1	Mod1	abrup	52/76	60/76	/	/	6	0	6	Ausente
06	63,75	57,5	57,5	NS	NS	Mod2	Mod2	abrup	/	/	/	/	26	10	36	Leve/Mod
7	55	56,25	55	NS	NS	Mod1	Mod2	horiz	/	/	/	/	36	22	58	Severa
8	51,25	52,5	51,25	NS	NS	Mod1	Mod1	desc	84/92	76/96	/	/	34	22	56	Severa
9	67,5	62,5	62,5	NS	NS	Mod2	Mod2	desc	/	/	/	/	16	16	32	Leve/Mod
10	48,75	57,5	48,75	NS	NS	Mod1	Mod2	abrup	/	/	/	/	36	22	58	Severa
11	45	42,5	42,5	NS	NS	Mod1	Mod1	abrup	/	/	/	/	6	0	6	Ausente
12	46,25	47,5	46,25	NS	NS	Mod1	Mod1	abrup	/	/	/	/	24	16	40	Leve/Mod
13	41,25	43,75	41,25	NS	NS	Mod1	Mod1	abrup	/	/	/	/	6	0	6	Ausente
14	55	61,25	55	NS	NS	Mod1	Mod2	desc	/	/	/	/	4	0	4	Ausente
15	70	60	60	NS	NS	Mod2	Mod2	abrup	/	/	/	/	36	32	68	Severa
16	60	62,5	60	NS	NS	Mod2	Mod2	abrup	/	/	/	/	22	22	44	Severa
17	58,75	61,25	58,75	NS	NS	Mod2	Mod2	horiz	/	/	/	/	38	40	78	Severa
18	57,5	60	57,5	NS	NS	Mod2	Mod2	abrup	/	/	/	/	10	4	14	Ausente
19	67,5	68,75	67,5	NS	NS	Mod2	Mod2	horiz	/	/	/	/	10	0	10	Ausente
20	41,25	48,75	41,25	NS	NS	Mod1	Mod1	abrup	80/92	84/-	/	/	18	10	28	Leve/Mod
21	53,75	57,5	53,75	NS	NS	Mod1	Mod2	abrup	/	/	/	/	4	0	4	Ausente
22	70	65	65	NS	NS	Mod1	Mod2	abrup	/	/	/	/	30	24	54	Severa
23	63,75	60	60	NS	NS	Mod2	Mod2	horiz	/	/	/	/	10	2	12	Ausente
24	45	60	45	NS	NS	Mod1	Mod2	abrup	/	/	/	/	2	0	2	Ausente
25	47,5	46,25	46,25	NS	NS	Mod1	Mod1	abrup	/	/	/	/	16	18	34	Leve/Mod
26	50	65	50	NS	NS	Mod1	Mod2	desc	/	/	/	/	28	22	50	Severa
27	47,5	52,5	47,5	NS	NS	Mod1	Mod1	horiz	/	/	/	/	32	40	72	Severa
28	55	61,25	55	NS	NS	Mod1	Mod2	horiz	/	/	/	/	30	18	48	Severa
29	36,25	31,25	31,25	NS	NS	Ligeiro	Ligeiro	abrup	/	/	/	/	30	20	50	Severa
30	35	33,75	33,75	NS	NS	Ligeiro	Ligeiro	abrup	/	/	/	/	2	0	2	Ausente
31	30	27,5	27,5	NS	NS	Ligeiro	Ligeiro	abrup	92/-	100/-	20	15	4	2	6	Ausente
32	36,25	41,25	37,75	NS	NS	Ligeiro	Mod1	abrup	84/96	72/92	/	/	24	40	64	Severa
33	41,45	36,25	37,75	NS	NS	Mod1	Ligeiro	abrup	/	/	/	/	28	30	58	Severa
34	35	42,5	37,25	NS	NS	Ligeiro	Mod1	abrup	/	/	/	/	38	34	72	Severa
35	46,25	37,5	40,13	NS	NS	Mod 1	Ligeiro	abrup	72/80	88/88	45	35	4	2	6	Ausente
36	70	78,75	72,63	NS	NS	Mod2	Sev1	desc	0	0	65	60	8	22	30	Leve/Mod
37	75	52,3	59,11	NS	NS	Sev1	Mod1	abrup	/	/	/	/	24	12	36	Leve/Mod

OD/ Orelha Direita; OE/ Orelha Esquerda; Tipo: NS/ Sensorineural; Grau: Mod1/ Moderado 1ºgrau; Mod2/Moderado 2ºgrau, Sev1/Severo 1ºgrau; Sev2/Severo 2ºgrau, Prof1/Profundo 1ºgrau; Curva: abrup/abrupta, horiz/horizontal, desc/descendente; IPRF: / Informação não consta no sistema.

Quadro 12 - Características audiológicas de 50 pacientes do Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP (continuação).

	Média (dB)			Tipo		Grau		Curva	IPRF (%)		LRF (dB)		HHIE			
38	77,5	57,5	63,5	NS	NS	Sev1	Mod2	abrup	/	/	/	/	26	26	52	Severa
39	45	88,75	58,125	NS	NS	Mod1	Prof	abrup	88/92	/	40	100	28	28	56	Severa
40	82,5	71,25	71,25	NS	NS	Sev2	Sev1	abrup	/	/	/	/	30	40	70	Severa
41	107,5	53,75	69,88	Mista	NS	Prof2	Mod1	Abrup	/	/	/	/	18	24	42	Leve/ Mod
42	47,5	60	47,5	NS	Mista	Mod1	Mod2	desc	92/-	88/92	/	/	12	22	34	Leve/ Mod
43	57,5	51,25	51,25	Mista	Mista	Mod2	Mod1	desc	100/-	96/-	60	50	4	6	10	Ausente
44	82,5	31,25	46,63	Mista	NS	Sev2	Ligeiro	abrup	/	/	/	/	10	8	18	Leve/ Mod
45	71,25	43,75	52	Mista	NS	Sev2	Mod1	desc	92/-	100/-	70	45	26	34	60	Severa
46	42,5	68,75	50,38	NS	Mista	Mod1	Mod2	abrup	76/84	56/68	/	/	12	2	14	Ausente
47	37,5	78,75	49,88	NS	Mista	Leve	Sev2	desc	92/-	/	40	/	14	18	32	Leve/ Mod
48	71,25	57,5	57,5	Mista	NS	Sev2	Mod2	abrup	/	/	/	/	34	14	48	Severa
49	38,75	68,75	47,75	NS	Mista	Ligeiro	Mod2	abrup	/	/	/	/	22	24	46	Severa
50	72,5	65	67,25	Mista	NS	Sev2	Mod2	abrup	/	/	/	/	48	34	82	Severa

OD/ Orelha Direita; OE/ Orelha Esquerda; Tipo: NS/ Sensorineural; Grau: Mod1/ Moderado 1º grau; Mod2/Moderado 2º grau, Sev1/Severo 1º grau; Sev2/Severo 2º grau, Prof1/Profundo 1º grau; Curva: abrup/abrupta, horiz/horizontal, desc/descendente; IPRF: / Informação não consta no sistema.

ANEXO A - Termo de Aprovação do CEP - HCFMRPUSP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 05 de fevereiro de 2013

Ofício nº 367/2014
CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 11274/2013

Prezada Pesquisadora,

O trabalho intitulado **"PERCEPÇÃO DE RESTRIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO NA PERDA AUDITIVA: COMPARAÇÃO ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS" - 3ª Versão 04/12/2013**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 381ª Reunião Ordinária realizada em 03/02/2014, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Aos idosos institucionalizados 3ª Versão 04/12/2013 e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Aos idosos do Programa de Saúde Auditiva do HCFMRP-USP.**

Este Comitê segue integralmente a *Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP)*, bem como a *Resolução nº 196/96 CNS/MS*.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa. De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora

TATIANE MARTINS JORGE

Depto. de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço

ANEXO B – Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE)
(Ventry e Weinstein (1982), traduzido por Weinselberg (1997))

	QUESTÃO	Sim	Às vezes	Não
Q1	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) utilizar o telefone menos vezes do que gostaria?			
Q2	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir constrangido(a) ou sem jeito quando apresentado(a) para pessoas desconhecidas?			
Q3	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) evitar grupos de pessoas?			
Q4	A dificuldade em ouvir deixa o(a) senhor(a) irritado(a)?			
Q5	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir frustrado(a) ou insatisfeito(a) quando conversa com pessoas de sua família?			
Q6	A diminuição da audição causa dificuldade quando o(a) senhor(a) vai a uma festa ou reunião social?			
Q7	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir “tolo”(a) ou inferiorizado(a) diante de outras pessoas?			
Q8	O(a) senhor(a) sente dificuldade em ouvir quando alguém fala cochichando?			
Q9	O(a) senhor(a) se sente prejudicado(a) ou diminuído(a) devido a sua dificuldade em ouvir?			
Q10	A diminuição da audição causa-lhe dificuldades quando visita amigos, parentes ou vizinhos?			
Q11	A dificuldade em ouvir faz com que o(a) senhor(a) vá a serviços religiosos menos vezes do que gostaria?			
Q12	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) ficar nervoso(a)?			
Q13	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) visitar amigos, parentes ou vizinhos menos vezes do que gostaria?			
Q14	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) ter discussões ou brigas com sua família?			
Q15	A diminuição da audição causa-lhe dificuldades para assistir TV ou ouvir rádio?			
Q16	A dificuldade em ouvir faz com que o(a) senhor(a) saia para fazer compras menos vezes que gostaria?			
Q17	A dificuldade em ouvir deixa o(a) senhor(a) de alguma maneira chateado(a) ou aborrecido(a)?			
Q18	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) preferir ficar sozinho(a)?			
Q19	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) querer conversar menos com as pessoas de sua família?			
Q20	O(a) senhor(a) acha que a dificuldade em ouvir limita de alguma forma sua vida pessoal ou social?			
Q21	A diminuição da audição causa-lhe dificuldades quando o(a) senhor(a) está num restaurante com familiares ou amigos?			
Q22	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir triste ou deprimido(a)?			
Q23	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) assistir TV ou ouvir rádio menos vezes do que gostaria?			
Q24	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir constrangido ou menos à vontade quando conversa com amigos?			
Q25	A dificuldade em ouvir faz o(a) senhor(a) se sentir isolado(a) ou “deixado(a) de lado” num grupo de pessoas?			