



Qualidade de vida: comparação entre idosos usuários de aparelho de amplificação sonora individual participantes e não participantes de grupos de apoio

Quality of life: comparison between elderly hearing aid users who participated in a support group and those who did not

Calidad de vida: comparación entre adultos mayores usuarios de aparato amplificador de sonido individual participantes y no participantes de grupos de apoyo

*Ana Carolina Reis Garcia**
*Nicole Latoya Flores Citton Campos**
*Juliana Câmara Bastos**
*Patrícia Skrsypcsak Garcez Duarte**
*Débora Frizzo Pagnossin**

Resumo

Introdução: a comunicação é uma necessidade vital do ser humano; é através dela que o indivíduo mantém suas relações sociais. Sendo a deficiência auditiva uma das alterações mais incapacitantes nos idosos, os grupos de apoio são estratégias favoráveis para promover sua qualidade de vida. **Objetivo:**

* Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí, SC, Brasil.

Contribuição dos autores:

ACRG: Responsável pela redação, coleta e análise dos dados;

NLFCC: Responsável pela redação, coleta e análise dos dados;

JCB: Responsável pela revisão final;

PSGD: Responsável pela revisão final.

E-mail para correspondência: Ana Carolina Reis Garcia - acarolinargarcia@gmail.com

Recebido: 19/12/2016

Aprovado: 09/07/2017



comparar a qualidade de vida de idosos com deficiência auditiva usuários de AASI que participam do grupo de apoio do Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA) em uma Universidade Comunitária, com os que não participam. **Método:** foram aplicados os questionários SF-36 e HHIE-S a 27 idosos usuários de AASI divididos em dois grupos – Grupo 1 (15 idosos não participantes do grupo apoio) e Grupo 2 (12 participantes). **Resultados:** houve predomínio do sexo feminino (58,33%); a faixa etária do Grupo 2 foi superior à do Grupo 1; o *handicap* auditivo esteve presente nos dois grupos, porém menor no Grupo 2 (66,37%); há maior diferença entre os grupos na escala emocional; a percepção do *handicap* auditivo foi maior no sexo feminino (44,44% - Grupo 1 e 33,33% - Grupo 2); a percepção de qualidade de vida (SF-36) foi maior no Grupo 2 (de 45,83 a 91,67%); as melhores médias de escore no SF-36 no Grupo 1 foram obtidas pelos sujeitos de menor faixa etária (39,33% a 86,93%) e, no Grupo 2, foram obtidas pela maior faixa etária (de 47,5% a 93,75%). **Conclusão:** quanto maior a faixa etária, maior a importância da participação no grupo de apoio para melhorar a qualidade de vida e a aceitação da perda auditiva.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Idoso; Perda auditiva; Auxiliares de audição.

Abstract

Introduction: communication is a vital need of all human beings; and is directly affected by hearing loss, particularly among the elderly. In this context, support groups have emerged, to improve their quality of life. **Objective:** to compare the quality of life of elderly people users of hearing aids, who participate in a support group of the *Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva* (SASA) at a Community University, with those non-participants. **Method:** The SF-36 and HHIE-S questionnaires were applied to 27 elderly, who were divided into two groups – Group 1 (15 elderly individuals non-participants in the support group), Group 2 (12 participants). **Results:** there was a prevalence of females (58.33%), the age group of Group 2 was higher; hearing handicap was present in both groups, but to a lesser extent in Group 2 (66.37%); there was a major difference between the groups on the emotional scale; the perception of hearing handicap was greater among females (44.44% - 1 and 33.33% - 2); the perception of quality of life (SF-36) was greater in Group 2 (averages from 45.83 to 91.67); the best average scores in the SF-36 in Group 1 were obtained by the subjects aged 60 to 75 years (39.33% to 86.93%) while in Group 2, the best average scores were obtained for the age range 75 to 91 years (47.5% to 93.75%). **Conclusion:** the higher the age range, the greater the importance of participation in the support group, to improve quality of life and acceptance of the hearing loss.

Keywords: Quality of life; Aged; Hearing loss; Hearing aids.

Resumen

Introducción: la comunicación es una necesidad vital del ser humano. Es por su intermedio que el mantiene sus relaciones sociales. Siendo la deficiencia auditiva una de las alteraciones mas incapacitantes en los adultos mayores, los grupos de apoyo son estrategias favorables para promover su calidad de vida. **Objetivo:** comparar la calidad de vida de adultos mayores usuarios de AASI que participan del grupo de apoyo del Servicio Ambulatorial de Salud Auditiva (SASA) en una Universidad Comunitaria, con los que no participan. **Metodología:** se aplicaron los cuestionarios SF-36 y HHIE-S a 27 adultos mayores usuarios de AASI, divididos en dos grupos – Grupo 1 (15 individuos no participantes del grupo de apoyo), Grupo 2 (12 participantes). **Resultados:** hubo predominio del sexo femenino (58,33%), siendo la franja etaria del Grupo 2 superior a la del Grupo 1; el *handicap* auditivo estuvo presente en los dos grupos, aunque era menor en el Grupo 2 (66,37%); hay mayor diferencia entre los grupos en la escala emocional; la percepción del *handicap* auditivo fue mayor en el sexo femenino (44,44% - 1 y 33,33% - 2); la percepción de calidad de vida (SF-36) fue mayor en el Grupo 2 (medias de 45,83 a 91,67); las mejores medias de puntuación en el SF-36 en el Grupo 1 fueron logradas por los sujetos de 60 a 75 años (39,33% a 86,93%), y en el Grupo 2 por los sujetos de 75 a 91 años (47,5% a 93,75%). **Conclusión:** cuanto más avanzada la franja etaria, mayor la importancia de la participación en el grupo de apoyo para mejorar la calidad de vida y la aceptación de la pérdida auditiva.

Palabras clave: Calidad de vida; Anciano; Pérdida auditiva; Audífonos.

Introdução

A perda auditiva decorrente do processo de envelhecimento recebe o nome de presbiacusia, sendo que, atualmente, é considerada um problema de saúde pública, devido a seu alto índice de ocorrências, que afeta a comunicação e interfere na vida social das pessoas¹.

Esta alteração auditiva interfere na funcionalidade do corpo, limitando as atividades e restringindo a participação do deficiente auditivo em situações de vida diária, porém a qualidade de vida melhora substancialmente com o uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), que deve ser complementado com outros recursos, como a participação em grupos de apoio, fundamental para a adaptação do idoso ao AASI².

Magalhães e Iório³ realizaram um estudo com o objetivo de investigar a qualidade de vida de idosos antes e após a intervenção fonoaudiológica com uso de AASI. A amostra foi composta por dois grupos, sendo o grupo 1 idosos mais jovens e o grupo 2 idosos com maior idade. Utilizando os questionários SF-36, que avalia a qualidade de vida por meio das restrições de participação, e HHIE, que avalia o *handicap* auditivo. Os resultados do estudo mostraram que houve menor percepção das restrições de participação após a intervenção fonoaudiológica. Os idosos do sexo masculino e de maior idade apresentam maior auto percepção de suas dificuldades, bem como maior *handicap* auditivo.

Considera-se restrição de participação as limitações impostas aos sujeitos por uma desordem física, como a deficiência auditiva ou psíquica, como as demências, ambas comuns em idades avançadas.

Já *handicap* auditivo representa o impacto negativo da deficiência auditiva no bem-estar e na qualidade de vida do sujeito. Além das consequências não auditivas, é a desvantagem imposta pela deficiência ou pela incapacidade auditiva que limita o funcionamento psicossocial do sujeito¹¹. São manifestações sociais e emocionais resultantes da deficiência e da incapacidade auditiva, podendo afetar o deficiente auditivo, sua família e/ou a sociedade e suas medidas envolvem uma relação entre as deficiências, as incapacidades, os hábitos de vida e o ambiente sociocultural e físico do sujeito¹¹.

Durante o processo de envelhecimento ocorrem diversas mudanças; o aumento da vulnerabilidade é uma delas, fazendo com que o sujeito

se torne mais exposto às agressões do próprio organismo e do meio que o cerca. Todos os sujeitos apresentam mudanças durante a vida, porém essas ocorrem de maneira diferenciada em cada indivíduo e, conforme o tempo passa, as mudanças se tornam mais evidentes⁴.

O processo de envelhecimento pode ser dividido em duas partes: a senescência, relativa aos aspectos fisiológicos, alterações funcionais, orgânicas e psicológicas, que são consideradas normais, nos quais se destaca a presbiacusia, e a senilidade, relacionada às alterações advindas de doenças que ocorrem no ciclo vital⁴.

Uma vez que a perda auditiva está relacionada ao processo de senescência, ligada a alterações funcionais, orgânicas e psicológicas, os grupos de convivência para idosos têm um poder terapêutico, objetivando minimizar os efeitos da perda auditiva na vida dos idosos.

Os grupos de convivência de idosos não são apenas locais para recreação, mas onde eles poderão se ressocializar, trabalhar e utilizar a comunicação, criar amizades e vínculos, trocar experiências que trazem benefícios à autoestima de cada um e melhorar suas relações sociais. Estes grupos servem como recurso terapêutico para melhorar sua aceitação quanto às suas dificuldades⁵.

Tais grupos são uma forma de interação, inclusão social, e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com dignidade e dentro do âmbito de ser e estar saudável⁶.

O bem-estar psicológico e o convívio social são fatores de extrema importância para a melhora da percepção da qualidade de vida na população idosa, tendo em vista que as trocas realizadas uns com os outros são enriquecedoras⁷.

Nos dias de hoje, os idosos possuem mais tempo livre e ânimo para participar de atividades sociais e mentais; isso faz com que os idosos se sintam isolados e desmotivados quando não há uma estimulação para tais atividades, podendo criar uma alteração em sua esfera emocional⁸.

Na instituição na qual o presente estudo foi realizado, o grupo de apoio a idosos com deficiência auditiva surgiu no ano 2000, como uma alternativa de atendimento para pessoas que apresentavam a mesma demanda, com o objetivo de oferecer um espaço para trocas de experiências entre os participantes⁹.

Nestes 16 anos de grupo, vários estudos foram realizados quanto ao perfil audiológico, percepção

da deficiência auditiva e uso do AASI, porém nenhum estudo investigou a qualidade de vida dos idosos.

Dentre os estudos, destaca-se um de 2016, no qual houve a aplicação do questionário de auto avaliação IOI-HA aos idosos participantes, sendo que 38,71% apresentam pontuação maior que 30, indicando benefício e satisfação com o uso do AASI. As autoras citam que a participação no grupo se torna relevante para a adaptação do AASI, melhora de suas habilidades de comunicação, convívio social e autoestima, também propondo uma continuidade do estudo, a fim de verificar a real importância do grupo de apoio na qualidade de vida dos idosos usuários de AASI¹⁰.

Assim, o objetivo do presente estudo foi comparar a qualidade de vida de idosos com deficiência auditiva usuários de AASI que participam do grupo de apoio do Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA) em uma Universidade Comunitária, com os que não participam.

Método

Esta é uma pesquisa quantitativa, observacional e transversal, realizada no SASA da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, especificamente no Grupo de apoio a idosos usuários de AASI, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer consubstanciado nº 1.355.809 de 08 de dezembro de 2015.

A população do estudo foi composta por idosos com 60 anos ou mais, portadores de deficiência auditiva e usuários de AASI há no mínimo um ano, atendidos pelo SASA pesquisado. A amostra foi composta por 27 idosos divididos em dois grupos:

- Grupo 1: 15 pessoas que nunca participaram de grupos de apoio;
- Grupo 2: 12 pessoas que participam efetivamente do grupo de idosos há no mínimo um ano.

Para a coleta de dados foram utilizados dois questionários: (a) SF-36 (Anexo 1), que avalia a qualidade de vida e, (b) *Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening* (HHIE-S, Anexo 2), que avalia a auto percepção (*handicap*) da deficiência auditiva.

O SF-36 é composto por 11 questões sobre auto percepção e restrição de participação, envolvendo saúde em geral; atividades diárias e cotidianas; interação familiar e com amigos; dores no corpo; trabalho; vitalidade; força; estado emocional e

físico e atividades sociais. Sua análise é realizada a partir do cálculo do escore para cada domínio¹².

O SF-36 é analisado por *raw scale*, escala em que o valor final não apresenta unidade de medida, podendo esse valor variar de zero a 100, sendo 0 o pior resultado e 100 o melhor, para cada domínio. Assim, quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida naquele domínio¹².

O HHIE-S é composto por dez questões sobre socialização; dificuldades de comunicação e interação com familiares e amigos; dificuldades em ouvir a fala sussurrada; prejuízos resultantes da dificuldade auditiva; dificuldade de frequentar igreja, restaurantes e locais públicos; dificuldades de ouvir televisão ou rádio e, limitação de vida pessoal e social. Para análise dos resultados do HHIE-S utilizou-se o cálculo proposto por Silva, Silva e Aurélio¹³, em que de 0 a 6 pontos foi considerado como não havendo presença de *handicap*; 7 a 16 pontos indicou percepção leve a moderada e pontuações maiores que 16 pontos indicaram uma percepção grave ou significativa.

Ao final da coleta de dados, os mesmos foram digitados em planilha Excel versão 2010 e analisados estatisticamente de acordo com a contagem dos escores do questionário SF-36 e HHIE-S.

A análise estatística foi do tipo descritiva, com cálculo de medidas de tendência central e de dispersão para os escores dos domínios do SF-36 e escore total, social/situacional e emocional do HHIE-S com distribuição de frequência simples e relativa.

Para verificar se houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos estudados nos escores das escalas do questionário HHIE-S, foi aplicado o teste de Mann-Whitney com nível de significância de $p < 0,05$.

Já para correlacionar a percepção do *handicap* com a participação em grupo de apoio, sexo e idade, foi aplicado o teste de Fisher com nível de significância de $p < 0,05$.

Após a conclusão da pesquisa, foi realizada a devolutiva ao SASA pesquisado, com a exposição dos resultados obtidos por meio de uma reunião no Serviço, previamente agendada com a responsável pelo mesmo.

Para a devolutiva ao Grupo de Idosos, os participantes compareceram à apresentação deste artigo em banca aberta e as pesquisadoras participaram de uma reunião mensal, em que foi realizada a apresentação dos resultados obtidos e abordado o

tema “Qualidade de vida”, além de fixar um banner na sala de espera do SASA, em que os idosos não participantes do grupo de apoio puderam ter acesso aos resultados.

Resultados

A tabela 1 apresenta a distribuição dos sujeitos estudados por faixa etária e participação no grupo e a tabela 2 apresenta a distribuição quanto ao sexo e participação no grupo.

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos estudados por faixa etária e participação no grupo

Faixa etária	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
60 -- 75	12	80	5	41,67
75 -- 91	3	20	7	58,33
Total	15	100	12	100

Tabela 2. Distribuição dos sujeitos estudados por sexo e participação no grupo

Sexo	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
Feminino	10	66,67	7	58,33
Masculino	5	33,33	5	41,67
Total	15	100	12	100

Na tabela 1 observa-se que os idosos do Grupo 2 apresentam uma faixa etária maior que os do Grupo 1; já, na tabela 2, observa-se predomínio do sexo feminino nos dois grupos (Grupo 1 – 10 – 66,67%; Grupo 2 – 7 - 58,33%), sendo que todos os idosos residem próximo ao SASA pesquisado.

A tabela 3 expõe os resultados relativos à percepção de *handicap* dos sujeitos estudados, enquanto na tabela 4 estes resultados estão relacionados ao sexo e na tabela 5 à faixa etária. Já na tabela 6 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e dispersão, obtidos no questionário HHIE-S por escala/escore avaliada.

Tabela 3. Distribuição dos sujeitos estudados por percepção de *Handicap*

Percepção do <i>Handicap</i>	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
Não	5	33,33	4	33,33
Sim	10	66,37	8	66,37
Total	15	100,00	12	100,00

Teste exato de Fisher: $p = 1,0000 > 0,05$ não significante.

Tabela 4. Distribuição dos sujeitos estudados por percepção de *Handicap* de acordo com sexo

Percepção do <i>Handicap</i>	Grupo 1		Grupo 2	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Não	2	3	1	3
Sim	8	2	6	2
Total	10	5	7	5

Teste exato de Fisher: $p = 0,03930 < 0,05$ significante.

Tabela 5. Distribuição dos sujeitos estudados por percepção de *Handicap* de acordo com a faixa etária

Percepção do <i>Handicap</i>	Grupo 1		Grupo 2	
	60 --75	75 -- 91	60 --75	75 -- 91
Não	3	2	1	3
Sim	9	1	2	2
Total	12	3	5	7

Teste exato de Fisher: $p = 0,21914 > 0,05$ não significante.

Tabela 6. Medidas de tendência central e dispersão obtidas no questionário HHIE-S por escala avaliada.

HHIE-S	Grupo	Moda	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Escala emocional	1	0	2	5,47	6,61	0	18
	2	0	3	5,17	5,56	0	16
Escala social	1	8	8	9,07	6,54	0	20
	2	8	7	7,5	6,1	0	20
Escala total	1	4	10	14,53	12,84	0	38
	2	2	10	12,67	10,97	0	36

Mann-Whitney $p = 0,714393 > 0,05$ não significante.

Nota-se a mesma proporção de idosos quanto à percepção do *handicap* nos dois grupos estudados (tabelas 3, 4 e 5), sendo que os idosos dividem-se igualmente quanto à percepção leve a moderada e significativa em ambos os grupos. No Grupo 1, quatro idosos da menor faixa etária e um da maior, apresentam percepção leve a moderada, sendo quatro mulheres e um homem. No Grupo 2, três mulheres e um homem apresentam percepção leve a moderada e, para percepção significativa, obteve-se a mesma proporção, sendo dois idosos de cada faixa etária em ambos níveis de *handicap*. Após teste estatístico pode-se observar que a percepção quanto ao *handicap* auditivo das mulheres, é sete vezes maior que a dos homens.

Na tabela 5 observa-se que em ambas escalas os idosos do Grupo 1 têm maior percepção do *handicap* auditivo e, na tabela 6, observa-se que

estes resultados indicam maior impacto da perda auditiva na vida dos idosos. Há de se considerar que o desvio padrão foi elevado nos dois grupos testados, o que demonstra heterogeneidade dos idosos estudados. Ainda, ao se avaliar o escore máximo, observa-se que na escala social o *handicap* é maior no Grupo 1, porém na escala emocional o resultado foi idêntico nos dois grupos. Estatisticamente, não houve diferença significativa nos escores médios apresentados pelos dois grupos no questionário HHIE-S ($p = 0,714393 > 0,05$).

A tabela 7 apresenta os resultados das medidas de tendência central e dispersão obtidos no questionário SF-36 de acordo com os domínios avaliados pelo questionário, enquanto na tabela 8 estes resultados estão relacionados com o gênero e na tabela 9 os resultados estão relacionados com a faixa etária.

Tabela 7. Medidas de tendência central e dispersão obtidas no questionário SF-36.

SF-36	Grupo	Moda	Mediana	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	1	90	85	70	28,85	20	100
	2	25	67,5	58,75	29,4	5	95
Limitação por Aspectos Físicos	1	100	50	51,67	40,61	0	100
	2	100	100	77,08	41,91	0	100
Dor	1	100	52	60,20	32,17	10	100
	2	100	100	91,33	11,42	72,00	100
Estado Geral de Saúde	1	35	35	39,33	16,89	10	65
	2	55	55	45,83	16,21	15	60,00
Vitalidade	1	85	80	72,33	22,98	10	90
	2	35	75	72,92	23,3	35	100
Aspectos Sociais	1	100	100	85,83	24,49	25	100
	2	100	100	91,67	17,13	50	100
Limitação por Aspectos Emocionais	1	100	100	71,11	45,19	0	100
	2	100	100	83,33	38,92	0	100
Saúde Mental	1	100	92	86,93	18,79	28	100
	2	60	78	71,33	26,52	16	100

Tabela 8. Distribuição dos resultados quanto aos domínios do questionário sf-36 em relação ao gênero.

SF-36	Grupo	Gênero	Média
Capacidade Funcional	1	Feminino	68,33
		Masculino	70,79
	2	Feminino	63,64
		Masculino	58,75
Limitação por Aspectos Físicos	1	Feminino	57,14
		Masculino	61,84
	2	Feminino	75
		Masculino	77,08
Dor	1	Feminino	70,05
		Masculino	69,95
	2	Feminino	93,09
		Masculino	91,33
Estado Geral de Saúde	1	Feminino	41,19
		Masculino	42,11
	2	Feminino	48,64
		Masculino	45,83
Vitalidade	1	Feminino	72,62
		Masculino	71,58
	2	Feminino	75
		Masculino	72,92
Aspectos Sociais	1	Feminino	89,88
		Masculino	92,76
	2	Feminino	100
		Masculino	91,67
Limitação por Aspectos Emocionais	1	Feminino	74,6
		Masculino	71,93
	2	Feminino	81,82
		Masculino	83,33
Saúde Mental	1	Feminino	81,71
		Masculino	80,21
	2	Feminino	74,55
		Masculino	71,33

Tabela 9. Distribuição dos resultados quanto aos domínios do questionário sf-36 em relação à faixa etária.

SF-36	Grupo	Faixa etária	Média
Capacidade Funcional	1	60 -- 75	70
		75 -- 91	65
	2	60 -- 75	58,75
		75 -- 91	62,5
Limitação por Aspectos Físicos	1	60 -- 75	51,67
		75 -- 91	62,5
	2	60 -- 75	77,08
		75 -- 91	82,5
Dor	1	60 -- 75	60,20
		75 -- 91	56,50
	2	60 -- 75	91,33
		75 -- 91	92,4
Estado Geral de Saúde	1	60 -- 75	39,33
		75 -- 91	47,5
	2	60 -- 75	45,83
		75 -- 91	47,5
Vitalidade	1	60 -- 75	72,33
		75 -- 91	63,75
	2	60 -- 75	72,92
		75 -- 91	75
Aspectos Sociais	1	60 -- 75	85,83
		75 -- 91	84,38
	2	60 -- 75	91,67
		75 -- 91	93,75
Limitação por Aspectos Emocionais	1	60 -- 75	71,11
		75 -- 91	75
	2	60 -- 75	83,33
		75 -- 91	80
Saúde Mental	1	60 -- 75	86,93
		75 -- 91	74
	2	60 -- 75	71,33
		75 -- 91	74,4

Observa-se, na tabela 7, que o Grupo 1 apresenta melhor escore em apenas dois domínios em relação ao Grupo 2 (capacidade funcional e saúde mental), nos demais domínios o Grupo 2 obteve melhores escores, sendo que no domínio vitalidade as médias dos dois grupos são semelhantes.

Em ambos os grupos as mulheres apresentam melhor média de escore que os homens (tabela 8) e, no Grupo 1 os idosos de menor faixa etária obtiveram melhores escores na maioria dos domínios, sendo que no Grupo 2 os idosos de faixa etária maior (75 a 91 anos) apresentam os melhores escores na maioria dos domínios (tabela 9).

Discussão

A faixa etária predominante no Grupo 1 (não participantes) é a de 60 a 75 anos (80%) e, no Grupo 2 (participantes), a faixa etária predominante é de 75 a 91 anos de idade (58,33%) (tabela 1). Assim, o Grupo 2 se mostrou em uma faixa etária maior. Estudos realizados com idosos apontam predominância de idosos de faixa etária mais jovem – 60 a 69 anos (51,1%)^{3;14}, o que corrobora os achados encontrados no Grupo 1 mas diverge do Grupo 2, pesquisados no presente estudo.

Em relação ao sexo, tanto no Grupo 1 (66,67%), como no Grupo 2 (58,33%) houve predominância do sexo feminino, o que também é apontado na literatura^{3;14;15;16}, com percentuais variando

de 50 a 93% de predomínio feminino em grupos e pesquisas. Porém, diverge do estudo realizado por Teixeira *et al.*¹, com o objetivo de verificar se existe melhora na qualidade de vida de adultos e idosos após a adaptação do AASI, entrevistando uma maioria de homens (55%).

O predomínio de pessoas do sexo feminino nos dois grupos é apontado na literatura como frequente em estudos que descrevem a participação em grupos de apoio. Neste sentido, Motta¹⁷ cita que durante muitos anos as mulheres ocuparam papéis fora da sociedade, cuidando de seus lares e, hoje em dia, muitas se sentem sozinhas, pois seus maridos e filhos trabalham ou estudam fora de casa. Na atualidade, as mulheres vêm conhecendo e usufruindo de uma nova liberdade em grupos sociais. Em relação ao município de origem, todos os idosos residem próximo ao SASA pesquisado, sendo 12 (44,44%) em Itajaí - 4 do grupo 1 (G1) e 8 do grupo 2 (G2); 3 (11,11%) em Penha - 2 G1 e 1 G2; 2 (7,41%) em Bombinhas, Camboriú e Navegantes, respectivamente, dos quais em cada município 1 é G1 e 1 é G2. Em Balneário Camboriú reside 1 (3,70%) G2 e, nos municípios de Blumenau, Pomerode, Porto Belo, Presidente Getúlio e Salete reside 1 (3,70%) G1 por município.

Houve uma mesma proporção de sujeitos estudados quanto à percepção do *handicap* nos dois grupos (tabelas 2, 3 e 4). No Grupo 1, 5 (33,33%) idosos - 4 da faixa etária de 60 a 75 anos e 1 da de 75 a 91, apresentam percepção leve a moderada, dos quais 4 são mulheres e 1 é homem e 5 (33,33%) da faixa etária de 60 a 75 anos, apresentam percepção significativa, sendo 4 mulheres e 1 homem.

Já, no Grupo 2, 4 (33,33%) apresentam *handicap* leve a moderado, sendo 3 mulheres e 1 homem e 4 (33,33%) significativo para 3 mulheres e 1 homem, sendo 2 da faixa etária de 60 a 75 anos e 2 da de 75 a 91 anos em ambos níveis de percepção. Destaca-se que em ambos os grupos a percepção do *handicap* foi maior no sexo feminino e com menor faixa etária (60 a 75 anos). Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à percepção do *handicap* nos dois grupos estudados ($p=1,0000$, tabela 2), como também não houve diferença significativa quanto à idade e a percepção do *handicap* ($p=0,21914$, tabela 4). Porém, houve diferença estatisticamente significativa quanto à influência do sexo na percepção do *handicap* ($p=0,03930$, tabela 3).

O fato das mulheres se apresentarem em maior número em relação aos homens e apresentarem maior percepção do *handicap*, com diferença estatisticamente significativa, encontra suporte na literatura^{18;19}, que descreve que mulheres apresentam um impacto mais negativo da deficiência auditiva no nível de qualidade de vida relacionada com a saúde, mesmo sendo mais conectadas socialmente no mundo das relações e interdependências.

Em ambas as escalas do HHIE-S os idosos do Grupo 1 têm maior percepção do *handicap* auditivo (tabela 5).

O fato do Grupo 2 ter faixa etária maior influenciou nos resultados do estudo, de forma que não se observou uma diferença geral entre os grupos, no que se refere à percepção do *handicap*, pois espera-se que o *handicap* seja proporcionalmente maior em relação ao aumento da faixa etária¹⁹, o que não foi observado no presente estudo.

A literatura¹⁹ aponta que sujeitos com mais de 80 anos apresentam os maiores *handicaps* auditivos, ou seja, maior percepção das dificuldades relacionadas à audição.

Uma vez que não houve diferença estatisticamente significativa quanto à percepção do *handicap* auditivo nos dois grupos, há divergência do presente estudo com a literatura^{3;20;13}, que indica que a intervenção fonoaudiológica, como a realizada no grupo de apoio a idosos usuários de AASI, diminui a percepção do *handicap* e melhora as habilidades comunicativas e os diálogos em ambientes ruidosos.

Os autores^{3;20} citam que a intervenção fonoaudiológica com treinamento auditivo auxilia positivamente na melhora da qualidade de vida e na diminuição da percepção do impacto da deficiência auditiva nesta. Destaca-se que o treinamento auditivo não é realizado com frequência regular no grupo de apoio estudado, o que pode justificar as diferenças observadas.

Ao se comparar o *handicap* auditivo nas escalas emocional e social, observa-se que, tanto no Grupo 2 como no Grupo 1, o *handicap* foi maior na escala social (média de 9,07 para Grupo 1 e 7,5 para Grupo 2) (tabela 6). Este resultado corrobora com os achados de Santos *et al.*¹⁹, que observaram que as questões sociais apresentaram maior porcentagem de respostas afirmativas, indicando queixas significativas de dificuldades de origem auditiva no cotidiano, que podem resultar em dificuldade de inserção do idoso no meio social¹⁹.

Mesmo sem diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, percebe-se que os idosos do Grupo 2 apresentam um *handicap* auditivo menor do que o apresentado por idosos do Grupo 1 (tabela 6). Este resultado encontra suporte nos estudos de Bittar e Lima²¹, que descrevem que a participação em grupos de apoio fortalece vínculos afetivos, melhora a saúde e a motivação pessoal, e eleva a autoestima.

Adultos e idosos que fazem uso efetivo do AASI apresentam qualidade de vida satisfatória¹⁶, sendo que os grupos de apoio se mostram de suma importância em relação à qualidade da vida dos idosos, tendo em vista que o domínio que mais contribui para esta qualidade de vida é o social¹⁵.

Em relação aos escores por domínio avaliado, observa-se que o Grupo 1 apresenta escore melhor no domínio de capacidade funcional (média=70) e saúde mental (média=86,93), comparando com o Grupo 2. Em relação aos demais domínios, o Grupo 2 obteve melhores resultados na limitação por aspectos físicos (média=77,08), dor (média=91,33), estado geral da saúde (média=45,83), aspectos sociais (média=91,67), limitação por aspectos emocionais (média=83,33). No domínio de vitalidade, as médias dos dois grupos são semelhantes, sendo o Grupo 2 com média de 72,92 e, Grupo 1 com média de 72,33 (tabela 7)

Em relação ao sexo, em seis domínios as mulheres do Grupo 2 apresentam melhor média de escore em relação aos homens e, no Grupo 1, as mulheres apresentam melhor média de escore em quatro dos oito domínios avaliados (tabela 8).

Quando verificada a influência da faixa etária nos escores do questionário SF-36, sobre qualidade de vida, no Grupo 1 os idosos da faixa etária de 60 a 75 anos obtiveram melhor escore em cinco de oito domínios, enquanto no Grupo 2 os melhores escores foram obtidos pela faixa etária de 75 a 91 anos, em sete de oito domínios. O único domínio com escore melhor na faixa etária maior dos idosos do grupo 2 é o de limitação por aspectos emocionais (tabela 9).

Nos dois grupos o desvio padrão é elevado em todos os domínios, mostrando grande heterogeneidade dos sujeitos avaliados.

Resultados encontrados na literatura^{21;22} mostram que um dos principais motivos dos idosos participarem de grupos de apoio é para melhorar sua autoestima através de sua vida social, criando e mantendo vínculos afetivos. Em pesquisas com

grupos voltados a usuários de AASI, a qualidade de vida apresenta melhora após adaptação do AASI, porém os idosos ainda se sentem insatisfeitos com a falta de oportunidades de lazer e com suas relações pessoais.

O fato das mulheres apresentarem melhor média de escores nos aspectos de qualidade de vida avaliados por meio do SF-36 (tabela 8) no presente estudo encontra suporte na literatura¹, que cita que mulheres têm melhores escores que homens, sendo os menores valores obtidos no domínio psicológico (58,3%) e os maiores nas relações sociais (75,0%), domínio físico (60,7%) e meio ambiente (68,7%). Porém, Lisboa (2012)²³ relata que esta diferença de percepção na qualidade de vida por homens e mulheres não é estatisticamente significativa.

Já, em relação à influência da idade na percepção da qualidade de vida, a literatura³ aponta que para minimizar as reações psicossociais decorrentes da deficiência auditiva, é necessária a inclusão dos idosos em programas de reabilitação auditiva.

Andrade e Martins¹⁸ citam que quanto mais velho o idoso, menor sua autopercepção quanto à sua qualidade de vida; este fato se comprova apenas em relação ao Grupo 1, no presente estudo, já no Grupo 2 os idosos de maior faixa etária tiveram os melhores escores em sete dos oito domínios de qualidade de vida avaliados (tabela 9).

Este achado mostra a importância da participação dos idosos em grupos de apoio, pois a maioria dos idosos do Grupo 2, na faixa etária de 75 a 91 anos, apresentam melhores escores que os idosos mais jovens, com faixa etária de 60 a 75 anos do Grupo 1. Dessa forma, é possível afirmar que a qualidade de vida e a aceitação da perda auditiva são influenciadas pela participação no grupo de apoio a idosos usuários de AASI, principalmente para os idosos de maior faixa etária.

A partir da análise dos resultados obtidos no presente estudo, a única diferença observada entre os grupos foi na correlação sexo e *handicap* auditivo, no qual as mulheres dos dois grupos têm maior percepção das consequências da deficiência auditiva em suas vidas.

Há de se considerar que embora nos resultados do estudo não tenham aparecido diferenças entre os dois grupos em relação à qualidade de vida, os idosos participantes do grupo de apoio demonstram, em seus discursos, que se sentem muito mais felizes e afirmam ter uma qualidade de vida maior após iniciar as atividades no grupo.

A participação dos idosos em redes de apoio é uma forma de interagir com outras pessoas que estão passando pelas mesmas situações diárias, a fim de trocar experiências e se manter inserido na sociedade. É possível notar a falta de adesão e até certo desconhecimento dos idosos do Grupo 1 sobre o grupo de apoio, pois muitos entrevistados não conheciam o grupo e outros não se interessavam pelo mesmo.

A visão de que grupos de apoio servem apenas para quem está enfrentando algum problema ainda é bastante difundida, e isso faz com que os idosos tenham aversão à ideia de participar de tais grupos. Porém a realidade desse grupo é outra: nele busca-se uma nova forma de disseminar conhecimentos gerais, prestar serviços de saúde, cuidar do uso e manuseio do AASI e, principalmente, promover a socialização, evitando a exclusão da sociedade, e possibilitando o estabelecimento de novas amizades.

Conclusão

Ao final do estudo foi possível verificar que a qualidade de vida e *handicap* auditivo de idosos com deficiência auditiva usuários de AASI que participam de um grupo de apoio não apresentou diferenças estatisticamente significantes quando comparada com a de idosos que não participam do grupo, salvo quando a variável estudada foi o sexo.

Porém, há de se considerar que os melhores escores de qualidade de vida são apresentados pelos idosos com maior faixa etária e participantes do grupo, o que indica que a participação no grupo auxilia na qualidade de vida desses sujeitos, pois o esperado é que as pessoas mais velhas tenham maiores restrições na sua qualidade de vida.

Com base nestes achados, sugere-se a realização de pesquisa de caráter qualitativo a fim de se avaliar, a partir da percepção subjetiva dos participantes do grupo de apoio, qual o real impacto deste na sua qualidade de vida.

Além disso, sugere-se incluir um programa de treinamento auditivo regular no grupo de apoio estudado, pois se acredita que este seja eficaz na redução do impacto da deficiência auditiva na qualidade de vida desses sujeitos.

Referências

1. Teixeira AR, Freitas CLR, Millão LF, Gonçalves AK, Junior BB, Vieira AF. et al. Relação entre deficiência auditiva, idade, gênero e qualidade de vida de idosos. Arq. Int. Otorrinolaringol. [artigo online]. 2008 Fev [acesso em 23 ago 2015]; 12(1): 62-70. Disponível em: <http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/483.pdf>.
2. Iorio MCM. Qualidade de vida e intervenção fonoaudiológica por meio da adaptação de próteses auditivas. In: Boéchat BEM, Menezes PL, Couto CM, Frizzo ACF, Scharlach RC, Anastasio ART (org.). Tratado de Audiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p.211 - 220
3. Magalhães R, Iorio MCM. Qualidade de vida e restrição de participação: um estudo em idosos. Braz. J. Otorhinolaryngol. [artigo online]. 2011 Set-Out [acesso em 24 set 2015]; 77(5):628-38. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/bjor/v77n5/pt_v77n5a16.pdf.
4. Cauduro MHF. Relação da rede de apoio social e a qualidade de vida em idosos longevos. [tese online]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. 2013 [acesso em 24 set 2015]. p. 10-90. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5582/1/000452863-Texto%2bCompleto-0.pdf>
5. Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. Rev Gaúcha Enferm [artigo online]. Jun 2012 [acesso em 20 set 2015]; 33(2):102-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n2/15>.
6. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [artigo online]. 2013 Jul [acesso em 23 ago 2015]; 16(4): 821-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbvg/v16n4/1809-9823-rbvg-16-04-00821.pdf>.
7. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo, CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [artigo online]. 2013 [acesso em 13 nov 2016]; 16(1): 127-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbvg/v16n1/a13v16n1.pdf>.
8. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [artigo online]. 2013 Jan [acesso em 13 nov 2016]; 21(Spec):3-11. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/52920/56897>.
9. Fialho IM, Pagnossin DF. Grupo de apoio: um diferencial no atendimento aos idosos com deficiência auditiva. In: Bevilacqua MC, Martinez MAN, Ballen SA, Pupo AC, Reis ACMB, Frota SMMC (org.). Saúde auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas. São José dos Campos: Pulso, 2010. p.249-61.
10. Rocha G, Brandão NAS, Garcia ACR, Pagnossin DF. Caracterização do uso de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) por idosos cadastrados no grupo de apoio do Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva da UNIVALI em 2014. [relatório de pesquisa] Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí. Curso de Fonoaudiologia. 2016. 2-17 p.



11. Araújo PGV, Mondelli MFCG, Lauris JRP, Costa AR, Feniman MR. Avaliação do handicap auditivo do adulto com deficiência auditiva unilateral. *Braz. j. otorhinolaryngol.* (impr.) 2010 Mai/Jun [acesso em 30 ago 2016];76(3):378-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v76n3/v76n3a18.pdf>.
12. Teixeira L. Cálculo do escore do SF-36. [SD]. [acesso em 22 abr 2016]. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/calculo-do-escore-do-sf36.pdf>.
13. Silva DPCB, Silva VB, Aurélio FS. Auditory satisfaction of patients fitted with hearing aids in the Brazilian Public Health Service and benefits offered by the hearing aids. [artigo *on line*]. *Braz J Otorrinolaryngol* 2013. [acesso em 22 abr 2016]. 79[5], 538-45. Disponível em: www.redalyc.org/html/3924/392437930003/.
14. Paiva KM, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M. Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2011 [acesso em 11 abr 2016]; 27(7): 1292-300. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n7/05.pdf>.
15. Serbim AK, Figueiredo AE. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. [artigo *on line*]. *Scientia Medica*. 2011. [acesso em 05 mai 2016]. 21[4];166-72. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/9405/7236>.
16. Fonseca FC, Iório MCM. Próteses auditivas dispensadas pelo SUS e qualidade de vida. *Rev. CEFAC*. 2014 [acesso em 26 abr 2016]; 16(3): 768-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n3/1982-0216-rcefac-16-3-0768.pdf>.
17. Motta AB, CAMPOS RC. Não tá morto quem peleia: a Pedagogia Inesperada nos Grupos de Idosos. *Cadernos Pagu* [tese de doutorado]. 1999 [acesso em 15 nov 2016]; 13: 191-221. Disponível em: <http://www.bdae.org.br/dspace/handle/123456789/2751>.
18. Andrade A, Martins R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*. [artigo *on line*]. 2011 [acesso 10 mar 2016]; 40(1): 185-99. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1210>.
19. 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. [artigo *on line*]. *Estud. interdiscipl. Envelhec*. 2012. [acesso em 25 mar 2016]; 17[1]; 125-43. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/18172/23192>.
20. Ruschel CV, Carvalho CR, Guarinello AC. The efficiency of an auditory rehabilitation program in elderly people with presbycusis and their family. [artigo *on line*]. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007. [acesso em 14 mai 2016]. 12[2]; 95-8 Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0405.pdf>.
21. Bittar C, Lima LCV. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. [artigo *on line*]. *Revista Kairós Gerontologia* 2011. [acesso em 16 abr 2016]. 14[4], 101-18. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10053/7482>.
22. Mondelli MFCG, Souza PJS. Qualidade de vida em idosos antes e após a adaptação do AASI. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012 [acesso em 14 mar 2016]; 78(3):49-56. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3924/392437920009.pdf>.
23. Lisboa, PV. Perda auditiva e qualidade de vida no envelhecimento [monografia de especialização]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012 [acesso em 17 mai 2016]; Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37926/000823877.pdf?sequence=1>