

Avaliação da Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos Portadores de Deficiência Auditiva: Influência do Uso de Próteses Auditivas

Assessment of the Quality of Life of Care Providers of Hearing-impaired Elderly: Influence of the Use of a Hearing Aids

Michelle Gassen Paulo*, **Adriane Ribeiro Teixeira****, **Geraldo Pereira Jotz*****,
Marion Cristine de Barba****, **Rejane da Silva Bergmann*******.

* Fonoaudióloga, Especializanda em Fonoaudiologia: ênfase em Audiologia na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Fonoaudióloga Clínica.

** Doutora em Gerontologia Biomédica (PUCRS). Fonoaudióloga e Gerontóloga, Professora do Curso de Fonoaudiologia - ULBRA.

*** Pós Doutorado em Otorrinolaringologia na Universidade de Pittsburgh - USA. Professor Adjunto da Disciplina de Otorrinolaringologia do Curso de Medicina da ULBRA e do Departamento de Ciências Morfológicas da UFRGS. Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário da ULBRA.

**** Mestre em Distúrbios da Comunicação. Universidade Tuiuti do Paraná. Fonoaudióloga do Serviço de Alta Complexidade em Saúde Auditiva do Hospital Universitário da ULBRA)

***** Fonoaudióloga (Fonoaudióloga do Serviço de Alta Complexidade em Saúde Auditiva do Hospital Universitário da ULBRA)

Instituição: Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Endereço para correspondência: Adriane Ribeiro Teixeira – Rua Alberto Rangel, 315/911 - Parque Santa Fé – Porto Alegre / RS – CEP 91180-840 – Fax: (51) 3211-2058 – E-mail: adriteixeira@yahoo.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da R@IO em 6 de outubro de 2007. Cód. 336. Artigo aceito em 1º de fevereiro de 2008.

RESUMO

Introdução: A deficiência auditiva em idosos gera incapacidade, tornando necessária à presença do cuidador.
Objetivos: Avaliar a qualidade de vida de cuidadores de idosos com deficiência auditiva e identificar a contribuição do uso da prótese auditiva na qualidade de vida dos cuidadores de idosos usuários e não usuários.
Casística e Método: entrevistaram-se 30 cuidadores, divididos em dois grupos. O primeiro foi composto por 10 cuidadores de idosos usuários de prótese auditiva e o segundo por 20 cuidadores de idosos não usuários de prótese auditiva. Para a avaliação foram utilizados entrevista e o questionário abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL-bref.
Resultados: A amostra foi composta predominantemente por cuidadores do sexo feminino (80%), com média de idade de 58,5±13,07 anos. Entre eles, 96,5% eram familiares dos idosos, com mediana do tempo de atuação de seis anos. Em relação à qualidade de vida, verificou-se que estava menos comprometida no grupo de cuidadores de idosos usuários de próteses auditivas, especialmente no domínio social. Foi encontrada correlação entre a idade dos cuidadores e o domínio psicológico e entre o número de medicamentos que o cuidador utilizava e o domínio físico do WHOQOL-bref.
Conclusão: Os resultados obtidos sugerem que a qualidade de vida dos cuidadores de idosos com deficiência auditiva é afetada. O uso de prótese auditiva pelos idosos, porém, parece contribuir para a qualidade de vida dos cuidadores, pois os escores deste grupo foram superiores aos do grupo responsável por idosos não usuários do dispositivo.
Palavras-chave: qualidade de vida, cuidadores, prótese auditiva.

SUMMARY

Introduction: Hearing impairment in the elderly causes incapacity to advise to need of a care provider.
Objectives: To assess the quality of life of care providers of hearing disabled elders and identify the role-played by the use of hearing aids in the quality of life of care providers of elders who use or do not use hearing aids.
Methodology: Thirty care providers were interviewed, divided in two groups considering the use or non-use of hearing aids by the elderly. The first group comprised 10 care providers of elders who used hearing aids, and the second group comprised 20 care providers of elders who did not use. An interview and a questionnaire to assess quality of life, from the World Health Organization, the WHOQOL-bref, were used for the assessment.
Results: The sample was predominantly by female care providers (80%), with average age of 58.5±13.07 years. By the total, 96.5% were family members of the elder individuals. Regarding quality of life, it was noticed that it was less compromised in care providers of elders who used hearing aids, mainly in the social domain. It was found a correlation between the age of the care providers and the psychological domain, and between the number of drugs used by the care provider and the physical domain of the WHOQOL-bref.
Conclusion: The results suggest that quality of life of care providers of hearing impaired elders is affected. The usage of hearing aids by the elders seems to provide for the care providers' quality of life.
Key words: quality of Life, caregivers, hearing aids.

INTRODUÇÃO

A população idosa, composta, nos países em desenvolvimento, por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (1), é a de maior crescimento na sociedade atual. Até a década de 1930, a expectativa de vida, ao nascer, não ultrapassava os 50 anos de idade. Atualmente, nos países desenvolvidos, a expectativa de vida supera os 70 anos e, em alguns, chega até os 80 anos (2). Este aumento na expectativa de vida tem originado uma série de preocupações e atitudes, para que os anos de vida adicionais sejam vividos com qualidade, bem-estar e independência (3).

Em muitos casos, porém, o idoso atinge idade avançada com vários problemas de saúde, exigindo que outra pessoa, familiar ou não, assuma o papel de cuidá-lo. O cuidador é a pessoa que oferece cuidados para suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva (4). A tarefa de cuidar inclui ações que visam auxiliar o idoso, impedido física ou mentalmente, a desempenhar tarefas práticas de atividades de vida diária e de autocuidado (5).

O cuidador pode ser classificado em primário ou secundário. O cuidador primário é o responsável pelo cuidado diário do idoso, sendo a única pessoa a desempenhar esta tarefa. O cuidador secundário realiza a atividade ocasionalmente, de modo restrito (5).

Do cuidador é exigido que participe menos de atividades sociais, seja capaz de resolver problemas e passe por vários momentos de *stress* em função dessa nova rotina de vida (6). Quando o idoso é portador de deficiência auditiva (qualquer perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou anatômica de uma estrutura ou função (7), ele é, muitas vezes, o responsável pela participação do mesmo nas atividades sociais e de vida diária, pois este tipo de deficiência acarreta diminuição na capacidade de comunicação. Muitas vezes o cuidador passa a atuar como 'intérprete', auxiliando o idoso nas situações em que é necessária a compreensão da fala (reuniões, telefonemas, consultas médicas, entre outros).

Desta forma, acredita-se que há mudanças na qualidade de vida dos cuidadores, pois além da sobrecarga de atividades, existe mudança nos relacionamentos familiares e no círculo de amizades.

A qualidade de vida envolve múltiplos significados (conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos), além de ser uma construção social, abrangendo referências históricas, culturais e de estratificações ou classes sociais (8). Devido a este caráter multidimensional, são várias as definições obtidas na literatura especializada.

Uma das mais abrangentes e utilizadas é a da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (9).

O estudo da qualidade de vida dos indivíduos é um tema que vem despertando interesse dos pesquisadores. Devido a isto, vários instrumentos foram desenvolvidos, no mundo inteiro, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de populações (instrumentos genéricos) ou direcionados a grupos de indivíduos que sofrem de alguma doença aguda ou crônica (instrumentos específicos) (10,11).

Com o objetivo de criar um instrumento genérico, tendo como base à definição de qualidade de vida OMS, pesquisadores ligados a esta mesma organização propuseram uma avaliação, construída sob enfoque transcultural, a qual parte do pressuposto que a qualidade de vida é um constructo subjetivo, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas (9). Devido a estas características, o questionário, denominado *World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL)* tem sido um dos mais utilizados e traduzidos no mundo. No Brasil, além do instrumento original (*WHOQOL-100*), várias versões já foram traduzidas e validadas, entre elas o *WHOQOL-bref*, que é uma versão abreviada do questionário original e que permite a avaliação rápida e fidedigna da qualidade de vida dos indivíduos, considerando-se quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (9,12).

Considerando-se que a maior parte dos idosos tem deficiência auditiva e é assistido por cuidadores, que estes podem ter sua qualidade de vida prejudicada pelas dificuldades de comunicação e que não foram obtidos dados na literatura pesquisada sobre o tema, optou-se por realizar este estudo, o qual tem como objetivos avaliar a qualidade de vida de cuidadores de idosos com deficiência auditiva e identificar a contribuição do uso de próteses auditivas pelos idosos para a qualidade de vida destes cuidadores.

CASUÍSTICA E MÉTODO

A população desta pesquisa é formada por cuidadores primários de idosos com deficiência auditiva. A amostra foi selecionada pelo método de amostragem não-probabilística, de conveniência, composta por 30 cuidadores de idosos.

Foram incluídos, na amostra, os indivíduos que são cuidadores de idosos e que os estavam acompanhando no momento em que procuraram o Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (Divisão de Saúde

Auditiva) do Hospital Universitário da Universidade. Excluiu-se da amostra os indivíduos que estavam somente acompanhando os idosos no momento da avaliação auditiva (cuidadores secundários). Foram também excluídos aqueles que não quiseram participar desta pesquisa e os que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente três cuidadores não aceitaram participar da pesquisa.

Os componentes da amostra foram abordados na sala de espera da Clínica de Fonoaudiologia da Universidade. Explicados os objetivos da pesquisa, aqueles cuidadores que concordaram em participar eram convidados a dirigirem-se para uma das salas da clínica, a fim de assinarem o TCLE e responderem aos instrumentos individualmente.

Por ocasião da coleta de dados, aplicou-se primeiro um questionário, em forma de entrevista, elaborado especialmente para este estudo, visando obter informações sobre o entrevistado (ANEXO A).

Os cuidadores foram divididos em dois grupos. O primeiro grupo era composto por 20 cuidadores de idosos portadores de deficiência auditiva não usuários de próteses auditivas e o segundo, por 10 cuidadores de idosos usuários de próteses auditivas. Optou-se pela divisão em grupos para que pudesse ser avaliada a influência do uso de próteses auditivas pelos idosos cuidados.

A seguir, aplicou-se o instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), o *WHOQOL-bref*.

Segundo a orientação dos tradutores do instrumento, os componentes da amostra foram orientados a pensar sobre sua vida nas duas últimas semanas, a ler as questões propostas e a assinalar a coluna que contivesse a resposta

mais adequada ao seu caso. Por ser um instrumento auto-aplicável, o *WHOQOL-bref* é auto-explicativo. Caso o indivíduo não soubesse ler ou referisse dificuldades de leitura, o examinador lia a questão. Se não houvesse compreensão da mesma, era feita a leitura novamente, de forma lenta, não sendo utilizados sinônimos nem feitas explicações da questão, em outras palavras, para evitar a influência do examinador sobre as respostas do cuidador (13).

As perguntas possuem quatro tipos de escalas de resposta: intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim - muito bom) e frequência (nunca-sempre). Entre os extremos existem respostas intermediárias. Por exemplo, entre o nada e o completamente existe o muito pouco, o médio e o muito. Cada uma das alternativas corresponde a um valor numérico de 1 a 5. Após ler cada uma das questões, o indivíduo deve circular o número que representa a melhor resposta (13).

Após o preenchimento do questionário, os dados foram inseridos em uma planilha do *software Statistical Package for Social Science (SPSS) 10.0 for Windows*, para o cálculo dos valores obtidos em cada um dos domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), seguindo-se a sintaxe determinada pelos tradutores do instrumento(13).

A comparação entre os grupos foi realizada através dos testes t de Student para amostras independentes (variáveis quantitativas com distribuição normal), teste de Mann-Whitney (variáveis quantitativas sem distribuição normal), teste de qui-quadrado (variáveis qualitativas) e ANOVA One Way. Para verificar a existência de correlação, foram utilizados os coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman. A análise estatística foi executada no *software SPSS 10.0 for Windows*.

Anexo A. Questionário do Perfil dos Cuidadores

01. Idade: _____	
02. Escolaridade: () sem escolaridade	() ensino fundamental incompleto
() ensino fundamental completo	() ensino médio incompleto
() ensino médio completo	() ensino superior incompleto
() ensino superior completo	
03. Realizou algum curso para atuar como cuidador?	
() Não () Sim Qual? _____	
04. Tempo de atuação como cuidador de idosos: _____	
05. Tempo que cuida deste idoso: _____	
06. Tempo de cuidado:	() Parcial _____ horas/dia () Integral (24 horas/dia)
07. Familiar do idoso:	() Não () Sim - Grau de parentesco _____
08. Recebe salário mensal?	() Não () Sim
09. Tem problemas de saúde?	() Não () Sim Quais? _____
10. Utiliza alguma medicação?	() Não () Sim Quais? _____

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade, sob o protocolo de registro nº 185H/2006, sendo assegurados aos participantes os direitos de sigilo, voluntariado e desistência da participação na pesquisa.

RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados obtidos no estudo.

A idade dos componentes da amostra variou entre 33 e 84 anos, com média de $58,5 \pm 13,07$ anos. Dos 30 (100%) cuidadores, 24 (80%) eram do gênero feminino e 6 (20%) do gênero masculino. Os dados referentes à escolaridade são apresentados na Tabela 1.

Na Tabela 2 é mostrada a existência de vínculo familiar entre o cuidador e o idoso.

Os resultados apresentados na Tabela 3 evidenciam que a maior parte dos cuidadores não realizou cursos para desempenhar a função. Dentre os cursos realizados pelos três componentes que tinham preparação para atuar com cuidado estavam Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e curso oferecido pela pastoral da saúde de uma igreja.

Dentre os sujeitos avaliados, o tempo de atuação como cuidador variou entre 3 e 13 anos (média de 6 anos). O tempo de cuidado com o idoso atual ficou entre 2 a 13 anos (média de 4,5 anos) e o tempo de cuidado diário variou entre 4,5 e 24 horas (mediana de 24 horas). Com relação à remuneração, constatou-se que, dos 30 (100%) cuidadores avaliados, somente 2 (6,7%) recebiam salário mensal pela atividade.

Destaca-se que para a coleta de dados sobre tempo de atividade com cuidado, foram obtidas somente informações orais com os mesmos, uma vez que a maior parte da amostra era composta por cuidadores familiares, exercendo a função sem remuneração e sem registro em carteira de trabalho, não havendo possibilidade de verificação do tempo exato de atividade.

No que se refere à saúde dos cuidadores, verificou-se que 15 (50%) apresentavam de 1 a 2 problemas de saúde (mediana 1) e utilizavam de 1 a 3 medicamentos (mediana 1).

Nas Tabelas 4 e 5, são apresentados os resultados gerais do *WHOQOL-bref* e a correlação entre os escores do *WHOQOL-bref* as variáveis dos cuidadores.

A seguir serão apresentados os resultados estratificados segundo os grupos aos quais os cuidadores

Tabela 1. Escolaridade dos cuidadores.

Escolaridade	N	%
Sem escolaridade	2	6,7
Ensino Fundamental Incompleto	17	56,7
Ensino Fundamental Completo	3	10
Ensino Médio Completo	5	16,7
Ensino Superior Incompleto	1	3,3
Ensino Superior Completo	2	6,7
Total	30	100

Legenda: N = valor absoluto; % = porcentagem.

Tabela 2. Vínculo familiar cuidador - idoso.

Tipo de vínculo	N	%
Cônjuge	12	40,0
Irmã	3	10,0
Filha	9	30,0
Outro	5	16,7
Sem vínculo familiar	1	3,3
Total	30	100,0

Legenda: N = números absolutos; (%) = porcentagem.

Tabela 3. Realização de curso para cuidadores pelos componentes da amostra.

Realização de Curso para Cuidador	N	%
Não	27	90
Sim	3	10
Total	30	100

Legenda: N = valor absoluto; % = porcentagem.

Tabela 4. Resultados do *WHOQOL-bref* segundo os domínios avaliados.

Domínios do <i>WHOQOL-bref</i>	Valores
Domínio Físico	$63,69 \pm 17,84$
Domínio Psicológico	$67,22 \pm 14,87$
Domínio Relações Sociais	$71,67 \pm 17,17$
Domínio Meio Ambiente	$58,85 \pm 14,38$

Legenda: média \pm desvio padrão

pertenciam. Dos 30 (100%) componentes da amostra, 10 (33,3%) cuidavam de idosos usuários e 20 (66,7%) de idosos não usuários de prótese auditiva.

A idade média dos cuidadores de idosos usuários de prótese auditiva foi de $59,5 \pm 11,06$ anos e dos cuidadores de idosos não usuários foi de $58,0 \pm 14,22$ anos (valor de $p = 0,77$).

Tabela 5. Correlação entre escores dos domínios do WHOQOL-bref e as variáveis dos cuidadores.

Variável	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Tempo de atuação como cuidador	0,07 (0,71)	0,32 (0,08)	0,09 (0,96)	0,09 (0,60)
Tempo que cuida deste idoso	0,34 (0,06)	0,30 (0,11)	0,14 (0,45)	0,17 (0,34)
Problemas de saúde do cuidador	-0,40 (0,07)	-0,31 (0,16)	-0,13 (0,55)	-0,25 (0,26)
Medicamentos que o cuidador utiliza	-0,66 (0,008)*	-0,41 (0,12)	-0,23 (0,40)	-0,28 (0,30)
Problemas de saúde do idoso	-0,20 (0,32)	-0,20 (0,31)	-0,08 (0,67)	-0,20 (0,32)
Idade dos cuidadores	-0,03 (0,85)	0,39 (0,03)*	0,26 (0,15)	0,02 (0,89)

Legenda: Coeficiente de Spearman (Valor de p) * valores significantes (inferiores a 0,05).

Tabela 6. Dados dos cuidadores estratificados segundo a utilização ou não de próteses auditivas pelos idosos cuidados.

Dados dos cuidadores	Cuidador de idoso usuário de prótese auditiva		Cuidador de idoso não usuário de prótese auditiva		Valor de p
	N	%	N	%	
Gênero					
Feminino	9	90	15	75	0,33
Masculino	1	10	5	25	
Escolaridade					
Sem escolaridade	0	0	2	10	0,29
Ensino Fundamental Incompleto	7	70	10	50	
Ensino Fundamental Completo	0	0	3	15	
Ensino Médio Completo	3	30	2	10	
Ensino Superior Incompleto	0	0	1	5	
Ensino Superior Completo	0	0	2	10	

Legenda: N = valores absolutos; % = porcentagem.

Tabela 7. Realização de curso para atuar como cuidador segundo o uso ou não de prótese auditiva pelo idoso.

Curso para atuação como cuidador	Cuidador de idoso usuário de prótese auditiva		Cuidador de idoso não usuário de prótese auditiva		Valor de p
	N	%	N	%	
Sim	0	0	3	15	0,19
Não	10	100	17	85	

Legenda: N = valores absolutos; % = porcentagem.

Na Tabela 6, são apresentados os dados referentes ao gênero e à escolaridade dos cuidadores, segundo o uso ou não de prótese auditiva pelos idosos cuidados.

Na Tabela 7, são apresentados os dados referentes à preparação para a atividade de cuidado, também segundo o uso ou não de prótese auditiva pelos idosos.

A existência e o tipo de vínculo familiar entre o cuidador e o idoso estão explicitados na Tabela 8. No que se refere à remuneração dos cuidadores, conforme descrito anteriormente, somente 2 (6,7%) eram remunerados pela atividade, sendo 1 cuidador de idoso usuário e 1 cuidador de idoso não usuário de prótese auditiva.

Na Tabela 9, são apresentados os dados referentes ao tempo de cuidado e, na Tabela 10, os resultados referentes à saúde dos cuidadores.

Com relação ao número de doenças apresentadas pelos cuidadores, a mediana foi de 1 ($p = 0,73$), nos dois grupos estudados. A mediana do número de medicamentos utilizados foi de 1 pelos cuidadores de idosos usuários de próteses auditivas e de 2,5 pelos cuidadores de idosos não usuários ($p = 0,20$).

Na Tabela 11, são apresentados os resultados dos escores do *WHOQOL-bref*, segundo o uso ou não de próteses auditivas pelos idosos cuidados.

Tabela 8. Vínculo familiar entre o cuidador e o idoso segundo o uso ou não de prótese auditiva.

Vínculo familiar	Cuidador de idoso usuário de prótese auditiva		Cuidador de idoso não usuário de prótese auditiva		Valor de p
	N	%	N	%	
Não	0	0	1	5	0,61
Cônjuge	4	40	8	40	
Irmã	1	10	2	10	
Filha	3	30	6	30	
Outros	2	20	3	15	

Legenda: N = valores absolutos; % = porcentagem.

Tabela 9. Tempo de atuação com cuidado, segundo o uso ou não de próteses auditivas pelos idosos cuidados.

Tempo de atuação	Cuidadores de idosos usuários de próteses auditivas	Cuidadores de idosos não usuários de próteses auditivas	Valor de p
Tempo de atuação como cuidador (média - anos)	6	8	0,84
Tempo que cuida deste idoso (média - anos)	5,5	3,5	0,30
Tempo de cuidado diário (mediana - horas)	18	24	0,81

Tabela 10. Saúde dos cuidadores, segundo o uso ou não de próteses auditivas pelos idosos cuidados.

Saúde dos cuidadores	Cuidadores de idosos usuários de próteses auditivas		Cuidadores de idosos não usuários de próteses auditivas		Valor de p
	N	%	N	%	
Cuidador com problemas de saúde	6	60	15	75	0,39
Cuidador sem problemas de saúde	4	40	5	25	

Legenda: N = valores absolutos; % = porcentagem.

Tabela 11. Resultados do WHOQOL-bref, conforme o uso ou não de próteses auditivas pelos idosos cuidados.

WHOQOL-bref	Cuidadores de idosos usuários de prótese auditiva	Cuidadores de idosos não usuários de prótese auditiva	Valor de p
Domínio Físico	72,50 ± 13,15	59,28 ± 18,52	0,05
Domínio Psicológico	73,75 ± 13,89	63,95 ± 14,57	0,08
Domínio Relações Sociais	81,67 ± 11,65	66,67 ± 17,52	0,02*
Domínio Meio Ambiente	61,56 ± 16,07	57,50 ± 13,69	0,47

DISCUSSÃO

Para a realização deste estudo, foi avaliada a qualidade de vida de 30 (100%) cuidadores de idosos com deficiência auditiva.

Com relação à caracterização da amostra, os dados apresentados, referentes a todos os componentes da amostra, evidenciam que, com relação à idade, os dados obtidos são superiores aos descritos na literatura (14,15,16). Destaca-se que, nos trabalhos citados, foram entrevistados cuidadores de idosos com outras patologias, uma vez que, após extensa busca de referencial teórico, não foram

obtidos autores que abordassem a questão do cuidado e da deficiência auditiva.

A maioria dos indivíduos da amostra pesquisada era do sexo feminino, com baixa escolaridade (Tabela 1), sendo tais dados semelhantes aos obtidos por outros autores (14,15,16,17). Este resultado pode ser atribuído ao fato de serem os familiares do sexo feminino, tais como filhas e esposas que assumem o cuidado (Tabela 2) (5,17,18,19). Por serem familiares, a maioria não realizou curso para capacitação (Tabela 3) nem recebe salário, apesar de uma mediana de atuação diária em tempo integral (5). Este tempo de atuação era esperado, também em função da relação familiar entre o indivíduo cuidado e o cuidador.

Os dados apresentados evidenciam que a metade dos cuidadores apresenta problemas de saúde, utilizando medicações. Estes dados de presença de doença e utilização de medicamentos por parte dos cuidadores também eram esperados, pois muitos cuidadores já são idosos, portadores de doenças crônicas que necessitam de medicação para controle.

Com relação à qualidade de vida dos cuidadores (Tabela 4), os resultados do *WHOQOL-bref* foram analisados de acordo com os quatro domínios. Os cuidadores da amostra apresentaram escores superiores no domínio social, seguidos pelos domínios psicológico, físico e meio ambiente.

Estes dados demonstram que a qualidade de vida dos cuidadores de idosos com deficiência auditiva está afetada, mais especificamente nos domínios físico e meio ambiente. Os baixos escores no domínio físico também podem ser explicados pela idade dos cuidadores, uma vez que as questões referem-se a dores e desconfortos, uso de medicamentos, sono e repouso, energia e fadiga, atividades de vida diária e capacidade de trabalho.

No que se refere ao domínio meio ambiente, as questões abordam temas como segurança, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, transporte, oportunidades em adquirir informações, participações em atividades de lazer. Acredita-se que o escore mais baixo foi obtido neste domínio devido ao fato de a questão da segurança e meio ambiente (poluição, ruído, trânsito e clima) afetar a todos, independentemente de idade e atividade. Os demais tópicos deste domínio são seriamente influenciados pela questão sócio-econômica. Este item, especificamente, não foi investigado pelos pesquisadores, mas acredita-se que a maior parte dos avaliados venham de classes menos favorecidas, até mesmo pelo relato de anos de espera para se conseguir avaliações auditivas pelo sistema único de saúde, devido à impossibilidade de pagamento do exame ou de planos de saúde particulares. Estudos evidenciam que a renda familiar do idoso é determinante na escolha do tipo de assistência que este irá receber (rede pública ou privada) (20). Assim, acredita-se que a falta de recursos financeiros impeça que melhores escores sejam obtidos.

A análise dos dados evidencia correlação direta entre a idade do cuidador e o domínio psicológico do *WHOQOL-bref* ($p = 0,03$) e correlação inversa da quantidade de medicamentos que o cuidador utiliza e domínio físico do *WHOQOL-bref* ($p = 0,008$) (Tabela 5).

Verifica-se, então, que quanto mais jovem o cuidador, mais afetada é sua qualidade de vida no domínio psicológico. Isto pode ser explicado pelo fato de a atividade de cuidado gerar *stress* e sobrecarga emocional, além da privação de

atividades e convívio social. Quanto mais idoso o cuidador, mais experiência de vida e capacidade de resiliência, com maior capacidade de aceitação dos fatos.

Com relação aos medicamentos que o cuidador utiliza, verificou-se que quanto maior seu número, mais afetada é a qualidade de vida no aspecto físico. Isto pode ser atribuído ao fato de quanto mais doenças há, maior é o número de medicamentos e mais prejudicada a condição física. Os cuidadores podem apresentar doenças em consequência de sua atividade, aumentando assim os problemas de saúde e o número de medicações (21).

Nas Tabelas 6, 7, 8 e 9 e 10, foram apresentados dados dos cuidadores, de acordo com a utilização ou não de próteses auditivas pelo idoso cuidado.

Analisando-se os dados de perfil dos cuidadores de idosos com perda auditiva usuáries e não usuáries de prótese auditiva (idade, gênero, escolaridade, realização de curso especializado, vínculo familiar, salário, tempo de atuação como cuidador, tempo que cuida deste idoso, tempo de cuidado por dia, problemas de saúde do cuidador e número de medicamentos utilizados pelo cuidador), não houve diferença estatisticamente significativa, demonstrando assim, que os grupos são homogêneos e que o único fator que os diferencia é a utilização ou não de próteses auditivas pelos idosos cuidados.

Em função disto, pode-se analisar a influência do uso de próteses auditivas pelos idosos na qualidade de vida dos cuidadores. Os dados foram apresentados na Tabela 11. Destaca-se que o tempo médio de utilização de prótese auditiva pelo idoso foi de 30 dias.

No grupo de cuidadores de idosos que utilizam próteses auditivas, os melhores escores do *WHOQOL-bref* foram obtidos no domínio social ($81,67 \pm 11,65$), seguido pelo domínio psicológico ($73,75 \pm 13,89$), físico ($72,50 \pm 13,15$) e meio ambiente ($61,56 \pm 16,07$). No grupo de cuidadores de idosos que não utilizam próteses auditivas, os escores, no geral, foram inferiores. O domínio social foi o que teve maior pontuação ($66,67 \pm 17,52$), seguido pelo domínio psicológico ($63,95 \pm 14,57$), físico ($59,28 \pm 18,52$) e pelo meio ambiente ($57,50 \pm 13,69$). A diferença estatisticamente significativa, porém, foi constatada somente no domínio social ($p = 0,02$), quando são investigadas as questões referentes a relações sociais, suporte social e atividade social.

Estes resultados podem ser explicados pelo fato de o uso da prótese auditiva pelo idoso originar melhor compreensão da fala, facilitando a comunicação e o cuidado. Além disso, com melhor audição, o idoso participa mais de atividades sociais, diminuindo o isolamento que

a deficiência auditiva ocasiona. Com isso, o cuidador será menos sobrecarregado e terá mais oportunidades de vida social, assim melhorando este aspecto em sua qualidade de vida. A diminuição do isolamento do idoso origina, também, a diminuição do isolamento do cuidador, revertendo-se o quadro de afastamento da vida social (4,16).

Assim, acredita-se que a avaliação auditiva deve ser feita mesmo quando não há queixas específicas, o que é muito comum, para que o diagnóstico seja feito em fase inicial, possibilitando o acesso a orientações e à reabilitação e permitindo que a qualidade de vida seja mantida, não só com relação aos idosos, mas também a seus familiares e cuidadores.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos sugerem que os cuidadores de idosos com deficiência auditiva têm sua qualidade de vida afetada. O uso de prótese auditiva pelos idosos parece contribuir para a qualidade de vida dos cuidadores, uma vez que ela apresenta-se menos comprometidas quando isto ocorre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pereira RJ, Cotta RMM, Priore SE. Políticas sobre envelhecimento e saúde no mundo. In: Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética e Longevidade Humana. São Paulo: Centro Universitário São Camilo - Edições Loyola; 2006. p. 289-307.
2. Salgado CDS. Gerontologia Social. Argentina: Espacio Editorial; 2000.
3. Gonçalves A, Becker Junior B, Milão LF, Teixeira AR. Envelhecimento, promoção de saúde e atividade física: algumas reflexões. In: Becker Jr B e Gonçalves CJS. Fronteiras em ciências da atividade física e do esporte. Porto Alegre: Nova Prova; 2006. p. 51-64.
4. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: A Experiência do Cuidado Domiciliário por Esposas de Idosos Dependentes. Cad. Saúde Pública 2005; 21(5):1509-18.
5. Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. Campinas: Alínea Editora, 2001.
6. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. Rev Latinoam Enfermagem 2004; 12(1): 115-21.
7. Almeida K. Avaliação objetiva e subjetiva do benefício das próteses auditivas em idosos [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 1998.
8. Teixeira AR, Millão LF, Freitas CLR, Santos AMPV. Qualidade de vida: uma visão geral. In: Becker Jr B e Gonçalves CJS. Fronteiras em ciências da atividade física e do esporte. Porto Alegre: Nova Prova; 2006. p. 11-21.
9. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr 1999; 21(1):19-28.
10. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2003; 11(4): 532-8.
11. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva 2000; 5: 7-18.
12. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública 2000; 34(2): 178-83.
13. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida - Departamento de Psiquiatria e de Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Site na Internet]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html#5>. Acesso em 29 de janeiro de 2008.
14. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriatrico. Rev. Saúde Pública 2004; 38(6):835-41.
15. Caldeira APS, Ribeiro RCHM. O Enfrentamento do Cuidador do Idoso com Alzheimer. Arq Ciênc Saúde 2004; 11(2):100-4.
16. Schestatsky P, Zanatto VC, Margis R, Chachamovich E, Reche M, Batista RG et al. Qualidade de vida de uma amostra de pacientes brasileiros portadores da doença de Parkinson e seus cuidadores. Rev. Bras. Psiquiatr 2006; 28(3):209-11.
17. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver Burden and Health-Related Quality of Life Among Japanese Stroke Caregivers. Age and Ageing 2003; 32(2):218-23.
18. Cazenave Gonzáles A, Ferrer SGX, Cuevas BS, Castro

SB. El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. Rev chil Infectol 2005; 22(1):51-7.

19. Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papyrus; 1999. p. 9-55.

20. Bós A, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. Rev Saúde Pública 2004; 38(1): 113-20.

21. Brodaty H, Green A. Who Cares for the Carer? The Often Forgotten Patient. Australian Family Physician 2002; 31(9):833-6.