

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

ANNA CLARA SIMON LANDIM SILVEIRA

ASSOCIAÇÃO ENTRE RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO AUDITIVA E
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DA
PESSOA IDOSA: ESTUDO TRANSVERSAL

SÃO CARLOS - SP

2023

ANNA CLARA SIMON LANDIM SILVEIRA

Associação entre restrição à participação auditiva e autopercepção de saúde, suporte social e qualidade de vida da pessoa idosa: estudo transversal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a Universidade Federal de São Carlos como exigência da disciplina de Monografia de Conclusão de Curso: Pesquisa 5.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leticia Pimenta Costa-Guarisco

São Carlos - SP

2023

Anexo 1 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO BACHARELADO EM GERONTOLOGIANOME DO ALUNO: Anna Clara Simon Landim SilveiraNOME DO ORIENTADOR: Leticia Pimenta Costa - GuaniscoNOME DO CO-ORIENTADOR: —
(Se houver)TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO: Associação entre restrição à participação auditiva e autopercepção de saúde, suporte social e qualidade de vida da pessoa idosa : estudo transversalDATA: 23 / 08 / 2023

Nome do avaliador	Avaliação (aprovado/reprovado)	Assinatura
<u>Ruanna Daniela S Compes</u>	<u>Aprovada</u>	<u>Ruanna Compes</u>
<u>Leticia Pimenta C Guanisco</u>	<u>Aprovada</u>	<u>[Assinatura]</u>

Sugestão de alteração? Não Sim

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelas grandes oportunidades e vivências que me permitem cada vez mais trilhar os caminhos da minha vida com calma e sabedoria.

Aos meus pais, Dayse e Everton, pelo apoio incondicional desde o começo do curso, por confiarem em mim e estarem presentes para me ajudar em todos os desafios. Aos meus irmãos, Miguel, Isaac e Pedrinho por me auxiliarem indiretamente e torcerem por mim.

Aos meus avós Cida, Edilson e Cleide, que são o motivo pelo qual eu escolhi a Gerontologia e meus propulsores. Agradeço por serem tão parceiros e com tanto esmero cuidaram de mim e de minha mãe em todos os aspectos. E em especial, ao sr. Yujiro que tinha o sonho de me ver na faculdade.

Às grandes amizades que tenho dentro da graduação - pelos momentos felizes, de apoio e suporte durante essa jornada. Levarei vocês sempre comigo.

À minha orientadora e professora Letícia, por me acolher desde o início e sempre me incentivar. Sou grata pelos aprendizados, oportunidades que você proporcionou, paciência e por entender as minhas dificuldades e me ajudar a enfrentá-las.

Aos participantes do estudo realizado pelo Programa de Pesquisa SUS-PPSUS, ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família e também à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento da pesquisa.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação e desenvolvimento até aqui, espero poder retribuir por meio da Gerontologia tudo o que aprendi.

RESUMO

Introdução: No que se refere ao envelhecimento saudável, as condições auditivas são determinantes para as capacidades intrínsecas que, juntamente com as interações do sujeito com o seu ambiente, determinarão a sua capacidade funcional. A perda auditiva relacionada à idade é considerada um dos problemas mais prevalentes da população idosa e pode ter consequências como restrição à participação com impactos socioemocionais uma vez que compromete a comunicação e por isso podem impactar na qualidade de vida da pessoa idosa, na autopercepção de saúde e na rede de suporte social. **Objetivo:** Verificar a associação entre a restrição à participação auditiva e a autopercepção da saúde, do suporte social e da qualidade de vida em pessoas idosas. **Método:** Estudo com delineamento transversal, observacional, descritivo e com abordagem quantitativa dos dados. Foi utilizado um banco de dados com informações coletadas em 2017 e 2018 no domicílio, sendo incluídas no estudo 235 pessoas cadastradas em cinco unidades de Estratégia de Saúde da Família com características de vulnerabilidade social, provenientes de um município brasileiro de médio porte. Utilizou-se as informações sociodemográficas (sexo, idade, anos de escolaridade, renda e estado civil), de saúde (presença de comorbidades autodeclaradas como hipertensão arterial, diabetes, câncer, histórico de AVC) e os resultados dos questionários que investigam a restrição à participação relacionada à perda auditiva (*Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening Version* - HHIE-S), o Suporte Social (Escala de Apoio Social do MOS), a Avaliação Subjetiva de Saúde e a Qualidade de Vida (*Short-Form 6 dimensions*- SF-6D). Comparou-se os grupos com restrição e sem restrição à participação auditiva segundo as variáveis sociodemográficas, de saúde, suporte social e qualidade de vida. Um método de regressão logística binária multivariado foi utilizado para avaliar as associações entre as variáveis independentes e a restrição à participação auditiva. **Resultados:** O grupo com restrição à participação é mais velho ($p < 0,008$), possui menor qualidade de vida ($p < 0,041$) e pior autopercepção de saúde ($p < 0,002$). Esta se mostrou ser o único preditor da restrição à participação auditiva (OR=0,85; IC 95%=0,72 - 0,99). **Conclusão:** A restrição à participação auditiva está associada a uma pior autopercepção de saúde. O estudo revela a importância de avaliar a autopercepção dos indivíduos quanto às questões biopsicossociais, além de considerar o contexto ambiental para a compreensão dos impactos sociais e emocionais da perda auditiva.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Perda Auditiva. Apoio Social. Qualidade de Vida.

Autopercepção de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In relation to healthy ageing, auditory conditions are determinant for the intrinsic capacity which, in conjunction with the interactions of the individual with his environment, will determine his functional capacity. Age-Related Hearing Loss is considered one of the most prevalent problems of the elderly population and can improve in consequences such as restriction to participation with socio-emotional impacts once it compromises communication and consequently can impact on the quality of life of the elderly person, self-perception of health and the social support network. **Purpose:** Verify the association between restriction to auditory participation and self-perception of health, social support and quality of life in elderly people. **Method:** Study with a cross-sectional, observational, descriptive with a quantitative approach to the data. A database was used with information collected in 2017 and 2018 from the residencies, it was included in the study 235 people registered in the Family Health Strategy unities, inside of the healthcare system, with characteristics of social vulnerability, from a medium-sized municipality in Brazil. It was used information about the sociodemographic aspects (gender, age, years of schooling, financial income and marital status), health conditions (presence of self-reported comorbidities including hypertension, diabetes, cancer, history of previous stroke) and the results of questionnaires that investigates restriction to participation related to hearing loss (Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening Version - HHIE-S), Social Support (MOS - Social Support Scale), Subjective Health Assessment and the Quality of Life (Short-Form 6 dimensions - SF-6D). The groups with and without restriction to auditory participation were compared according to sociodemographic, health, social support and quality of life variables. A multivariate binary logistic regression method was used to assess the associations between independent variables and restriction to auditory participation. **Results:** The group with restriction participation is older ($p < 0.008$), has a lower quality of life ($p < 0.041$) and worse self-perception of health ($p < 0.002$). The last variable proved to be the only predictor of a restriction to auditory participation (OR=0.85; 95% CI=0.72 - 0.99). **Conclusion:** The restriction to auditory participation is associated with worse self-perception of health. The study reveals the importance of assessing individuals' self-perception regarding biopsychosocial view, in addition to considering the environmental context for understanding the social and emotional impacts of hearing loss.

Key-words: Aged. Aging. Hearing Loss. Social Support. Quality of Life. Self-perception of Health.

LISTA DE SIGLAS

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO	10
3. MÉTODO	11
3.1 Desenho, Local do Estudo e Amostra	11
3.2 Medidas e variáveis	12
3.3 Avaliação auditiva: restrição à participação	12
3.4 Avaliação Subjetiva de Saúde	12
3.5 Avaliação do Suporte Social	12
3.6 Avaliação da Qualidade de Vida	13
3.7 Análises estatísticas	13
4. RESULTADOS	14
5. DISCUSSÃO	14
6. CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	23
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	26
ANEXO C - AVALIAÇÃO AUDITIVA: RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO	27
ANEXO D - AVALIAÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE	28
ANEXO E - AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL	29
ANEXO F - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	30

1. INTRODUÇÃO

O conceito de envelhecimento saudável preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2015) é definido como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”. A capacidade funcional corresponde à interação entre as capacidades intrínsecas do indivíduo com o seu ambiente. Por sua vez, capacidades intrínsecas referem-se ao conjunto das capacidades físicas e mentais, possuindo relação com a saúde, incluindo aqui as habilidades sensoriais como um de seus componentes (Organização Mundial de Saúde, 2015). Isso quer dizer que, à luz do envelhecimento saudável, as condições auditivas são determinantes para as capacidades intrínsecas que, juntamente com as interações do sujeito com o seu ambiente, determinarão a sua capacidade funcional.

As perdas sensoriais auditivas e visuais são condições crônicas não transmissíveis decorrentes do processo de envelhecimento humano, contudo, a sua existência não expressa de fato o que elas podem causar de impacto na vida dos indivíduos (Organização Mundial de Saúde, 2015). Por esse motivo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) propõe um modelo de avaliação das condições de saúde focado no indivíduo em suas dimensões biopsicossociais, com o objetivo de dimensionar os efeitos de uma deficiência ou doença, por meio de informações sobre a funcionalidade e a incapacidade, e inclui não somente a presença de deficiências nas funções e/ou estruturas do corpo, mas também a limitação nas atividades do cotidiano e a restrição à participação no contexto social e ambiental (Organização Mundial de Saúde, 2013).

As consequências geradas pela deficiência auditiva variam de indivíduo para indivíduo e têm influência de fatores como a saúde, capacidade de adaptação em situações diversas, vivências ao longo da vida, dentre outras. Sendo assim, pessoas com semelhantes características auditivas podem ter diferentes níveis de restrição à participação e não há, necessariamente, uma associação direta entre o grau da perda e as restrições impostas pela deficiência (Helvik et al., 2006; Helvik et al., 2009). Os efeitos emocional e social da perda auditiva são condições que variam de acordo com a percepção individual do sujeito sobre sua restrição à participação e podem ser influenciadas por questões relacionadas à sua saúde, sua qualidade de vida e demandas sociais (Camargo et al., 2018; Völter et al., 2020; Anderle et al., 2021; Souza; Lemos, 2021). Desse modo, a avaliação subjetiva possui um papel fundamental para a compreensão dos impactos voltados às condições auditivas e socioemocionais, bem como à percepção da saúde que é um indicador útil das condições de

bem-estar individual (Moraes-Crispim et al., 2013).

A autopercepção de saúde, apesar de subjetiva, é um indicador relevante para apreender a visão do indivíduo sobre o seu estado de saúde e bem-estar, pois compreende tanto às questões biológicas quanto psicossociais (Confortin et al., 2015; Guia; Escarce; Lemos, 2018). Na literatura, a autopercepção de saúde ruim em pessoas idosas com perda auditiva mostra-se prevalente e está relacionada a outros elementos como depressão, dependência para atividades diárias e restrição à participação social decorrente da limitação causada pela perda auditiva (Anderle et al., 2021; Guia; Escarce; Lemos, 2018).

A rede de apoio social é de grande importância às pessoas idosas com perda auditiva como para o estabelecimento da rede de comunicação e diminuição da solidão, além de ser considerada o maior preditor à questão social e de qualidade de vida (Gao; Hu; Yao, 2020; Hay-Mccutcheon; Reed; Cheimariou, 2018; Iwagami et al., 2019; Moser; Luxenberger; Freidl, 2017). O ambiente e suas interações, muitas vezes representado pela família, amigos ou vizinhos, são determinantes para a capacidade intrínseca da pessoa idosa e atuam como fatores favoráveis ou barreiras da capacidade funcional (Organização Mundial de Saúde, 2015). Salienta-se que devido às dificuldades auditivas, familiares e amigos podem restringir a comunicação com a pessoa idosa apenas às questões essenciais por não apresentarem habilidade para lidar com sua dificuldade, acarretando em prejuízos como a diminuição do engajamento social da pessoa idosa e a solidão, a qual é um risco para a mortalidade e à piora do estado da saúde (Steptoe et al., 2013; Tomida et al., 2023). Destaca-se que esses aspectos apresentados impactam diretamente na qualidade de vida dos indivíduos.

A qualidade de vida, por sua vez, abarca diversos fatores tais como o bem-estar individual, capacidade funcional, interação social, satisfação, estado emocional e possui influências subjetivas (Marin; Bertassipanes, 2015; Chaturvedi; Muliya, 2016; Tomás, 2016). Ela pode ser definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida e é influenciado por seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, considerando seu contexto cultural e valores (World Health Organization, 1996). Diversos estudos expressam a relação das consequências e o impacto negativo da perda auditiva na qualidade de vida da população idosa (Gao; Hu; Yao, 2020; Moser; Luxenberger; Freidl, 2017; Völter et al., 2020), no entanto poucos estudos verificaram se a baixa qualidade de vida impacta na autopercepção auditiva. Souza e Lemos (2021) evidenciam que o domínio ambiental da qualidade de vida, o qual está ligado às oportunidades, lazer, ambiente físico e segurança, apresenta uma alta

relevância na restrição à participação auditiva.

Na literatura encontram-se inúmeros estudos sobre fatores associados às perdas auditivas utilizando, em sua maioria, informações das condições auditivas obtidas por meio da audiometria tonal, a qual investiga apenas a existência da incapacidade auditiva (Hay-Mccutcheon; Reed; Cheimariou, 2018; Magrini; Momensohn-Santos, 2018). Já a restrição à participação auditiva é uma condição de autopercepção individual e que não mantém relação direta com o grau da perda auditiva, ou seja, indivíduos com perdas auditivas possuem diferentes percepções da restrição à participação, que nem sempre se justificam pela incapacidade auditiva aferida pela audiometria (Camargo et al., 2018).

Assim, perante às questões trazidas no estudo e de acordo com a CIF, evidencia-se a necessidade de compreender melhor como os fatores biopsicossociais e contextuais podem impactar a restrição à participação e portanto, o envelhecimento saudável ao considerarmos a capacidade funcional da pessoa idosa. Essas questões podem ser úteis para esclarecer os motivos dos insucessos relacionados à reabilitação auditiva, como uso dos aparelhos de amplificação sonora na população idosa, uma vez que outras percepções do sujeito também precisam ser consideradas na reabilitação auditiva para minimizar as questões relacionadas à restrição à participação.

A presente pesquisa estudou uma população idosa, residente em uma comunidade vulnerável socialmente, caracterizada por baixa renda e baixa escolaridade. O trabalho foi motivado pelo seguinte questionamento: a avaliação subjetiva da saúde, da qualidade de vida e do suporte social são fatores associados à autopercepção da restrição à participação auditiva em pessoas idosas? Considerando que a restrição à participação auditiva refere-se à autopercepção do sujeito quanto às suas limitações auditivas, acredita-se que ela será influenciada pela sua autopercepção da saúde, da qualidade de vida e do suporte social.

2. OBJETIVO

O estudo visou verificar se a avaliação subjetiva de saúde, do suporte social e da qualidade de vida são fatores associados à restrição da participação auditiva em pessoas idosas.

3. MÉTODO

3.1 *Desenho, Local do Estudo e Amostra*

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, observacional, descritivo e com abordagem quantitativa dos dados. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade vinculada (CAAE: 86967418.4.0000.5504) e aprovado conforme parecer nº 3.101.282 (**ANEXO A**) respeitando os aspectos éticos previstos pela Resolução 510/2016 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Foram utilizados dados coletados no período entre 2017 e 2018, em uma comunidade em contexto de alta vulnerabilidade social de uma cidade de médio porte (aproximadamente 250 mil habitantes) no interior do Brasil, provenientes do estudo “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: avaliação de sua efetividade e eficiência” (Parecer nº. 2.424.616/2017, CAAE: 66076017.3.0000.5504) do Grupo de Pesquisa “Gestão e Envelhecimento” sob fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP entre 2017 a 2018.

Antes do início da coleta, foi feito o cálculo amostral para garantir a representatividade da amostra. Primeiramente foi realizado o contato com as equipes das Unidades de Saúde da Família (USFs) para apresentação da pesquisa e posteriormente com as pessoas idosas cadastradas nas Unidades. O contato inicial foi efetuado por intermédio de visitas domiciliares, nas quais foram informados sobre a pesquisa e convidados a participarem por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**ANEXO B**). Após o consentimento escrito dos participantes, foi agendada a coleta de dados em domicílio, realizada por pesquisadores previamente treinados.

Foram avaliadas, em seus domicílios, 238 pessoas idosas cadastradas em cinco unidades da Estratégia de Saúde da Família, assistidas gratuitamente pelo governo brasileiro. O estudo teve como critérios de inclusão idade igual ou superior a 60 anos, ser cadastrado em uma USFs assistida pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), ter capacidade de compreensão e comunicação verbal. Os critérios de exclusão foram condições que impediam a realização dos testes como déficits cognitivos e motores graves, uso de cadeira de rodas ou doenças em estado terminal.

A amostra deste estudo foi composta por 235 pessoas idosas, sendo 3 excluídas do banco de dados devido à falta de informação a respeito da variável auditiva restrição à participação.

3.2 Medidas e variáveis

Dados sociodemográficos e de saúde: foram obtidos dos participantes por meio de um questionário autorreferido construído pelos pesquisadores. Os dados incluíram informações sobre sexo (masculino e feminino), idade em anos, etnia (cor da pele autodeclarada), estado civil (com e sem parceiro), escolaridade (em anos) e presença de comorbidades autodeclaradas (sim ou não) - como hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, câncer, osteoporose e acidente vascular cerebral.

3.3 Avaliação auditiva: restrição à participação

O questionário *Hearing Handicap Inventory for the Elderly - Screening* (HHIE-S) (ANEXO C), originalmente desenvolvido por Ventry e Weinstein em 1982, foi utilizado neste estudo para avaliar a restrição à participação relacionada à perda auditiva em pessoas idosas, em seus aspectos social e emocional. O questionário foi traduzido e validado para uso em português brasileiro (Wieselberg, 1997). Composto por dez questões, oferece três opções de resposta: sim (4 pontos), às vezes (2 pontos) e não (0 pontos). A pontuação total é calculada somando as pontuações em cada pergunta. Valores superiores a 8 são indicativos de restrição à participação e, quanto maior a pontuação, maior a restrição.

3.4 Avaliação Subjetiva de Saúde

A Avaliação Subjetiva de Saúde (ANEXO D) foi composta por 5 perguntas que visam verificar a autopercepção do indivíduo idoso sobre sua própria saúde (Pavarini et al., 2015). Para cada pergunta foi atribuída uma pontuação, que variou de 1 a 3 pontos. A pontuação total foi calculada somando as pontuações em cada pergunta, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a autoavaliação da saúde.

3.5 Avaliação do Suporte Social

Foi utilizado o instrumento de apoio social do *Medical Outcomes Study - MOS* de Shernourne e Stewart (1991) na versão traduzida e validada para a Língua Portuguesa (Andrade, 2001) (ANEXO E) A Escala de Apoio Social do MOS é constituída por 20 perguntas que referem-se ao apoio ou a ajuda recebida pelo indivíduo, segundo sua própria percepção, incluindo o apoio material, instrumental, afetivo, de informação e de interação social. O entrevistado deve considerar a frequência com que conta com cada um dos apoios, sendo composto pelas opções: nunca (1 ponto), raramente (2 pontos), às vezes (3 pontos),

quase sempre (4 pontos) e sempre (5 pontos). Os escores para cada tipo de apoio variam de 20 a 100 pontos e, quanto maior a pontuação, maior o nível de apoio social.

3.6 Avaliação da Qualidade de Vida

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o instrumento *Short-Form 6 dimensions* (SF-6D) (**ANEXO F**), que é um questionário genérico desenvolvido no Reino Unido, a partir da simplificação e redução do *Short-Form 36* (SF-36) (Campolina et al., 2010b). O presente estudo utiliza a versão mais atualizada do SF-6D, validada no Brasil por Campolina et al. (2011). Sua finalidade é avaliar o estado de saúde por meio das seis dimensões que o compõem: capacidade funcional, limitação global, aspectos sociais, dor, saúde mental e vitalidade. Em cada uma dessas dimensões há um conjunto de quatro a seis alternativas. A pontuação varia de zero a um e corresponde à força da preferência da pessoa por um determinado estado de saúde - sendo que “zero” refere-se ao pior e “um” o melhor estado de saúde (Brazier et al., 1998; Brazier; Roberts; Deverill, 2002; Campolina et al., 2010a; Campolina et al., 2011).

3.7 Análises estatísticas

Os dados quantitativos foram apresentados por meio de média e desvio padrão. Os dados qualitativos foram relatados como frequência absoluta e relativa. Para comparações de grupos de variáveis contínuas, foi utilizado o Teste T de Student ou de Mann-Whitney, dependendo do resultado do teste de Shapiro-Wilk, enquanto o teste qui-quadrado de Pearson foi empregado para variáveis categóricas.

Um Modelo de Regressão Logística Binária foi utilizado para avaliar a restrição à participação, envolvendo a avaliação subjetiva de saúde, qualidade de vida e suporte social, e considerou como covariáveis características sociodemográficas, como idade, sexo, anos de escolaridade, além da presença de comorbidades. O modelo mais adequado foi escolhido usando a estratégia stepwise de progressão como critério de seleção de variável. Os resultados da modelagem são apresentados como *Odds Ratios* com correspondentes intervalos de confiança de 95%.

Para todas as análises foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

4. RESULTADOS

A restrição à participação auditiva foi analisada segundo as variáveis sociodemográficas, de saúde, qualidade de vida e suporte social (Tabela 1). Destarte, há variáveis que revelaram relação estatisticamente significativa com a restrição à participação auditiva, sendo estas: idade, qualidade de vida e a autopercepção de saúde. O grupo com restrição à participação auditiva é mais velho, com pior qualidade de vida e pior autopercepção da saúde comparado ao grupo sem restrição à participação auditiva.

Tabela 1: Variáveis sociodemográfica e de saúde, avaliação subjetiva de saúde, suporte social e qualidade de vida segundo a restrição à participação auditiva

Variáveis	N	Sem restrição à Participação Auditiva	N	Com restrição à Participação Auditiva	P – Valor
Sexo Feminino ¹	100	58,10%	36	57,10%	0,891
Sexo Masculino ¹	72	41,90%	27	42,90%	
Idade (em anos) ²	172	71,04 (±6,60)	63	74,29 (±8,58)	0,008
Escolaridade (em anos) ³	172	2,55 (±2,73)	63	3,03 (±3,06)	0,251
Estado Civil - Casado ou com companheiro ¹	102	61,10%	36	59,00%	0,778
Renda Familiar (em reais) ³	135	2252,00 (±1363,08)	41	1913,56 (±889,71)	0,137
Presença de Comorbidades ¹	78	45,30%	26	41,30%	0,577
Qualidade de Vida ³	171	0,76 (±0,13)	61	0,72 (±0,15)	0,041
Suporte Social ³	170	81,98 (±17,88)	59	80,66 (±19,59)	0,634
Autopercepção de Saúde ³	169	7,87 (±2,28)	60	6,76 (±2,34)	0,002

Teste Qui-Quadrado¹; Teste de Mann-Whitney²; Teste T³

Ao verificar as variáveis associadas à restrição à participação auditiva, o modelo contendo apenas a avaliação subjetiva da saúde foi o único significativo [$\chi^2 (1) = 4,20$; $p < 0,04$, R^2 Negelkerke = 0,04], indicando que a pior autopercepção de saúde é um preditor de restrição à participação auditiva (OR= 0,85; IC 95%= 0,72 - 0,99).

5. DISCUSSÃO

No presente estudo, os resultados mostraram que o grupo com restrição à participação auditiva foi composto por pessoas idosas mais velhas, com pior qualidade de vida e pior autopercepção da saúde. E, em relação à análise de associação, a avaliação subjetiva da saúde

foi a única variável preditora da restrição à participação auditiva.

Compreende-se que a perda auditiva piora conforme o avanço do envelhecer sendo que nos indivíduos mais velhos há uma maior prevalência da restrição à participação, em decorrência da dificuldade de comunicação e diminuição da participação social (Gopinath et al., 2012; Tomioka et al., 2013). Segundo Gopinath et al. (2012), dois a cada três indivíduos que possuem qualquer nível de perda de audição irão desenvolver significativa restrição à participação auditiva em até cinco anos. Assim, é importante conhecer os fatores relacionados a esta condição, uma vez que a perda auditiva é prevalente e progressiva na população idosa, com potencial desfecho negativo para o envelhecimento.

Estudos demonstraram que a pior qualidade de vida está relacionada às dificuldades auditivas e à restrição à participação auditiva (Gopinath et al., 2012; Tomioka et al., 2013; Kozáková, Tobolova; Zeleníková, 2018; Gao; Hu; Yao, 2020; Souza e Lemos, 2021). A avaliação da qualidade de vida está associada com múltiplos aspectos: a estabilidade das relações interpessoais, bom estado de saúde e a capacidade da pessoa a se adaptar ao meio no qual está inserida (Gopinath et al., 2012). Assim, quando a perda auditiva leva à restrição à participação, compromete o bem-estar, pode gerar estresse e solidão, impactando a qualidade de vida (Chiossi et al., 2014; Carniel et al., 2017; Camargo et al., 2018). Para Souza e Lemos (2018), pessoas idosas com restrição à participação estão mais propensas a terem impacto na qualidade de vida, principalmente relacionado ao fator ambiente, destacando a importância de se considerar os fatores ambientais ao avaliar a restrição à participação e compreender o indivíduo como um todo em seu ambiente.

Tomioka et al. (2013) avaliaram a associação entre restrição à participação auditiva e qualidade de vida em uma amostra de pessoas idosas (n= 781 homens e 950 mulheres). Para compor o teste de qualidade de vida foram considerados o bem-estar subjetivo, sintomas depressivos, solidão e funcionalidade física. Após controlar fatores de risco para presbiacusia, os autores demonstraram que a qualidade de vida se mostrou um fator significativamente associado à restrição à participação auditiva (HHIE-S), mas não à pergunta única sobre a existência de problemas auditivos. Além disso, dentre o conjunto de variáveis que compuseram a avaliação da qualidade de vida, o bem-estar subjetivo foi a que mais fortemente se associou à restrição à participação em pessoas idosas, com razão de chance de 4,6 (95% CI:2,9 - 7.5), evidenciando que a baixa percepção de saúde aumenta consideravelmente as chances de restrição à participação (Tomioka et al., 2013).

A associação entre o bem-estar subjetivo e o comprometimento auditivo também foi identificada por Gopinath et al. (2012). Controlada por diferentes variáveis como idade, gênero, condições de saúde e hospitalização no último ano, a restrição à participação auditiva foi associada à maior probabilidade do indivíduo possuir pior autopercepção de saúde indicando uma associação independente entre a restrição à participação auditiva e os indicadores de bem-estar.

De maneira semelhante, no presente estudo, a avaliação subjetiva da saúde foi o único fator associado à restrição à participação auditiva, demonstrado em um modelo de regressão logística que incluiu todas as variáveis estudadas, indicando que, para essa amostra, a pior autopercepção da saúde se comportou como único preditor de restrição à participação (OR=0,85; IC 95%= 0,72 - 0,99). Tal resultado demonstra que a saúde geral, bem como ela é percebida pelo indivíduo, reflete nas suas habilidades de comunicação, interação e participação social.

A avaliação subjetiva de saúde tem se mostrado um indicador importante de bem-estar em pessoas idosas, com potencial para influenciar os demais aspectos de vida das mesmas (Pagotto; Bachion; Silveira, 2013; Pavão; Werneck; Campos, 2013; Confortin et al., 2015). Segundo a OMS (2015), essa complexidade nos estados de saúde e funcionalidade das pessoas idosas suscita questões fundamentais sobre o que queremos dizer com saúde em idade mais avançada, como a medimos e como podemos promovê-la. Avaliações abrangentes desses estados de saúde são preditores de desfechos negativos melhores do que a presença de doenças individuais ou mesmo o grau de comorbidades. Realiza, portanto, um papel de indicador de saúde populacional, sendo considerada uma das medidas vitais para avaliar os desfechos de saúde (Rana et al., 2022).

Conforme o avanço do envelhecimento, o indivíduo torna-se mais suscetível às perdas físicas, psicossociais, fisiológicas e cognitivas as quais refletem nos desfechos de sua saúde e na visão negativa devido a tais mudanças em comparação a quando se era mais jovem (Borim et al., 2021). Os fatores emocional e social que englobam a avaliação da restrição à participação auditiva têm grande relevância à saúde física e mental de pessoas idosas e impactam na autoavaliação de saúde (Saito et al., 2010; Gopinath et al., 2012), sensação de autonomia, controle e funcionalidade nas atividades de vida diária, de modo geral, interfere na percepção de saúde. Assim, compreender as complexas interações entre a autoavaliação da saúde e as dimensões que influenciam a mudança na percepção de saúde pode ser a chave

para o bem-estar da pessoa idosa (Henchoz; Cavalli; Girardin, 2008; Belmonte et al., 2017).

É importante possuir o olhar voltado ao indivíduo integralmente, levando em consideração que o mesmo está em uma diferente fase e contexto de vida e, que a sua percepção perante à própria saúde e seu bem-estar subjetivo são mecanismos relevantes para nós, enquanto profissionais da saúde, com o intuito de nos auxiliar na forma de intervir com as alterações que ocorrem no envelhecimento.

A literatura aponta que fatores socioeconômicos interferem na percepção da restrição à participação (Souza; Lemos, 2021). No entanto, no presente estudo, idade, escolaridade, renda e suporte social não se diferenciaram entre os grupos com e sem restrição à participação auditiva. Ressalta-se que a amostra foi composta por pessoas idosas de uma região em vulnerabilidade social, com características socioeconômicas muito próximas, sendo uma possível explicação para a semelhança entre os grupos estudados. Entretanto, a realização deste estudo com população idosa em contexto de alta vulnerabilidade social acrescenta um diferencial na literatura à medida em que restrição à participação também é influenciada pelo meio ambiente no qual a pessoa vive, ou seja, os impactos decorrentes de uma privação auditiva também são frutos das condições impostas pela ambiência, acesso e condições de saúde (Andrew et al., 2018).

O presente estudo aponta a importância da autopercepção na avaliação biopsicossocial do indivíduo idoso. Outro fator relevante é da pesquisa se basear na restrição à participação relacionada à perda auditiva, tendo em vista que os exames audiométricos não avaliam o contexto ambiental e nem como os indivíduos se sentem em relação aos aspectos emocionais e sociais da comunicação. Aponta-se, por fim, que o HHIE-S é uma avaliação com maior confiabilidade, especificidade e sensibilidade para avaliar o impacto de perda auditiva na qualidade de vida comparada à pergunta única “Você tem perda auditiva?” (Tomioka et al., 2013). Desse modo, salienta-se a importância da utilização do instrumento para a detecção dos impactos oriundos da perda auditiva.

A avaliação das capacidades intrínsecas do indivíduo e sua relação com o meio são fundamentais para conhecer a capacidade funcional e seus impactos no processo de envelhecimento saudável. Assim, a autopercepção dos aspectos de saúde e de comunicação são fatores que podem ser úteis para as ações que visem a saúde biopsicossocial e que devem ser consideradas por uma equipe multidisciplinar. O estudo aponta a importância de mais pesquisas voltadas para entender a relação entre bem-estar subjetivo e as percepções da perda

auditiva como uma valiosa informação nos processos de reabilitação auditiva da pessoa idosa, favorecendo o uso, benefício e satisfação dos dispositivos de amplificação sonora.

A limitação do presente estudo refere-se à amostra de uma única cidade brasileira, em uma comunidade composta por pessoas com características sociais muito semelhantes entre si. Por outro lado, há um diferencial no que diz respeito a isso, visto que abarca uma amostra em domicílio em situação de vulnerabilidade social, em um universo de pesquisas brasileiras desenvolvidas majoritariamente no ambiente ambulatorial, ou pesquisas de campo realizadas em países ricos com outras características populacionais. Desse modo, a compreensão dos resultados provenientes de comunidades em situação de vulnerabilidade social são mais fidedignas à realidade e permitem ações que promovam a equidade.

6. CONCLUSÃO

No presente estudo conclui-se que a avaliação subjetiva de saúde está associada à restrição à participação auditiva em pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. R. **Associação entre Apoio Social e Frequência Relatada de Auto-exame das Mamas do Estudo Pró-Saúde**. Tese (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**. Rio de Janeiro, p. 2-66, 2001.
- ANDERLE, P. et al. Self-rated health and hearing disorders: study of the Brazilian hearing-impaired population. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p. 3725–3732, 2021.
- ANDREW, M. et al. Social and societal implications of frailty, including impact on Canadian healthcare systems. **The Journal of frailty & aging**, v. 7, p. 217-223, 2018.
- BELMONTE, J. M. M. M. et al. Associação entre autoavaliação de saúde e indicadores de capacidade funcional. **Geriatr., Gerontol. Aging (Impr.)**, p. 61-67, 2017.
- BORIM, F. S. A. et al. Impact of functional capacity on change in self-rated health among older adults in a nine-year longitudinal study. **BMC geriatrics**, v. 21, n. 1, p. 1-7, 2021.
- BRAZIER, J. B. et al. Deriving a preference-based single index from the UK SF-36 Health Survey. **J Clin Epidemiol**, 51(11): p. 1115-28, 1998.
- BRAZIER, J. B; ROBERTS, J.; DEVERILL, M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF36. **J. Health Econ**, 21(2), p. 271-292, 2002.
- CAMARGO, C. et al. Percepção de idosos sobre a restrição da participação relacionada à perda auditiva. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 4, p. 736–747, 12 dez. 2018.
- CAMPOLINA, A. G. et al. Mensuração de preferências em saúde: uma comparação do SF-6D, em pacientes com artrite reumatóide. **Acta. Reumatol. Port.**, v. 35, p. 200-206, 2010a.
- CAMPOLINA, A. G. et al. O questionário SF-6D Brasil: modelos de construção e aplicações em economia da saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 4, p. 409-414, 2010b.
- CAMPOLINA, A. G. et al. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3103-3110. 2011.
- CARNIEL, C. Z. et al. Implicações do uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual na qualidade de vida de idosos. **CoDAS**, v. 29, n. 5, 19 out. 2017.
- CHATURVEDI, S. K.; MULIYALA, K. P. The meaning in quality of life. **Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health**, v. 3, p. 47-49, 2016.
- CHIOSSI, J. S. C. *et al.* Impacto das mudanças vocais e auditivas na qualidade de vida de idosos ativos. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2014, v. 19, n. 08.
- CONFORTIN, S. C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1049–1060, maio 2015.
- GAO, J.; HU, H.; YAO, L. The role of social engagement in the association of self-reported

hearing loss and health-related quality of life. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 182, 25 dez. 2020.

GOPINATH, B. et al. Hearing-impaired adults are at increased risk of experiencing emotional distress and social engagement restrictions five years later. **Age and Ageing**, v. 41, n. 5, p. 618-623, 2012.

GUIA, A. C. DE O. M.; ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A. Autopercepção de saúde de usuários da Rede de Atenção à Saúde Auditiva. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 410–417, dez. 2018.

HAY-MCCUTCHEON, M. J.; REED, P. E.; CHEIMARIOU, S. Positive Social Interaction and Hearing Loss in Older Adults Living in Rural and Urban Communities. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 61, n. 8, p. 2138–2145, 8 ago. 2018.

HELVIK, A. S. et al. Activity limitation and participation restriction in adults seeking hearing aid fitting and rehabilitation. **Disability and Rehabilitation**, v. 28, n. 5, p. 281–288, 7 jan. 2006.

HELVIK, A. S.; KROKSTAD, S.; TAMBS, K.. Socioeconomic inequalities in hearing loss in a healthy population sample: The HUNT Study. **American journal of public health**, v. 99, n. 8, p. 1376-1378, 2009.

HENCHOZ K, CAVALLI S, GIRARDIN, M. Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. **Journal of Aging Studies**, v. 22, n. 3, p. 282-290, 2008.

IWAGAMI, M. et al. Associations between self-reported hearing loss and outdoor activity limitations, psychological distress and self-reported memory loss among older people: Analysis of the 2016 Comprehensive Survey of Living Conditions in Japan. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 19, n. 8, p. 747–754, 24 ago. 2019.

KOZÁKOVÁ, R.; TOBOLOVÁ, J.; ZELENÍKOVÁ, R.. Perceived emotional and situational hearing handicap in the elderly and their family members. **Central European Journal of Nursing and Midwifery**, v. 9, n. 1, p. 767, 2018.

MAGRINI, A. M.; MOMENSOHN-SANTOS, T. M. Perfil sóciodemográfico de idosos com perda auditiva no município de Belém-PA. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 3, p. 561, 24 set. 2018.

MARIN, M. J. S.; BERTASSIPANES, V. O envelhecimento e a questão da qualidade de vida. *In*: DÁTILO, G. M. P. A.; CORDEIRO, A. P. (Eds.). **Envelhecimento humano: diferentes olhares**. Marília: São Paulo: Oficina Universitária: Cultura Acadêmica, 2015. p. 221–237

MORAES-CRISPIM, G. et al. Análise da deficiência auditiva relacionada com as condições gerais de saúde dos idosos. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 12, n. 25, p. 84-95, 2013.

MOSER, S.; LUXENBERGER, W.; FREIDL, W. The Influence of Social Support and Coping on Quality of Life Among Elderly With Age-Related Hearing Loss. **American Journal of Audiology**, v. 26, n. 2, p. 170–179, 13 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS. Disponível em:

<<http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf>>. Acesso em 31 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resumo - Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. EUA: OMS, 2015, 30p.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A da. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 4, p. 302-310, 2013.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.

PAVARINI, S. C. I. et al. **Protocolo de Avaliação Gerontológica - Módulo Idoso**. São Carlos: Edufscar, 2015. 128 p. (Série Apontamentos).

RANA, G. S. et al. Association of multi-morbidity, social participation, functional and mental health with the self-rated health of middle-aged and older adults in India: a study based on LASI wave-1. **BMC geriatrics**, v. 22, n. 1, p. 675, 2022.

SAITO, H. et al. Hearing handicap predicts the development of depressive symptoms after 3 years in older community-dwelling Japanese. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 1, p. 93-97, 2010.

STEPTOE, A. et al. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 110, n. 15, p. 5797-5801, 2013.

SOUZA, V. C.; LEMOS, S. M. A. Restrição à participação de adultos e idosos: associação com fatores auditivos e socioambientais. **CoDAS**, v. 33, n. 6, 2021.

TOMÁS, L. M. Qualidade de vida e bem-estar na velhice - inventariação crítica de um conceito fluído. In: MEDEIROS, T. (Ed.). **(Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI**. Teresa Medeiros ed. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2016. p. 113–128.

TOMIDA, K. et al. Association of Loneliness With the Incidence of Disability in Older Adults With Hearing Impairment in Japan. **JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery**, v. 149, n. 5, p. 439-446, 2023.

TOMIOKA, K. et al. The Hearing Handicap Inventory for Elderly-Screening (HHIE-S) versus a single question: reliability, validity, and relations with quality of life measures in the elderly community, Japan. **Quality of Life Research**, v. 22, n. 5, p. 1151-1159, 2013.

VENTRY, I. M.; WEINSTEIN, B. E. The Hearing Handicap Inventory for the Elderly. **Ear and Hearing**, v. 3, n. 3, p. 128–134, maio 1982.

VÖLTER, C. et al. Impact of Hearing Loss on Geriatric Assessment. **Clinical Interventions in Aging**, v. 15, p. 2453–2467, dez. 2020.

WIESELBERG, M. B. A auto-avaliação do handicap em idosos portadores de deficiência auditiva: o uso do HHIE [dissertação]. **São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality of Life Assessment Group. (1996)**. What quality of life? World Health Forum 1996; 17(4):354-356. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>>. Acesso em 29 maio 2023.

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREJUÍZO AUDITIVO EM IDOSOS EM CONTEXTO DE VUNERABILIDADE SOCIAL

Pesquisador: LETICIA PIMENTA COSTA GUARISCO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 86967418.4.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Gerontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.101.282

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional de abordagem quantitativa, no qual pretende-se utilizar banco de dados. A pesquisadora aponta que este atual projeto consiste em adendo ao projeto intitulado: "Ferramenta de monitoramento de níveis de fragilidade em idosos atendidos na Atenção Básica de Saúde:avaliação de sua efetividade e eficiência"; CAAE:66076017.3.0000.5504 (versão 3), aprovado por este CEP em 08/12/17, parecer final n. 2.424.616. A atual proposta do projeto enviado se refere a um estudo observacional de abordagem quantitativa, no qual pretende-se utilizar o banco de dados do referido Projeto acima citado, coletado no ARES Cidade Aracy, considerada uma área de grande vulnerabilidade, no município de São Carlos, com amostra de 219

participantes idosos. O objetivo deste estudo é verificar se existe relação entre a presença da perda auditiva em idosos, qualidade de vida, saúde mental, apoio social, e fragilidade destes indivíduos. Para isso, propõe se analisar um banco de dados oriundo de uma pesquisa anterior (título acima citado), com uma amostra de 219 idosos em situação de vulnerabilidade social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Verificar a relação do prejuízo auditivo, qualidade de vida, saúde mental, apoio social e fragilidade em idosos em contexto de vulnerabilidade social.

Objetivos específicos:

- 1) Comparar a qualidade de vida em idosos com e sem queixa auditiva.
- 2) Comparar a saúde mental em idosos com e sem queixa auditiva.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 3.101.282

- 3) Comparar o apoio social em idosos com e sem queixa auditiva
- 4) comparar os índices de fragilidade em idosos com e sem queixa auditiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora aponta que: considerando que os dados serão coletados de um banco de dados, os riscos se referem à perda do anonimato e da privacidade. Como procedimento para minimizar esse risco, "será feita a substituição do nome dos idosos por números antes da manipulação dos resultados afim de não ter a identificação do indivíduo". Saliencia ainda que o "banco de dados é sigiloso e apenas o pesquisador responsável pelo PPSUS o possui na íntegra. As informações necessárias para essa pesquisa não estarão vinculadas ao nome dos sujeitos, apenas ao número de identificação". Como benefícios diretos, contribuir na ampliação do conhecimento sobre a possível relação entre perda auditiva, saúde mental, suporte social, qualidade de vida e fragilidade. Como benefício direto, elaboração e aplicação de políticas públicas, prevenção de agravos e cuidados em saúde e suporte social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Após pedido de reconsideração sobre a Não Aprovação do projeto, a pesquisadora responsável compareceu à Reunião Ordinária deste CEP, prestando esclarecimentos acerca das dúvidas apontadas nos pareceres anteriores e justificando seu pedido de reconsideração. Também anexou, nesta versão, documentos que corroboram tais esclarecimentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi reapresentado TCLE correto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram esclarecidas pela Pesquisadora Responsável em reunião Ordinária deste CEP, bem como nos anexos apresentados nesta versão.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	notificacao.pdf	21/12/2018 11:02:13	Priscilla Hortense	Aceito
Outros	variaveis.pdf	09/11/2018 10:00:27	Priscilla Hortense	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	12/07/2018 11:39:30		Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 3.101.282

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1100248.pdf	29/05/2018 14:33:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISA.pdf	29/05/2018 14:33:08	LETICIA PIMENTA COSTA GUARISCO	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Parecerista.pdf	29/05/2018 14:32:20	LETICIA PIMENTA COSTA GUARISCO	Aceito
Outros	ProtocoloFragilidadePPSUS.pdf	29/05/2018 14:31:35	LETICIA PIMENTA COSTA GUARISCO	Aceito
Outros	RostoPPSUS.pdf	29/05/2018 14:24:43	LETICIA PIMENTA COSTA GUARISCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPPSUS2.pdf	29/05/2018 14:17:31	LETICIA PIMENTA COSTA GUARISCO	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	27/03/2018 11:32:05	LETICIA PIMENTA COSTA GUARISCO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 22 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

FERRAMENTA DE MONITORAMENTO DE NÍVEIS DE FRAGILIDADE EM IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DE SUA EFETIVIDADE E EFICIÊNCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr (a) está sendo convidado para participar da pesquisa “**Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua efetividade e eficiência**”. Foi selecionado(a) por estar cadastrado como usuário em Unidades de Saúde da Família atendidas pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na região da antiga ARES “Cidade Aracy” e sua participação é voluntária. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados.

O objetivo do estudo é avaliar a usabilidade, efetividade e eficiência de uma ferramenta computacional para monitoramento de níveis de fragilidade em idosos atendidos na atenção básica de saúde e especificamente identificar e monitorar os níveis de fragilidade (não frágil, pré frágil e frágil) de idosos cadastrados em equipamentos de saúde da atenção básica.

Serão coletados dados referentes a fragilidade, características sociodemográficas, condições clínicas de saúde, cognição, humor, equilíbrio, medo de cair, dor, funcionalidade, nível de atividade física, comportamento nutricional, risco de diabetes e doença renal, suporte social e necessidade de cuidado. Para isso será realizada coleta de sangue e entrevista. O tempo utilizado para entrevista será de aproximadamente quarenta a cinquenta minutos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Estas informações poderão ser utilizadas para fins estatísticos ou científicos e poderão ter resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O(a) Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeira e o preenchimento destes questionários não oferece risco imediato porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários ou cansaço físico após a realização do teste de marcha em que precisará caminhar 4,6 metros e o teste de força. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. Caso haja algum desconforto durante a aplicação dos instrumentos ou na coleta de sangue, pedimos que nos informe para que possamos corrigi-lo. Caso seja identificado qualquer problema de saúde, o (a) senhor (a) será encaminhado (a) para o serviço de saúde do município.

O benefício relacionado à sua participação será a oportunidade de ser avaliado(a) em relação a fragilidade e processo de envelhecimento e verificar a normalidade de seu exame sanguíneo, além de auxiliar no conhecimento científico para a área de Gerontologia.

O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Prof.ª Dr.ª Marisa Silvana Zazzetta

Departamento de Gerontologia da UFSCar Tel.: (16) 3351-9628 e (16) 3306-6664 - São Carlos – SP

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Declaro também que concordo com a coleta, o depósito, o armazenamento e a utilização do material biológico humano (sangue) para investigações futuras.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFSCar, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

São Carlos, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

ANEXO C - AVALIAÇÃO AUDITIVA: RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

QUESTIONÁRIO HHIE-S (Ventry e Weinstein, 1983)

INSTRUÇÕES: O objetivo deste questionário é identificar os problemas auditivos que sua perda auditiva pode estar lhe causando. Responda "SIM", "NÃO" ou "ÀS VEZES" para cada questão. Não pule nenhuma questão mesmo que você evite uma situação em virtude de seu problema auditivo.

- E- 1. Seu problema auditivo faz com que você se sinta embaraçado ao conhecer alguém?
() SIM () NÃO () ÀS VEZES
- E- 2. Seu problema auditivo o faz sentir-se frustrado quando conversa com membros de sua família?
() SIM () NÃO () ÀS VEZES
- S- 3. Você sente dificuldade em ouvir quando alguém fala sussurrando?
() SIM () NÃO () ÀS VEZES
- E- 4. Você se sente prejudicado em função do seu problema auditivo?
() SIM () NÃO () ÀS VEZES
- S- 5. Seu problema auditivo lhe traz dificuldades ao visitar amigos, parentes ou vizinhos?
() SIM () NÃO () ÀS VEZES
- S- 6. Seu problema auditivo faz com que você freqüente menos a igreja do que gostaria?
() SIM () NÃO () ÀS VEZES
- E- 7. Seu problema auditivo desencadeia brigas com os membros da família?
() SIM () NÃO () ÀS VEZES
- S- 8. Seu problema auditivo leva-o a sentir dificuldades em ouvir TV ou rádio?
() SIM () NÃO () ÀS VEZES
- E- 9. Você sente que qualquer dificuldade com sua situação limita sua vida pessoal e social?
() SIM () NÃO () ÀS VEZES
- S- 10. Seu problema auditivo lhe causa dificuldades em restaurantes com parentes ou amigos?
() SIM () NÃO () ÀS VEZES
-

ANEXO D - AVALIAÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE

5. AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE					
De modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?	<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Como o/a senhor/a avalia sua saúde hoje, em comparação com um ano atrás?	<input type="checkbox"/> Melhor		<input type="checkbox"/> Igual		<input type="checkbox"/> Pior
Como o/a senhor/a avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?	<input type="checkbox"/> Melhor		<input type="checkbox"/> Igual		<input type="checkbox"/> Pior
Como o/a senhor/a avalia o cuidado que dedica à sua saúde?	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Como o/a senhor/a avalia o seu nível de atividade em comparação com um ano atrás?	<input type="checkbox"/> Melhor		<input type="checkbox"/> Igual		<input type="checkbox"/> Pior

Imagem retirada do Protocolo de Avaliação Gerontológica - Módulo Idoso de Pavarini et al. (2015).

ANEXO E - AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa? Assinale com um círculo um dos números de cada fila:

	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
2. Alguém que o ajude se estiver doente, de cama.					
3. Alguém para lhe ouvir quando você precisa falar.					
4. Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.					
5. Alguém para lhe levar ao médico.					
6. Alguém que demonstre afeto e amor por você.					
7. Alguém para se divertir junto.					
8. Alguém para lhe dar uma informação que o ajude a compreender determinada situação.					
9. Alguém em quem confiar para falar de você ou sobre os seus problemas.					
10. Alguém que lhe dê um abraço.					
11. Alguém com quem relaxar.					
12. Alguém para preparar suas refeições se você não puder preparar.					
13. Alguém de quem você realmente quer conselhos.					
14. Alguém com quem distrair a cabeça.					
15. Alguém para ajudá-lo nas atividades diárias se você ficar doente.					
16. Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos.					
17. Alguém para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.					
18. Alguém com quem fazer coisas agradáveis.					
19. Alguém que compreenda seus problemas.					
20. Alguém que você ame e que o faça você se sentir querido.					

ANEXO F - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Instruções: Estas informações nos manterão cientes de como você se sente e quanto é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Por favor, marque para cada questão o item que mais se aproxima da maneira como se sente. Se estiver em dúvida de como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

Capacidade Funcional
1. Sua saúde <u>não</u> dificulta que você faça <u>atividades vigorosas</u> .
2. Sua saúde dificulta <u>um pouco</u> que você faça <u>atividades vigorosas</u> .
3. Sua saúde dificulta <u>um pouco</u> que você faça <u>atividades moderadas</u> .
4. Sua saúde dificulta <u>muito</u> que você faça <u>atividades moderadas</u> .
5. Sua saúde dificulta <u>um pouco</u> para você tomar banho ou vestir-se.
6. Sua saúde dificulta <u>muito</u> para você tomar banho ou vestir-se.

Limitação Global
1. Você <u>não</u> teve problemas com o seu trabalho ou alguma outra atividade diária regular como consequência de sua saúde física ou algum problema emocional.
2. Você esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades como <u>consequência de sua saúde física</u> .
3. Você realizou <u>menos tarefas</u> do que você gostaria como <u>consequência de algum problema emocional</u> .
4. Você esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades <u>como consequência de sua saúde física</u> e realizou <u>menos tarefas</u> do que você gostaria <u>como consequência de algum problema emocional</u> .

Aspectos Sociais

1. Sua saúde física ou problemas emocionais <u>não</u> interferiram em suas atividades sociais <u>em nenhuma parte do tempo</u> .

2. Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais <u>em uma pequena parte do tempo</u> .
--

3. Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais <u>em alguma parte do tempo</u> .

4. Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais <u>na maior parte do tempo</u> .
--

5. Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais <u>todo o tempo</u> .

Dor

1. Você <u>não</u> teve <u>nenhuma</u> dor no corpo.
--

2. Você teve dor, mas a dor <u>não</u> interferiu <u>de maneira alguma</u> em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa).

3. Você teve dor que interferiu <u>um pouco</u> em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa).
--

4. Você teve dor que interferiu <u>moderadamente</u> em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa).

5. Você teve dor que interferiu <u>bastante</u> em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa).
--

6. Você teve dor que interferiu <u>extremamente</u> em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa).
--

Saúde Mental

1. Você nunca tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida.

2. Você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida em uma pequena parte do tempo.

3. Você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida em alguma parte do tempo.

4. Você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida na maior parte do tempo.

5. Você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida todo o tempo.

Vitalidade

1. Você tem se sentido com muita energia todo o tempo.

2. Você tem se sentido com muita energia na maior parte do tempo.

3. Você tem se sentido com muita energia em alguma parte do tempo.

4. Você tem se sentido com muita energia em uma pequena parte do tempo.

5. Você tem se sentido com muita energia nunca.

Adaptado para Língua Portuguesa (versão 2002) e expresso por Campolina et al. (2010).