

## Fatores que interferem na participação social de idosos com perda auditiva

Factors that interfere with the social participation of elderly people with hearing loss

Factores que interfieren en la participación social de las personas mayores con pérdida de audición

Recebido: 02/09/2022 | Revisado: 15/09/2022 | Aceitado: 16/09/2022 | Publicado: 22/09/2022

**Israel Bispo dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9346-5664>  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná, Brasil  
E-mail: [israelbbispo@gmail.com](mailto:israelbbispo@gmail.com)

**Everton Adriano de Moraes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8188-3121>  
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil  
E-mail: [demoraes.neuropsicologia@gmail.com](mailto:demoraes.neuropsicologia@gmail.com)

**Adriana Lacerda**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6660-4902>  
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil  
E-mail: [adriana.lacerda@utp.br](mailto:adriana.lacerda@utp.br)

**Ana Cristina Guarinello**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0982-1898>  
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil  
E-mail: [ana.guarinello@utp.br](mailto:ana.guarinello@utp.br)

### Resumo

No decorrer das últimas décadas a discussão sobre ações e fatores que favoreçam uma comunicação mais efetiva de idosos com perda auditiva tornou-se meta de muitos profissionais. Objetivo: Analisar a visão de idosos com perda auditiva, usuários e não usuários de Aparelhos auditivos (AASI), acerca de fatores que influenciam sua participação social. Método: Os participantes desta pesquisa foram recrutados em uma clínica-escola de Fonoaudiologia credenciada ao SUS, localizada na região sul brasileira e foram divididos em 2 grupos: Grupo 1  $n=51$  -idosos com perda auditiva usuários de AASI, grupo 2  $n=31$  -idosos com perda auditiva não usuários de aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Foram aplicados os seguintes instrumentos: 1) questionário para delinear as características sócio demográficas das duas populações, 2) instrumento internacional (LIFE H 3.1) e 3) questionário (HHIEs). Resultados: Alguns fatores que interferem na participação social de idosos de ambos os grupos, foram: moradias precárias, baixa aposentadoria, poucos recursos financeiros que dificultam o acesso a saúde. Na aplicação do HHIES não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos; já no LIFE-H 3.1 houve diferenças significativas no cruzamento com a perda auditiva no Grupo 01 para a área da *Comunicação* e no Grupo 02 para as áreas *Condicionamento físico e Educação* ( $p=0,36$ ). Conclusão: A falta de recursos pode levar ao idoso com perda auditiva a uma vida sem lazer e interações salutares. O AASI se mostrou um dispositivo importante para que os idosos com perda auditiva possam melhorar suas relações sociais e as interações com os outros.

**Palavras-chave:** Comunicação; Idoso; Perda auditiva; LIFE-H3.1; HHIE.

### Abstract

Over the last decades, the discussion about actions and factors that favor a more effective communication of elderly individuals with hearing loss has become the goal of many professionals. Objective: Analyze the vision of elderly people with hearing loss, users and non-users of hearing aids, about factors that influence their social participation. Method: The participants of this research were recruited in a speech therapy clinic-school accredited to SUS, located in the southern region of Brazil, and were divided into 2 groups: Group 1  $n=51$  - elderly with hearing loss hearing aids users, and group 2  $n=31$  - elderly with hearing loss non-users of individual sound amplification devices (HA). The following instruments were applied: 1) questionnaire to delineate the sociodemographic characteristics of the two populations, 2) international instrument (LIFE H 3.1) and 3) questionnaire (HHIEs). Results: Some factors that interfere with the social participation of elderly people of both groups, precarious housing, low retirement, few financial resources that hinder access to health. In the application of the HHIEs, no significant differences were found between the groups; however, in the LIFE-H 3.1, significant differences in the intersection with hearing loss in Group 01 for the area of Communication, and in Group 02 for the areas of Physical Conditioning and Education ( $p=0.36$ ). Conclusion: The lack of resources can lead the elderly with hearing loss to a life without leisure and healthy interactions. HA proved to be an important device for the elderly with hearing loss to improve their social relations and interactions with others.

**Keywords:** Communication; Elderly; Hearing loss; LIFE-H3.1; HHIE.

## Resumen

En las últimas décadas, el debate sobre las acciones y los factores que favorecen una comunicación más eficaz de las personas mayores con pérdida de audición se ha convertido en el objetivo de muchos profesionales. Objetivo: Analizar la visión de las personas mayores con pérdida de audición, usuarios y no usuarios de audífonos (AASI), sobre los factores que influyen en su participación social. Método: Los participantes fueron reclutados en una clínica-escuela del SUS, en la región sur de Brasil divididos en 2 grupos: Grupo 1 n=51 - ancianos con pérdida auditiva usuarios de audífonos, grupo 2 n=31 - ancianos con pérdida auditiva no usuarios. Se aplicaron los siguientes instrumentos: 1) cuestionario para delinear las características sociodemográficas de las dos poblaciones, 2) instrumento internacional LIFE H 3.1 y 3) cuestionario HHIES. Resultados: Factores que interfieren en la participación social en ambos grupos, la precariedad de la vivienda, la baja jubilación, los pocos recursos económicos que dificultan el acceso a la salud. En la aplicación del HHIES no se encontraron diferencias significativas entre los grupos; ya en el LIFE-H 3.1 hubo diferencias significativas en el cruce con la pérdida de audición en el Grupo 01 para el área de Comunicación y en el Grupo 02 para las áreas Condición Física y Educación ( $p=0,36$ ). Conclusión: La falta de recursos puede llevar a los ancianos con pérdida de audición a una vida sin ocio ni interacciones saludables. El AASI ha demostrado ser un dispositivo importante para interacción.

**Palabras clave:** Comunicación; Ancianos; Pérdida auditiva; LIFE-H3.1; HHIE.

## 1. Introdução

Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que em 2025, o Brasil terá a sexta população idosa do mundo e que, em 2050, existirão mais de 2 bilhões de pessoas idosas no planeta, o que representa que 22% da população global terá mais de 60 anos de idade. Cabe de início destacar que esta fase da vida, por vezes denominada terceira idade, velhice, melhor idade, entre outras, traz consigo uma série de peculiaridades que demandam, entre outros fatores, na necessidade de capacitação dos profissionais para o atendimento adequado a esse público (IBGE, 2018).

Na medida em que a população vai envelhecendo, é preciso que se desenvolvam políticas públicas que estabeleçam as prioridades e objetivos para seu bem-estar e participação social e com o avanço de discussões e ações em torno da temática do envelhecimento foi criado em 2003, no Brasil, o Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741, que tem a finalidade de discutir e garantir os direitos dessa parcela da população (Brasil, 2003).

Posteriormente, em 2006, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecida pela Portaria n.º 2.558/2006, a partir da necessidade de que o setor de saúde dispusesse de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, a qual fosse direcionada para a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social (Brasil, 2006).

A existência dessas leis representa um avanço social em direção a uma sociedade mais justa e acessível, porém para além das leis é preciso avançar na discussão acerca de estratégias e ações que as coloquem em prática, valorizando a população que envelhece a partir de sua história, cultura e sabedoria, reconhecendo suas contribuições para a sociedade (Timbane & Dorea, 2021).

Da mesma forma o documento do World Report on Hearing (2021) destaca a importância de ações práticas que levem em consideração a participação social dos idosos com perda auditiva, os quais, usualmente, se distanciam de situações interativas. A falta de audição é considerada uma ampla problemática global, visto que mais de 1,5 bilhão de pessoas experimentam algum declínio em sua capacidade auditiva durante seu curso de sua vida, sendo que dentre essas, pelo menos 430 milhões, sofrerão esta perda e precisarão de cuidados especializados (WHO, 2021).

Uma das formas de evitar o isolamento social é pensar em estratégias que favoreçam a participação social do idoso na sociedade, de modo que tenha uma vida significativa, promovendo sua saúde e prevenindo doenças. Cabe, porém, esclarecer que mesmo em países industrializados, muitos idosos não têm oportunidades equitativas para alcançar uma participação social plena devido a, por exemplo, a falta de acesso a ambientes sociais, atividades socialmente benéficas e meios de informações relevantes para um desenvolvimento intelectual ativo (Levasseur *et al*, 2022).

Ao entender que a participação social dos idosos é vital para o envelhecimento ativo, salienta-se que as necessidades dos idosos vão além e devem ser contempladas de modo mais abrangente, assim é fundamental que os idosos sejam protagonistas nas decisões e ações que lhe dizem respeito (Pichora-Fuller *et al*, 2016; Levasseur *et al*, 2020).

Alguns estudos internacionais no decorrer desta última década demonstram que as perdas auditivas ocasionam consequências que prejudicam a vida diária dos idosos entre tudo a comunicação, dificultando sua interação com familiares e o próximo, e estão associadas à redução da participação social, bem-estar e agravamento com isolamento social (Gagné, *et al.*, 2011; Fortunato *et al.*, 2016; Lazzarotto *et al.*, 2016; Hefferman *et al.*, 2018; Kwak *et al.*, 2020).

Na literatura, há carência de estudos acerca da avaliação da participação social de idosos com perda auditiva, o que justifica a necessidade de explorar esse campo. Assim este artigo visa analisar a visão de idosos com perda auditiva a respeito de si mesmos, usuários e não usuários de AASI, acerca da sua comunicação e fatores que causam o isolamento e a não participação social adequada.

## **2. Metodologia**

### ***Desenho do estudo***

Esse é um estudo quantitativo, comparativo, de natureza transversal (Estrela, 2018) que se derivou do projeto guarda-chuva, “*Qualidade de vida e participação social com e sem perda auditiva e de seus cuidadores informais*”. O presente trabalho faz parte desse projeto e foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da plataforma Brasil com o **CAAE:90111318.4.0000.8040**.

### ***Contexto***

Os critérios de inclusão dos participantes eram: idosos (mínimo de 60 anos), com perda auditiva de graus leve a severo, previamente avaliada por um profissional da área da Fonoaudiologia, usuários e não usuários de AASI, que buscaram atendimento audiológico em uma clínica de Fonoaudiologia, vinculada ao SUS. Foram excluídos os participantes que não tinham condições de responder individualmente a pesquisa sem interferência de outros, por exemplo, aqueles acometidos por problemas de linguagem, como a afasia, bem como aqueles com perda auditiva profunda.

### ***Procedimentos***

Cada idoso após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), respondeu aos instrumentos da pesquisa sem a interferência do pesquisador. A coleta aconteceu de agosto de 2018 a junho de 2019 na própria Clínica Fonoaudiologia em ambiente silencioso, todas as sextas com horário agendado com os idosos que estavam fazendo audiometrias e adaptação de AASI. Os participantes ficaram mais de 2 horas no local respondendo aos instrumentos, sendo que cada um deles foi realizado por um pesquisador treinado para sua aplicação, estes dados foram coletados individualmente, oralmente, em uma sala localizada na própria clínica.

### ***Instrumentos***

Na pesquisa de campo, os idosos que frequentavam a clínica fonoaudiológica foram convidados a responder aos seguintes instrumentos: (1) Questionário estruturado para coleta de dados sociodemográficos, como: idade, sexo, grau de instrução, estado civil, profissão, dados socioeconômicas e de moradia, (2) questionário Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening (HHIE-S) e (3) The Assessment of Life Habits (LIFE-H 3.10).

O questionário LIFE-H 3.1 contém 77 questões divididas em duas subescalas: "Atividades diárias", 37 questões; e "Papéis sociais", 40 questões. A avaliação do desempenho em cada hábito de vida das duas subescalas resulta da identificação:

1<sup>o</sup>) nível de realização e 2<sup>o</sup>) tipo de assistência requerida. Esses dois aspectos são combinados em uma escala de 10 níveis, que permite pontuar o desempenho de 0 (não realizado) a 9 (realizado sem dificuldade e sem assistência). O escore total e por área é obtido pela fórmula:  $(\Sigma \text{pontuações} * 10) / (\text{número de itens aplicáveis} * 9)$ , sendo que zero indica total restrição na participação e 10 nenhuma restrição. A avaliação da satisfação, não computada no escore, reflete quanto o indivíduo está satisfeito com o seu desempenho. O LIFE-H 3.1 pode ser aplicado tanto em forma de entrevista como auto aplicado, sendo que neste estudo optou-se pela entrevista (Assumpção *et al*, 2016).

O questionário *Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening Version* - HHIE-S é composto por dez perguntas, dividido em duas escalas (escala social/situacional e escala emocional, cada uma com cinco itens). Para responder ao questionário, foram lidas oralmente as perguntas ao participante, que deveria optar por apenas uma resposta para cada item: sim (4 pontos), algumas vezes (2 pontos) ou não (0 ponto). O escore total variou de 0 a 40, dividido em três categorias: 0-8 pontos (sem percepção do *handicap*); 10-23 pontos (percepção leve a moderada) e 24-40 (percepção significativa do *handicap*) (Rosis *et al*, 2009).

### ***Perfil dos participantes***

De um total de 82 pessoas idosas divididas em dois grupos, 51 fizeram parte do grupo 01 composto por pessoas idosas já usuárias de AASI e 31 do grupo 02 com pessoas idosas não usuárias de AASI.

Na Tabela 1 pode-se observar nos dados destacados sociodemográficos que a maior parte de sujeitos, nos dois grupos, é formada pela faixa etária de 70 e 79 anos, casados, com ensino básico, aposentados e quase metade da amostra vive apenas com uma renda de 01 salário-mínimo<sup>1</sup> e vive acompanhado por outras pessoas.

Com relação a frequências absolutas e relativas (%) dos casos de grau de perda auditiva nos dois grupos 01 e 02 (com e sem AASI), em ambos os grupos, a maior ocorrência é de perda auditiva moderada totalizando mais da metade dos idosos participantes (Tabela 1).

---

<sup>1</sup> Em **dólares (01/2022)**, o valor seria de US\$ 214.

**Tabela 1** – Caracterização das amostras segundo os grupos n1 com e n2 sem AASI.

CARACTERIZAÇÃO	COM AASI (n1=51)	SEM AASI (n2=31)
<b>Idade</b>		
60 a 69 anos	14 (27,5%)	7 (22,6%)
70 a 79 anos	25 (49,0%)	16 (51,6%)
80 anos ou mais	12 (23,5%)	8 (25,8%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	25 (49,0%)	16 (51,6%)
Masculino	26 (51,0%)	15 (48,4%)
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	2 (3,9%)	2 (6,5%)
Casado	30 (58,8%)	18 (58,1%)
Separado	6 (11,8%)	2 (6,5%)
Viúvo	13 (25,5%)	9 (29,0%)
<b>Nível de instrução</b>		
Sem escolaridade	0 (0,0%)	3 (9,7%)
Ensino básico	42 (82,4%)	23 (74,2%)
Ensino Médio	7 (13,7%)	3 (9,7%)
Ensino Superior	2 (3,9%)	2 (6,5%)
<b>Condição financeira</b>		
Sem rendimentos	3 (5,9%)	1 (3,2%)
Um salário	5 (9,8%)	1 (3,2%)
Pensionista	6 (11,8%)	1 (3,2%)
Aposentado	37 (72,5%)	28 (90,3%)
<b>Rendimentos</b>		
0 a 1 salário-mínimo	25 (49,0%)	13 (41,9%)
2 a 4 salários-mínimos	25 (49,0%)	17 (54,8%)
5 ou mais salários-mínimos	1 (2,0%)	1 (3,2%)
<b>Com quem vive</b>		
Sozinho	8 (15,7%)	5 (16,1%)
Cônjuge	18 (35,3%)	11 (35,5%)
Outros	25 (49,0%)	15 (48,4%)

GRAU DE PERDA AUDITIVA	FREQUÊNCIA	
	Com AASI (01=51)	Sem AASI (02=31)
Leve	9 (17,6%)	10 (32,3%)
Moderado	25 (49,0%)	18 (58,1%)
Severo	17 (33,3%)	3 (9,7%)

Fonte: Autores.

### **Procedimentos de análise**

Após a coleta de dados, a análise foi realizada com a utilização de métodos descritivos (tabelas de frequências, média, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo) e testes estatísticos de significância (teste t-student para comparação entre as médias de dois grupos independentes) com AASI e sem AASI.

Já os cruzamentos ou relações entre a caracterização das amostras (idade, gênero, estado civil, nível de instrução, condição financeira, rendimentos e com quem vive) e os questionários LIFE-H 3.1 e HHIEs, serão apresentados sem aplicação do teste de significância, pois com a estratificação das características, os números de casos ficaram reduzidos, não permitindo o uso de teste de significância. As correlações entre as questões dos questionários LIFE e HHIEs e as características que envolvem escalas pelo menos ordinais (idade, nível de instrução, rendimentos e perda auditiva) foram calculadas através da Correlação de Spearman. O nível de significância utilizado nos testes foi de 0,05 (5%).

### 3. Resultados

Cabe esclarecer que os resultados dos instrumentos utilizados devem ser analisados da seguinte maneira, no caso do questionário LIFE-H 3.1, quanto maior o escore médio, menor é o nível de dificuldade para cada questão, já no caso do questionário HHIEs, ocorre o contrário, ou seja, quanto maior a pontuação média, maior é a restrição na participação social e emocional.

Os resultados do HHIEs estão na Tabela 2, e as estatísticas descritivas indicam que no teste na comparação entre os dois grupos 01 e 02 não houve diferenças significativas.

**Tabela 2** – Média, desvio padrão (DP), valor mínimo (Mín.), valor máximo (Máx.) e resultado do teste (p) por subescalas e total do HHIE, de acordo com o grupo com AASI e sem AASI.

HHIE	COM AASI (n=51)				SEM AASI (n=31)				p
	Média	DP	Mín.	Máx.	Média	DP	Mín.	Máx.	
Social	8,0	4,5	0,0	20,0	8,3	4,9	0,0	16,0	0,7899
Emocional	6,8	5,5	0,0	20,0	6,7	5,2	0,0	20,0	0,9514
<b>Total</b>	14,7	9,1	0,0	40,0	15,0	8,8	0,0	36,0	0,8734

Legenda: DP=desvio padrão; Mín.=valor mínimo; Máx.=valor máximo. Fonte: Autores.

Quanto a percepção da restrição da participação social avaliada no HHIEs (Tabela 3), podemos perceber no gráfico a média entre os grupos que é muito próxima, 55% no grupo 1 e 50% no grupo 2, o que indica uma certa paridade entre a percepção de cada um dos grupos.

**Tabela 3** - Grau de percepção de restrição de participação.

COM AASI N=51	FREQUÊNCIA	%
Percepção significativa	28	55%
Percepção leve moderada	17	35%
Sem percepção	06	10%
Total	51	100%
SEM ASSI N=31	FREQUÊNCIA	%
Percepção significativa	15	50%
Percepção leve moderada	09	30%
Sem percepção	07	20%
Total	31	100%

Fonte: Autores.

Já na Tabela 4 estão contempladas as estatísticas descritivas e o resultado geral do teste comparando os dois grupos do LIFE-H 3.1. Percebe-se que houve significância na subescala destacadas, Atividades *diárias* (37 questões) que contempla as áreas nutrição, condicionamento físico, cuidados pessoais, comunicação, moradia e mobilidade, e na área *Emprego* que consiste em chegar transitar, usar, interagir e realizar tarefas na área de trabalho, nas outras subescalas e áreas não foram encontradas diferenças significativas ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 4** – Média, desvio padrão (DP), valor mínimo (Mín.), valor máximo (Máx.) e resultado do teste (p) por área, subescalas e total do LIFE-H 3.1, de acordo com o grupo com AASI e sem AASI.

LIFE-H	COM AASI (n=51)				SEM AASI (n=31)				p
	Média	DP	Mín.	Máx.	Média	DP	Mín.	Máx.	
<b>-Atividades diárias</b>	7,4	0,9	4,4	9,0	7,0	1,0	4,5	8,4	<b>0,0457</b>
Nutrição	7,6	1,6	1,8	9,0	7,2	1,9	0,0	9,0	0,3239
Condicionamento	7,3	2,0	0,8	9,0	6,4	2,5	0,0	9,0	0,0821
Cuidados pessoais	8,3	0,9	5,0	9,0	8,1	0,9	6,0	9,0	0,3067
Comunicação	6,8	1,9	0,4	9,0	6,4	2,2	1,0	9,0	0,3652
Moradia	7,9	1,5	1,0	9,0	7,9	1,2	4,0	9,0	0,9951
Mobilidade	6,6	2,0	1,6	9,0	5,8	2,5	0,0	9,0	0,1448
<b>-Papéis sociais</b>	5,9	1,6	1,2	9,0	5,2	2,1	0,6	8,3	0,1059
Responsabilidades	7,4	2,6	0,0	9,0	6,9	2,8	0,0	9,0	0,4002
Relacionamentos	6,5	2,0	1,1	9,0	6,6	2,2	1,7	9,0	0,8267
Vida em comunidade	7,4	2,0	0,0	9,0	6,8	3,0	0,0	9,0	0,2856
Educação	5,2	3,5	0,0	9,0	4,3	3,7	0,0	9,0	0,2319
Emprego	5,0	3,6	0,0	9,0	3,3	3,5	0,0	9,0	<b>0,0447</b>
Recreação	4,0	3,2	0,0	9,0	3,6	3,1	0,0	9,0	0,5821
<b>Total</b>	6,7	1,3	2,8	0,0	6,1	1,5	2,6	8,3	0,0562

Legenda: DP=desvio padrão; Mín.=valor mínimo; Máx.=valor máximo. Fonte: Autores.

Agora na Tabela 5 foram contempladas as correlações entre as questões dos dois questionários e o grau de perda auditiva dos dois grupos, verifica-se que no LIFE-H 3.1, os idosos com perda auditiva severa apresentaram pontuações mais baixas, nas subescalas atividades diárias e papéis sociais, o que parece indicar que quanto maior o grau da perda auditiva maior é a percepção de sua restrição da participação social pelos idosos. Já no questionário HHIEs percebem-se maiores pontuações nas questões sociais e emocionais nos idosos com perda auditiva severa, não usuários de AASI,

**Tabela 5** – Relação entre perda auditiva e valores médios das subescalas e total do LIFE-H 3.1, subescalas e total do HHIEs, de acordo com o grupo com AASI e sem AASI.

QUESTIONÁRIO	COM AASI			SEM AASI		
	Leve (n=9)	Moderada (n=25)	Severa (17)	Leve (n=10)	Moderada (n=18)	Severa (n=3)
<b>Atividade diária</b>	6,7	7,5	4,7	7,3	6,8	6,6
Nutrição	7,5	7,7	7,5	7,6	7,3	5,3
Condicionamento	7,3	6,9	7,5	7,6	6,1	4,2
Cuidados pessoais	8,0	8,3	7,9	8,4	8,0	7,7
Comunicação	5,1	6,8	8,4	6,3	6,3	7,4
Moradia	6,8	8,3	7,6	8,1	7,8	8,2
Mobilidade	5,8	6,7	7,9	5,9	5,6	6,7
<b>Papéis sociais</b>	5,7	6,0	7,7	5,5	4,9	6,3
Responsabilidades	7,4	7,5	6,7	7,4	6,4	8,3
Relacionamentos	6,1	6,9	7,4	7,0	6,1	8,0
Vida em comum.	7,1	7,3	6,0	7,8	6,1	8,0
Educação	5,0	5,6	7,7	2,4	4,8	7,3
Emprego	4,8	5,0	4,9	4,6	2,7	2,6
Recreação	3,8	3,7	5,0	4,0	3,5	3,5
<b>Total</b>	6,2	6,7	5,9	6,4	5,9	6,4
<b>HHIE</b>						
Social	7,6	7,2	6,8	8,6	8,1	<b>8,7</b>
Emocional	6,7	6,0	9,5	7,4	5,8	<b>10,0</b>
<b>Total</b>	14,2	13,1	8,0	16,0	13,9	18,7

Fonte: Autores.

Já na Tabela 6 estão apresentadas as correlações entre as questões dos questionários e o grau de perda auditiva, as quais são significativas entre os dois grupos nos seguintes domínios do LIFE-H 3.1: Grupo 01 *Comunicação* ( $p=0,0032$ ) e  $R=0,41$  (com AASI) e o Grupo 02 *Condicionamento físico* ( $p=0,0179$ ) e  $R=-0,43$  e *Educação* ( $p=0,36$ ) e  $R=0,0477$ , (sem AASI). Já nos resultados do HHIEs não houve diferenças significativas entre os grupos 01 e 02.

**Tabela 6** – Correlação entre o grau da perda auditiva e valores médios das subescalas e total do LIFE-H 3.1, subescalas e total do HHIE, de acordo com o grupo com AASI e sem AASI.

QUESTIONÁRIO	COM AASI (n=51)		SEM AASI (n=31)	
	R	P	R	P
<b>LIFE</b>				
<b>Atividade diária</b>	0,27	0,0574	-0,21	0,2572
Nutrição	0,10	0,4920	-0,19	0,3045
<b>Condicionamento</b>	0,11	0,4604	-0,43	*0,0179
Cuidados pessoais	0,08	0,5609	-0,26	0,1572
<b>Comunicação</b>	0,41	*0,0032	0,01	0,9794
Moradia	0,08	0,5966	-0,09	0,6237
Mobilidade	0,15	0,3050	0,10	0,6050
<b>Papéis sociais</b>	0,09	0,5354	0,02	0,8975
Responsabilidades	-0,02	0,8730	0,01	0,9441
Relacionamentos	-0,11	0,4419	0,08	0,6688
Vida em comum.	0,19	0,1900	-0,28	0,1260
<b>Educação</b>	-0,02	0,8807	0,36	*0,0477
Emprego	-0,01	0,9740	-0,24	0,1990
Recreação	0,12	0,3948	-0,09	0,6455
<b>Total</b>	0,17	0,2313	-0,09	0,6239
<b>HHIE</b>				
Social	0,09	0,5354	-0,04	0,8483
Emocional	0,15	0,2831	0,04	0,8275
<b>Total</b>	0,15	0,2906	-0,02	0,9176

Legenda: R = coeficiente de correlação de Spearman. Fonte: Autores.

A Tabela 7 apresenta uma correlação entre idade, nível de instrução e rendimento para o grupo 01 com AASI. Os resultados demonstram que existe correlação significativa para o grupo com AASI, entre *nutrição e rendimento* ( $p=0,0305$ ),  $R=0,30$  positivo, ou seja, maior escore para nutrição maior o rendimento; entre *moradia e idade* ( $p=0,0428$ ),  $R=0,28$  negativo, ou seja, os menores escores da área moradia acontecem com idosos mais velhos; entre *educação e idade* ( $p=0,0057$ ),  $R=0,38$  positivo, o maior escore para educação está associado ao aumento da idade.



**Tabela 7** – Correlação entre idades, nível de instrução e rendimento com os valores médios das subescalas e total do LIFE-H 3.1, subescalas e total do HHIE, no grupo com AASI.

QUESTIONÁRIO	IDADE (n=51)		NÍVEL DE INSTRUÇÃO (n=51)		RENDIMENTO (n=51)	
	R	P	R	P	R	P
<b>Atividade diária</b>	0,03	0,8183	-0,08	0,5731	0,15	0,3202
Nutrição	-0,06	0,6783	0,11	0,4264	0,30	*0,0305
Condicionamento	0,14	0,3189	-0,02	0,8663	-0,11	0,4288
Cuidados pessoais	-0,01	0,9398	0,01	0,9830	0,07	0,6014
Comunicação	0,27	0,0538	-0,23	0,1058	0,14	0,4640
Moradia	-0,28	*0,0428	0,07	0,6332	0,04	0,7884
Mobilidade	-0,01	0,9834	-0,11	0,4310	0,04	0,8053
<b>Papéis sociais</b>	0,10	0,4749	-0,15	0,2992	0,12	0,4152
Responsabilidades0	-0,15	0,2900	0,09	0,5462	0,23	0,1122
Relacionamentos	-0,07	0,6395	-0,13	0,3783	-0,05	0,7321
Vida em comum.	0,02	0,8713	-0,02	0,8820	0,22	0,1284
Educação	0,38	*0,0057	-0,15	0,2982	0,06	0,6714
Emprego	-0,02	0,8678	-0,12	0,3900	-0,01	0,9289
Recreação	0,02	0,8828	-0,11	0,4399	-0,02	0,8920
<b>Total</b>	0,08	0,5591	-0,15	0,2901	0,12	0,4047
<b>HHIE</b>						
Social	0,01	0,9710	-0,09	0,5682	-0,14	0,3323
Emocional	0,18	0,1960	0,12	0,3897	-0,07	0,6016
<b>Total</b>	0,09	0,5208	0,06	0,6984	-0,12	0,4051

Legenda: R = coeficiente de correlação de Spearman. Fonte: Autores.

Percebe-se na Tabela 8, referente ao grupo 02 sem AASI, uma correlação significativa entre atividade diária ( $p=0,0470$ ), recreação ( $p=0,0238$ ) e escore total ( $0,0196$ ) e rendimento. No caso das atividades diárias notam-se que os maiores escores estão relacionados a maiores rendimentos, e no caso da recreação, maiores escores significam maior rendimento e finalmente para o escore total, quanto maior os escores totais em participação social maiores rendimentos.

**Tabela 8** – Correlação entre idades, nível de instrução e rendimento com os valores médios das subescalas e total do LIFE-H 3.1, subescalas e total do HHIE, de acordo com o grupo sem AASI.

QUESTIONÁRIO	IDADE (n=31)		NÍVEL DE INSTRUÇÃO (n=31)		RENDIMENTO (n=31)	
	R	p	R	P	R	p
<b>Atividade diária</b>	-0,09	0,6132	-0,04	0,8138	0,53	*0,0020
Nutrição	0,19	0,3175	-0,21	0,2060	0,17	0,3648
Condicionamento	-0,17	0,3551	-0,14	0,4423	0,31	0,0880
Cuidados pessoais	-0,09	0,6307	-0,36	*0,0470	0,06	0,7665
Comunicação	-0,23	0,2070	0,06	0,7677	0,34	0,0592
Moradia	0,02	0,8978	-0,02	0,8978	0,14	0,4604
Mobilidade	-0,09	0,6151	-0,02	0,9318	0,24	0,1971
<b>Papéis sociais</b>	0,09	0,6359	-0,05	0,7678	0,32	0,0701
Responsabilidades	0,17	0,3749	-0,13	0,4892	0,11	0,5670
Relacionamentos	0,18	0,3444	0,07	0,7271	-0,06	0,7574
Vida em comum.	-0,21	0,2479	-0,18	0,3435	0,12	0,5204
Educação	-0,25	0,1708	0,21	0,2538	0,24	0,2023
Emprego	-0,02	0,9182	-0,11	0,5452	0,32	0,0764
Recreação	0,30	0,1070	-0,11	0,5671	0,40	*0,0238
<b>Total</b>	0,04	0,8228	-0,05	0,7845	0,42	*0,0196
<b>HHIE</b>						
Social	0,08	0,6580	-0,01	0,9689	-0,11	0,5478
Emocional	0,02	0,9058	-0,14	0,4552	0,02	0,9103
<b>Total</b>	0,03	0,8880	-0,05	0,7760	-0,05	0,8004

Legenda: R = coeficiente de correlação de Spearman. Fonte: Autores.

#### 4. Discussão

Nesse trabalho o foco foi analisar os fatores que interferem na participação social de idosos com perda auditiva. Os dados destacados nas tabelas foram aqueles que apresentavam correlações entre as questões dos questionários LIFE-H 3.1 e HHIEs entre os grupos de idosos com perda auditiva usuários de AASI e não usuários. A discussão está organizada da seguinte forma, primeiramente discutir-se-á os resultados do LIFE-H 3.1, em seguida os do HHIEs e todos os cruzamentos e correlações entre os dois instrumentos.

Notou-se na caracterização dos participantes que metade do grupo 01 apresenta perda auditiva de grau moderado contra 59% do grupo 02, além disso, cerca de 33% dos idosos do grupo 01 possuem perdas auditivas de grau severo, contra 9% do grupo 02. Pode-se presumir que maiores graus de perda auditiva podem ter influenciado algumas pontuações ocasionando piores respostas dos participantes do grupo 1. Isso está de acordo com a pesquisa de Bulğurcu *et al.* (2019) que verificou que a perda auditiva em idosos pode ser prejudicial como um todo para sua saúde e vida social.

Nos resultados da autopercepção geral da participação social do LIFE-H 3.1 (Tabela 4), a subescala *Atividades diárias* e a área *emprego* são as que apresentaram mais diferenças significativas entre os dois grupos. A subescala *Atividades diárias* que contempla as áreas nutrição, condicionamento físico, cuidados pessoais, comunicação, moradia e mobilidade, demonstra que em quase todas as áreas o resultado é melhor para o grupo 01. Pode-se inferir que este grupo por fazer uso de AASI provavelmente interage mais com outras pessoas, conseguindo se destacar com maior autonomia. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Wells *et al.* (2020) que observou que os idosos que se comunicam melhor apresentam melhores condições físicas, pois conseguem cuidar de si com mais autonomia em vários aspectos da sua vida incluindo os âmbitos físico, psíquico e social.

O estudo de Nunes (2017) também indicou que melhorias nas condições de vida e o avanço de pesquisas no campo científico e tecnológico aumentam a autonomia e os impactos positivos na saúde do idoso. Poder conduzir sua própria vida e

ser independente produzem um efeito benéfico imediato nos idosos que continuam ativos (Nunes, 2017; Souza & Lemos, 2021)

A área *Emprego* do LIFE-H 3.1 que consiste em chegar, transitar, usar, interagir e realizar tarefas na área de trabalho, pontuou mais no grupo que usa AASI, novamente demonstrando que o uso desse dispositivo auxilia o idoso a interagir e agir nas suas atividades de vida. Pesquisas (Pichler *et al.* 2019; Camarano, 2020) demonstram que o emprego e os recursos financeiros derivados deste, também podem favorecer as interações sociais, e os níveis de felicidade e satisfação.

Em contrapartida, muitos idosos da amostra aqui apresentada, mesmo aposentados ainda precisam fazer trabalhos informais para ter uma renda adicional. Cabe enfatizar que embora o trabalho possa ser considerado um ato de empoderamento, em muitos casos este ocorre apenas por necessidade. A esse respeito, Pichler *et al.* (2019) relatam que esta procura de renda no envelhecimento pode causar aflições e angústia, demonstrando uma fragilidade no viver de muitos idosos que possuem recursos financeiros limitados. Além disso, alguns idosos são explorados pelos próprios familiares não sendo auxiliados adequadamente pela família (Samanta, 2018; Pichler, *et al.* 2019; Camarano, 2020).

Os resultados gerais do HHEIs, apresentados na Tabela 2 acerca da percepção de restrição de participação, demonstram que não houve diferenças significativas entre os dois grupos. A hipótese inicial desse trabalho era que os idosos usuários de AASI teriam resultados melhores.

Diferentemente desses resultados, Carniel *et al.* (2017) Meyer *et al.* (2018); Polku *et al.* (2018); Camargo *et al.* (2018); Wells *et al.* 2020, encontraram diferenças significativas nos resultados do HHIEs entre grupos que usam e não usam aparelhos auditivos, verificando que o grupo de idosos com perda auditiva que usava AASI apresentou melhores resultados quanto a autopercepção de sua participação social.

Entretanto, ao analisar as questões desse instrumento individualmente, percebem-se algumas diferenças. As questões E09 *Você acha que a dificuldade em ouvir limita de alguma forma sua vida pessoal ou social?* (aspecto emocional) e E10 *A diminuição da audição causa-lhe dificuldades quando você está num restaurante com familiares ou amigos* (aspecto social) obtiveram uma pontuação pior no grupo 2, o que parece indicar uma tendência de melhora nas interações e relações sociais do grupo que usa AASI.

Convém ressaltar que os resultados obtidos neste estudo não devem ser interpretados como absolutos pois não permitem generalizações em função do tamanho reduzido da amostra (n=51), por isso é importante fomentar que mais pesquisas com maiores amostras e a aplicação do questionário HHIEs para que sejam feitas averiguações de fatores que possam influenciar a restrição da participação social do idoso com mais exatidão.

Nas correlações entre as questões dos questionários e o grau de perda auditiva (Tabela 5), verificou-se que ao responder o LIFE-H 3.1, os idosos com perda auditiva severa apresentaram pontuações mais baixas, nas subescalas *atividades diárias* e *papeis sociais*, o que parece indicar que quanto maior o grau da perda auditiva menor é a autoavaliação da participação social pelos idosos. Já no HHIEs percebem-se maiores pontuações nas questões *sociais e emocionais* nos idosos com perda auditiva severa, não usuários de AASI, demonstrando uma tendência de restrição na participação social daqueles que possuem perdas maiores ou que não usam AASI. Tais dados estão em concordância com dados da pesquisa com idosos com perda auditiva de Pichora-Fuller (2016; 2020).

Ainda segundo os dados apresentados na Tabela 5, percebe-se que os idosos usuários de AASI com perdas severas pontuaram melhor na área comunicação (8,4), é provável que isso tenha ocorrido porque as perguntas desse domínio do LIFE-H 3.1 focam-se em várias modalidades de linguagem, como a escrita, o uso do computador e nos usos de celulares, as quais muitas vezes não dependem de aspectos auditivos. Concorda-se com Mantoan (2017) quando destaca que ao se pensar em cada sujeito é necessário considerar as singularidades de cada um, percebendo suas diferenças e especificidades.

No HHIEs, diferente do questionário LIFE-H 3.1, as perguntas são mais relacionadas a comunicação oral, como por exemplo as perguntas S07 *A dificuldade em ouvir faz você ter discussões ou brigas com sua família?* e S10 *A diminuição da audição lhe causa dificuldades quando você está num restaurante com familiares ou amigos?* Nessas os idosos com e sem AASI que possuem perda auditiva de grau severo tiveram as pontuações mais altas, o que indica grande restrição na participação social tanto nos aspectos emocionais quanto sociais. Boger *et al.* (2016) e Camargo *et al.* (2018) a esse respeito indicam a importância do uso do AASI para perdas mais severas, explicando que esse dispositivo favorece a participação social dessa população.

Nas correlações (Tabela 6) entre o grau de perda auditiva e os resultados dos instrumentos, verificou-se maior pontuação na área da *Comunicação* para o grupo que usa AASI. Pesquisas como Boger, *et al.* (2016) e Vermeire *et al.* (2020) apontam que idosos com perda auditiva podem sentir-se excluídos das interações, o que pode levá-los à solidão, isolamento social e até mesmo a depressão, mas o uso de AASI colabora com a interação amenizando esses aspectos.

A respeito do uso de AASI pelos idosos, concorda-se com os estudos de Carniel *et al.* (2017) e Xavier *et al.* (2018) quando explicitam que o uso de AASI melhora aspectos da QV, das condições de saúde e de vida de quem os utiliza. Sugerem que o AASI tem um impacto significativo e positivo no processo de envelhecimento auxiliando em uma melhor participação social diminuindo os fatores que influenciam a baixa participação do idoso com perda auditiva.

Nos estudos Camargo *et al.* (2018) e Ribeiro *et al.* (2021) é possível evidenciar que idosos com perda auditiva podem apresentar isolamento e desistência da prática de atividades antes consideradas prazerosas. Entretanto, a forma de lidar com esta nova condição depende muito do acesso aos recursos pessoais, sociais, de aconselhamento profissional e tecnológico como o uso dos AASI, bem como do apoio da família e amigos.

A *comunicação* é um fator primordial de todo ser humano e a interação com os outros é fundamental para a saúde auditiva e mental. As perdas auditivas quando não tratadas podem ser um agravante das condições de saúde do idoso, conforme pesquisa de Ye *et al.* (2020). Esses autores utilizaram dois bancos de dados chineses para explorar a associação entre deficiência auditiva e sua gravidade na saúde física e mental em idosos. Esse estudo demonstrou que a alta prevalência e aumento da gravidade da deficiência auditiva têm ocorrido principalmente ao envelhecer. A partir da análise comparativa dos dois bancos de dados ao longo do tempo, o estudo associou o déficit auditivo e a gravidade nos quadros que envolvem a saúde física e mental dos indivíduos idosos na China (Ye *et al.* 2020).

As pesquisas de Feltner *et al.* (2021) e Gomes *et al.* (2021) explicitam que não basta apenas ofertar aparelhos auditivos para melhorar a comunicação dos idosos, é necessário que estes sejam encorajados e orientados acerca de seu manuseio e além disso, é preciso trabalhar com esses usuários para que tenham recursos e meios para agir na vida de forma mais saudável. Em vista disso, é fundamental que essa parcela da população tenha acesso a ótimos serviços de saúde, e que os profissionais que ali atuam sejam capazes de avaliar, orientar e dialogar, a fim de favorecer o desenvolvimento da sua autonomia.

Verificou-se também nos dados aqui apresentados, significância no campo *comunicação* para o grupo 01 que usa o AASI com relação a idade, nível de instrução e rendimento. As Tabelas 7 e 8 apresentam correlação positiva no grupo 01 entre *nutrição e rendimento*, negativa *entre moradia e idade* e positiva *entre educação e idade*.

Já no grupo 02 as correlações para o grupo sem AASI demonstram que há correlação significativa entre *atividade diária, recreação e rendimento*, ou seja, os maiores escores para atividades de recreação estão relacionados a maiores rendimentos.

Os dados demonstram que quanto melhor a situação financeira melhor a participação social, provavelmente porque salários mais altos tem relação com melhores condições de alimentação, moradia e lazer. Dados semelhantes já haviam sido demonstrados nas pesquisas de Pichler *et al.* (2019) e Camaramo (2020).

A condição financeira dos idosos é um problema de utilidade pública no Brasil, assim piores situações financeiras tem uma estreita relação com piores condições de vida (Camaramo, 2020). Da mesma forma o estudo de Souza & Lemos (2021) composto por 152 adultos, dentre eles 90 idosos com perda auditiva, indicou que a maior parte dos participantes apresentava baixa escolaridade, pouca qualificação, salários mais baixos e restrição de participação auditiva, tal como no estudo aqui apresentado.

Um estudo demonstra que as desigualdades econômicas e sociais, somadas a maior longevidade, menor acesso a alimentos nutritivos e falta de oportunidades para o desenvolvimento de atividades físicas contribuem para que os idosos apresentem maiores taxas de deficiências e doenças crônicas que podem levar a morbididades (CILB, 2015).

Ressalta-se a importância da autopercepção do idoso acerca de suas condições de vida. Para tanto é necessário um cuidado especial com essa parcela da população, de modo que possa viver uma vida com dignidade, QV e participação social. Esse trabalho deve favorecer que os direitos adquiridos pelos idosos não sejam subjugados ou subvertidos, entendendo assim que as leis que garantem tais direitos, podem auxiliar os profissionais envolvidos com essa população a discutir essa temática, a compreender o papel do Estado quanto à proteção dos seus direitos e, quando possível, apontar soluções para superação das problemáticas. Portanto, a análise da atuação do Estado nos direitos dos idosos e sua participação na luta contra os preconceitos e violências sofridas por estes, é condição *sine qua non* para avançar nessa discussão e para que se almeje uma real transformação em nossa sociedade (Borba & Trentin, 2020).

Em suma pensar que a maximização de ações e programas destinados principalmente à atenção preventiva à saúde auditiva do idoso juntamente com investimentos em infraestrutura, segurança e implantação de serviços sociais de amparo financeiro pode ser de grande valia para a viabilização de uma maior participação social do idoso com perda auditiva.

## 5. Conclusão

A autopercepção do idoso em relação à sua participação social pode estar sujeita a diversas questões que envolvem desde as experiências de vida, até suas relações com a cultura, a escolaridade, a cognição e o contexto em que cada um está inserido. Além disso, o caráter lento, gradual e progressivo da presbiacusia pode fazer com que o idoso desenvolva mecanismos de adaptação, como reorganização do ambiente, utilização de recursos alternativos e afastamento de situações que possam representar obstáculos à sua interação.

Entendendo que a perda auditiva é uma deficiência que traz consequências e dificuldades na interação humana, como isolamento social, depressão, degradação da fala e compreensão, é preciso criar soluções que favoreçam os idosos que a possuem para que vivam uma vida mais digna, participando ativamente da sociedade. Esse trabalho demonstrou que a avaliação da participação social a partir de instrumentos é eficaz e confiável.

Assim esta autopercepção dos idosos indica que fatores como a baixa renda e a falta de recursos podem levar ao idoso com perda auditiva a uma vida com menos opções de alargamento social. Assim, aqueles que possuem menores rendimentos vivem em piores condições de moradia, alimentação e comunicação. Pode-se concluir então que a falta de dinheiro dificulta as oportunidades para que o idoso saia de casa e tenha acesso a atividades de lazer e recreação, mesmo que essas ocorram em locais públicos e gratuitos.

O uso do AASI mostrou-se um fator positivo na participação social dos idosos, pois o dispositivo pode melhorar suas relações sociais e as interações com os outros. Assim, aqueles idosos usuários de AASI percebem sua participação social como mais ativa. Tal participação favorece a saúde física e mental do idoso, resultando em uma vida mais independente para realizar as tarefas diárias, com menos riscos de doenças mentais, de isolamento, pensamentos negativos e depressão. *No futuro espera-se que mais pesquisas com idosos com perda auditiva sejam realizadas as quais considerem suas fragilidades e o que fazer que amenizá-las.*

Mas devido a especificidade deste tema discutido, ainda necessitamos de maior abrangência nas discussões e aprofundamento nas questões sobre participação social, pesquisas específicas com esta temática se mostram ainda mais necessárias e investimentos nesta área, pois com amostras maiores que demonstrem um maior detalhamento das reais necessidades dos idosos com perda auditiva para que sua participação social melhore.

## Referências

- Assumpção, F. S. N. D., Faria-Fortini, I. D., Basílio, M. L., Magalhães, L. D. C., Carvalho, A. C. D., & Teixeira-Salmela, L. F. (2016). Adaptação transcultural do LIFE-H 3.1: um instrumento de avaliação da participação social. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00061015.
- Boger, M. E., Barreto, M. A. D. S. C., & Sampaio, A. L. L. (2016). A perda auditiva no idoso e suas interferências na linguagem e na vida psicossocial. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, (1), 407-412.
- Borba, E. R., & Trentin, F. (2020). A proteção aos direitos dos idosos: combate das violências às pessoas da terceira idade. *Anuário Pesquisa e Extensão Unesco São Miguel do Oeste*, 5, e26923-e26923.
- Brasil. **Lei n. 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm) Acesso em: 04/12/2021
- Brasil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 19 out.
- Bulgurcu, S., Uçak, I., Yönm, A., Erkul, E., & Çekin, E. (2020). Hearing aid problems in elderly populations. *Ear, Nose & Throat Journal*, 99(5), 323-326.
- Camarano, A. A. (2020). Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4169-4176.
- Camargo, C., Lacerda, A. B. M., Sampaio, J., Lüders, D., Massi, G., & Marques, J. M. (2018). Percepção de idosos sobre a restrição da participação relacionada à perda auditiva. *Distúrbios da Comunicação*, 30(4), 736-747.
- Carniel, C. Z., Sousa, J. C. F. D., Silva, C. D. D., Fortunato-Queiroz, C. A. D. U., Hyppolito, M. Â., & Santos, P. L. D. (2017, October). Implicações do uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual na qualidade de vida de idosos. In *CoDAS* (Vol. 29). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
- CILB-Centro Internacional de Longevidade Brasil. (2015). Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. *Centro Internacional de Longevidade Brasil*.
- Estrela, C. (2018). *Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa*. Artes Médicas.
- Feltner, C., Wallace, I. F., Kistler, C. E., Coker-Schwimmer, M., & Jonas, D. E. (2021). Screening for hearing loss in older adults: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA*, 325(12), 1202-1215.
- Fortunato, S., Forli, F., Guglielmi, V., De Corso, E., Paludetti, G., Berrettini, S., & Fetoni, A. R. (2016). A review of new insights on the association between hearing loss and cognitive decline in ageing. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 36(3), 155.
- Gagné, J. P., Southall, K., & Jennings, M. B. (2011). Stigma and self-stigma associated with acquired hearing loss in adults. *Hearing review*, 18(8), 16-22.
- Gomes, G. C., Moreira, R. D. S., Maia, T. O., Santos, M. A. B. D., & Silva, V. D. L. (2021). Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1035-1046.
- Heffernan, E., Coulson, N. S., & Ferguson, M. A. (2018). Development of the Social Participation Restrictions Questionnaire (SPaRQ) through consultation with adults with hearing loss, researchers, and clinicians: a content evaluation study. *International Journal of Audiology*, 57(10), 791-799.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabela de projeção da população 2010-2060 (revisão 2018). IBGE, 2018. [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/d59695440bbc3acfe1e1e1a56b9c14d8.xls](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d59695440bbc3acfe1e1e1a56b9c14d8.xls).
- Kwak, M. Y., Choi, W. R., Park, J. W., Hwang, E. J., Ha, Y. R., Chung, J. W., & Kang, W. S. (2020). Assessment of objective audiometry to predict subjective satisfaction in patients with hearing aids. *Clinical and experimental otorhinolaryngology*, 13(2), 141-147.
- Lazzarotto, S., Baumstarck, K., Loundou, A., Hamidou, Z., Aghababian, V., Leroy, T., & Auquier, P. (2016). Age-related hearing loss in individuals and their caregivers: effects of coping on the quality of life among the dyads. *Patient preference and adherence*, 10, 2279.
- Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Dubois, M. F., Boissy, P., Naud, D., ... & Audet, M. (2022). Scoping study of definitions and instruments measuring vulnerability in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(1), 269-280.
- Levasseur, M., Naud, D., Bruneau, J. F., & Généreux, M. (2020). Environmental characteristics associated with older adults' social participation: The contribution of sociodemography and transportation in metropolitan, urban, and rural areas. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8399.
- Mantoan, M. T. E. (2017). Inclusão, diferença e deficiência: sentidos, deslocamentos, proposições. *Inclusão Social*, 10(2).
- Meyer, C., Hickson, L., Lovelock, K., Lampert, M., & Khan, A. (2014). An investigation of factors that influence help-seeking for hearing impairment in older adults. *International journal of audiology*, 53(sup1), S3-S17.
- Nunes, A. M. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(1), 133-154.

- Pichler, N. A., Scortegagna, H. D. M., Dametto, J., Frizon, D. M. S., Zancanaro, M. P., & Oliveira, T. C. D. (2019). Reflections on the perception of the elderly regarding happiness and money. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22.
- Pichora-Fuller, M. K. (2020). Hearing and cognitive aging. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
- Pichora-Fuller, M. K., Kramer, S. E., Eckert, M. A., Edwards, B., Hornsby, B. W., Humes, L. E., ... & Wingfield, A. (2016). Hearing impairment and cognitive energy: The framework for understanding effortful listening (FUEL). *Ear and hearing*, 37, 5S-27S.
- Polku, H., Mikkola, T. M., Gagné, J. P., Rantakokko, M., Portegijs, E., Rantanen, T., & Viljanen, A. (2018). Perceived benefit from hearing aid use and life-space mobility among community-dwelling older adults. *Journal of Aging and Health*, 30(3), 408-420.
- Ribeiro, E. R., Prado, M. R. M., Mendes, J. O., Gomar, G. G., Roecker, A. L., Giandotti, L., ... & de Moraes, S. (2021). As condições de saúde e qualidade de vida de indivíduos com déficit auditivo. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 8898-8910.
- Rosis, A. C. A. D., Souza, M. R. F. D., & Iório, M. C. M. (2009). Questionário Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening version (HHIE-S): estudo da sensibilidade e especificidade. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14, 339-345.
- Samanta, T. (2018). The 'Good Life': Third Age, Brand Modi and the cultural demise of old age in urban India. *Anthropology & Aging*, 39(1), 94-104.
- Souza, V. C., & Lemos, S. M. A. (2021, August). Restrição à participação de adultos e idosos: associação com fatores auditivos e socioambientais. In *CoDAS* (Vol. 33). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
- Timbane, A. A., & dos Santos Dorea, J. (2021). A valorização de conhecimentos do idoso na família e na sociedade brasileira: tradição e cultura em debate. *PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, 13(4), 389-404.
- Vermeire, K., Knoop, A., Boel, C., Auwers, S., Schenus, L., Talaveron-Rodriguez, M., ... & De Sloovere, M. (2016). Speech recognition in noise by younger and older adults: effects of age, hearing loss, and temporal resolution. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 125(4), 297-302.
- Wells, T. S., Nickels, L. D., Rush, S. R., Musich, S. A., Wu, L., Bhattarai, G. R., & Yeh, C. S. (2020). Characteristics and health outcomes associated with hearing loss and hearing aid use among older adults. *Journal of Aging and Health*, 32(7-8), 724-734.
- World Report on Hearing (2021), WHO Highlighting priorities for ear and hearing care - World report on hearing. World Health Organization: Geneva; 2021. Available from: <https://www.who.int/activities/highlighting-priorities-for-ear-and-hearing-care> [cited 2021 Mar 9].
- Xavier, I. L., Teixeira, A. R., Olchik, M. R., Gonçalves, A. K., & Lessa, A. H. (2018). Triagem auditiva e percepção da restrição de participação social em idosos. *Audiology-Communication Research*, 23.
- Ye, X., Zhu, D., Chen, S., & He, P. (2020). The association of hearing impairment and its severity with physical and mental health among Chinese middle-aged and older adults. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-8.