

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Ana Carla Oliveira Garcia

**Envelhecimento: considerações a partir do conhecimento entre
estudantes de graduação e fonoaudiólogos**

DOUTORADO EM FONOAUDIOLOGIA

SÃO PAULO

2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Ana Carla Oliveira Garcia

**Envelhecimento: considerações a partir do conhecimento entre
estudantes de graduação e fonoaudiólogos**

DOUTORADO EM FONOAUDIOLOGIA

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Fonoaudiologia, sob a orientação da Profa. Dra. Teresa Maria Momensohn-Santos.

SÃO PAULO

2021

Garcia, ACO

Ageísmo e Fonoaudiologia/Ana Carla Oliveira Garcia- São Paulo,2021.

Área de Concentração: Fonoaudiologia e Interface Disciplinares

Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Linha de Pesquisa: Audiologia e Ações em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Teresa Maria Momensohn Santos

PRESIDENTE DA BANCA

Prof^a. Dr^a. Teresa Maria Momensohn-Santos

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Gonzales Manso

Prof^a. Dr^a. Adriana Bender Lacerda

Prof^a. Dr^a. Flamínia Manzano Moreira Lodovici

Prof^a. Dr^a. Beltrina Côrte

Prof^a. Dr^a. Ana Claudia Fiorini

Prof^a. Dr^a. Valéria Beghelli Ferreira

Fonte de auxílio: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“Sou feita de retalhos. Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.

Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...

Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.

E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados...

Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.

Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.

E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de ‘nós’”.

Cris Pizziment

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, FÉ e, depois de tudo, GRATIDÃO.

Gostaria de agradecer à minha estimada orientadora, Profa. Dra. Teresa Maria Momensohn-Santos, por seus conselhos valiosos, apoio contínuo e paciência durante meu estudo de doutorado. Seu imenso conhecimento e vasta experiência me encorajaram em todo o tempo de minha pesquisa acadêmica e vida diária.

Obrigada por SER uma capitã, acompanhando-me em tempos de crise e de tantas mudanças: desde o Doutorado Sanduiche (congelado) em Montreal até o início de minha carreira como docente no Nordeste (*caliente*). Já sinto SAUDADES desta PROFESSORA bem amada, administradora energética e corajosa, que sabe reconhecer o trabalho de seus colaboradores de forma construtiva.

Prof^a. Dr^a. Teresa Momensohn, “thank you very much”, “gracias”, “merci beaucoup”. Muito obrigada por atuar como uma fonte promotora do papel do conhecimento fonoaudiológico na sociedade.

Minha gratidão estende-se também aos professores do Departamento de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo pelos conhecimentos compartilhados e pela oportunidade de financiamento através da CAPES para realizar meus estudos. À Virgínia, por seu trabalho e apoio durante estes anos.

Aos professores e alunos do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sou grata pela seriedade e competência no encaminhamento de reflexões e ações no campo da Gerontologia Social. Obrigada pelo acolhimento em especial de Natalia Verdi, Conceição de Carvalho, Ana Michela Merchan, Prof. Paulo Canineu, Prof^a. Suzana Carielo.

Agradeço muito a gentil ajuda e apoio da Prof. Dr^a. Adriana Lacerda que fez do meu estágio de docência, um momento maravilhoso. Sentimento este que estendo para Prof^a. Dr^a. Beltrina Côrte, Prof^a. Dr^a. Flamínia Lodovici, Prof. Dr^a. Maria Elisa Manso por sua mentoria e participação na Banca de Qualificação.

Às Doutoradas Denise Botter e Mônica Sandoval, sou grata por toda atenção e dedicação, e por auxiliarem com a assessoria estatística.

Além disso, gostaria de expressar gratidão à Universidade de Montreal que me acolheu, ao Observatório de Envelhecimento do Instituto de Pesquisa em Geriatria, em especial ao Dr. Eduardo Varella, Dr^a. Diane Ginette Brûlotte e aos professores Prof. Dr. Adrian Fuente, Prof. Dr. Walter Wittiche e Prof. Dr. Carlos Rivorêdo pelo precioso apoio que foi realmente influente na formação dos meus artigos e métodos de experiência, criticando meus resultados.

Aos colegas professores da Universidade Federal de Sergipe em especial Carla César, Vanessa Ribeiro e Aline Cabral pelas sugestões. Assim como Carlos Tagushi, Kelly Silva, Pablo Jordão, Raphaela Granzotti, Fabiana Carlino, Roxane Alencar, Danielle Domenis, Lúcia Fajardo, Josilene Duarte, Janaina Trench e Bárbara Rosa pelo acolhimento.

Gostaria de agradecer também aos meus amigos, colegas de laboratório, colegas e equipe de pesquisa, em especial Rosy, Mariene, Cláudia, Jéssica, Ana Graner Alejandro, Hugo, Aline, Fátima, Maura, Eleninha, Oriana, Amanda, Rafael, Gabriela, Viviane, Ana Lúcia, Rejane, Adriana, Sônia, Mirabel, Bruna, Bianca, Evandro e Sandra pelo tempo estimado passado juntos no laboratório de pesquisa e em ambientes sociais.

Aos colegas da XIX turma de Fonoaudiologia que tem acompanhado minha trajetória e meu crescimento profissional desde a graduação, por sua disponibilidade em compartilhar afeto, conhecimentos e tempo, em especial Juliana, Paulinho, Valéria, Cláudia, Luciana, Daniela, Ivana e Patrícia.

À Gabriela, Viviane, Bianca e Evandro, que foram amigos inestimáveis durante este processo.

À Livia Navas, que com tanta escuta e empenho auxiliou na formatação deste trabalho.

Aos profissionais e estudantes de Fonoaudiologia que participaram desta coleta de dados.

Minha gratidão também vai para minha família Oliveira – Garcia, primos, em especial Samuel e Pedro Elias, primas, em especial Inez, Maria Teresa e Solange, que sempre me incentivaram e vibraram com minhas vitórias.

Finalmente, gostaria de expressar minha gratidão e admiração eterna ao meu PAI e avós (in memoriam), minha irmã Adriana, aos tios e às tias muito ativas na

família, em especial Didita, Lucinha, Voninha, Tia Elcy e Tia Lúcia (in memoriam). Agradeço também as orações do padrinho José Carlos e madrinha Darli.

Sem a tremenda compreensão e encorajamento de minha SUPER MÃE nos últimos anos, seria impossível concluir meu estudo. TE AMO, BRUXINHA!!

À colaboração preciosa de tantos outros colaboradores que ficaram no anonimato, mas nem por isso são menos importantes.

À DEUS sobre todas as coisas!

APRESENTAÇÃO

Esta tese integra um dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Fonoaudiologia pelo Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

A ideia surgiu a partir da experiência de trabalho com idosos com perda auditiva em um centro de reabilitação de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Inicialmente, foi utilizada a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI), que é um instrumento de avaliação das condições da pessoa idosa com ênfase na capacidade funcional e demais agravos comuns ao processo de envelhecimento.

Foram realizadas análises do segmento populacional idoso atendido, com objetivo de identificar o impacto das perdas sensoriais (auditivas e visuais), isoladas ou combinadas, o que resultou na publicação de artigos (anexos 1, 2 e 3).

No ano de 2018-2019, a pesquisadora obteve uma bolsa de doutorado sanduiche pela CAPES, no Instituto de Pesquisas em Geriatria da Universidade de Montreal, no Canadá, sob supervisão do Prof. Dr. Adrian Fuente.

No instituto mencionado, teve contato com um grupo de pesquisa preocupado em estudar atitudes, preconceitos e estereótipos negativos em relação ao envelhecimento em geral. Foi neste momento que a pesquisadora teve contato com o termo AGEÍSMO.

Ao voltar para o Brasil, a pesquisadora participou de um seminário promovido pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia da PUC São Paulo, no qual a questão do Ageísmo foi amplamente discutida, tanto na perspectiva do auto preconceito quanto do ageísmo organizacional.

Dando continuidade à linha de pesquisa de cuidados com a pessoa idosa, a pesquisadora tinha como objetivo conhecer o ageísmo sob a escuta dos idosos que frequentavam o centro de reabilitação. Infelizmente, com a chegada da pandemia da COVID-19, o acesso a esta população tornou-se impossível.

A situação atípica fez com que a investigação e a busca da literatura fossem destinadas para pesquisas sobre como o preconceito etário acontece nos diferentes locais de atendimentos à saúde e como a área de Fonoaudiologia conhece desta temática.

A pesquisadora observou que existem lacunas de conhecimento sobre o envelhecimento nos trabalhos publicados pelos diferentes profissionais que atuam com esse segmento populacional. A hipótese de investigação, portanto, busca investigar o quanto o Fonoaudiólogo e o estudante de graduação em Fonoaudiologia conhecem desta temática.

Entende-se que o (des)conhecimento sobre o tema envelhecimento pode ter impacto na atuação deste profissional na reabilitação, assessoria e na orientação quanto ao uso de tecnologias assistivas. Com este estudo, a pesquisadora busca identificar qual o conhecimento sobre envelhecimento apresentado em um grupo de fonoaudiólogos e estudantes de graduação em Fonoaudiologia.

Envelhecimento: considerações a partir do conhecimento entre estudantes de graduação e fonoaudiólogos

RESUMO

A literatura sugere que atitudes negativas em relação aos idosos podem ter sua origem no desconhecimento do processo do envelhecimento e isso pode levar um profissional a tomar atitudes adversas, especialmente nos cuidados de saúde e na reabilitação. Observa-se que há escassez de pesquisa que avalia o conhecimento dos fonoaudiólogos sobre o envelhecimento. **OBJETIVO:** investigar o conhecimento sobre o envelhecimento humano em estudantes e profissionais de Fonoaudiologia. **MÉTODOS:** Estudo transversal descritivo, com 102 estudantes e 120 profissionais de fonoaudiologia. Os dados foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico e um questionário adaptado por KOSCH et al 2007 do “*Palmore Aging Quiz*”, que permitiu a Avaliação de Conhecimentos em Relação à Velhice. **RESULTADOS:** a idade dos fonoaudiólogos variou de 26 a 68 anos, com média igual a 48,8 anos e desvio padrão igual a 9,2 anos. A idade dos estudantes de fonoaudiologia e a média de anos de escolaridade é menor do que a dos fonoaudiólogos. Para as questões Q7 e Q14, o percentual de participantes que não têm conhecimento sobre envelhecimento é maior entre os fonoaudiólogos. Já para as questões Q12, Q15, Q16, Q17, Q18, Q20 e Q23, o percentual de participantes que não têm conhecimento não difere entre fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia. Para as demais questões este percentual é maior entre os estudantes de fonoaudiologia. Em outras palavras, observa-se prevalência maior de estudantes que não apresentam conhecimento sobre envelhecimento. Não ocorreu efeito significativo para as variáveis explicativas: convivência com o idoso, experiência de trabalho ou acadêmica sobre não ter conhecimento sobre envelhecimento, para cada uma das 23 questões, considerando estudantes e fonoaudiólogos. **CONCLUSÃO:** Em comparação com o grupo de fonoaudiólogos, observa-se mais estudantes que não apresentam conhecimento sobre o envelhecimento.

Palavras chaves: Ageismo, Envelhecimento, Saúde do Idoso, Fonoaudiologia, Estigmatização.

ABSTRACT

Literature suggests that negative attitudes toward the elderly may have adverse effects, especially in health care settings and in rehabilitation. Little is known about the knowledge of speech therapists about the aging process. **Objective:** The purpose of this investigation was to examine the knowledge about aging in professionals and a group of undergraduate students enrolled in an accredited speech-language pathology program to determine if the degree of ageism differed based on gender, age or previous experience working with older adults. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study with 102 students and 120 speech therapy professionals. Data were collected through a sociodemographic questionnaire and a questionnaire to assess gerontological knowledge (adapted by KOSCH et al 2007 from the "Palmore Aging Quiz"). **Results:** The data was analyzed using descriptive statistics and analysis odds ratio calculated for effect size between groups. The age of speech language pathology students and the average years of education is lower than of speech therapists. A higher prevalence of students who do not have knowledge about aging process is observed. Regarding questions Q7 and Q14, participants who lack knowledge about the aging process is higher among speech therapists. For questions Q12, Q15, Q16, Q17, Q18, Q20 e Q23 there were no difference among speech therapists and undergraduate students. Regarding other questions, a higher prevalence of students who do not have knowledge about the aging process is observed. There was no significant effect for the descriptive variables such as living with the elderly, work or academic experience about not having knowledge about aging, for each of the 23 questions among students and speech therapists. **Conclusion:** When compared with the group of speech therapists, it's observed that more undergraduate students don't have knowledge about the aging process.

Keywords: Ageism, Aging, Health of the elderly, Speech Language and Hearing Sciences, Stereotyping.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico de barras do Percentual de participantes (fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia) que ***não apresentam ter conhecimento sobre envelhecimento*** por questão

Figura 2 – Distribuição das respostas dos dois grupos de participantes: fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia para as variáveis explicativas (convivência, experiência de trabalho ou acadêmica com o idoso)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra segundo a variável sexo da amostra: fonoaudiólogos e estudantes de graduação em fonoaudiologia (n= 222).

Tabela 2 – Medidas descritivas da variável idade (anos) da amostra: fonoaudiólogos e estudantes de graduação em fonoaudiologia (n= 222).

Tabela 3 – Medidas descritivas da variável Anos de escolaridade por participante fonoaudiólogos e estudantes de graduação.

Tabela 4 – Análise da prevalência, em valores de porcentagem, das respostas interpretadas como “*não ter conhecimento*” sobre envelhecimento entre os participantes fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia (n= 222).

Tabela 5 – Distribuição das respostas dos dois grupos de participantes: fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia para as variáveis explicativas (convivência, experiência de trabalho ou acadêmica com o idoso).

Tabela 6 – Resultado da análise das respostas dos participantes fonoaudiólogos para as questões relativas à convivência, experiência de trabalho e/ou acadêmica com idosos.

Tabela 7 – Resultado da análise das respostas dos participantes estudantes para as questões relativas à convivência, experiência de trabalho e/ou acadêmica com idosos.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resultados da análise das frequências conjunta das Questões 1 a 23 por Participante e do valor-p do teste qui-quadrado segundo os critérios de interpretação (Verdadeiro ou Falso) de Koch et al 2007.

Quadro 2 – Participantes (fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia) que não *apresentam conhecimento sobre envelhecimento* por questão.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AMPI	Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DSL	Dual Sensory Loss
DPS	Dupla Perda Sensorial
dB	Decibel
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	5
2.1. Ageísmo.....	11
2.2. Atitudes ageístas no ambiente organizacional.....	13
2.3. Ageísmo e Representação Social.....	17
2.4. Ageísmo sob a escuta dos idosos	22
2.5. Como medir/avaliar o ageísmo?	23
3. OBJETIVO	27
4. MÉTODO	28
4.1. Participantes	28
4.2. Procedimento.....	28
4.3. Análise Estatística	30
5. RESULTADOS.....	31
5.1. Análise Descritiva e caracterização da amostra	31
6. DISCUSSÃO.....	44
6.1. Considerações Finais	50
7. CONCLUSÕES.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS.....	66

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento traz consequências para a autonomia, independência e qualidade de vida do idoso, pois ao alterar suas características físicas, sensoriais e cognitivas pode, indiretamente, afetar suas necessidades sociais e afetivas. Na tentativa de impedir ou retardar essas consequências, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe o paradigma do envelhecimento ativo, estruturado na possibilidade contínua de saúde física, social e mental (OMS, 2017).

Um dos objetivos estratégicos do plano da OMS está na criação de esforços concretos para combater o estigma em relação ao envelhecimento (ageísmo) como um passo essencial na promoção do Envelhecimento Saudável.

As atitudes da OMS são embasadas em estudos próprios que estimam que, até 2030, uma em cada cinco pessoas terá 60 anos ou mais, totalizando 2 bilhões de pessoas idosas no mundo (OMS, 2017). Além disso, segundo a Organização, até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos.

Apesar deste cenário, ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso, assim como as particularidades e os desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social.

O ageísmo é uma construção social da velhice que retrata o envelhecimento e as pessoas mais velhas com um estereótipo muitas vezes negativo (AYALON, 2020).

A literatura sugere que atitudes negativas em relação aos idosos podem ter efeitos adversos, especialmente em ambientes de saúde. O preconceito de idade (ageísmo) é um viés negativo que resulta em estereótipos e discriminação contra indivíduos mais velhos e é uma das formas mais institucionalizadas de preconceito na sociedade atual.

Desta forma, o estudo das atitudes sobre o envelhecimento pode trazer luz ao conhecimento das relações que se estabelecem entre o idoso e o referido profissional, com grandes reflexos no cuidado prestado à pessoa idosa.

As atitudes estereotipadas da população de um modo amplo e, de modo especial, dos profissionais de saúde, impõem barreiras adicionais ao bom funcionamento da comunicação na velhice, por esta razão elas devem ser evitadas (QUARESMA e RIBEIRINHO, 2016).

O profissional apresenta uma atitude ageísta quando classifica o idoso como inflexíveis, solitários, religiosos, improdutivos, doentes, depressivos, senis, frágeis e sem energia (NUSSBAUM et al, 2005).

O próprio preconceito do idoso (Auto-Ageísmo), bem como da sociedade, incluindo os profissionais da saúde, pode repercutir nas práticas de saúde (FONSECA et al., 2016). Havendo, portanto, a necessidade da desconstrução dos estereótipos negativos associados à idade para a configuração de uma sociedade mais saudável e inclusiva.

ORY et al (2003), comentaram que os profissionais de saúde são atores cruciais e que também podem ser praticantes do ageísmo. Não só atitudes negativas são prejudiciais para os idosos, mas também afetam a qualidade da comunicação entre o profissional médico especialista e paciente. Este é um argumento válido para intervenções que se mostraram eficazes em combate ao estereótipo, não só no nível de educação dos alunos, mas também mais tarde, durante a prática médica de um especialista.

IVERSEN; LARSEN e SOLEM (2009) relataram que, particularmente nas situações de agenda lotada, os médicos tendem a dedicar menos tempo aos pacientes mais velhos. Além disso, em situações como esta, eles estavam inclinados a atribuir as queixas feitas por eles para a idade.

Em um estudo realizado em Taiwan em pacientes idosos que sofrem de fratura de quadril (HUANG; LIANG; SHYU, 2014), alguns dos entrevistados relataram ter sido informados por um médico que uma pessoa de sua idade não pode esperar menos dor em condições médicas. Tal viés leva à negligência e à prestação de menos cuidados, o que é necessário para uma recuperação bem-sucedida.

SIMKINS (2007) relatou que médicos e enfermeiros comentaram que preferem pacientes mais jovens a mais velhos. Dizem que os mais jovens são mais produtivos e têm maior expectativa de vida saudável.

Em todas as situações citadas há o viés do ageísmo, termo cunhado por Robert N. Butler (1969), que também buscou ativamente formas eficazes de erradicá-lo. Dado que era um psiquiatra, um dos campos que ele considerava cruciais para conseguir isso era o ambiente médico (ACHENBAUM, 2015). Profissionais de saúde, em sua opinião, devem ser treinados para tratar idosos com compaixão e dignidade.

O próprio Butler fundou e gerenciou o Centro Internacional de Longevidade em Nova York. Um dos principais objetivos da instituição era realizar oficinas de combate a atitudes ageístas (NORTE, 2015).

CHONODY (2015) fez uma revisão sistemática da literatura sobre intervenções pedagógicas baseadas em evidências científicas visando a redução de atitudes ageístas entre os estudantes de saúde. Em suas investigações, a pesquisadora descobriu que a participação em treinamentos sobre as questões de envelhecimento dos pacientes é eficiente.

Quando a intervenção forneceu informações aos participantes sobre o tema em questão, o conhecimento aumentou. Todavia, não foi suficiente para alterar atitudes. Estas mudaram quando a intervenção pedagógica consistiu em um componente experimental, como o contato (por exemplo: ser colocado em um estágio, focar no trabalho com um idoso ou fazer uma entrevista com uma pessoa dessa faixa etária).

O que é crucial ter em mente é o fato de que o ageísmo deve afetar, literalmente, a todos. O reconhecimento das diferenças individuais de cada idoso e o contexto específico de sua vida é fundamental para compreender e prestar cuidados e serviços adequados. Isto é válido não apenas na medicina, mas também nos ambientes sociais e educacionais (NOWAKOWSKA, I, 2017).

O envelhecimento é um fenômeno demográfico e objeto complexo, pois envolve diferentes aspectos: biológico, psicológico, social, entre outros. O fonoaudiólogo, profissional que atua na área dos distúrbios da comunicação humana, está inserido neste cuidado à medida que trabalha na promoção, na prevenção e na reabilitação destes distúrbios.

Seguindo o percurso de outras ciências, a Fonoaudiologia aprofunda-se a cada dia na discussão e no aprimoramento de técnicas para o tratamento das condições características do envelhecimento. Ao mesmo tempo, o profissional fonoaudiólogo redimensiona sua atuação, dirigindo seu foco para a qualidade de vida e não mais apenas para a doença (BILTON et al, 2016).

Na fonoaudiologia, o cuidado com o idoso ocorre em todas as áreas de especialidade. São diversos os quadros de doenças crônicas e raros os que não necessitam de medicamentos, acompanhamento médico e reabilitação. Em diversos

momentos, portanto, este profissional se depara com situações de ageísmo por parte de familiares, outros profissionais e do próprio sujeito.

Tendo em vista o cenário apresentado até o momento e o peso da doença crônica na população idosa e das sequelas fonoaudiológicas que podem ocorrer nesta população, é importante identificar o preconceito etário entre os estudantes e profissionais da fonoaudiologia.

A maior barreira para a transformação de atitudes e de comportamentos em relação à velhice é a falta de conhecimento científico entre os profissionais de educação e de saúde. Assim também acontece com a falta de esclarecimento de pessoas de todas as idades sobre as características e as potencialidades do envelhecimento (BRINGLE e KREMER, 1993; LOWENSTEIN et al, 2001; CACHIONI, 2002; TAN; JOSHI, 2002; PRUDENT; TAN, 2002; MEYER, 2003; CACHIONI; NERI, 2004 a, b; FAJELMELHIN, 2004; MCCONATHA et al, 2004; TAN; ZHANG; FAN, 2010).

Em vista das considerações apresentadas, surgem algumas questões que podem ser respondidas por meio de pesquisas: “Se treinarmos nossos especialistas e encontrarmos medidas para avaliar seus conhecimentos e atitudes, isso é suficiente para ajudar com sucesso a população em seu envelhecimento? ”, “Se o ageísmo é tão endêmico e persistente, pode mudar? ”, “Na fonoaudiologia, qual o conhecimento sobre envelhecimento existente entre estudantes e profissionais fonoaudiólogos? ” e “Este conhecimento é influenciado pela variável idade, nível de experiência ou por experiências de convívio com pessoas idosas? ”.

Para responder a estas questões, a pesquisa aqui apresentada tem como objetivo identificar o conhecimento sobre envelhecimento em profissionais fonoaudiólogos e estudantes de graduação em Fonoaudiologia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O ageísmo implica características reais da velhice, como vulnerabilidade em comparação com a população mais jovem, a saúde, incluindo-se alguns mitos transmitidos por meio da cultura em que se encontra. Às vezes, usa-se uma máscara de positividade, que pode resultar em discriminação, exclusão e danos emocionais. Este conteúdo é visível até mesmo entre os médicos, admitir algum preconceito ou ageísmo (HEAPE et al., 2020).

Sendo sutil, positivo, ou não, o preconceito é perceptível para os idosos, que podem internalizar o conteúdo estereótipo e entrar em um ciclo vicioso de falsas convicções sobre si mesmos.

Segundo IVERSEN et al. (2009), o ageísmo é composto por três dimensões: estereótipos (componente cognitivo - por exemplo: “acho que os idosos são um fardo para a sociedade”); preconceito (componente emocional - por exemplo: “eu não gosto de conversar com idosos”); e discriminação (componente comportamental - por exemplo: “eu tento não interagir com idosos”).

Sendo assim, é possível identificar quatro grandes classificações de ageísmo, de acordo com o Centro Internacional de Longevidade, Força-Tarefa Anti-Ageísmo (2006).

1. Ageísmo pessoal — atitudes, crenças de um indivíduo, e ideias tendenciosas contra pessoas ou grupos com base em idade.

2- Ageísmo institucional — práticas, regras e missões (como na força de trabalho ou na saúde) que são discriminatórias contra indivíduos ou grupos devido a idade mais velha.

3. Ageísmo intencional — ações realizadas conscientemente tendenciosas que aproveitem a vulnerabilidade de pessoas mais velhas.

4. Ageísmo não intencional (também conhecido como viés implícito) – ideias ou ações realizadas, muitas vezes sem saber, que são tendenciosas contra o envelhecimento.

A literatura tem mostrado que o envelhecimento pode estar associado a consequências fisiológicas para a saúde a curto e longo prazo (LEVY et al., 2000).

Pesquisadores documentaram aumento cardiovascular a respostas de estresse (ou seja, aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e condutância da pele) entre adultos mais velhos subliminarmente expostos a estereótipos negativos de envelhecimento em comparação com aqueles expostos a estereótipos positivos.

É importante lembrar, portanto, que a elevação frequente da pressão arterial e frequência cardíaca podem levar à hipertensão e podem contribuir ou agravar outras doenças crônicas tais como: doenças cardíacas e renais, obesidade, diabetes (JULIUS; VALENTINI; PALATINI, 2000; LAGO; SINGH; NESTO, 2007; GO et al., 2013).

LEVY et al (2000), por sua vez, exploraram a influência dos estereótipos sobre a visão de vida e morte de uma amostra de idosos, mensurada pelo desejo dos participantes de aceitar ou rejeitar tratamentos médicos para prolongar a vida.

Com base nas respostas às questões propostas pelos pesquisadores, os indivíduos foram categorizados como portadores de estereótipos positivos ou negativos em relação à velhice. Os participantes idosos com estereótipos negativos tendiam a rejeitar intervenções para prolongamento da vida, enquanto aqueles com estereótipos positivos tendiam a aceitar tais intervenções. Tal descoberta sugere que os estereótipos negativos da velhice transmitidos socialmente podem enfraquecer a vontade de viver dos idosos.

Ao ampliar o olhar para todo o curso da vida, é notável que o preconceito de idade não é vivenciado a todo momento, como o racismo costuma acontecer. Entretanto, a exposição repetida a estressores crônicos associados a estereótipos e discriminação de idade pode aumentar o risco de doenças crônicas, mortalidade e outros resultados adversos à saúde (ALLEN, 2016).

Sendo assim, foi constatado que adultos mais jovens com estereótipos de envelhecimento mais negativos têm taxas mais altas de eventos cardiovasculares no decorrer da vida (LEVY; SLADE e GILL, 2006).

Em outros estudos, adultos mais velhos com percepções negativas sobre o envelhecimento demonstraram pior saúde funcional (LEVY et al., 2000), assim como recuperaram-se de doenças mais lentamente (LEVY; SLADE; MAY e CARACCILO, 2006), e tiveram menor expectativa de vida (LEVY; SLADE e KASL, 2002).

O desempenho cognitivo também sofre influências prejudiciais de estereótipos negativos sobre o declínio cognitivo relacionado à idade (MARQUET; MISSOTEN e ADAM, 2016).

Em outro âmbito, é possível observar que embora a perda auditiva relacionada à idade seja uma das condições mais prevalentes que afetam os idosos, pouca pesquisa tem sido realizadas sobre os estereótipos que podem contribuir para isso.

Um estudo realizado nos Estados Unidos (LEVY; SLADE e GILL, 2006), investigou se estereótipos de idade dos idosos predizem o declínio auditivo exibido ao longo do tempo. A amostra foi composta por 546 pessoas residentes na comunidade, com idades entre 70 e 96 anos.

Foram realizados ajuste para audição, idade e outras variáveis relevantes para a pesquisa em questão. O resultado é que os estereótipos negativos dos participantes relacionados à idade e aparência física demonstraram percepção auditiva significativamente pior nos 36 meses seguintes.

Esses achados sugerem que estereótipos de idade influenciam a percepção sensorial dos indivíduos mais velhos. Este foi o primeiro estudo a demonstrar que os estereótipos de idade dos idosos são capazes de prever sua percepção sensorial.

Estereótipos negativos sobre a idade e aparência física, portanto, podem ter consequências adversas de comportamento de saúde. Por exemplo, os achados de que os idosos, ao contrário dos indivíduos mais jovens, tem mais aceitação sobre a perda auditiva (FOZARD e GORDON-SALANT, 2001). Além disso, idosos com perda auditiva muitas vezes não procuram cuidados profissionais (BOGARDUS; YUEH e SHEKELLE, 2003). Ambos os casos podem ser explicados em parte por estereótipos de idade.

Novas pesquisas serão necessárias para determinar se indivíduos mais velhos, que possuem estereótipos mais negativos relacionados à idade e aparência física, podem assumir que a perda auditiva é inevitável e, portanto, não merece atenção médica.

Outra questão a ser estudada é se a falta de apoio da família e amigos, bem como dos profissionais de saúde, para a busca de ajuda no enfrentamento da perda auditiva (MAHONEY; STEPHES; CADGE, 1996) também pode ser parcialmente devido ao seu compartilhamento, ou mesmo promover, o senso de inevitabilidade.

Na ausência de uma intervenção médica de rotina para perda auditiva (BOGARDUS; YUEH e SHEKELLE, 2003), a possibilidade de uma explicação psicossocial assume importância adicional.

Vale ressaltar que os efeitos do ageísmo se manifestam em várias formas e ambientes (doméstico, institucional e social) e repercutem até no enfrentamento do COVID 19. Como pode ser visto em testemunhos, há idosos que se recusam a tomar a vacina porque *“tem gente mais jovem que precisa mais”*.

O mesmo comportamento ocorre na reabilitação dos distúrbios da comunicação, disfagia, nos distúrbios da memória e da audição, na adaptação de aparelhos auditivos, óculos, etc. Se essa premissa for verdadeira, há a necessidade de identificar, executar e avaliar estratégias para melhorar o processo de cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde (APS).

Um passo importante foi dado em 2006 com a instituição da Política Nacional de Saúde do Idoso foi instituída no Brasil. Em conjunto com tal política, veio a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, AMPI, (MS, 2006). Esta foi desenvolvida para preparar profissionais de saúde para a aplicação de exames de rastreamento e avaliação da capacidade funcional em idosos.

O instrumento acima mencionado apresenta questões sobre saúde, doenças, distúrbios sensoriais, mobilidade e independência. Cada resposta é pontuada com “Não” (0 ponto) ou “Sim” (1 ponto). A partir disso, uma pontuação total é calculada, resultando na seguinte classificação: 0-5 pontos = idoso saudável; 6-10 pontos = idosos pré-frágeis, > 11 pontos = idosos frágeis.

Considera-se hoje que a fragilidade é melhor descrita como um construto multidimensional e o produto de uma interação complexa entre o que uma pessoa consegue realizar e seus déficits.

Aos poucos o conceito de “ser frágil” foi substituído pelo de “tornar-se frágil”, com base em três pressupostos: a) nem todas as pessoas com limitações no desempenho das atividades seriam frágeis; b) nem todas as pessoas frágeis apresentariam limitações no desempenho das atividades; c) a existência de potencial para prevenção (REINHARDT; BOERNER e BENN, 2003).

Retomando o registro de ageísmo, a literatura é diversa ao documentar sua existência em diferentes situações: ambiental, social e institucional. Dentre os

documentos propostos, PALMORE (2001) desenvolveu um instrumento que tinha como propósito buscar respostas para três importantes questões relacionadas ao ageísmo: qual a sua prevalência nas diferentes sociedades? Que tipos de ageísmo são mais prevalentes? Quais subgrupos de pessoas idosas relatam mais ageísmo?

Ao final da pesquisa, o autor concluiu que este instrumento apresentava confiabilidade e validade satisfatória e que seria um instrumento válido para medir a prevalência do ageísmo em várias sociedades e dos vários tipos de ageísmo.

No Brasil, KOCH et al (2007), assim como FERREIRA e RUIZ (2012) aplicaram instrumentos de avaliação de conhecimento sobre envelhecimento em diferentes grupos de profissionais.

O instrumento utilizado foi o questionário “Palmore” que teve sua validade e confiança documentada por HOLTZMAN e BECK (1979) e por KLEMMARK e DURAND (1980). CERRI e BOLZANI (2004), por sua vez, modificaram e adaptaram o questionário à realidade brasileira. O objetivo dos autores era avaliar o nível de conhecimento que os cirurgiões-dentistas da rede pública de Campinas, Brasil, possuíam a respeito do envelhecimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou recentemente um plano com estratégias e ações globais sobre o envelhecimento e a saúde. Eles informam que a agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável deixa claro que uma vida saudável e o direito à saúde não começa ou termina em uma idade específica (OMS, 2017). Tais direitos são aplicáveis a todas as idades, incluindo os últimos anos de vida.

Se há o desejo de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, é necessário considerar o rápido envelhecimento populacional que está ocorrendo em quase todos os países, incluindo o Brasil. Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, no entanto, ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso, as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social.

Esta transição demográfica é sem precedentes e terá um impacto em vários aspectos da sociedade. Até 2030, uma em cada cinco pessoas terá 60 anos ou mais, totalizando 2 bilhões de pessoas idosas no mundo (WHO, 2017).

Um dos objetivos estratégicos no plano da Organização Mundial de Saúde, concentra-se na criação de esforços concretos para combater o ageísmo como um passo essencial na promoção do Envelhecimento Saudável.

De acordo com o documento, o combate ao ageísmo deve estar no cerne de qualquer resposta da saúde pública ao envelhecimento populacional. Embora isso seja desafiador, a experiência de lidar com outras formas generalizadas de discriminação, como o sexismo e o racismo, mostra que atitudes e normas podem ser alteradas.

O combate ao ageísmo também requer uma nova forma de entender o envelhecimento e a saúde. Tal entendimento é distante tanto da conceituação das pessoas mais velhas como um fardo, quanto na busca para aumentar a confiança e quebrar barreiras entre gerações, ao mesmo tempo em que proporcionam um senso de identidade comum e respeito às diferenças.

As principais estratégias incluem campanhas de comunicação que desafiam diretamente o ageísmo, assim como esforços conjuntos na mídia e no entretenimento para apresentar uma visão equilibrada do envelhecimento.

O combate ao ageísmo exige, no plano institucional, a adoção, modificação ou revogação de leis para proteger contra a discriminação direta ou indireta baseada na idade. É importante também o estabelecimento de outras medidas administrativas adequadas quando necessário.

Vale ressaltar que a noção de fragilidade física, geralmente agregada à imagem de incapacidade, atribui à velhice alguns estereótipos negativos, tais como: os idosos são iguais e decadentes, dependentes física e economicamente, doentes, com dificuldades de memória e tristes (ROZENDO, 2016).

Estes estereótipos ignoram a grande diversidade de habilidades em qualquer idade e podem levar a respostas simplistas. A remoção destes construtos sociais restritivos pode reforçar a visão de que, embora a idade mais velha muitas vezes acarretará perdas, também pode ser um período de crescimento pessoal, criatividade e produtividade (WHO, 2017).

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas, mas essas mudanças não são lineares, nem consistentes, e só estão vagamente associadas à idade em anos. Assim, enquanto alguns idosos de 70 anos podem

desfrutar de boa capacidade física e mental, outros podem ser frágeis e requerem apoio significativo para atender às suas necessidades básicas.

Um dado preocupante relacionado ao segmento populacional idoso é que se envelhece mal e precocemente no Brasil. O fato de não termos tido políticas para um envelhecimento ativo e saudável, centrado na promoção de saúde, de aprendizagem ao longo da vida, da participação cidadã e proteção dos mais fragilizados, exige de todos solidariedade intergeracional e interdisciplinar (KALACHE et al., 2020).

2.1. Ageísmo

Originada do inglês “age” (idade), ageísmo é a discriminação contra pessoas com base na idade. Como toda forma de preconceito, esta não tem nada de positivo. O termo ageísmo já é um tanto antigo: foi criado em 1969 pelo psiquiatra e gerontologista Robert Neil Butler.

Outro eminente pesquisador do envelhecimento, Erdman Palmore (2000), argumentou que o envelhecimento normal é visto como uma perda de funcionamento e habilidades. Por este motivo, carrega uma conotação negativa. Esta é uma das formas mais institucionalizadas de preconceito na humanidade atual (Nelson, 2016).

A discriminação ao idoso (ageísmo) ou a própria não aceitação do envelhecimento, denominada autoageísmo (OMS, 2016), apresenta consequências a essa população em relação à saúde. Observa-se um aumento do estresse, diminuição do desempenho cognitivo, além de poder diminuir o tempo médio de vida (MARQUES et al., 2014).

O ageísmo também pode ter um efeito sobre a sociedade no local de trabalho (MALINEN e JOHNSTON, 2013, e Mc CARTHY et al., 2019) bem como no ambiente médico.

Atualmente, a pesquisa sobre o ageísmo é marcada por inúmeras definições mais ou menos difusas do conceito deste. Muitos estudos investigam tanto as causas quanto as consequências do ageísmo, sem uma definição clara do fenômeno.

Como consequência, a área é caracterizada por resultados de pesquisa divergentes que são difíceis de testar e comparar. É, portanto, difícil obter um quadro conceitual sobre ageísmo (IVERSEN, 2009).

Com base em uma revisão da literatura existente, uma nova definição de ageísmo é introduzida. O ageísmo é definido como estereótipos, preconceitos e discriminações contra as pessoas por causa de sua idade (AYALON e TESCH-RÖME, 2018).

Tal definição é mais explícita e complexa do que as definições anteriores. Isso tem dois propósitos. Em primeiro lugar, sua clareza constitui a base para maior confiabilidade e validade em futuras pesquisas sobre o tema. Em segundo lugar, sua complexidade oferece uma nova forma de sistematizar teorias sobre neste campo de estudo.

Encontramos os termos idadismo, etarismo, velhofobia (GOLDENBERG, 2021) como sinônimos para ageísmo. Em geral, este tipo de discriminação é caracterizado pela ideia de que uma pessoa velha “não é mais útil” ou “não pode trabalhar porque é lenta e vai atrapalhar”.

Vale mencionar, entretanto, que o ageísmo também pode ser direcionado para faixas etárias mais jovens. Neste caso, há semelhanças entre o ageísmo em relação aos jovens e idosos.

O preconceito de idade é onipresente: está em nossa percepção e em nossas ações. Até mesmo a visão do envelhecimento feita pelo próprio indivíduo acontece através das lentes do preconceito. Na maioria das vezes, a pessoa não tem consciência das próprias percepções e comportamentos relacionados à idade (QUARESMA e RIBEIRINHO, 2016).

O preconceito de idade é prevalente em diferentes domínios da vida: no trabalho, nos espaços públicos, nas lojas, e em consultórios médicos. Elementos de preconceito de idade podem ser encontrados no comportamento dos indivíduos, nas regulamentações organizacionais e nos valores culturais.

O preconceito de idade é muitas vezes negativo e pode prejudicar as pessoas mais velhas, porque crenças ageístas podem levar a pessoa mais velha a agir de acordo com o que é esperado para a idade dela. Sendo assim, o ageísmo pode se tornar uma profecia autorrealizável (AYALON e TESCH-RÖME, 2018).

Os esforços para separar o corpo envelhecido do “espírito jovem” são vistos como tentativas para aceitar a velhice e a mortalidade. Estas tentativas são

equiparadas aos conceitos de envelhecimento bem-sucedido ou envelhecimento ativo.

Tais conceitos visam diferenciar os aspectos normais do envelhecimento como, por exemplo, a velocidade motora e o envelhecimento bem-sucedido (baixa carga de doenças e alto engajamento social). No entanto, essas definições também podem ser vistas como ageístas, porque colocam no indivíduo a responsabilidade pelo fracasso em “envelhecer com sucesso”, o que inclui uma grande parte da população de idosos. (LIANG e LUO, 2012).

2.2. Atitudes ageístas no ambiente organizacional

Os estudos pesquisados discutiram a importância do trabalho e suas influências identitárias, sociais e pessoais para o sujeito idoso. Também é discutido o fenômeno ageísmo, termo utilizado para todo e qualquer preconceito e discriminação que envolva o fator idade. A literatura enfatiza a necessidade de combater e modificar o modo que o sujeito idoso é visto no ambiente organizacional.

MARQUES; BATISTA e DA SILVA (2012) ressaltaram que ao associarmos trabalhadores mais velhos aos estereótipos negativos, como “ultrapassados” e “adoecidos”, dificilmente admitiremos a possibilidade de mantê-los ativos no mercado de trabalho, especialmente em cargos que exigem maior responsabilidade.

Por outro lado, LIMA et al. (2013) afirmaram que os trabalhadores mais jovens estão mais insatisfeitos em relação à sobrecarga de trabalho, ao nível de estresse e de cobranças de resultados e à saúde de modo geral. Estes autores comentaram que os mais jovens se consideram mais pressionados a equilibrar a vida profissional e pessoal porque seus filhos ainda são pequenos.

Apesar da situação em que se encontram, os mais jovens aceitam trabalhar mais ganhando menos do que os mais experientes. Tal disparidade pode provocar uma dificuldade na recolocação dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho.

Os mesmos autores revelaram ainda que os trabalhadores mais velhos se consideram mais leais do que os mais jovens. Por outro lado, estes dizem vivenciar

preconceitos associados à falta de competência e consideram os mais velhos mais resistentes às mudanças e mais presos às práticas de gestão ultrapassadas.

FRANÇA et al. (2017) e MOURA e VIANA (2011) defenderam que os estereótipos, sejam eles negativos ou positivos, são percebidos pelos trabalhadores mais jovens e mais velhos. Percepção esta que pode influenciar as relações de trabalho, como, por exemplo, as oportunidades de emprego negadas em função da idade.

O ageísmo organizacional pode ser definido por um conjunto de atitudes negativas ou positivas frente ao envelhecimento, valorizando ou desvalorizando a força de trabalho dos mais velhos, favorecendo ou desfavorecendo a sua inclusão/exclusão e permanência no mercado de trabalho.

A discriminação quanto aos trabalhadores mais velhos, (RUBENS et al., [s.d.]) pode abranger desde a sua não contratação até a sua dispensa, especialmente quando a organização precisa reduzir seu quadro de funcionários (ROZENDO, 2016); (FRANÇA et al.2017).

Esses autores argumentam que atitudes etárias e estereótipos de idade no local de trabalho podem levar à discriminação e produtividade prejudicada e que quanto mais atitudes negativas a pessoa demonstrar diante do envelhecimento, mais ageísta ela será. De forma oposta, quanto menos atitudes negativas (ou mais positivas) ela apresentar, menos ageísta será.

Estudo realizado na Colúmbia Britânica com 173 cozinheiros e trabalhadores de serviços de alimentação durante um período de 12 meses verificou que as taxas de lesões musculoesqueléticas, contusões, queimaduras, irritações e alergias foram todas menores entre os maiores de 60 anos (FARROW e REYNOLDS, 2012). Com este resultado, os autores concluíram que os trabalhadores idosos têm mais preocupação de segurança e zelo pela saúde.

No artigo “O envelhecimento da Força de Trabalho no Brasil”, PEGORARO (2019) apontou evidências, a partir dos dados coletados na Previdência Social, de que há necessidade de maior número de estudos e pesquisas relacionadas à saúde e acidente de trabalho dos profissionais idosos. Ele também indicou a necessidade de ampliação do olhar para este segmento da população de trabalhadores.

O autor ressalta que esta população tende a aumentar nos próximos anos por conta da redução da entrada de trabalhadores jovens no mercado de trabalho e da ampliação do período de vida ativa exigido para a aposentadoria no país.

Outra pesquisa relacionada, sobre o “Envelhecimento da força de trabalho no Brasil”, da Fundação Getúlio Vargas (2013), aborda a relevância em preparar a equipe de recursos humanos para avaliar e aproveitar melhor o potencial do profissional mais velho.

Uma revisão de escopo intitulada “Ageísmo e o Trabalhador mais Velho” forneceu uma base de evidências fundamentais para a existência de estereótipos e percepções ageístas sobre trabalhadores mais velhos. Demonstrou também implicações do ageísmo em comportamentos reais em relação aos trabalhadores de idade mais avançada. Os autores enfatizam a importância da divulgação de políticas e práticas que trabalham contra o ageísmo (HARRIS et al ,2016).

Uma pesquisa realizada na Alemanha por (KLEISSNER e JAHN, 2020) propôs a medição implícita e explícita de atitudes ageístas relacionadas ao trabalho e aos estereótipos de idade. Os dados foram coletados em três amostras: estudantes (n = 50), idosos (n = 53) e trabalhadores (n = 93).

Neste estudo, os autores analisaram as atitudes autorrelatadas (explícitas) em relação aos trabalhadores mais velhos e mais jovens com um questionário. As atitudes implícitas foram avaliadas a partir das respostas dos participantes antes e depois de uma intervenção de imagens mentais. Nesta atividade os autores pediram aos participantes do grupo que imaginassem trabalhadores mais velhos respeitados e valorizados de seu entorno.

Os resultados foram apresentados em três estudos e demonstraram atitudes implícitas negativas e estáveis em relação aos trabalhadores mais velhos. Por outro lado, as atitudes explícitas não mostraram viés de idade e foram mais suscetíveis à mudança de intervenção. Desta forma, as atitudes se tornaram mais positivas em relação aos trabalhadores mais velhos após a manipulação experimental.

Os autores concluíram que a pesquisa em questão demonstrou a natureza inconsciente do preconceito contra os trabalhadores mais velhos. Foi destacada também a utilidade das medidas implícitas de atitude no contexto do local de trabalho. De acordo com os autores, na era atual do envelhecimento da força de trabalho e da

escassez de habilidades, medidas implícitas podem ser necessárias para iluminar o ageísmo oculto no local de trabalho.

Na pesquisa intitulada “Ageísmo no contexto organizacional: a percepção de trabalhadores brasileiros” (FRANÇA et al, 2017) os autores elaboraram e validaram um instrumento no Brasil para medir o ageísmo no contexto organizacional. Este instrumento foi validado com 600 trabalhadores de todas as regiões do país.

O objetivo da pesquisa foi elaborar a Escala de Ageísmo no Contexto Organizacional (EACO), buscando evidências de validade da sua estrutura e investigando possíveis diferenças nos preconceitos contra trabalhadores mais velhos. O artigo destacou que estas diferenças foram observadas em relação a sexo, idade e nível de escolaridade dos participantes.

Os resultados indicaram que os trabalhadores mais jovens apresentaram atributos mais negativos (rude, ineficiente, indiferente, desinteressado, não cooperativo, e malsucedido) contra o envelhecimento que os mais velhos; estes apresentaram atributos mais positivos (confiáveis, comprometidos com o trabalho e organização, socialmente competentes, leais, responsáveis, sábios e carinhosos).

Os autores sugeriram que a Escala de Ageísmo no Contexto Organizacional seja utilizada também em sua versão mais longa em futuras pesquisas, com grupos nacionais e transnacionais, assim como com participantes de diferentes níveis educacionais para investigar causas e consequências do ageísmo organizacional.

(LAGACÉ; VAN DE BEECK e FIRZLY, 2019) em Otawa, por sua vez, analisaram uma amostra de 415 trabalhadores idosos canadenses com o objetivo de estudar suas respostas para a seguinte questão: Podemos combater o ageísmo no local de trabalho baseados no clima intergeracional?

Os participantes preencheram um questionário sobre satisfação no local trabalho. Os resultados sugeriram que um clima de trabalho intergeracional saudável exerce um impacto significativo e positivo sobre o ageísmo percebido no local de trabalho.

Por sua vez e como previsto, o ageísmo diminuiu significativamente os sentimentos de satisfação no trabalho. Além disso, a importância de um clima de trabalho intergeracional saudável é demonstrada através de uma ligação direta com o nível de satisfação dos trabalhadores mais velhos.

Apesar de ainda raros, alguns estudos brasileiros sobre ageísmo no contexto organizacional devem ser destacados. O estudo qualitativo de LOTH e SILVEIRA (2014) relacionou os estereótipos percebidos por “envelhescentes” em relação ao preconceito contra a idade no trabalho.

Os autores identificaram três categorias de percepções estereotipadas: de si mesmos, dos outros e dos jovens. Os autores apontaram para a relevância de políticas intergeracionais que promovam a aproximação entre as pessoas que se encontram em distintos estágios da vida.

Em outro momento, um estudo transversal descritivo, com 213 agentes comunitários das 12 unidades básicas de saúde e das 29 unidades de saúde da família de Marília. O trabalho teve como objetivo analisar as relações entre agentes comunitários de saúde e os cuidados prestados a idosos (FERREIRA e RUIZ, 2012).

Os resultados demonstraram que predominaram no quadro dos agentes comunitários os adultos jovens, do sexo feminino, casados, escolaridade > 12 anos e inseridos na atividade há mais de seis anos. A maioria dos agentes relatou experiência com grupo de idosos e convivência intra domiciliar com pessoas dessa faixa etária, porém menos da metade referiu capacitação no tema envelhecimento.

Ainda sobre os resultados, foi percebido que o número de acertos sobre gerontologia foi baixo e esteve diretamente associado às capacitações recebidas pelos agentes. Foram observados estereótipos em relação ao idoso, na medida em que muitos agentes os consideravam insatisfeitos e dependentes.

Os autores concluíram que é essencial mudar as atitudes e melhorar o conhecimento que se tem acerca do envelhecimento no enfrentamento das demandas advindas dessa fase da vida. É fundamental qualificar a formação do agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso na atenção primária. (FERREIRA e RUIZ, 2012).

2.3. Ageísmo e Representação Social

O uso da Teoria de Representação Social (Social Representation Theory - SRT) estuda as percepções coletivamente e auxilia na compreensão da influência da cultura familiar em relação ao idoso (CHUNDU et al., 2021). Esta teoria foi proposta por MOSCOVICI em 1961 e adotada em Fonoaudiologia por MANCHAIAH et al (2015).

O termo social destaca que as representações desenvolvidas são sociais e levam em consideração vários aspectos como, por exemplo, as práticas culturais, históricas, econômicas, políticas, ideias e crenças religiosas. Representações sociais definem como interagimos com os outros; são criadas a partir de trocas diárias e de comunicação.

Além dos pontos citados, atitude e estigmatização fazem parte da representatividade social, portanto, a representatividade social é um aspecto mais básico de uma comunidade que pode influenciar as práticas de um indivíduo (MANCHAIAH et al 2019).

Um estudo intercultural sobre a representação social da perda auditiva entre pessoas com perda auditiva, foi realizado por CHUNDU et al (2020). O objetivo era examinar a representação social da "perda auditiva" e do "aparelho auditivo", em 424 pessoas com perda auditiva na Índia, República da Coreia, Reino Unido e Estados Unidos da América.

Os entrevistados da República da Korea, relataram um maior número de associações neutras em comparação com os outros países. Isso sugere que esses entrevistados apresentaram uma visão da perda auditiva como uma condição que é controlada com uso de aparelhos auditivos.

Foi possível perceber que existiu mais similaridade do que diferenças entre os países em relação a representação social da perda auditiva e do aparelho auditivo. O estudo forneceu uma visão de como a pessoa vê coletivamente sua "perda auditiva" e aumenta a compreensão da influência da cultura na representação social da "perda auditiva".

Os resultados ajudarão no desenvolvimento de material culturalmente apropriado tais como campanhas de educação pública, material de marketing e reabilitação adequada para pessoas com perda auditiva.

SOUTHALL et al (2010) examinaram o estigma relacionado ao comportamento de adultos em buscar ajuda quando ocorre uma alteração na audição. Os autores

concluíram que a pessoa com perda auditiva adquirida passa por um processo de negação de sua perda auditiva e busca ajuda apenas quando a audição piora e começa a afetar sua vida social.

Como já foi apresentado, o preconceito de idade não seja vivenciado durante todo o curso de vida, como o racismo costuma acontecer. No entanto, a exposição repetida a estressores crônicos associados a estereótipos e discriminação de idade podem aumentar o risco de doenças crônicas, mortalidade e outros resultados adversos à saúde (ALLEN, 2016).

O preconceito da idade ficou bastante explicitado neste momento em que 203 países e territórios foram afetados pelo surto COVID-19 (WORDOMETER, 2020). Idosos, em particular, são impactados negativamente por esta pandemia (LIPSITCH et al., 2020).

Não há dúvida de que a idade representa um grande risco para mortalidade por COVID-19. Ao mesmo tempo, há relatos de centenários, que se recuperaram de COVID-19, e de adultos mais jovens, que não (COFFEY e ORANSKY, 2020; LANESE e ESCRITOR, 2020). Além disso, a prevalência de pessoas mais jovens infectadas pelo vírus é maior do que a de idosos (VIGILÂNCIA, 2020).

Dado este cenário, a idade isolada, portanto, é provavelmente um critério insuficiente para prever o impacto direto do surto. Tensão intergeracional, caracterizada como conflito entre pessoas de diferentes gerações, também foi intensificada como resultado do surto e resultou em aumento do ageísmo em todo o mundo (OMS, 2020).

Em alguns países, a divisão entre jovens e idosos resultou em manifestações um pouco diferentes, dependendo do fundo sociocultural do país e sua capacidade de lidar com a pandemia. Em Israel, o Ministério da Defesa havia emitido uma declaração que "a missão mais importante é separar os idosos dos jovens pois a combinação letal é quando a vovó encontra seu neto e o abraça" (GROSS e TOI STAFF, 2020). Esta afirmação explicitamente argumentada pela idade marca a divisão entre as gerações e retrata o contato intergeracional como um problema.

Seguindo a mesma lógica, no Reino Unido, a primeira resposta ao surto era "negócios como de costume". O Primeiro Ministro, Boris Johnson, tinha sugerido que

os velhos com mais de 70 anos deveriam se auto isolar por um período de 4 meses, enquanto todas as outras faixas etárias continuariam como usual (PARDAL, 2020).

Uma abordagem semelhante tem sido defendida em outros países, que havia enfatizado a importância de isolar socialmente idosos, muito mais do que toda a população (ARMITAGE e NELLUMS, 2020). Tal abordagem foi atribuída ao fato de que idosos já têm suas pensões e, portanto, não é provável que seja impactado financeiramente pelo isolamento social.

A linguagem fez divisão "nós" versus "eles", ou seja, jovens versus velhos. Este cisma reflete-se nas sociedades e famílias, gerando um impacto negativo não apenas em idosos, mas também em adultos mais jovens e na representação social frágil (AYALON, 2020); (SCHARF et al., 2020). De acordo com os autores, devemos também evitar o uso de termos como distanciamento social e em vez disso, usar o termo mais neutro: distanciamento físico.

Outro exemplo do preconceito da idade pode ser encontrado nas mídias sociais. A *hashtag* *#Boomerremover* tornou-se popular nos EUA e em outros países, enfatizando a divisão crescente e a animosidade entre gerações. Daí a dependência da idade cronológica como um marcador de risco resultou em consequências sociais adversas (GODFREY, 2020).

Mensagens semelhantes foram expressas em outras partes do mundo. Por exemplo, nos EUA o Vice-Governador do Texas, Dan Patrick, tinha dito que ele preferiria morrer do que causar danos na economia dos EUA, acrescentando que "muitos avós concordariam com ele" (BECKET, 2020).

Entretanto, os autores do artigo "Envelhecimento - Desafios do Séc. XXI", (QUARESMA e RIBEIRINHO, 2016) orientam uma reflexão sobre o futuro e o papel de diferentes atores sociais na construção do direito a envelhecer com dignidade e segurança, laço que une as diferentes gerações.

Segundo os autores, "a experiência da família de quatro ou cinco gerações constitui um universo novo das relações intergeracionais. A partir dos papéis tradicionais, novos papéis são desenvolvidos pelo usufruir deste mais tempo na partilha do lazer, da cultura, da formação, do desporto. As trocas familiares, portanto, revelam uma importante dinâmica no apoio dos mais velhos às gerações mais novas, sobretudo em tempos de crise e austeridade".

As representações sociais que as crianças e os jovens têm sobre o envelhecimento, a velhice e o idoso são relevantes socialmente, uma vez que estes sujeitos têm de lidar com o próprio envelhecimento e o de outras pessoas (MOSCOVICI, 2005; SANTOS; TURA e ARRUDA, 2011).

Tais representações são construídas ao longo das gerações e, portanto, variam conforme fatores sociais, culturais, e políticos, além das experiências e vivências pessoais (MAZUTTI e SCORTEGAGNA, 2006). Por isso, essas concepções são influenciadas pela educação, tanto formal quanto informal, especialmente nas fases infantil e juvenil, já que nelas o indivíduo está em processo de formação de identidade e consciência crítica (CACHIONI e AGUILAR, 2008).

O papel da educação formal nesse processo foi reconhecido pelo Estatuto do Idoso, promulgado em 2003, o qual preconiza que os currículos da educação formal incluam conteúdos sobre o processo de envelhecimento, o respeito e a valorização do idoso como formas de eliminar o preconceito (BRASIL, 2003).

STEFFEN (2007) recomenda que o livro infanto-juvenil seja usado como um instrumento de sensibilização da consciência. Desta forma, possibilita-se que as crianças e os jovens se tornem mais críticos, capazes de ler o mundo, indagar, criar e transformar a realidade.

FERREIRA et al (2015) realizaram um estudo exploratório sobre a visão do envelhecimento, da velhice e do idoso veiculada por livros infanto-juvenis. Os resultados da pesquisa sugeriram o incentivo à utilização dos livros infanto-juvenis no processo educativo a respeito do tema envelhecimento, não só em termos de cidadania e civilidade como também em termos de educação em saúde.

As autoras enfatizaram a necessidade do preparo dos educadores para discutir sobre a temática do envelhecimento, assunto normalmente ausente na formação de professores.

A partir dos livros é possível estimular a sociedade a pensar em estratégias para estimular nas crianças e nos jovens um pensamento crítico-reflexivo acerca do envelhecimento, da velhice e do velho. Isso é positivo tanto para propiciar que o processo de envelhecimento seja melhor vivenciado por eles, como para viabilizar uma convivência mais positiva entre eles.

2.4. Ageísmo sob a escuta dos idosos

SOUZA-GUIDES e LODOVICI (2016) realizaram um estudo sobre o Idadismo/Ageísmo sob a escuta dos idosos. O objetivo era investigar a posição de pessoas idosas, em entrevistas, diante de episódios de discriminação social etária a que foram sujeitos. A avaliação também procurava entender do respectivo impacto negativo de indivíduos mais velhos sobre si mesmos.

Os resultados obtidos demonstraram que idosos vivenciaram episódios de preconceito/discriminação ocorridos em transporte coletivo (ônibus e metrô). Os entrevistados garantiram ter ouvido piadas desmoralizadoras aos idosos e generalização de atitudes.

PALMORE (2001) ao construir um instrumento avaliativo da discriminação social das pessoas idosas, baseado em uma revisão da literatura significativa, sugeriu que o mesmo fosse utilizado com três propósitos: conhecer a prevalência da discriminação com base na idade, os tipos de discriminação mais prevalentes e os subgrupos de pessoas idosas que relatam mais discriminação. Uma compreensão clínica e social deste fenômeno seria contribuir para aquilo a que PALMORE (2001) chama uma “epidemiologia” da discriminação.

FERREIRA-ALVES e NOVO (2006) realizaram um estudo descritivo sobre avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. O objetivo era conhecer o ponto de vista das pessoas idosas, ou seja, a sua própria percepção de ocorrências de episódios de discriminação.

Foi utilizado o questionário de Palmore, que caracterizou a percepção de 324 pessoas, homens e mulheres com mais de 60 anos e residentes de várias localidades em Portugal, algumas institucionalizadas e outras vivendo integradas, em condições normais, na comunidade. Os achados demonstraram uma associação positiva da percepção da discriminação com a idade.

Em pesquisa com 660 indivíduos com 50 ou mais, LEVY et al. (2002) verificaram que os indivíduos mais velhos com autopercepções mais positivas sobre o envelhecer, avaliados há 23 anos atrás, viveram em média 7,5 anos a mais do que os com baixa autopercepção.

Mesmo depois de controlar as variáveis idade, gênero, estado socioeconômico, solidão e saúde funcional, a vantagem se manteve. Também foi constatado que este efeito é mediado parcialmente pelo desejo de viver. Os resultados sugerem que as autopercepções aumentam a longevidade e influenciam a longevidade de grupos estigmatizados.

Uma pesquisa identificou percepções sobre satisfação com a vida, ajustamento psicológico e perspectiva de envelhecimento pessoal em adultos com deficiência física (NERI e RESENDE,2006). Os resultados demonstraram que para toda a amostra (n=90), quanto maior o senso de ajustamento, mais positiva a perspectiva de velhice pessoal.

Os escores de satisfação foram altos na presença de todos os critérios. Os mais novos, mais independentes e mais ajustados, eram os mais satisfeitos. Os com deficiência congênita e os mais ajustados psicologicamente mostraram perspectivas mais positivas de velhice.

Os autores concluíram que envelhecer com uma deficiência física é um processo que exige competência adaptativa, capacidade para responder com resiliência aos eventos que surgem na vida e para ajustar-se aos desafios acarretados pela deficiência.

Este processo implica também em ter discernimento de prioridades, manter relações sociais positivas, lutar por direitos e encontrar equilíbrio para lidar com as adversidades físicas e atitudinais. Tais desafios são impostos por uma sociedade ainda despreparada para a diversidade humana e para respeitar as diferenças e as particularidades de cada pessoa.

2.5. Como medir/avaliar o ageísmo?

Uma avaliação explícita do ageísmo indaga sobre os pensamentos, sentimentos ou comportamentos das pessoas em relação aos idosos por causa de

sua idade (PALMORE, 2001), enquanto uma avaliação implícita não revela que o foco da avaliação diz respeito à idade.

Em 1977, Palmore elaborou o primeiro Questionário de Fatos sobre o Envelhecimento (Facts Age Quiz) para inspirar o interesse dos alunos no tópico do envelhecimento e fornecer um breve teste objetivo sobre o assunto.

Após a ampla aceitação deste primeiro questionário, Palmore produziu uma segunda versão do questionário citado. Os questionários foram elaborados para medir o conhecimento básico de fatos físicos, mentais e sociais sobre a velhice e o envelhecimento, bem como equívocos comuns.

Com o objetivo de verificar o nível de informação sobre o envelhecimento humano entre 294 acadêmicos do último ano dos cursos de Odontologia da cidade de Curitiba, Brasil, KOCH (2006) utilizou o questionário modificado por CERRI e BOLZANI (2004) em uma versão de 23 questões.

Sendo assim, foi padronizado o instrumento de Palmore, o que possibilitou análises numéricas compatíveis. Isso ocorre, uma vez que estes dois estudos são, até o momento, os únicos que utilizaram este instrumento de investigação modificado à realidade brasileira.

Uma revisão sistemática realizada em 2019 (AYALON et al., 2019) detectou que existe gap nas escalas de ageísmo existentes. Os autores concluíram que apenas a escala denominada "*Expectation Regarding Aging Questionnaire*" (ERA -38), encontrou os requisitos mínimos para validação psicométrica (validade de construto, validade estrutural e consistência interna). No entanto, o instrumento só avalia a dimensão 'estereótipo' do ageísmo, deixando assim de avaliar as outras duas dimensões (preconceito e discriminação).

Segundo SARKISIAN et al 2005, esta escala permite correlações com a idade e medidas de autorreferência sobre saúde.

Os pesquisadores destacam a necessidade de desenvolver e validar uma escala que explique a natureza multidimensional do ageísmo. Ter uma escala que possa medir com precisão a prevalência do ageísmo é fundamental em um tempo de envelhecimento populacional crescente e rápido, onde a magnitude desse fenômeno pode estar aumentando (AYALON et al., 2019).

Os autores sugerem a necessidade de novos estudos medindo as 3 dimensões do Ageísmo, assim como os fenômenos explícitos e implícitos. Há também a necessidade de pesquisas em mais países pois a revisão não encontrou estudos em países pobres.

No Brasil, a Escala para Avaliação de Atitudes em Relação ao Idoso (Escala Néri) é uma escala diferencial semântica proposta por NERI (1991), cujos itens são representados por dois adjetivos em oposição. A intensidade das respostas é expressa numa variação de cinco pontos, assim como sua direção pela posição relativa dos adjetivos positivos ou negativos em cada par.

A ferramenta citada contém 30 pares de adjetivos relacionados a quatro domínios fatoriais. Esses domínios ou categorias são: 1) Cognitivo; 2) Agência; 3) Relacionamento Social; 4) Persona.

A categoria "Cognitivo" é relativa à capacidade de processamento da informação e de solução de problemas, com reflexos sobre a adaptação social, ela é composta de dez itens. A "Agência" reflete a autonomia e instrumentalidade para a realização de tarefas e é composta de cinco itens. A "Relacionamento Social", por sua vez, cobre aspectos afetivo-motivacionais e sua influência na interação social dos pacientes idosos e é composta de sete itens. Por fim, a categoria "Persona" alude à imagem social, refletindo os rótulos sociais comumente usados para designar e discriminar os idosos e é composta de sete itens.

O Inventário Sheppard (Inventário de Atitudes em Relação à Velhice) originalmente desenvolvido por SHEPPARD (1981) e adaptado para o português por Neri (1986) é uma escala composta por vinte itens que cobrem três dimensões de velhice: física, psicológica e social.

Seis itens abordam questões físicas (debilidade, inatividade e morte), sete refletem atributos psicológicos (satisfação e autoestima) e outros sete representam aspectos sociais (lazer, produtividade e companheirismo). Nove itens são asserções positivas e onze negativas.

Os vinte itens estão divididos em quatro fatores: Fator 1 (dez itens) - "É possível ser feliz na velhice"; Fator 2 (cinco itens) - "A velhice prenuncia dependência, morte e solidão"; Fator 3 (dois itens) - "É melhor morrer cedo do que sentir a angústia e a solidão da velhice" e Fator 4 (dois itens) - "A

velhice pode propiciar sentimentos de integridade". As respostas devem ser dadas numa escala Likert de quatro pontos ("discordo muitíssimo" a "concordo muitíssimo").

3. OBJETIVO

Identificar o conhecimento sobre envelhecimento em profissionais fonoaudiólogos e estudantes de graduação em Fonoaudiologia.

4. MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo e analítico que foi realizado por meio do Google Forms. Este estudo faz parte do projeto “Relações entre equilíbrio, audição e cognição no idoso” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC SP, sob o nº CAAE 43831015.10000.5482.

Foram respeitadas as exigências éticas para pesquisa com seres humanos, sendo assegurado aos participantes o sigilo e anonimato dos dados, que não teriam nenhum ônus ou receberiam quaisquer pagamentos e poderiam retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

4.1. Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 222 participantes, sendo 120 Fonoaudiólogos e 102 estudantes de graduação em Fonoaudiologia, de todas as regiões do país.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: participantes tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino pertencentes a faixa etária igual ou superior a dezoito anos, pertencentes à área de Fonoaudiologia. Os participantes foram distribuídos em dois grupos: fonoaudiólogos e estudantes do curso de fonoaudiologia. Os participantes foram escolhidos por estarem disponíveis.

4.2. Procedimento

O banco de dados foi criado utilizando e-mails de amigos e colaboradores e a técnica da bola de neve (*Snowball*), onde cada participante foi estimulado a convidar amigos de sua rede social online.

Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos: questionário semiestruturado contendo informações sociodemográficas (sexo, idade, anos de escolaridade, região) e profissionais (formação profissional).

A parte 1 inclui 4 questões que têm por objetivo avaliar a experiência/vivência pessoal do participante com o tema envelhecimento. O segundo instrumento, parte 2, é constituído do questionário “Palmore”.

Como já foi amplamente citado, a validade questionário utilizado e sua confiança foi documentada por HOLTZMAN e BECK (1979) e por KLEMMARK e DURAND (1980). CERRI e BOLZANI (2004) com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento que os cirurgiões-dentistas da rede pública de Campinas, Brasil, possuíam a respeito do envelhecimento, modificaram e adaptaram o questionário à realidade brasileira.

Na versão de CERRI e BOLZANI (2004), o texto apresentado cita o seguinte texto: “a maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadorias muito baixas (aproximadamente um salário mínimo – R\$ 240,00)”. Estes valores foram atualizados pela autora no presente estudo.

Na afirmativa sobre o percentual atual de idosos na população brasileira, há de se considerar que quando os autores da adaptação do questionário à realidade brasileira explicitaram 9%, o dado é referente ao ano de 2004. Desta forma, para que a afirmativa seja considerada atual o texto foi adaptado como “aproximadamente 12% da população” segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O questionário utilizado no presente estudo é uma versão traduzida e adaptada por KOCH et al. (2007) do *Palmore Aging Quiz*, que permitiu a Avaliação de Conhecimentos em Relação à Velhice, a partir das afirmações estabelecidas por Palmore. Por meio de revisão da literatura Koch et al estabeleceram critérios de “verdadeiras ou falsas” para as premissas apresentadas por Palmore.

O instrumento utilizado apresenta 23 itens com respostas dicotômicas tipo verdadeiro (V) ou falso (F) que abordam conhecimentos gerais sobre o idoso e o processo de envelhecimento.

O questionário é curto (requer somente 15 minutos para respondê-lo) e limitado a afirmações factuais que podem ser documentados através de pesquisa empírica (Figura 1). É projetado para abranger os fatos básicos físicos, mentais e sociais e a maioria dos equívocos sobre o envelhecimento.

A coleta de dados com o questionário ocorreu de duas formas: **a.** online através do Google Forms como instrumento para a coleta de dados. O questionário ficou

disponível para ser respondido de setembro a novembro de 2020, o que também auxiliou na divulgação deste estudo, sem conflitos de interesse. **b.** presencialmente, nesta forma, o material era entregue para os participantes para que, depois de ler o TCLE e assinar seu consentimento, respondessem às questões.

As respostas dos dois grupos de participantes (Fonoaudiólogos e Estudantes de Fonoaudiologia) foram analisadas a partir do critério apresentado por KOCH et al (2007), que, estabeleceu como verdadeiro ou falso as premissas apresentadas inicialmente por Palmore. A partir deste critério de interpretação, os dois grupos foram separados em subgrupos, a saber: ter conhecimento ou não ter conhecimento sobre envelhecimento.

4.3. Análise Estatística

Este estudo foi desenvolvido com base nos dados de 222 participantes distribuídos em dois grupos: fonoaudiólogos e estudantes de graduação em fonoaudiologia. Foram realizadas análises descritivas e comparativas.

Os resultados foram submetidos a teste qui-quadrado, t-Student e também análise de regressão logística (HOSMER e LEMESHOW, 2000). Para a seleção de variáveis utilizado foi o método *Stepwise* (PAULA, 2013). Os dados foram organizados e processados com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Ao longo de toda a análise, foi adotado um nível de significância $\leq 5\%$.

5. RESULTADOS

Com objetivo de verificar se as variáveis apresentam efeito no conhecimento sobre envelhecimento, a análise foi dividida em três partes:

Parte 1. Resultados da análise da investigação do efeito da variável participante sobre *não ter conhecimento sobre envelhecimento*, para cada uma das 23 questões.

Parte 2. Resultados da análise de prevalência de participantes (fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia) que *não apresentam conhecimento sobre envelhecimento* por questão.

Parte 3. Resultados da análise da investigação sobre o efeito das variáveis idade, *convivência ou experiências com o idoso* de participantes (fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia sobre *não ter conhecimento sobre envelhecimento*.

5.1. Análise Descritiva e caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 222 sujeitos, sendo que 54,1% são fonoaudiólogos, 45,9% são estudantes; a idade dos fonoaudiólogos variou de 26 a 68 anos, com média igual a 48,8 anos e desvio padrão igual a 9,2 anos. A idade dos estudantes variou de 18 a 31 anos, com média igual a 21,5 anos e desvio padrão igual a 2,8 anos.

Vale salientar que a idade dos estudantes de fonoaudiologia é menor do que a dos fonoaudiólogos. Há predominância do sexo feminino entre os dois grupos de participantes.

Tabela 1 – Características da amostra segundo a variável sexo da amostra: fonoaudiólogos e estudantes de graduação em fonoaudiologia (n=222).

Sexo	Fonoaudiólogo		Estudante		valor-p (χ^2)
	N	%	N	%	
Feminino	117	97,5	94	92,2	0,068
Masculino	3	2,5	8	7,8	

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Tabela 2 – Medidas descritivas da variável idade (anos) da amostra: fonoaudiólogos e estudantes de graduação em fonoaudiologia (n=222)

Participante	Média	Desv. Padrão	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo	valor-p
Estudante	21,5	2,8	18	20	21	24	31	<0,001
Fonoaudiólogo	48,8	9,2	26	42	49	55	68	

Fonte: Elaborada pela própria autora com base na pesquisa aplicada.

Tabela 3 – Medidas descritivas da variável Anos de escolaridade por participante fonoaudiólogos e estudantes de graduação

Participante	Média	Desv. Padrão	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo	valor-p
Estudante	14,7	2,1	12	13	15	16	24	<0,001
Fonoaudiólogo	19,4	6,0	12	17	18	20	55	

Fonte: Elaborada pela própria autora com base na pesquisa aplicada.

As Tabelas 2 e 3 mostram que tanto a média da idade quanto a média de anos de escolaridade são maiores para os fonoaudiólogos. Vale ressaltar que entre os fonoaudiólogos há 8 que apresentam mais de 25 anos de escolaridade, sendo que um deles relatou ter 55 anos de escolaridade.

Parte 1. Resultados da análise da Investigação do efeito da variável participante sobre *não ter conhecimento sobre envelhecimento*, para cada uma das 23 questões.

O quadro 1 apresenta os resultados da análise das respostas dos participantes segundo os critérios de interpretação (verdadeira ou falsa) de KOCH et al. (2007). Em negrito estão destacadas as respostas pré-determinadas por KOCH et al. (2007).

Quadro 1. Resultados da análise das frequências conjunta das Questões 1 a 23 por Participante e do valor-p do teste qui-quadrado segundo os critérios de interpretação (Verdadeiro ou Falso) de KOCH et al. (2007). **Em negrito** estão destacadas as respostas pré-determinadas pelos mesmos autores.

Questão		Interpretação	Fonoaudiólogo		Estudante		valor-p (χ^2)
			n	%	N	%	
Q1	Todos os 5 sentidos tendem a declinar na velhice	V	106	88,3	80	78,4	0,046
		F	14	11,7	22	21,6	
Q2	Pelo menos 20% dos idosos brasileiros vivem em asilos	V	83	69,2	88	86,3	0,003
		F	37	30,8	14	13,7	
Q3	Motoristas idosos sofrem menos acidentes do que jovens	V	77	64,2	47	46,1	0,007
		F	43	35,8	55	53,9	
Q4	A maioria dos idosos brasileiros não trabalha como	V	49	40,8	78	76,5	<0,001
		F	71	59,2	24	23,5	
Q5	Aproximadamente 80% dos idosos são saudáveis	V	73	60,8	38	37,3	<0,001
		F	47	39,2	64	62,7	
Q6	A maioria dos idosos não muda seu ponto de vista	V	84	70	95	93,1	<0,001
		F	36	30	7	6,9	
Q7	Idosos normalmente levam mais tempo para aprender	V	87	72,5	96	94,1	<0,001
		F	33	27,5	6	5,9	
Q8	É quase impossível para maioria de idosos aprender	V	5	4,2	17	16,7	0,002
		F	36	30	7	6,9	
Q9	O tempo de reação dos idosos tende a ser mais lento	V	106	88,3	77	75,5	0,012
		F	14	11,7	25	24,5	
Q10	A maioria dos idosos é muito parecida em seu modo de agir	V	42	35	53	52	0,011
		F	78	65	49	48	
Q11	A maioria dos idosos raramente é chata	V	66	55	39	38,2	0,013
		F	54	45	63	61,8	
Q12	A maioria dos idosos vive socialmente isolada e solitária	V	47	39,2	51	50	0,105
		F	78	65	49	48	
Q13	Trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que jovens	V	79	65,8	16	15,7	<0,001
		F	41	34,2	86	84,3	
Q14	Aproximadamente 12% da população brasileira tem	V	86	71,7	85	83,3	0,039
		F	34	28,3	17	16,7	
Q15	A maioria dos agentes de saúde dá pouca prioridade aos	V	32	26,7	18	17,7	0,109
		F	88	73,3	84	82,3	
Q16	A maioria dos idosos brasileiros vive com	V	118	98,3	101	99	0,659
		F	2	1,7	1	1	
Q17	A maioria dos idosos exerce alguma atividade ou gostaria	V	99	82,5	80	78,4	0,445
		F	21	17,5	22	21,6	
Q18	Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da	V	96	80	73	71,6	0,142
		F	24	20	29	28,4	
Q19	A maioria dos idosos sente-se miserável a maior parte do	V	35	29,2	43	42,2	0,043
		F	85	70,8	59	57,8	
Q20	A força física tende a declinar na velhice	V	116	96,7	100	98	0,53
		F	4	3,3	2	2	
Q21	A força física tende a declinar na velhice	V	48	40	62	60,8	0,002
		F	72	60	40	39,2	
Q22	A maioria dos idosos é senil tem memória deficiente	V	4	3,3	24	23,5	<0,001
		F	116	96,7	78	76,5	
Q23	A capacidade pulmonar tende a declinar na velhice	V	92	76,7	87	85,3	0,105
		F	28	23,3	15	14,7	

Legenda: Q1-Q23 questões. Baseado nos critérios estabelecidos por Koch Filho HR, Koch LF de A, Bisinelli JC, Moysés SJ, Moysés ST, França BHS. (Rev. Clín. Pesq. Odontol. 2007, mai/ago; 3(2):89-100). **Fonte:** Elaborado pela própria autora com base na pesquisa aplicada.

Parte 2. Resultados da análise dos dados obtidos de participantes (fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia) que não *apresentam conhecimento sobre envelhecimento* por questão.

O quadro 2 mostra que, para as questões Q7 e Q14, o percentual de participantes que não têm conhecimento sobre envelhecimento é maior entre os fonoaudiólogos. Já para as questões Q12, Q15, Q16, Q17, Q18, Q20 e Q23, o percentual de participantes que não têm conhecimento sobre a temática não difere entre fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia. Para as demais questões esse percentual é maior entre os estudantes de fonoaudiologia.

Em outras palavras, observa-se mais estudantes que não apresentam conhecimento sobre o envelhecimento.

Quadro 2 – Participantes (fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia) que não apresentam conhecimento sobre envelhecimento por questão. Razões de chances e respectivos intervalos de confiança (IC) calculados com um coeficiente de confiança de 95%.

Questão	ANÁLISE DA RESPOSTA	Fonoaudiólogo		Estudante		valor-p (χ^2)	Razão de chances	Intervalo de confiança	
		n	%	N	%		(Estud./Fono)	LI	LS
Q1	Ter conhecimento	106	88,3	80	78,4	0,046	2,08	1,003	4,322
	Não ter conhecimento	14	11,7	22	21,6				
Q2	Ter conhecimento	37	30,8	14	13,7	0,003	2,8	1,414	5,554
	Não ter conhecimento	83	69,2	88	86,3				
Q3	Ter conhecimento	77	64,2	47	46,1	0,007	2,1	1,222	3,593
	Não ter conhecimento	43	35,8	55	53,9				
Q4	Ter conhecimento	71	59,2	24	23,5	<0,001	4,71	2,624	8,45
	Não ter conhecimento	49	40,8	78	76,5				
Q5	Ter conhecimento	73	60,8	38	37,3	<0,001	2,62	1,519	4,505
	Não ter conhecimento	47	39,2	64	62,7				
Q6	Ter conhecimento	36	30	7	6,9	<0,001	5,82	2,458	13,761
	Não ter conhecimento	84	70	95	93,1				
Q7	Ter conhecimento	87	72,5	96	94,1	<0,001	0,16	0,066	0,412
	Não ter conhecimento	33	27,5	6	5,9				
Q8	Ter conhecimento	115	95,8	85	83,3	0,002	4,6	1,633	12,96
	Não ter conhecimento	5	4,2	17	16,7				
Q9	Ter conhecimento	106	88,3	77	75,5	0,012	2,46	1,2	5,036
	Não ter conhecimento	14	11,7	25	24,5				
Q10	Ter conhecimento	78	65	49	48	0,011	2,01	1,171	3,447
	Não ter conhecimento	42	35	53	52				
Q11	Ter conhecimento	66	55	39	38,2	0,013	1,97	1,154	3,379
	Não ter conhecimento	54	45	63	61,8				
Q12	Ter conhecimento	73	60,8	51	50	0,105	1,55	0,911	2,649
	Não ter conhecimento	47	39,2	51	50				
Q13	Ter conhecimento	79	65,8	16	15,7	<0,001	10,36	5,388	19,909
	Não ter conhecimento	41	34,2	86	84,3				
Q14	Ter conhecimento	86	71,7	85	83,3	0,039	0,51	0,263	0,974
	Não ter conhecimento	34	28,3	17	16,7				
Q15	Ter conhecimento	32	26,7	18	17,7	0,109	1,7	0,886	3,252
	Não ter conhecimento	88	73,3	84	82,3				
Q16	Ter conhecimento	118	98,3	101	99	0,659	0,584	0,052	6,537
	Não ter conhecimento	2	1,7	1	1				
Q17	Ter conhecimento	99	82,5	80	78,4	0,445	1,3	0,666	2,525
	Não ter conhecimento	21	17,5	22	21,6				
Q18	Ter conhecimento	24	20	29	28,4	0,142	0,63	0,338	1,171
	Não ter conhecimento	96	80	73	71,6				
Q19	Ter conhecimento	85	70,8	59	57,8	0,043	1,77	1,015	3,087
	Não ter conhecimento	35	29,2	43	42,2				
Q20	Ter conhecimento	116	96,7	100	98	0,53	0,58	0,104	3,234
	Não ter conhecimento	4	3,3	2	2				
Q21	Ter conhecimento	72	60	40	39,2	0,002	2,33	1,355	3,989
	Não ter conhecimento	48	40	62	60,8				
Q22	Ter conhecimento	116	96,7	78	76,5	<0,001	8,92	2,98	26,719
	Não ter conhecimento	4	3,3	24	23,5				
Q23	Ter conhecimento	92	76,7	87	85,3	0,105	0,57	0,284	1,132
	Não ter conhecimento	28	23,3	15	14,7				

Legenda: Q1 Todos os 5 sentidos tendem a declinar na velhice; Q2 Pelo menos 20% dos idosos brasileiros vivem em asilos; Q3 Motoristas idosos sofrem menos acidentes do que jovens; Q4. A maioria dos idosos brasileiros não trabalha como os jovens; Q5 Aproximadamente 80% dos idosos são saudáveis; Q6 A maioria dos idosos não muda seu ponto de vista; Q7 Idosos normalmente levam mais tempo para aprender algo novo; Q8 É quase impossível para a maioria de idosos aprender algo novo; Q9 O tempo de reação dos idosos tende a ser mais lento; Q10. A maioria dos idosos é muito

parecida em seu modo de agir; Q11 A maioria dos idosos raramente é chata; Q12 A maioria dos idosos vive socialmente isolada e solitária; Q13. Trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que jovens; Q14 aproximadamente 12% da população brasileira tem agora 60 anos ou mais; Q15 A maioria dos agentes de saúde dá pouca prioridade aos idosos. Q16 A maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadoria baixa; Q17 A maioria dos idosos exerce alguma atividade ou gostaria; Q18 Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da idade; Q19. A maioria dos idosos sente-se miserável a maior parte do tempo; Q20 A força física tende a declinar na velhice; Q21 Idosos não tem interesse para se relacionar sexualmente; Q22. A maioria dos idosos é senil tem memória deficiente; Q23. A capacidade pulmonar tende a declinar na velhice. / **Fonte:** Elaborada pela autora.

A partir das dos Quadros 1 e 2 foi construída a Tabela 4 que apresenta a prevalência de participantes (fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia) que não apresentam conhecimento por questão. A Figura 2 e a Tabela 10 mostram que a prevalência de participantes que não apresentam conhecimento nas questões Q16 e Q20 é muito baixa (inferior a 5,0%) tanto para fonoaudiólogos quanto para estudantes de fonoaudiologia.

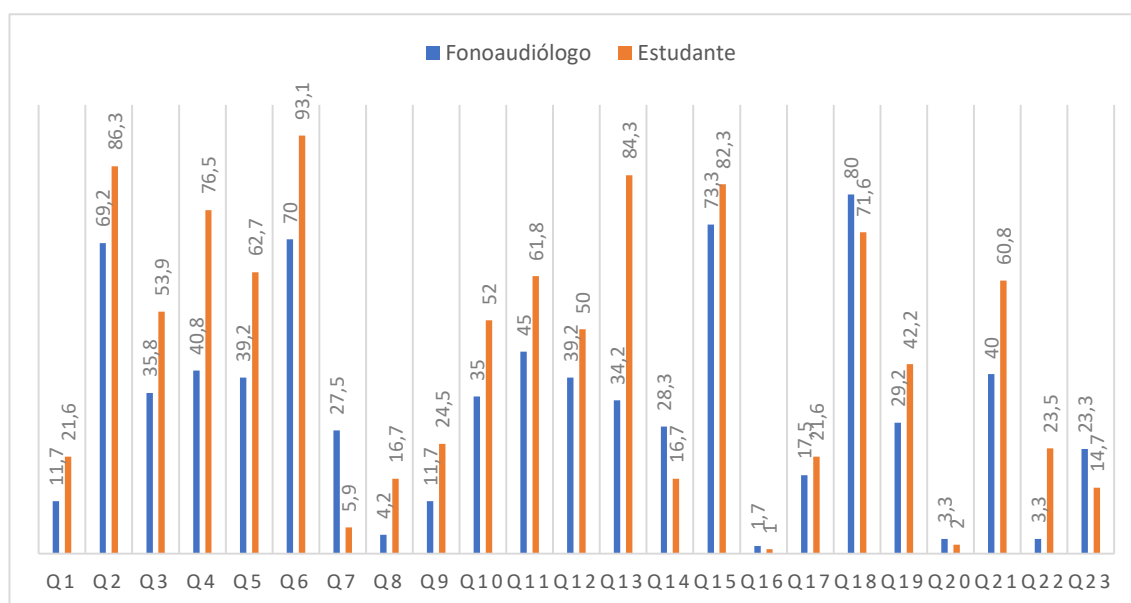
Esse resultado ocorre também nas questões Q8 e Q22, mas apenas para fonoaudiólogos. Por outro lado, essa prevalência nas questões Q6, Q15 e Q18 é alta (pelo menos 70,0%) tanto para fonoaudiólogos quanto para estudantes de fonoaudiologia. Esse resultado ocorre também nas questões Q2, Q4 e Q13, mas apenas para estudantes de fonoaudiologia.

Tabela 4 - Análise da prevalência, em valores de porcentagem, das respostas interpretadas como “*não ter conhecimento*” sobre envelhecimento entre os participantes fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia (n=222).

Questão	Fonoaudiólogo	Estudante
Q1	11,7	21,6
Q2	69,2	86,3
Q3	35,8	53,9
Q4	40,8	76,5
Q5	39,2	62,7
Q6	70,0	93,1
Q7	27,5	5,9
Q8	4,2	16,7
Q9	11,7	24,5
Q10	35,0	52,0
Q11	45,0	61,8
Q12	39,2	50,0
Q13	34,2	84,3
Q14	28,3	16,7
Q15	73,3	82,3
Q16	1,7	1,0
Q17	17,5	21,6
Q18	80,0	71,6
Q19	29,2	42,2
Q20	3,3	2,0
Q21	40,0	60,8
Q22	3,3	23,5
Q23	23,3	14,7

Legenda: Q1 Todos os 5 sentidos tendem a declinar na velhice; Q2 Pelo menos 20% dos idosos brasileiros vivem em asilos; Q3 Motoristas idosos sofrem menos acidentes do que jovens; Q4. A maioria dos idosos brasileiros não trabalha como os jovens; Q5 Aproximadamente 80% dos idosos são saudáveis; Q6 A maioria dos idosos não muda seu ponto de vista; Q7 Idosos normalmente levam mais tempo para aprender algo novo; Q8 É quase impossível para a maioria de idosos aprender algo novo; Q9 O tempo de reação dos idosos tende a ser mais lento; Q10. A maioria dos idosos é muito parecida em seu modo de agir; Q11 A maioria dos idosos raramente é chata; Q12 A maioria dos idosos vive socialmente isolada e solitária; Q13. Trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que jovens; Q14 aproximadamente 12% da população brasileira tem agora 60 anos ou mais; Q15 A maioria dos agentes de saúde dá pouca prioridade aos idosos. Q16 A maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadoria baixa; Q17 A maioria dos idosos exerce alguma atividade ou gostaria; Q18 Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da idade; Q19. A maioria dos idosos sente-se miserável a maior parte do tempo; Q20 A força física tende a declinar na velhice; Q21 Idosos não tem interesse para se relacionar sexualmente; Q22. A maioria dos idosos é senil tem memória deficiente; Q23. A capacidade pulmonar tende a declinar na velhice. / **Fonte:** Elaborada pela autora.

Figura 1 – Gráfico de barras do Percentual de participantes (fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia) que *não apresentam ter conhecimento sobre envelhecimento* por questão.



Fonte: Elaborada pela autora.

Parte 3 – Resultados da análise da investigação sobre o efeito das variáveis idade, *convivência ou experiências com o idoso* de participantes (fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia sobre *não ter conhecimento sobre envelhecimento*).

Com o objetivo de verificar, para os fonoaudiólogos, se as variáveis idade, “Possui membro idoso na família?”, “Mora ou já morou com idoso?”, “Convive ou possui contato próximo com idoso?” e “Já atendeu pacientes idosos em alguma clínica ou instituição?” estão associadas com não ter conhecimento, foi ajustado, para cada uma das 23 questões, um modelo de regressão logística (HOSMER e LEMESHOW, 2000). O método de seleção de variáveis utilizado foi o método *stepwise* (Paula, 2013).

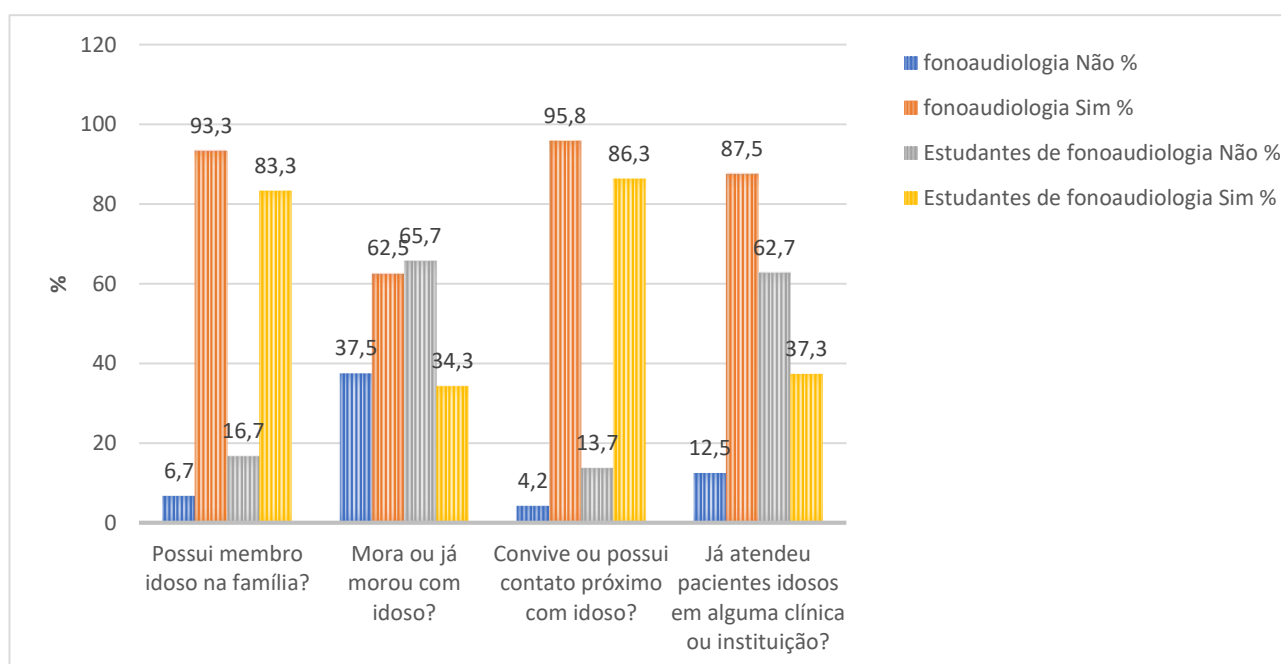
Ao nível de 5% de significância, verificou-se que não há efeito de nenhuma variável explicativa sobre não ter conhecimento para as questões Q1, Q3, Q5 a Q11, Q14 a Q18 e Q20 a Q23.

Tabela 5 – Distribuição das respostas dos dois grupos de participantes: fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia para as variáveis explicativas (convivência, experiência de trabalho ou acadêmica com o idoso)

Variável	Fonoaudiólogos				Estudantes de fonoaudiologia			
	Não		Sim		Não		Sim	
	N	%	N	%	n	%	N	%
Possui membro idoso na família?	8	6,7	112	93,3	17	16,7	85	83,3
Mora ou já morou com idoso?	45	37,5	75	62,5	67	65,7	35	34,3
Convive ou possui contato próximo com idoso?	5	4,2	115	95,8	14	13,7	88	86,3
Já atendeu pacientes idosos em alguma clínica ou instituição?	15	12,5	105	87,5	64	62,7	38	37,3

Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 2 – Distribuição das respostas dos dois grupos de participantes: fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia para as variáveis explicativas (convivência, experiência de trabalho ou acadêmica com o idoso)



Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 05 mostra uma porcentagem grande (maior ou igual a 87,5%) de fonoaudiólogos que “Possui membro idoso na família”, “Convive ou possui contato próximo com idoso e Já atendeu pacientes idosos em alguma clínica ou instituição”.

Essa tabela mostra, também, uma porcentagem grande de estudantes de fonoaudiologia que “Possui membro idoso na família e Convive ou possui contato próximo com idoso”, mas que são inferiores às correspondentes porcentagens para os fonoaudiólogos. Com respeito às variáveis “Mora ou já morou com idoso? e Já atendeu pacientes idosos em alguma clínica ou instituição?”

A maioria dos estudantes responderam não, enquanto, entre os fonoaudiólogos, a maioria respondeu sim. Por meio da aplicação do teste qui-quadrado de independência, verificou-se uma forte associação entre a variável participante e as variáveis explicativas (valores- $p \leq 0,019$).

Tabela 6 – Resultado da análise das respostas dos participantes fonoaudiólogos para as questões relativas à convivência, experiência de trabalho e/ou acadêmica com idosos.

Questão	Tem conhecimento		valor-p	Razão de chances (Sim sobre Não)	Intervalo de confiança	
	Não	Sim			LI	LS
Q4 <i>Possui membro idoso na família?</i>						
Não	0 (0,0)	8 (100,0)	0,015	-	-	-
Sim	49 (43,8)	63 (56,2)				
Q12 <i>Possui membro idoso na família?</i>						
Não	0 (0,0)	8 (100,0)	0,019	-	-	-
Sim	47 (42,0)	65 (58,0)				
Q13 <i>Mora ou já morou com idoso?</i>						
Não	8 (17,8)	37 (82,2)	0,003	3,63	1,493	8,848
Sim	33 (44,0)	42 (56,0)				
<i>Possui membro idoso na família?</i>						
Não	0 (0,0)	8 (100,0)	0,035	-	-	-
Sim	41 (36,6)	71 (63,4)				
Q19 <i>Possui membro idoso na família?</i>						
Não	5 (62,5)	3 (37,5)	0,035	0,22	0,049	0,975
Sim	30 (26,8)	82 (73,2)				

Legenda: LI= limite inferior. LS = limite superior. / **Fonte:** Elaborado pela própria autora.

Tabela 7 – Resultado da análise das respostas dos participantes estudantes para as questões relativas à convivência, experiência de trabalho e/ou acadêmica com idosos.

Questão	valor-p	Razão de chances (Sim sobre Não)	Intervalo de confiança	
			LI	LS
Q1 <i>Já atendeu pacientes idosos ...?</i>	0,001	0,12	0,027	0,558
Q2 <i>Possui membro idoso na família?</i>	0,025	5,08	1,260	20,462
<i>Convive ou possui contato próximo ...?</i>	0,001	11,30	2,842	44,928
Q3 <i>Mora ou já morou com idoso?</i>	0,029	0,39	0,165	0,917
<i>Convive ou possui contato próximo ...?</i>	0,027	3,87	1,094	13,691
Q4 <i>Convive ou possui contato próximo ...?</i>	0,019	4,18	1,291	13,507
Q7 <i>Convive ou possui contato próximo ...?</i>	0,027	0,13	0,023	0,722
Q8 <i>Já atendeu pacientes idosos ...?</i>	0,001	0,08	0,010	0,640
Q9 <i>Já atendeu pacientes idosos ...?</i>	< 0,001	5,67	2,130	15,078
Q10 <i>Mora ou já morou com idoso?</i>	0,001	0,19	0,071	0,523
<i>Convive ou possui contato próximo ...?</i>	0,017	5,18	1,199	22,413
<i>Já atendeu pacientes idosos ...?</i>	0,002	0,22	0,084	0,590
Q11 <i>Mora ou já morou com idoso?</i>	0,016	0,36	0,154	0,835
Q12 <i>Mora ou já morou com idoso?</i>	0,021	2,67	1,141	6,247
Q13 <i>Convive ou possui contato próximo ...?</i>	0,007	5,85	1,682	20,348
Q14 <i>Possui membro idoso na família?</i>	< 0,001	0,06	0,011	0,325
<i>Mora ou já morou com idoso?</i>	0,003	8,43	1,710	41,583
Q15 <i>Já atendeu pacientes idosos ...?</i>	0,006	6,00	1,296	27,769
Q17 <i>Mora ou já morou com idoso?</i>	0,002	0,14	0,031	0,651
<i>Já atendeu pacientes idosos ...?</i>	< 0,001	-	-	-
Q18 <i>Convive ou possui contato próximo ...?</i>	0,015	4,25	1,325	13,658
Q21 <i>Já atendeu pacientes idosos ...?</i>	< 0,001	0,19	0,082	0,464
Q22 <i>Já atendeu pacientes idosos ...?</i>	< 0,001	0,11	0,023	0,482
Q23 <i>Mora ou já morou com idoso?</i>	0,004	8,12	1,619	40,762
<i>Convive ou possui contato próximo ...?</i>	< 0,001	0,03	0,006	0,178

Legenda: LI= limite inferior. LS = limite superior. / **Fonte:** Elaborado pela própria autora.

Para verificar a qualidade do ajuste dos modelos de regressão logística foi aplicado o teste de Pearson (PAULA, 2013). Os valores-p associados ao teste foram superiores a 0,05, indicando o bom ajuste dos modelos.

6. DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados deste estudo pode-se observar que o perfil dos participantes foi predominantemente composto por mulheres; adultos, jovens, idosos, e escolaridade média > de 12 anos. Estes achados estão de acordo com pesquisas realizadas por NERI; JORGE (2006); KOCH et al (2007); FERREIRA e RUIZ (2012); COSTA; MOESCH (2016) e HEAPE et al (2020) que estudaram o conhecimento sobre envelhecimento em estudantes de graduação de diferentes áreas, e profissionais da saúde e educação.

O interesse das mulheres é uma marca presente na própria formação da Fonoaudiologia desde as suas origens. Um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos sobre ageísmo entre estudantes de graduação em Fonoaudiologia também demonstrou que o número reduzido de homens é reflexo dos dados demográficos da profissão do fonoaudiólogo (HEAPE et al., 2020). Essa análise também corrobora os dados apresentados, no Brasil, no relatório sobre o perfil dos fonoaudiólogos, realizado em 2018, pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico (DIEESE).

Os dados deste estudo mostraram que a distribuição etária expõe o aumento da proporção de fonoaudiólogas (os) nas faixas etárias mais elevadas e sua respectiva diminuição nas faixas mais jovens (média de 48,8 e DP 9,2).

A maioria dos participantes deste estudo, sejam eles fonoaudiólogos ou estudantes demonstraram conhecimento sobre os aspectos fisiológicos do envelhecimento quando afirmam que a força física tende a declinar na velhice. Segundo os critérios de interpretação (Verdadeiro ou Falso) de KOCH et al 2007 e a revisão de literatura realizada por ALMEIDA et al., (2014) simultaneamente às alterações musculares e articulares, ocorre a diminuição da força física.

No entanto, na análise geral do questionário, observa-se que o número de estudantes de fonoaudiologia que não apresentam conhecimento sobre o envelhecimento é maior e este resultado acompanha o que é destacado pela literatura. Tal achado pode ser explicado por percepções diferentes entre os níveis de treinamento já que os estudantes de graduação em fonoaudiologia podem ter

expectativas mais baixas da linguagem e habilidades em relação aos pacientes que estão envelhecendo (TAYLOR, 2014).

GABEL et al (2013) concluíram que outros profissionais com graduação em saúde e disciplinas médicas tinham mais conhecimento sobre envelhecimento do que fonoaudiólogos, sugerindo que o ageísmo é substancial em pelo menos alguns fonoaudiólogos. No entanto, estes resultados não podem estar limitados apenas para a área de fonoaudiologia.

O preconceito contra o envelhecimento e a falta de conhecimento, tem sido relatado na medicina, educação física (NERI-JORGE, 2006), em terapia ocupacional (CHRISTIE, 2008), assim como na fisioterapia., enfermagem (DEASEY et al 2014); nas diretrizes da prática farmacêutica (SINGH e BAJOREK, 2014); na área da assistência social (BEN-HARUSH et al, 2017); odontologia (COSTA e MOESCH, 2016).

De acordo com a literatura, não há profissão na linha de cuidados à saúde, que demonstrem a falta deste preconceito. O ageísmo nos ambientes de saúde pode ter efeitos negativos tanto na qualidade do serviço quanto na saúde geral de pacientes (OUCHIDA e LACHS, 2015). Um em cada cinco idosos, relataram discriminação em ambientes de saúde, e esses pacientes eram mais propensos a experimentar piora na incapacidade ao longo do tempo do que aqueles que não relataram discriminação (ROGERS et al., 2015).

De acordo com a Associação Americana de Fonoaudiologia (ASHA, 2020), aproximadamente, 40% dos fonoaudiólogos, atuam em ambientes de saúde. Apesar dessas estatísticas, há uma escassez de pesquisa avaliando o conhecimento dos fonoaudiólogos sobre o envelhecimento.

Na análise das teses produzidas por 293 fonoaudiólogos doutores brasileiros sobre a temática audição, equilíbrio e envelhecimento, apenas 22 teses (8%) abordavam questões relacionadas ao envelhecimento. Os autores sugerem a necessidade de ampliar a produção científica relacionada ao tema (GARCIA et al., 2020).

Em geral, foi observado uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), em que 84,3% dos estudantes de fonoaudiologia desconhecem que trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que trabalhadores jovens. A medida de efeito mostrou

que a razão de chance de um estudante de fonoaudiologia não apresentar conhecimento é 10,36 vezes maior do que de um fonoaudiólogo não apresentar conhecimento em relação a essa questão. Apenas 15% dos estudantes apresentaram respostas consistente com pesquisas anteriores mostrando que os trabalhadores mais velhos têm menos acidentes no trabalho (PICARD et al., 2008 e FARROW e REYNOLDS, 2012).

Infelizmente, somos uma sociedade que ainda cultua o novo, o belo, deixando de lado a importância da história de vida, a experiência da pessoa mais velha e o quanto podemos aprender com ela (CÔRTE e LOPES, 2019). No Estatuto do Idoso (Capítulo VI), encontramos destaque para a questão do trabalho do idoso, no entanto observamos matérias que mostram como os próprios profissionais da mídia, do marketing e da política são preconceituosos. Os vínculos de amizade que eram criados no ambiente corporativo estão reduzindo com os novos “modelos” de trabalho, em razão do home office, por exemplo.

Observemos em alguns recortes o preconceito. Há matérias que mostram como os próprios profissionais da mídia são preconceituosos quando há comentários sobre a diminuição do ritmo de trabalho de alguém que já está mais velho e como a equipe trata esse profissional, isto é, como se lhe estivessem fazendo um favor e não o reconhecendo pelo valor que tem na sua área de atuação. Nesse caso, tanto o profissional entrevistado, quanto quem o entrevistou estão sendo preconceituosos com relação à idade.

Os resultados para as questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 19, 21 e 22 apontaram para uma percepção de discriminação e desconhecimento sobre o processo de envelhecimento em parte significativa de estudantes na amostra estudada.

Estes achados podem ser explicados de acordo com a teoria da representação social (LOWSKY et al., 2014) em que mensagens ageístas, tomam a idade cronológica como um único critério, e automaticamente equiparam a idade mais velha com vulnerabilidade, dependência, e contribuição limitada. Isso ignora a diversidade que está presente especialmente na velhice e considera todas as pessoas com mais de sessenta anos como um grupo homogêneo.

Foi observado também que em relação à questão Q22 - “*A maioria dos idosos (idade de 60/65 anos e mais) é senil (têm memória deficiente, são desorientados ou dementes)*”, a chance de um estudante de fonoaudiologia não apresentar conhecimento é 8,92 vezes a chance de fonoaudiólogo não apresentar conhecimento com respeito a essa questão.

Os resultados são coincidentes com uma pesquisa bibliográfica (CALDAS e THOMAZ, 2010) que buscou investigar através do olhar dos jovens, as imagens sociais predominantes e concluiu que a imagem que o jovem faz do velho ainda está vinculada à identidade estipulada socialmente, em que o idoso é percebido por características gerais e coletivas, nas quais a maior parte delas é negativa, e não visto como um indivíduo único e com outras possibilidades

A prevalência de estudantes que desconhecem que *aproximadamente 80% dos idosos são saudáveis o suficiente para exercer suas atividades normais* foi de 62,7%. Deve-se ressaltar que no estudo de FISHER (2020) em países como Estados Unidos e Alemanha, as pessoas mais jovens comemoraram o surto COVID-19 em “Festas corona”, pensando que estavam imunes. A divisão entre jovens e velhos e o retrato de idosos como o principal grupo de risco resultaram em pessoas mais jovens se sentindo invencíveis, pensando “esta não é a doença deles.”

Neste estudo, em relação à questão 6 - “*A maioria dos idosos não muda seu ponto de vista, sua maneira de pensar ou agir facilmente*” a chance de um estudante de fonoaudiologia não apresentar conhecimento é 5,82 vezes a chance de fonoaudiólogo não apresentar conhecimento com respeito a essa questão.

Outro fator bem marcante na literatura foi que os jovens enxergam nos velhos alguém bem diferente deles. Os idosos são vistos como um ser de outro mundo, possuindo diferentes costumes, ideias, hábitos e não acompanhando os pensamentos modernos e a realidade tecnológica. Os jovens enxergam os velhos como um ‘outro’, o que gera um distanciamento intergeracional, pela dificuldade de compreender e lidar com as diferenças (CHAN, 2007) e (OLIVEIRA, 2009).

Os resultados desta pesquisa demonstraram que existe uma visão estereotipada sobre a população idosa; fato corroborado pelos achados da literatura (FRANÇA et al, 2017; AYALON; TESCH-RÖME, 2018; QUARESMA e RIBEIRINHO, 2016; MCCARTHY et al, 2019 e HEAPE et al, 2020). A chance de um estudante de

fonoaudiologia não apresentar conhecimento com respeito à questão Q8 - *“É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo”* é 4,60 vezes a chance de fonoaudiólogo não apresentar conhecimento com respeito a essa questão.

Tal resposta mostra o quanto estes participantes (estudantes de graduação e profissionais de fonoaudiologia) desconhecem sobre a capacidade do cérebro se adaptar a novas demandas, tornando o indivíduo capaz de responder de forma cada vez mais precisa e refinada aos estímulos do ambiente.

De acordo com BURGOS, 2019, a neurodegeneração é, em certa medida, um processo natural que ocorre no final da vida, no entanto, os processos de plasticidade neural que ocorrem durante o envelhecimento são surpreendentes. Há uma série de fatores que podem alterar todas as mudanças de plasticidade neural que ocorrem durante o envelhecimento.

A compreensão do impacto que estes fatores exercem particularmente no cérebro, e geralmente no corpo, pode auxiliar os fonoaudiólogos no desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas para superar os efeitos deletérios que ocorrem durante o processo de envelhecimento.

Um estudo realizado sobre neuroplasticidade do envelhecimento demonstrou que uma das principais áreas cerebrais onde a neurogênese adulta ocorre durante a vida humana é o giro dentado, uma região do hipocampo que é essencial para a codificação da memória (KNOTH et al, 2010).

Ao gerar um novo crescimento neural, os adultos mais velhos podem aumentar a plasticidade ou flexibilidade do cérebro. Como parte da neurociência da pesquisa do envelhecimento, um estudo realizado no Departamento de Psicologia, da Universidade de Cambridge utilizou a tecnologia de ressonância magnética para escanear o cérebro.

Os pesquisadores concluíram que "embora haja alguma deterioração neural que ocorre com a idade, o cérebro tem a capacidade de aumentar a atividade neural e desenvolver a estrutura neural para regular a função cognitiva." (SHAFTO e TYLER, 2014).

PAUWELS; CHALAVI e SWINNEN (2018), escreveram que tendo em vista a evolução demográfica da sociedade, caracterizada por uma proporção cada vez maior de idosos, a plasticidade cerebral evidenciada ao longo da vida fornece uma base

crítica para um papel sustentado dos idosos na sociedade e para garantir a independência funcional prolongada e a qualidade de vida.

A sociedade precisa fornecer o contexto certo no qual os idosos permanecem desafiados e encorajados a se adaptar a novos contextos para que as consequências negativas da degeneração cerebral relacionada à idade sejam reduzidas ou até mesmo revertidas e cérebros saudáveis sejam promovidos.(PAUWELS, CHALAVI e SWINNEN, 2018).

Vale ressaltar que quando comparamos o domínio do conhecimento sobre envelhecimento nas questões Q7 "Idosos normalmente levam mais tempo para aprender algo novo" e Q14, "Aproximadamente, 12% da população brasileira tem em 2020, 60 anos ou mais", percebe-se que mesmo entre os fonoaudiólogos com maior tempo de trabalho e mais escolarizados, a falta de conhecimentos específicos desses profissionais em gerontologia foi maior em relação a dos estudantes. No entanto, estudos de NERI e JORGE (2006) demonstraram que os participantes mais jovens e do sexo feminino apresentavam atitudes mais positivas e mais conhecimento em relação aos idosos.

Os achados desta pesquisa indicaram uma porcentagem grande (maior ou igual a 87,5%) de fonoaudiólogos que "Possui membro idoso na família, convive ou possui contato próximo com idoso e Já atendeu pacientes idosos em alguma clínica ou instituição". Com respeito às variáveis "Mora ou já morou com idoso?" e "Já atendeu pacientes idosos em alguma clínica ou instituição?" a maioria dos estudantes responderam não, enquanto, entre os fonoaudiólogos, a maioria respondeu sim.

Outras investigações não relataram mudança no ageísmo em geral com a experiência (BOSWELL, 2012, e CHERRY et al., 2015).

Pesquisadores sugerem que a convivência intergeracional seja importante fonte de aprendizagem de atitudes em relação a idosos e que possa predispor favoravelmente as pessoas a estudos formais em relação à velhice (NERI e JORGE, 2006).

Entretanto, a presença física de alguém não afasta a possibilidade de a pessoa idosa ter ou não solidão, podendo estar presente este sentimento mesmo durante o convívio com outras pessoas. (CALDAS e THOMAZ, 2010).

Educadores podem desempenhar um papel fundamental na redução de ageísmo nos alunos, fazendo a ponte entre a verdade e mito. Intervenções podem reduzir estereótipos ageístas e preconceito em estudantes de graduação (BURNES et al., 2019).

A semelhança numérica de ocorrências percebidas pelas pessoas idosas, no contato com profissionais de saúde e com outras pessoas que supõem a priori que elas já não ouvem bem ou não compreendem bem, é sugestiva de como, não obstante a sua formação científica, os profissionais de saúde podem revelar a mesma ou maior dose de estereótipos que as pessoas comuns.

Uma explicação plausível para este dado poderá ser o fato de os profissionais de saúde lidarem muito mais com a patologia do que com o envelhecimento normal e, na medida em que quando contatam pessoas idosas elas associam à velhice a expectativa de um conjunto de patologias.

Como apontam DANIEL; ROYSIRCAR; ABELES e BOYD (2004), a competência para perceber a história do paciente, o seu problema, o diagnóstico e a elaboração de um plano de tratamento ficarão ampliadas se o próprio terapeuta mostrar a competência para compreender a diversidade individual e cultural das pessoas, que experienciam a discriminação com base na idade, na raça ou no sexo.

Os dados obtidos nesta pesquisa apontam para a necessidade de se continuar a estudar o instrumento utilizado, procurando explorar a potencial utilidade de itens que aqui se revelaram pouco discriminativos e a de novos itens que sejam pertinentes para descrever o fenômeno da discriminação de pessoas idosas na cultura brasileira e na área de Fonoaudiologia.

6.1. Considerações Finais

Para que o velho seja mais compreendido e ganhe espaços efetivos em nossa sociedade, precisamos continuar fomentando discussões e criando espaços propícios para que o envelhecimento seja pensado e encarado adequadamente, envolvendo todas as parcelas da sociedade.

Para que tal cenário se realize, é preciso inserir também nos ambientes educacionais a temática do envelhecimento. Só assim enxergaremos o idoso de

maneira menos preconceituosa e mais pautada na realidade e necessidade dos velhos, além de estarmos mais preparados para lidar com as questões que norteiam o envelhecer.

Idade, envelhecimento e preconceito de idade permanecem tópicos vibrantes onde há mais perguntas do que respostas. O preconceito de idade é um processo de exclusão complexo, tortuoso, ambíguo e implícito. Além disso, permanece pouco denunciado em relação a outras formas de exclusão, suas repercussões muitas vezes não sendo reconhecidas e, portanto, banalizadas.

É, portanto, essencial continuar a refletir sobre as raízes profundas do preconceito etário, para compreender como se manifesta este processo de exclusão, como se ramifica e tem repercussões tanto no indivíduo como na sociedade. Além disso, esta fase de reflexão e análise é condição indispensável para implementar medidas eficazes de combate ao preconceito etário principalmente nos currículos de graduação de Fonoaudiologia.

Em vários artigos científicos consultados, localizamos o ponto de partida nas representações e discursos sociais veiculados sobre o envelhecimento. Quer surjam da mídia, da política, do mundo do trabalho ou do mundo médico e científico, esses discursos estabelecem modelos e padrões que se refletem nas percepções e experiências individuais do envelhecimento.

As limitações deste estudo estão relacionadas à coleta de dados via Google Forms devido a necessidade de distanciamento físico durante a pandemia do coronavírus, sem interação com o pesquisador para responder eventuais perguntas.

7. CONCLUSÕES

Em resposta ao objetivo deste estudo foi possível concluir que: para as questões Q7 e Q14, o percentual de participantes que não têm conhecimento sobre envelhecimento é maior entre os fonoaudiólogos. Já, para as questões Q12, Q15, Q16, Q17, Q18, Q20 e Q23, o percentual de participantes que não têm conhecimento não difere entre fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia.

Para as demais questões esse percentual é maior entre os estudantes de fonoaudiologia. Em outras palavras, observa-se prevalência maior de estudantes que não apresentam conhecimento sobre envelhecimento.

Não ocorreu efeito significativo para as variáveis explicativas: convivência com o idoso, experiência de trabalho ou acadêmica sobre não ter conhecimento sobre envelhecimento, para cada uma das 23 questões, considerando estudantes e fonoaudiólogos.

REFERÊNCIAS

ALLEN, Julie Ober. **Ageism as a risk factor for chronic disease**. In Gerontologist, v. 56, n. 4, p. 610–4, 2016.

ALMEIDA, Rafael et al. **Treinamento de Força e Desempenho do Sistema Neuromuscular em Idosos**. E-Scientia, ISSN: 1984-7688, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, v. 7, n. 1, p. 16–26, 2014.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. **Supply and demand resource list for speech-language pathologists**. 6 páginas. Estados Unidos da América. 2020. Disponível em: <https://www.asha.org/siteassets/surveys/supply-demand-slp.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ARMITAGE, Richard; NELLUMS, Laura. **COVID-19 and the consequences of isolating the elderly**. The Lancet: Public Health. v. 5, n. 5, 2020. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X). Acesso em: 15 mar. 2021.

AYALON, Liat et al. **A systematic review of existing ageism scales**. Ageing research reviews, v. 54, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919> . Acesso em: 20 fev 2021.

AYALON, Liat. **There is nothing new under the sun: Ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak**. International Psychogeriatrics, v. 32, n. 10, p. 1221–1224, 2020.

AYALON, Liat; TESCH-RÖMER, Clemens. **Introduction to the Section: Ageism—Concept and Origins**. In: AYALON, Liat; TESCH-RÖMER, Clemens. Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging, v. 19, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_1. Acesso em 18 mai 2020.

BARDACH, Shoshana; ROWLES, Graham. **Geriatric education in the health professions: Are we making progress?** The Gerontologist, v. 52, n. 5, p. 607–18, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gns006>. Acesso em 5 de fev 2020.

BEARD, John et al. **The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing**. The Lancet: Public Health, v. 387, n. 10033, p. 2145–2154, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4) . Acesso em: 03 abr. 2021.

BEM-HARUSH, Aya et al. **Ageism among physicians, nurses, and social workers**: findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, v. 14, p. 39-48, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-016-0389-9>. Acesso em: 13 dez 2019.

BILTON, Teresa et al. **Fonoaudiologia em gerontologia**. In: Tratado de geriatria e gerontologia. FREITAS, Elizabete; PY, Ligia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 2138-52, 2016. Disponível em: <https://ftramomartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>. Acesso em 14 jul. 2020.

BOGARDUS, Sidney; YUEH, Bevan; SHEKELLE, Paul. **Screening and Management of Adult Hearing Loss in Primary Care Clinical Applications**. *JAMA*, v. 289, n. 15, p. 1986-90, 2003.

BOSWELL, Stefanie. **Predicting trainee ageism using knowledge, anxiety, compassion, and contact with older adults**. *Educational Gerontology*, v. 38, n. 11, p. 733-41, 2012. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601277.2012.695997>. Acesso em: 17 out 2019.

BRASIL. Lei n.º 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção1, p. 1.

BRINGLE, Robert; KREMER, John. Evaluation of an intergenerational service: learning project for undergraduates. *Educational Gerontology*, v. 19, n. 5, p. 407-16, 1993. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0360127930190504>. Acesso em 2 jun 2020.

BROOKE, Joanne; JACKSON, Debra. **Older people and COVID-19**: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*. v. 29, n. ... 13-14, p. 2044-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15274> . Acesso em: 08 out. 2020

BURGOS, Mauricio et al. **Neural Plasticity during Aging**. *Neural Plasticity*, v. 2019, p. 1-3, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1155/2019/6042132> . Acesso em: 31 abr. 2021.

BURNES, David et al. Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, v. 109, n. 8, Agosto, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>. Acesso em 20 out 2019.

BUTLER, Robert. **Ageism**: a foreword. *Journal of Social Issues*, v. 36, n. 2, p. 8-11, 1980. Disponível em: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>. Acesso em: 15 jan 2021.

BUTLER, Robert. **Ageism**: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, v. 9, n. 4, p. 243–6, 1969. Disponível em: https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243. Acesso em: 15 jan 2021.

BUTLER, Robert. **Ageism**: Looking back over my shoulder. *Generations*, v. 29, n. 3, p. 84–86, 2005. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/26555422?seq=1#metadata_info_tab_contents. Acesso em: 19 jan 2021.

CACHIONI, Meire. **Quem educa os idosos?** Um estudo sobre professores de universidades da terceira idade. Campinas: Átomo Alínea, 2002.

CACHIONI, Meire; AGUILAR, Luis. **Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores-professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras**. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 95-119, 2008. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2395>. Acesso em: 13 dez. 2019.

Cachioni, Meire; NERI, Anita. **Educação e velhice bem sucedida no contexto das Universidades da Terceira Idade**. In: NERI, Anita; Yassuda, Mônica; CACHIONI, Meire (orgs.), *Velhice bem sucedida. Aspectos afetivos e cognitivos*, p. 4669. Campinas: Papirus, 2004a.

CACHIONI, Meire; Neri, Anita. **Educação gerontológica: desafios e oportunidades**. *Vivencer: Revista Interdisciplinar sobre o Envelhecimento*, v. 1, n. 1, p. 6978, 2004b. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/49>. Acesso em: 8 out. 2019.

CALDAS, Célia; THOMAZ, Andrea. **A Velhice no Olhar do Outro**: Uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 75–89, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2010v13i2p%p>. Acesso em 01 dez 2020.

CERRI, Paulo; BOLZANI, Vera. **Avaliação do conhecimento do cirurgião-dentista que trabalha na rede de saúde pública de Campinas sobre envelhecimento**. Monografia de Especialização. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (CCV-Odontologia), 2004. Disponível em: http://odontogeriatrica.dr.odo.br/index.php?option=com_content&view=article&id=183:avaliacao-do-conhecimento-do-cirurgiao-dentista-que-trabalha-na-rede-de-saudepublica-de-campinas-sobre-o-envelhecimento&catid=79&Itemid=519. Acesso em: 18/05/2020.

CHAN, Wayne et al. **Stereotypes of age differences in personality traits: Universal and accurate?** Journal of personality and social psychology, v. 103, n. 6, p. 1050, 2012. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0029712>. Acesso em: 20 mai 2019.

CHERRY, Katie et al. **Self-Reported Ageism Across the Lifespan: Role of Aging Knowledge**. The International Journal of Aging and Human Development, v. 83, n. 4, julho, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304907861_Self-Reported_Ageism_Across_the_Lifespan_Role_of_Aging_Knowledge/citation/download. Acesso em: 25 nov. 2019.

CHRISTIE, L. et al. **The effectiveness of occupational therapy for people with a diagnosis of depression: a systematic review protocol**. PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews, março, 2018.

CHUNDU, Srikanth. et al. **Social representation of hearing aids among people with hearing loss: an exploratory study**. International Journal of Audiology, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14992027.2021.1886349> . Acesso em: 20 abr. 2021.

CÔRTE, Beltrina; LOPES, Ruth. **Longeviver, políticas e mercado**. São Paulo: Portal Edições. 418 páginas. 2019.

DANIEL, Jessica; ROYSIRCAR, Gargi; BOYD, Cyndy. Individual and Cultural Diversity Competency: Focus on the Therapist. Journal of Clinical Psychology, v. 60, n. 7, p. 755-770, junho, 2004. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.20014>. Acesso em 10 jul 2019.

FAJEMILEHIN, Boluwaji. **Attitudes of students in health professions toward caring for older people: needed curricula revisions in Nigeria**. Educational Gerontology, v. 30, n. 5, p. 383-90, maio, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325680370_Attitudes_of_students_in_health_professions_toward_caring_for_older_people_Needed_curricula_revisions_in_nigeria. Acesso em: 10 jul 2020.

FARROW, Alexandra; REYNOLDS, Frances. **Health and safety of the older worker**. Occupational Medicine, v. 62, p. 4-10, abril, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/224962191_A_Farrow_and_F_Reynolds_Health_and_safety_of_the_older_worker. Acesso em: 29 jul 2019.

FERREIRA, Cíntia et al. **A visão do envelhecimento, da velhice e do idoso veiculada por livros infanto-juvenis**. Saúde soc., São Paulo , v. 24, n. 3, p. 1061-75, setembro, 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000301061&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2021.

FERREIRA, Virgílio; RUIZ, Tânia. **Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos**. Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 5, p. 843–9, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500011> . Acesso em: 15 set. 2020.

FERREIRA-ALVES, José; NOVO, Rosa Ferreira. **Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal**. International Journal of Clinical and Health Psychology, v. 6, n.1, p. 65-77, janeiro, 2006. Disponível em; <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760105.pdf>. Acesso em 21 jun 2020.

FISHER, Kiva et al. **Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults ≥ 18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities — United States, July 2020**. MMWR Morb Mortal Wkly Rep., v. 69, n. 36, p. 1258-64, setembro, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7499837/>. Acesso em: 20 set. 2020.

FITZGERALD, James et al. **Relating medical students' knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine**. The Gerontologist, v. 43, n. 6, p. 849-55, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/43.6.849> . Acesso em 22 out. 2020.

FONSECA, Suzana (org.). **O envelhecimento ativo e seus fundamentos**. São Paulo: Portal Edições, 2016. Disponível em: https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/posgraduacao/programas/gerontologia/ebook_-_livro_o_envelhecimento_ativo_e_seus_fundamentos.pdf . Acesso em: 23 jan. 2021.

FOZARD, James; GORDON-SALANT, Sandra. **Changes in vision and hearing with aging**. Handbook of the psychology of aging, 5ª edição. Palm Harbor: Academic Press. p. 241–66, 2001.

FRANÇA, Lucia et al. **Ageísmo no contexto organizacional**: a percepção de trabalhadores brasileiros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 6, p. 762-72, novembro/dezembro, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/TwtsHVTkHjm9D4YV5B3rjBn/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul 2020.

GARCIA, Ana et al. **Audição, equilíbrio e envelhecimento**: análise de teses produzidas por fonoaudiólogos doutores brasileiros. *Revista Kairós : Gerontologia*, v. 23, n. 3, p. 179–98, 2020.

GO, Alan et al. **Heart Disease and Stroke Statistics—2013 Update**: a report from the american heart association. *Circulation*, v. 127, n. 1, dezembro, 2012. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0b013e31828124ad>. Acesso em: 31 mar 2020.

HEAPE, Amber et al. **Ageism Among Graduate Students in Communication Sciences and Disorders**: A Longitudinal Analysis. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, v. 5, n. 5, p. 1306–12, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00062 . Acesso em: 03 abr. 2021.

HOLTZMAN, Joseph; BECK, James. **Palmore's facts on aging quiz**: a reappraisal. *Gerodontologist*, v. 19, n. 1, p. 116-20, fevereiro, 1979. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/19/1/116/608314?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 30 mar 2020.

HUANG, Yueh-Fang; LIANG, Jersey; SHYU, Yea-Ing. **Ageism perceived by the elderly in Taiwan following hip fracture**. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 58, n. 1, p. 30-6, janeiro-fevereiro, 2014.

INTERNATIONAL LONGEVITY CENTER. **Aging in America**. Anti-Ageism Taskforce, 2006. Disponível em: https://aging.columbia.edu/sites/default/files/Ageism_in_America.pdf. Acesso em 19 mai 2020.

IWONA, Nowakowska. **Challenges of Overcoming Ageism towards Elderly People in Healthcare Context**. *Horyzonty Wychowania*, v. 16, n. 40, p. 9–24, 2017. Disponível em: <https://horyzonty.ignatianum.edu.pl/HW/article/view/1387> . Acesso em: 16 fev. 2021.

JULIUS, Stevo; VALENTINI, Mariaconsuelo; PALATINI, Paolo. **Overweight and Hypertension**: a 2-way street? *Hypertension*, v.35, n. 3, p. 807–13, março, 2000. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.HYP.35.3.807>. Acesso em: 19 set. 2019.

KALACHE, Alexandre. et al. **Envelhecimento e desigualdades**: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 23, n. 6, p. 1–3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122> . Acesso em: 29 abr. 2021.

KLEISSNER, Verena; JAHN, Georg. **Implicit and Explicit Measurement of Work-Related Age Attitudes and Age Stereotypes**. *Frontiers in Psychology*, v. 11, p. 1–16, outubro, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579155> . Acesso em: 02 mar 2021.

KLEMMARK, DL; DURAND, RM. **Who knows how much about aging?** *Research on Aging*, v. 2, n. 4, p. 432-444, 1980.

KNOTH, Rolph et al. **Murine features of neurogenesis in the human hippocampus across the lifespan from 0 to 100 years**. *PLoS One*, v. 5, n. 1, 2010. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0008809> . Acesso em: 19 ago. 2020.

KOCH FILHO, Herbert et al. **Um instrumento de pesquisa para a investigação de informações sobre o envelhecimento humano no brasil: o questionário de Palmore adaptado**. *Archives of Oral Research*, v. 3, n. 2, 2007. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/oralresearch/article/view/23106> . Acesso em: 20 nov. 2019.

KOCH FILHO, Herbert; Bisinelli, Júlio. **Abordagem de famílias com idosos**. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. *Saúde bucal das famílias: Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, p. 236-245, 2008.

LAGACÉ, Martine; VAN DE BEECK, Lisa; FIRZLY, Najat. **Building on Intergenerational Climate to Counter Ageism in the Workplace? A Cross-Organizational Study**. *Journal of Intergenerational Relationships*, v. 17, n. 2, p. 201–19, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15350770.2018.1535346> . Acesso em: 18 out. 2020.

LAGO, Rodrigo; SINGH, Premranjan; NESTO, Richard. **Diabetes and hypertension**. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 3, n. 667, outubro, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ncpendmet0638> . Acesso em 21 set. 2019.

LEVY, Becca et al. **Reducing Cardiovascular Stress With Positive Self-Stereotypes of Aging**, *The Journals of Gerontology: Series B*. v. 55, n. 4, p. 205-13, julho, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/55.4.P205> . Acesso em: 03 fev. 2021.

LEVY, Becca et al. **Self-Stereotypes of Aging**. v. 55, n. 4, p. 205–13, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11584877/>. Acesso em: 02 dez 2019.

LEVY, Becca; ASHMAN, Ori; DROR, Itiel. **To be or not to be: the effects of aging stereotypes on the will to live**. Westport: Omega. v. 40, n. 3, p. 409–20, maio, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/Y2GE-BVYQ-NF0E-83VR>. Acesso em: 13 fev. 2021.

LEVY, Becca; SLADE, Martin; GILL, Thomas. **Hearing decline predicted by elder's stereotypes**. Journals of Gerontology - Series B, v. 61, n. 2, p. 82–7, março, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/55.4.P205>. Acesso em: 01 nov. 2020.

LEVY, Becca; SLADE, Martin; KASL, Stanislav. **Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health**. Journals of Gerontology - Series B, v. 57, n. 5, p. 409–17, setembro, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/57.5.P409>. Acesso em 22 mar. 2021.

LIANG, Jiayin.; LUO, Baozhen. **Toward a discourse shift in social gerontology**: From successful aging to harmonious aging. Journal of Aging Studies, v. 26, n. 3, p. 327–34, 2012. Disponível em: <https://daneshyari.com/article/preview/1081882.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

LIMA, Thales; HELAL, Diogo. **Trabalho na terceira idade**: uma revisão sistemática da literatura brasileira entre 2008 e 2012. Gestão e Sociedade, v. 7, n. 18, p. 369-94, setembro/dezembro, 2013. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1914>. Acesso em: 14 jun 2020.

LOWENSTEIN, George et al. **Risk as feelings**. Psychol Bull, v. 127, n. 2, p. 267-86, março, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11316014/#affiliation-1>. Acesso em: 13 fev 2020.

LOWSKY, David et al. **Heterogeneity in Healthy Aging**. The Journals of Gerontology: Series A, v. 69, n. 6, p. 640–9, junho, 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/69/6/640/528242?login=true>. Acesso em: 28 set. 2019.

MAHONEY, C. F.; STEPHENS, S. D.; CADGE, B. A. **Who prompts patients to consult about hearing loss?** British Journal of Audiology, v. 30, p. 153–8, novembro, 1995. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/03005369609079037>. Acesso em: 19 jul 2020.

MALINEN, Sanna; JOHNSTON, Lucy. **Workplace Ageism**: Discovering Hidden Bias. *Experimental Aging Research*, v. 39, n. 4, p. 445-65, julho, 2013. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0361073X.2013.808111>. Acesso em: 24 nov 2019.

MANCHAI AH, Vinaya et al. **Disability and Social Representation Theory**: The Case of Hearing Loss. Oxon: Routledge, 196 páginas, 2019

MANCHAI AH, Vinaya et al. **Social representation of hearing aids**: cross-cultural study in India, Iran, Portugal, and the United Kingdom. *Clin Interv Aging*, v. 10, p. 1601–15, outubro, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26504376/>. Acesso em: 7 mar 2020.

MANCHAI AH, Vinaya et al. **The role of communication partners in the audiological enablement/rehabilitation of a person with hearing impairment**: an overview. *Audiological Medicine*, v. 10, n. 01, p 21–30, fevereiro, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262730144_The_role_of_communication_partners_in_the_audiological_enablementrehabilitation_of_a_person_with_hearing_impairment_An_overview. Acesso em: 25 jan 2020.

MARQUES, Sibila; BATISTA, Maria; DA SILVA, Pedro. **A promoção do envelhecimento ativo em Portugal**. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, número temático: Envelhecimento Demográfico, p. 53-73, 2012. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10572.pdf>. Acessado em 23 set 2020.

MARQUET, Manon; MISSOTTEN, Pierre; ADAM, Stéphane. **Ageism and overestimation of cognitive difficulties in older people**: a review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, v. 14, n. 2, p 177-86, junho, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27277150/>. Acesso em: 17 dez 2020.

MAZUTTI, Cristiane; SCORTEGAGNA, Helenice. **Velhice e envelhecimento humano**: concepções de pré-escolares do município de Tapejara – RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 3, n. 2, p. 101-112, 2006. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/77>. Acesso em 21 jan 2020.

MCCARTHY, Jean et al. Chapter 17 - **Lifespan Perspectives on Age-Related Stereotypes, Prejudice, and Discrimination at Work (and Beyond)**. In: BALTES, Boris; RUDOLPH, Cort; ZACHER, Hannes (organizadores). *Work Across the Lifespan*. Cambridge: Academic Press, 640 páginas, p. 417-35, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128127568000177>. Acesso em: 20 fev. 2021.

MCKINZIE, Charla; REINHARDT, Joann; BENN, Dolores. **Adaptation to chronic vision impairment**: does african american or white race make a difference? *Research on Aging*, v. 29, n. 2, p. 144–162, março, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/249630615_Adaptation_to_Chronic_Vision_Impairment_Does_African_American_or_Caucasian_Race_Make_a_Difference. Acesso em: 16 ago 2020.

MOESCH, Luiza; COSTA, Juliana. **O envelhecimento na perspectiva de estudantes de Odontologia**: uma análise baseada no "Fact on Aging Quiz". 2016. 36 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

MOSCOVICI, Serge. **Attitudes and opinions**. *Annu Rev Psychol*, v. 14, p. 231–60, fevereiro, 1963. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.ps.14.020163.001311>. Acesso em: 22 abr. 2020.

MOSCOVICI, Serge. **Notes towards a description of social representations**. *European Journal of Social Psychology*, v. 18, n. 3, p. 211–50, julho, 1988. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/227778646_Notes_Towards_a_Description_of_Social_Representations. Acesso em: 03 mai 2020.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2005.

NERI, Anita; JORGE, Mariana. **Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde**: subsídios ao planejamento curricular. Campinas: Estudos De Psicologia. V23, n. 2, p. 127–37, junho, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000200003> . Acesso em: 15 ago. 2020.

NUSSBAUM, Jon et al. **Ageism and ageist language across the life span**: intimate relationships and non-intimate interactions. *Journal of Social Issues*, v. 61, n. 2, p. 287-305, maio, 2005. Disponível em: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.2005.00406.x>. Acesso em: 22 set 2020.

OUCHIDA, Karin; LACHS, Mark. **Not for doctors only**: ageism in healthcare. *Generations*, v. 39, n. 3, p. 46-57, 2015. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/asag/gen/2015/00000039/00000003/art00009>. Acesso em: 16 ago 2019.

PALMORE, E. **Facts on aging**: a short quiz. Saint Louis: Gerodontologist, , v.17, n.4, p.315-20, 1977.

PAULA, Gilberto. **Modelos de Regressão com apoio computacional**. São Paulo: Universidade de São Paulo – Instituto de Matemática Estatística, 446 páginas, 2013. Disponível em: http://www.ime.usp.br/~giapaula/texto_2013.pdf. Acesso em: 13 mar. 2021.

PAUWELS, Lisa; CHALAVI, Sima; SWINNEN, Stephan. **Aging and brain plasticity**. Aging, Albany, v. 10, n. 8, p. 1789, 2018.

PENNINGTON, Helen; PACHANA, Nancy; COYLE, Sarah. **Use of the facts on aging quiz in New Zealand**: Validation of questions, performance of a student sample, and effects of a don't know option. Educational Gerontology, v. 27, n. 2, p. 409-16, junho, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03601270152053438> . Acesso em 13 dez. 2020.

PICARD, Michel et al. **Association of work-related accidents with noise exposure in the workplace and noise-induced hearing loss based on the experience of some 240,000 person-years of observation**. Accident Analysis & Prevention, v. 40, n. 5, p. 1644–52, setembro, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2008.05.013> . Acesso em: 08 abr. 2021.

QUARESMA, Maria; RIBEIRINHO, Carla. **Envelhecimento** – Desafios do Séc. XXI. São Paulo: Kairós Gerontologia, v. 19, n. 3, p. 29 – 49, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30900/21382> . Acesso em: 04 abr 2021.

ROGERS, Simon et al. **Do the elderly raise different issues when using the patient concerns inventory in routine head and neck cancer follow-up clinics?** European Journal of Cancer Care, v. 24, n. 12, p. 189-197, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ecc.12289>. Acesso em 14 jul 2019.

ROSENDAHL, Sirpa; MATTSSON, Karin; YUWANICH, Nuttapol. **CROSS-cultural perspectives on gerontology in nursing education**: a qualitative study of nurse educators' experiences. Gerontology & Geriatrics Education, v. 41, n. 2, p. 1-12, julho, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334569095_CROSS-cultural_perspectives_on_gerontology_in_nursing_education_-_a_qualitative_study_of_nurse_educators'_experiences. Acesso em: 7 fev 2020.

ROZENDO, Adriano. **Ageísmo**: um estudo com grupos de Terceira Idade. Revista Kairós : Gerontologia, v. 19, n. 3, p. 79–89, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i3p79-89> . Acesso em: 12 nov. 2020.

RUBENS, Hebert et al. **Um instrumento de pesquisa para a investigação de informações sobre o envelhecimento humano no Brasil**: o questionário de Paltmore adaptado. Archives of Oral Research, v. 3, n. 2, p. 89–100, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7213/aor.v3i2.23106> . Acesso em: 13 set 2021.

SANTOS, Verônica; TURA, Luiz; ARRUDA, Ângela. **As representações sociais de pessoa velha construídas por adolescentes**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 497-509, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/LmGsML9HVdDPDJ9hJBWc7bD/abstract/?lang=pt>. Acesso em 09 jun 2020.

SCHUCK, Lara; ANTONI, Clarissa. **Resiliência e vulnerabilidade nos sistemas ecológicos**: envelhecimento e políticas públicas. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 34, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/27912>. Acesso em: 22 nov 2020.

SHAFTO, Meredith; TYLER, Lorraine. **Language in the aging brain**: the network dynamics of cognitive decline and preservation. Nova Iorque: Science, v. 346, n. 6209, p. 583-87, outubro, 2014. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/346/6209/583>. Acesso em: 28 jan 2021.

SIQUEIRA-BRITO, Andreia da Rocha; FRANCA, Lucia Helena Freitas Pinho; VALENTINI, Felipe. **Análise fatorial confirmatória da Escala de Ageísmo no Contexto Organizacional**. Avaliação psicológica, Itatiba, v. 15, n. 3, p. 337-45, 2016 . Disponível em <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2016.1503.06> . Acesso em 17 set. 2020.

SOUZA-GUIDES, Ana; LODOVICI, Flaminia. **O idadismo / ageísmo sob a escuta dos idosos**: efeitos de sentido e a utopia de um novo envelhecer. In: LODOVICI, Flaminia (org). Envelhecimento e cuidados – Uma chave para o viver. São Paulo: Portal Edições, 175-210, 2018.

STEFFEN, Marisa. **Literatura infanto-juvenil**: possibilidades de construção de novos saberes sobre o processo de envelhecimento. Dissertação - Mestrado em Educação. Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TAN, Philip; ZHANG, Naihua; FAN, Lian. **Students' Attitudes toward the Elderly in the People's Republic of China**. Educational Gerontology, v. 30, n. 4, p. 305-14, 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 56 páginas, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>. Acesso em 21 set 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 260 páginas, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=7A2AE0FC8DD64ABECCCF5642D25A94E6?sequence=1. Acesso em 21 set. 2020.

ANEXOS

Anexo 1

Artigo publicado na Revista CEFAC

REVISTA CEFAC

SPEECH, LANGUAGE, HEARING SCIENCES AND EDUCATION JOURNAL

Rev. CEFAC. 2020;22(1):e16118

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/20202216118>

Artigos originais

Associação entre auto-referência de tontura e perda auditiva assimétrica no idoso

*Association between self-reported dizziness and asymmetric hearing loss in the older adults*Ana Carla Oliveira Garcia^{1,2}
<https://orcid.org/0000-0003-4664-0073>Adrian Fuente²
<https://orcid.org/0000-0003-3736-5057>Alejandro Ianiszewski²
<https://orcid.org/0000-0002-9116-3969>Teresa Maria Momensohn dos Santos¹
<https://orcid.org/0000-0003-4751-0721>¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, São Paulo, São Paulo, Brasil.² Université de Montréal et Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Faculté de Médecine, École d'Orthophonie et d'Audiologie, Montréal, Canada.

Fonte de auxílio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Conflito de interesses: Inexistente

Recebido em: 07/01/2019
Aceito em: 18/12/2019**Endereço para correspondência:**
Ana Carla Oliveira Garcia
Rua Itapira, 219, Jardim Mesquita
CEP: 12327-689 – Jacareí, São Paulo,
Brasil
E-mail: anacarlalagarcia@gmail.com

RESUMO

Objetivo: verificar a relação entre auto referências de tontura, o grau, a simetria da perda auditiva, idade e sexo, em idosos.**Métodos:** estudo retrospectivo que incluiu a análise de 440 registros de idosos com média de idade de 72,9 anos, cadastrados no período de 2011 a 2015 em um Serviço de Reabilitação Auditiva. Foram aplicados modelos de regressão logística binária entre as variáveis, os dados foram tabulados e processados pelo software SPSS 24.00. Para todos os testes, os valores de alfa foram considerados significantes quando menores que 0,05.**Resultado:** na amostra, 78 (17,7%) idosos apresentaram perda auditiva assimétrica, sendo que destes, 27 (34,6%) referiram queixa de tontura. A queixa de tontura apresentou relação estatisticamente significativa com o sexo feminino ($p < 0,001$), com o grau da perda auditiva severa ($p < 0,001$), com a idade inferior a 70 anos (DP 8,6 anos) e com a assimetria da perda auditiva ($p < 0,001$).**Conclusão:** no presente estudo, idosos do sexo feminino, mais jovens, com perda auditiva assimétrica e grau de perda auditiva severo apresentaram queixa auto referida de tontura. Estes resultados sugerem que essa população seja rotineiramente rastreada sobre problemas de equilíbrio, com o objetivo de fornecer programas de reabilitação, a fim de prevenir futuras quedas.**Descritores:** Audição; Tontura; Idosos; Saúde Pública

ABSTRACT

Purpose: to verify the association between self-reported dizziness, degree and symmetry of hearing loss, age and gender in a sample of older adults.**Methods:** this retrospective study included the analysis of 440 records of older adults with a mean age of 72.9 years, enrolled from 2011 to 2015 in an auditory rehabilitation service. Binary logistic regression models were performed between the variables, and the data was analyzed using the SPSS 24.00 software. For all tests, alpha values were considered significant when lower than 0.05.**Results:** in the sample, 78 (17.7%) older adults had asymmetric hearing loss, and 27 (34.6%) of them complained of dizziness. Self-reported complaint of dizziness was significantly associated with female gender ($p < 0,001$), to severe hearing loss ($p < 0,001$), age under 70 years, and with asymmetric hearing loss ($p < 0,001$).**Conclusion:** in this study, younger female elderlies with severe asymmetric hearing loss presented self-reported complaint of dizziness. These results suggest that this population should be routinely screened for balance problems in order to provide rehabilitation programs to avoid future falls.**Keywords:** Hearing; Dizziness; Elderly; Public Health

INTRODUÇÃO

A perda auditiva relacionada à idade é uma das três condições crônicas mais prevalentes na população idosa e que pode interferir em sua capacidade funcional¹. Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente um terço de pessoas acima de 65 anos de idade são afetadas pela perda auditiva². Segundo o *National Institute on Deafness and Other Communication Disorders* (NIDCD), 30 a 35% dos adultos com idades entre 65 e 70 anos apresentam algum grau de perda auditiva e essa porcentagem sobe para 40 a 50% nos indivíduos com mais de 75 anos³. No Brasil, estudos mostram uma prevalência de perda auditiva entre idosos que varia de 19,2% a 82,7%, dependendo da amostra investigada e dos critérios diagnósticos utilizados⁴. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa totaliza 23,5 milhões de pessoas, isto significa que o número de idosos com perda auditiva pode estar acima de 1.220.000 pessoas⁵.

Alguns estudos demonstram que a prevalência de perda auditiva é maior em homens do que mulheres. Um estudo realizado pelo *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) durante os anos 2011 e 2012, com população entre 20 e 69 anos, demonstrou que 39% das pessoas com perda auditiva tem idade entre 60 e 69 anos e que os homens tem duas vezes mais possibilidade de desenvolver perda auditiva do que as mulheres⁶.

É importante considerar que a tontura é outro sintoma muito comum na população idosa. Sua prevalência descrita na literatura internacional é bastante variável; são demonstrados valores entre 13% a 38%⁷. Em estudo brasileiro, de caráter epidemiológico, foi encontrada prevalência de tontura em idosos um pouco mais elevada, de 45%⁸. Uma pesquisa realizada em 2015, com 63 idosos, verificou a associação de tontura e perda auditiva relacionada a idade. Os achados sugeriram que a tontura pode estar associada a perda auditiva sem quaisquer possíveis fatores predisponentes para vestibulopatia⁹, não sendo descrito neste estudo a prevalência de tontura encontrada. Um levantamento de 200 prontuários de idosos foi realizado no período de 2008 a 2011, tendo os autores observado que 74,5% dos idosos tinha a queixa de tontura não rotatória e que, em 30% desta população (n=60), houve associação entre tontura e perda auditiva bilateral¹⁰. No entanto, pouco se sabe da possível associação entre o grau e a simetria da perda auditiva e a prevalência da tontura nos idosos, e se existe diferença na

prevalência de tontura entre homens e mulheres idosos com perda auditiva assimétrica. Estudos como este se constituem como importante ferramenta epidemiológica para a definição de novas políticas de saúde pública, já que pesquisas demonstram que as pessoas com pior acuidade auditiva têm risco maior de cair, pois apresentam controle postural pior¹¹.

O objetivo deste estudo foi determinar a possível relação entre a presença de tontura auto referida e o grau e a simetria da perda auditiva e o sexo numa amostra de pessoas idosas brasileiras.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/ SP sob número CAEE: 43831015.10000.5482. Trata-se de estudo retrospectivo descritivo e analítico, cuja coleta de dados foi realizada por meio de consulta a prontuários arquivados no Serviço de Reabilitação Auditiva do município de Jacareí, SP, Brasil, que contava, segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE 2016), com aproximadamente 223.207 habitantes, entre os quais em torno de 31.409 pessoas tinham 60 anos ou mais (14,07% da população total).

Foram encontrados 469 prontuários que pertenciam a pessoas que se cadastraram no serviço de reabilitação auditiva. Após a aplicação do filtro dos critérios de exclusão, a saber: idade inferior a 60 anos; resultados alterados nas medidas de imitância acústica com curvas tipos B, C, Ad, As; perdas auditivas unilaterais e perdas auditivas de grau profundo que podem não estar associadas a perda auditiva relacionada à idade (presbiacusia), restaram 440 registros para serem analisados. Foram incluídos idosos com prescrição de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) pelo médico otorrinolaringologista, cadastrados com perda auditiva bilateral relacionada à idade, com limiares nas frequências de 250 a 8000 kHz superior a 25dB NA, e que estavam aguardando o processo de seleção e adaptação de AASI.

Os seguintes dados foram coletados nestes 440 registros: sexo, idade, audiometria tonal limiar, timpanometria e a presença de queixas auto relatadas relacionadas a tontura. A classificação dos exames audiológicos para grau de perda auditiva foi realizada de acordo com Lloyd e Kaplan (1978)¹², assim descrito: média de tom puro (0,5-2kHz) $\leq$ 25 dBNA (normal); 26-40dBNA (leve); 41- 55dBNA (moderado); 56-70 dBNA (moderadamente severo) e 71 – 90 dBNA

(severo). A perda auditiva bilateral foi classificada como assimétrica, segundo critério descrito no *Editorial Guidelines for description of inherited hearing loss*¹³ quando houvesse diferença maior ou igual que 15 dB NA em pelo menos duas frequências contínuas entre as orelhas direita e esquerda.

Análise estatística

Os dados foram tabulados e processados pelo *software* SPSS 24.00. Foi aplicado o teste de qui-quadrado para determinar possíveis associações entre as variáveis categóricas de presença de tontura (sim/não) e sexo (feminino/ masculino), simetria da perda auditiva (simétrica/assimétrica) e grau da perda auditiva (leve, moderada, moderadamente severa e severa). Em seguida, foi utilizado um modelo de regressão logística entre a variável tontura (variável dependente) e as variáveis independentes (sexo, idade, grau e simetria da perda auditiva). O objetivo desta

análise foi determinar as variáveis associadas significativamente com a presença de tontura controlando por todas as variáveis independentes. O teste de Wald foi utilizado para determinar o nível de significância estatística de cada uma das variáveis independentes. Todas as variáveis independentes foram categóricas. Para a variável do sexo, o masculino foi a categoria de referência, para a variável de idade, as pessoas entre 60 e 69 anos foram a categoria de referência, para a variável simetria da perda auditiva, a perda auditiva simétrica foi a categoria de referência e para a variável grau da perda auditiva, o grau leve foi a referência. Para todos os testes, os valores de alfa foram considerados significantes quando menores a 0,05.

RESULTADOS

Na Figura 1 é possível visualizar o fluxograma da amostra após a aplicação dos critérios de inclusão a que foram submetidos os prontuários

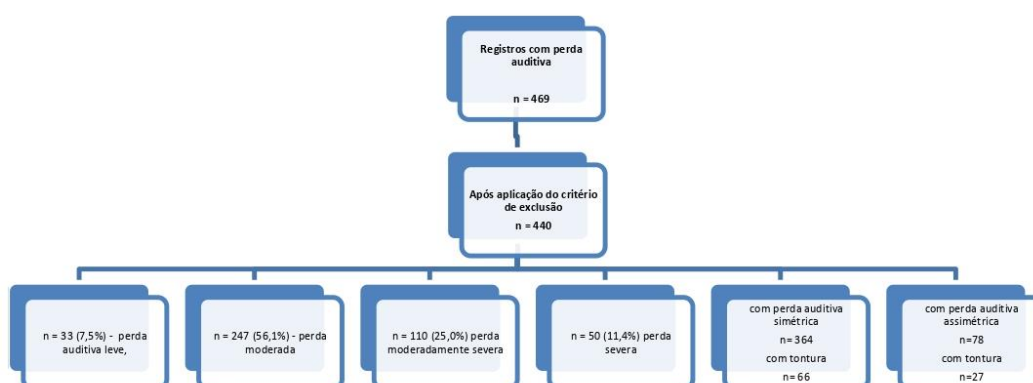


Figura 1. Fluxograma da composição da amostra deste estudo

Dos 469 registros coletados, foram excluídos 14 sujeitos com resultados alterados nas medidas de imitância acústica com curvas tipos B, C, Ad, As; 7 prontuários com perdas auditivas unilaterais e 8 prontuários de idosos com perdas auditivas de grau profundo que podem não estar associado à perda auditiva relacionada à idade (presbiacusia). A idade média do grupo selecionado foi de 72,9 anos (mínima

de 60 anos e máxima de 94 anos, desvio padrão de 8,6 anos).

Pela Tabela 1 é possível perceber que, dos 280 idosos do sexo feminino, 83 (29,6%) apresentaram queixa de tontura. Já, dos 160 idosos do sexo masculino, 10 (6,3%) apresentaram queixa de tontura. Foi encontrada associação significativa entre sexo e queixa auto referida de tontura ($p < 0,001$).

Tabela 1. Distribuição de frequências conjunta entre sexo e queixa auto referida de tontura (as porcentagens foram calculadas por sexo) e valor-p do teste qui-quadrado de independência

Sexo	Auto-referência Tontura				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Feminino	83	29,6	197	70,4	280	100,0
Masculino	10	6,3	150	93,7	160	100,0
Total	93	21,1	347	78,9	440	100,0

$$\chi^2 = 37,81; \text{valor-p} < 0,001$$

Legenda N= número de idosos

Na Tabela 2 pode-se observar a distribuição conjunta dos idosos quanto ao grau de perda auditiva e a queixa auto referida de tontura. Observa-se ainda que a porcentagem de idosos com queixa de tontura aumenta com o grau de perda auditiva (12,1% de pessoas com

perda auditiva leve apresentaram tontura em comparação a 42,0% de pessoas com perda auditiva severa). Houve evidência de associação estatisticamente significativa entre a queixa auto referida de tontura e o grau da perda auditiva ($p < 0,001$).

Tabela 2. Distribuição de frequências conjunta entre grau da perda auditiva e queixa auto referida de tontura (as porcentagens foram calculadas por categoria de grau da perda) e valor-p do teste qui-quadrado de independência

Grau de perda	Auto-referência Tontura				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Leve	4	12,1	29	87,9	33	100,0
Moderado	45	18,2	202	81,8	247	100,0
Moderadamente severo	23	20,9	87	79,1	110	100,0
Severo	21	42,0	29	58,0	50	100,0
Total	93	21,1	347	78,9	440	100,0

$$\chi^2 = 9,24; \text{valor-p} = 0,001$$

Legenda N= número de idosos

A Tabela 3 mostra que, entre os 78 idosos com perda auditiva assimétrica, 27 (34,6%) apresentaram queixa auto referida de tontura, enquanto que entre os 362 idosos com perda auditiva simétrica,

apenas 66 (18,2%) apresentaram queixa de tontura. O teste qui-quadrado de independência mostrou uma associação significativa entre a simetria da perda auditiva e a queixa auto referida de tontura ($p < 0,01$).

Tabela 3. Distribuição de frequências conjunta entre simetria da perda auditiva e queixa auto referida de tontura (as porcentagens foram calculadas por categoria da simetria da perda auditiva) e valor-p do teste qui-quadrado de independência

Simetria da perda	Tontura				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Simétrica	66	18,2	296	81,8	362	100,0
Assimétrica	27	34,6	51	65,4	78	100,0
Total	93	21,1	347	78,9	440	100,0

$$\chi^2 = 3,94; \text{valor-p} = 0,001$$

Legenda N= número de idosos

A Tabela 4 apresenta a distribuição conjunta dos idosos quanto à idade e a queixa auto referida de tontura. Pode-se observar que a porcentagem de idosos com queixa de tontura diminui com a idade (28,6% de pessoas com menos de 70 anos apresentaram tontura

em comparação a 14,8% de pessoas com pelo menos 80 anos). Houve evidência de associação estatisticamente significativa entre a queixa auto referida de tontura e a idade (valor-p = 0,012).

Tabela 4. Distribuição de frequências conjunta entre idade e queixa auto referida de tontura (as porcentagens foram calculadas por categoria de grau da perda) e valor-p do teste qui-quadrado de independência

Idade	Tontura				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
< 70 anos	46	28,6	115	71,4	161	100,0
70 a 79 anos	31	18,1	140	81,9	171	100,0
≥ 80 anos	16	14,8	92	85,2	108	100,0
Total	93	21,1	347	78,9	440	100,0
$\chi^2 = 10,11$; valor-p = 0,012						

Legenda N= número de idosos

No modelo de regressão logística entre a queixa auto referida de tontura (variável dependente) e as variáveis independentes de idade, sexo, simetria e grau da perda auditiva, constatou-se que o sexo feminino, o grau da perda auditiva severa, a perda auditiva assimétrica e a idade de 70 anos ou mais foram as variáveis estatisticamente significantes quando ajustadas pelas outras variáveis independentes. As mulheres demonstraram 26 vezes mais chances de apresentar tontura que os homens. Os idosos com perda auditiva

assimétrica apresentaram 4 vezes mais chances de manifestar tontura que os idosos com perda auditiva simétrica. Os idosos com perda auditiva severa tiveram 6 vezes mais chances de apresentar tontura que os idosos com perda auditiva leve. Finalmente, os idosos entre 60 e 69 anos tiveram 8 vezes mais chances de apresentar tontura que os idosos de 70 anos ou mais.

A Tabela 5 mostra que as quatro variáveis independentes são significantes ao nível de 5% de significância.

Tabela 5. Resultados da regressão logística entre a queixa auto referida de tontura e as variáveis idade, sexo, simetria e grau da perda auditiva

Variáveis	Coefficiente B	Wald test	Valor-p
Idade 60-69 anos		Referência	
Idade de 70 anos ou maior	-0,75	8,72	0,003
Sexo masculino		Referência	
Sexo feminino	1,87	26,97	p<0,0001
Perda auditiva simétrica		Referência	
Perda auditiva assimétrica	0,70	4,92	0,02
Perda auditiva leve		Referência	
Perda auditiva moderada	0,72	1,55	0,21
Perda auditiva moderada a severa	0,66	1,17	0,27
Perda auditiva severa	1,57	6,06	0,01

DISCUSSÃO

Neste estudo, a análise estatística indicou associação significativa entre a presença de queixa auto referida de tontura e sexo, grau de perda auditiva, simetria da perda e idade. Resultados similares foram encontrados em um estudo longitudinal realizado na África em 2014, que demonstrou uma associação significativa entre sexo e presença da tontura em população idosa¹⁴. Um estudo audiológico realizado por Carmo et al. no Brasil em 2008 encontrou relação significativa entre queixa auto-referida de tontura e o sexo feminino. No entanto, um estudo realizado na Inglaterra mostrou que há associação significativa entre tontura e audição, mas não com idade ou sexo¹⁵. Um estudo de corte transversal, realizado nos Estados Unidos com 1.087 idosos, constatou que há associação entre tontura e perda auditiva, mas não foi citado qualquer associação com sexo¹⁶.

É interessante observar que nos estudos que tratam das questões do envelhecimento é difícil encontrar amostras pareadas quanto ao sexo. Em geral há maior número de participantes do sexo feminino do que do sexo masculino nos estudos consultados. Além disto, dados estatísticos comprovam que as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens¹⁷.

No presente estudo, a presença de queixa auto referida de tontura foi maior nos idosos mais jovens. Este resultado é semelhante a estudo realizado no Ambulatório de Otoneurologia da Santa Casa de São Paulo, em que foi constatada maior presença de tontura nas faixas etárias mais jovens. Os pesquisadores demonstraram que 35,9% de idosos entre 61-70 anos e 12,8% de 71-80 anos apresentaram queixa de tontura¹⁸.

Diversas são as razões pelas quais idosos mais jovens relatam mais queixa de tontura do que os mais velhos. Existem fatores determinantes que contribuem de modo considerável para que esse sintoma apareça com mais frequência nos idosos; entre eles, encontram-se na literatura o estresse, a baixa (ou má) qualidade de vida; a atitude frente o aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais; excesso de atividades de vida diária dentre outros¹⁹. Outro fator que pode explicar essa prevalência é o conflito afetivo emocional devido à necessidade de continuar trabalhando após a aposentadoria e cuidar de netos e filhos que permanecem dependentes²⁰. Esse acúmulo de tarefas, associado ao envelhecimento, pode ser um agente disparador deste sintoma.

Finalmente, uma outra explicação seria que, devido aos mecanismos centrais de neuroplasticidade²¹, é provável que as pessoas mais idosas compensaram o sintoma de tontura no decorrer dos anos. Entretanto, são necessários novos estudos sobre a interação entre os fatores citados acima e a maior presença de tontura em idosos mais jovens.

Este estudo demonstrou que os idosos com perda auditiva assimétrica e de grau severo referiram ter mais queixa de tontura quando comparados com os de grau leve e moderado. Pesquisadores da Noruega publicaram em 2019 um estudo com 1.075 pacientes e encontraram uma relação entre o grau da perda auditiva e alteração do equilíbrio²². Não foi encontrado na literatura pesquisas que avaliaram a associação entre a perda auditiva assimétrica e a queixa auto referida de tontura em idosos.

Na clínica audiológica é recomendado que toda perda auditiva assimétrica ou unilateral deva ser melhor investigada²³, pois a perda auditiva assimétrica tanto pode ser secundária ao processo de envelhecimento como pode estar associada a patologias do sistema nervoso central^{24,25}. É importante lembrar que perdas auditivas assimétricas requerem maior cuidado no momento da adaptação de aparelhos auditivos pois as demandas auditivas podem ser diferentes em cada orelha. É também importante que essas perdas auditivas assimétricas sejam melhor investigadas do ponto de vista clínico, para que sejam diferenciados quadros que necessitam de intervenção médica daqueles que necessitam de reabilitação auditiva.

Neste estudo foi encontrada alta prevalência de tontura entre os idosos avaliados. Em estudo prospectivo realizado no Brasil, foram entrevistados 50 idosos com idades entre 60 e 80 anos e os autores concluíram que a tontura era um sintoma prevalente no idoso dessa comunidade, assim como a presença de comorbidades (48%) e uso de três ou mais medicamentos ao dia (40%)²⁶. A presença de tontura nos idosos pode estar relacionada a uma alteração do sistema vestibular. A degeneração relacionada à idade, de diferentes estruturas neurais, afeta o sistema vestibular e como consequência o equilíbrio desta população. Esta degeneração ocorre nos receptores vestibulares, nos neurônios vestibulares centrais, no cerebelo e nas vias visual e proprioceptiva. Os estudos mostram que o número de células ciliadas nos órgãos vestibulares e o número de fibras nos nervos vestibular superior e inferior diminuem com a idade²⁷.

É preciso considerar que a tontura é um fator de risco para quedas na população idosa, podendo ser pensada como um problema de Saúde Pública. À medida que a população idosa se torna cada vez mais numerosa passa a ser uma preocupação dos profissionais da saúde prevenir a queda e seus riscos inerentes.

A literatura tem mostrado que a tontura quando associada à perda auditiva torna-se um problema ainda maior, trazendo mais insegurança e perda de autonomia desta população. A tontura pode ser o resultado de várias doenças agindo em um organismo já debilitado pelo próprio desgaste natural, causando injúrias na manutenção do equilíbrio corporal. Quanto maior o número de doenças associadas, maior o risco de apresentar tontura, especialmente se esse número é superior a três²⁸.

Magrini e Momensohn-Santos (2019) estudaram a questão de auto referência sobre audição e sensação de tontura em uma população de idosos com perda auditiva, e constataram que 63,3% (n=95) dos idosos referiram sentir tontura; e 54,7% (n=82) acham que a audição é regular. Apesar de mencionar tontura, quando questionados se nos últimos 12 meses o sujeito caiu, 65,3% (n=98) não informou quedas; porém, 60,7% (n=91) citaram ter tontura ou dificuldade de equilíbrio nos últimos 12 meses²⁹.

Desta forma, os dados deste estudo indicam que as pessoas idosas, principalmente com perda auditiva assimétrica, devem ser rotineiramente rastreadas para problemas de equilíbrio, sendo importante considerar que estudos retrospectivos de dados secundários por si só limitam a coleta de informações, pois muitas vezes o preenchimento dos registros dos pacientes é feito de forma incompleta ou perguntas que seriam de interesse para o pesquisador não foram realizadas.

O fato de ser levantamento de prontuário retrospectivo com informações auto referidas de tontura limitou esta pesquisa, pois neste estudo não foi possível obter informação de outras patologias associadas; devido ao delineamento transversal, não há como realizar inferências temporais ou de causalidade.

Outra questão a ser discutida diz respeito ao que o paciente entende por tontura; talvez haja confusão sobre esta terminologia. A tontura pode ser confundida pelo paciente com vertigem, instabilidade e desequilíbrio. Esta confusão de conceitos pode ter levado a uma superestimativa ou subestimativa deste sintoma nesta população.

CONCLUSÃO

Considerando a base de dados analisada, foi possível encontrar relação entre auto-referência de tontura e a perda auditiva assimétrica de grau severo em idosos do sexo feminino, mais jovens, sugerindo que atuação e/ou reabilitação fonoaudiológica voltada para os problemas auditivos na terceira idade considerem a singularidade e características específicas da população.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro dado a este estudo.

REFERÊNCIAS

1. Moraes EM. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges APA, Coimbra AMC (orgs). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2008.p.151-75.
2. Organization WH. International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY. World Health Organization; 2007.
3. Disorders NioDaOC. Hearing loss prevalence declining in U.S. adults aged 20 to 69 years. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD); 2016.
4. Baraldi GA, Almeida LC, Borges ACC. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2007;73(1): 64-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992007000100010>
5. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016 146 p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 36).
6. Lin FR, Thorpe R, Gordon-Salant S, Ferrucci L. Hearing loss prevalence and risk factors among older adults in the United States. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2011;66(5):582-90. doi: 10.1093/gerona/glr002.
7. Gopinath B, McMahon CM, Rochtchina E, Mitchell P. Dizziness and vertigo in an older population: the Blue Mountains prospective cross-sectional study. Clin Otolaryngol. 2009;34(6):552-6. doi: org/10.1111/j.1749-4486.2009.02025.x.

8. Araujo TM, Lório MCM. Profile of the elderly population referred for hearing aid fitting in a public hospital. *Audiol., Commun. Res.* 2014;19(1):45-51.
9. Helzner EP, Cauley JA, Pratt SR, Wisniewski SR, Zmuda JM, Talbott EO et al. Race and sex differences in age-related hearing loss: the health, aging and body composition study. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(12):2119-27. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00525.x.
10. Kasse CA, Onishi ET, Ganança MM, Branco-Barreiro FCA, Dona F, Gazzola J. Característica clínica de 200 idosos da comunidade com queixas vestibulares. *Rev Bras Med.* 2014;71(5):129-34.
11. Gazzola JM, Freitas Ganança F, Aratani MC, Rodrigues Perracini M, Malavasi Ganança M. Caracterização clínica de idosos com disfunção vestibular crônica. *BJORL.* 2006;72(4):515-22.
12. Lloyd LL, Kaplan H. Audiometric interpretation: a manual of basic audiometry. Baltimore: University Park Press; 1978, Vol 1.
13. Parving A, Newton V. Guidelines for description of inherited hearing loss. *J Audiol Med.* 1995;4:2-5.
14. Lasisi AO, Gureje O. Prevalence, clinical and life-style correlate of dizziness among the community elderly from the ibadan study of agein. *ENT Journal.* 2014;93(0):E37-E44.
15. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. *Annals of International Medicine. American College of Physicians.* 2000;132(5):337-44. doi.org/10.7326/0003-4819-132-5-200003070-00002
16. Stevens KN, Lang IA, Guralnik JM, Melzer D. Epidemiology of balance and dizziness in a national population: findings from the english longitudinal study of ageing. *Ageing.* 2008;37(3):300-5.
17. Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *RCE.* 2010;6(1):40-53.
18. Nishino LK, Ganança CdF, Manso A, Campos CAHd, Korn GP. Reabilitação vestibular personalizada: levantamento de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de otoneurologia da ISCMSP. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(4):440-7.
19. Johnsson R, Sixt E, Landahl S, Rosenhall U. Prevalence of dizziness and vertigo in an urban elderly population. *J Vestib Res.* 2004;1(14):47-52
20. Fonseca SC. O Envelhecimento Ativo e seus Fundamentos. 1. ed. São Paulo. Portal Edições, Envelhecimento; 2016.
21. Woellner SS, Araujo AGS, Martins JS. Protocolos de equilíbrio e quedas em idosos. *Neurociências.* 2009;10(2):104-17.
22. Berge JE, Nordahl SHG, Aarstad HJ, Goplen FK. Hearing as an independent predictor of postural balance in 1075 patients evaluated for dizziness. 2019. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;161(3):478-84.
23. Mattos LC, Veras RP. A prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional. *BJORL.* 2007;73(5):654-9.
24. Martins K, Fontenele M, Camara S, Sartorato EL. Genetic and audio logic study in elderly with sensorineural hearing loss. *CoDAS.* 2013;25(3):224-8.
25. Prasad J, Cousins VC. Asymmetrical hearing loss. *Aust Fam Physician.* 2008;37(4):312-20.
26. Valette-Rosalino CM. Perda auditiva e tontura em idosos: medicamentos e outros fatores associados [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
27. Merchant SN, Velazquez-Villasenor L, Tsuji K, Glynn RJ, Wall C III, Rauch SD. Temporal bone studies of the human peripheral vestibular system. Normative vestibular hair cell data. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2000;181(suppl):3-13.
28. Cruz MS, Lima MCP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML, Ramos-Cerqueira ATA. Deficiência auditiva referida por idosos no município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE, 2006). *Cad Saúde Pública.* 2012;28(8):1479-92.
29. Magrini A, Momensohn-Santos T. A análise e a caracterização de uma população de idosos com perda auditiva e queixa de tontura. *Rev. Kairós.* 2019;22(1):353-65.

Anexo 2

Artigo publicado na Revista Research, Society and Development

Research, Society and Development, v. 10, n. 2, e16410212287, 2021
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12287>

Capacidade funcional e perda sensorial em um grupo de idosos usuários de um plano de saúde

Functional capacity and sensory loss in a group of elderly users of a health plan

Capacidad funcional y pérdida sensorial en un grupo de usuarios mayores de un plan de salud

Recebido: 23/01/2021 | Revisado: 31/01/2021 | Aceito: 01/02/2021 | Publicado: 09/02/2021

Ana Carla Oliveira Garcia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4664-0073>
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil
E-mail: anacarlagaarciausa@gmail.com

Teresa M. Momensohn dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4751-0721>
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil
E-mail: tmomensohn@gmail.com

Maria Elisa Gonzalez Manso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5446-233X>
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil
E-mail: mansomeg@hotmail.com

Resumo

Trata-se de pesquisa, exploratória, transversal, realizada com 314 pessoas idosas não institucionalizadas e vinculadas a um programa de gerenciamento de doenças crônicas patrocinado por uma operadora de planos de saúde localizada na cidade de São Paulo, cidade de moradia destas pessoas, durante o período compreendido entre o segundo semestre de 2018 e primeiro de 2019. O objetivo, após comparar grupos de idosos sem e com perdas sensoriais -visual, auditiva e dupla perda-, foi verificar a interação destas com variáveis relacionadas à capacidade funcional e detectar quais fatores influenciam a presença de dupla perda. Coletados dados demográficos, sobre quais e quantas doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo, presença de perda visual e/ou auditiva diagnosticada e em acompanhamento por médico ou fonoaudiólogo, foram aplicadas escalas para avaliação da capacidade funcional destas pessoas. Após análise descritiva, o grupo foi segmentado a fim de atingir os objetivos da pesquisa, utilizando-se os testes Qui-Quadrado, Exato de Fisher e t-Student. Após realizou-se regressão logística que possibilitou examinar as variáveis com maior influência em relação às perdas sensoriais isoladas e à DPS (*Odds ratio*). As perdas sensoriais mostraram-se importante que compromete a capacidade funcional, afetando o desempenho para atividades básicas e restringindo a mobilidade. A viuvez associada à dupla perda foi um achado inédito. Para este grupo, o avançar da idade foi um fator preditor importante para o surgimento de perdas sensoriais, principalmente a Dupla Perda Sensorial e ter uma perda prévia, auditiva ou visual, potencializa o risco para seu desenvolvimento.

Palavra-chave: Assistência a idosos; Perda auditiva; Cegueira; Dupla perda sensorial; Pessoas com deficiência.

Abstract

This is an exploratory, cross-sectional study carried out with 314 non-institutionalized elderly people linked to a chronic disease management program sponsored by a health plan operator located in the city of São Paulo, where these people live, during between the second semester of 2018 and the first of 2019. The objective, after comparing groups of elderly people with and without sensory losses - visual, auditory and double loss -, is to verify their interaction with variables related to functional capacity and detect which factors influence the presence of double loss. Data was collected related to which and how many chronic diseases were present, the number of medications of continuous use normally taken, the presence of visual and / or hearing loss diagnosed and constant monitoring by a doctor or speech therapist. Were applied scales to assess the functional capacity of these people. After descriptive analysis, the group was segmented in order to achieve the research objectives, using the Chi-Square, Fisher's Exact and t-Student tests. Afterwards, logistic regression was performed, which made it possible to examine the variables with the greatest influence in relation to isolated sensory losses and DPS (*Odds ratio*). Sensory losses proved to be significant in compromising functional capacity, affecting performance for basic activities and restricting mobility. Widowhood associated with the double loss was an unprecedented finding. For this group, advanced age was an important predictive factor for the appearance of sensory losses, especially Double Sensory Loss and having a previous hearing or visual loss increases the risk for their development.

Keywords: Old age assistance; Hearing loss; Blindness; Double sensory loss; Disabled persons.

Resumen

Este es un estudio exploratorio, transversal, realizado con 14 ancianos no institucionalizados vinculados a un programa de manejo de enfermedades crónicas auspiciado por un operador de plan de salud ubicado en la ciudad de São Paulo, donde viven estas personas, durante el período de tiempo comprendido entre el segundo semestre de 2018 y el primero de 2019. El objetivo,

luego de comparar grupos de personas mayores con y sin pérdidas sensoriales - visual, auditiva y doble pérdida -, fue verificar su interacción con variables relacionadas con la capacidad funcional y detectar qué factores influyen en la presencia de doble pérdida. Se recogieron datos sobre qué y cuántas enfermedades crónicas, número de medicamentos de uso continuo, presencia de pérdida visual y / o auditiva diagnosticada y en seguimiento por un médico o logopeda y se aplicaron escalas para evaluar la capacidad funcional de estas personas. Luego después del análisis descriptivo, el grupo fue segmentado para lograr los objetivos de la investigación, utilizando las pruebas de Chi-Cuadrado, Exacto de Fisher y t-Student. Posteriormente, se realizó una regresión logística que permitió examinar las variables de mayor influencia en relación con las pérdidas sensoriales aisladas y DPS (Odds ratio). Las pérdidas sensoriales resultaron ser importantes y comprometen la capacidad funcional, afectan el desempeño de las actividades básicas y restringen la movilidad. La viudez asociada con la doble pérdida fue un hallazgo sin precedentes. Para este grupo, la edad avanzada fue un factor predictivo importante para la aparición de pérdidas sensoriales, especialmente la Doble Pérdida Sensorial y tener una pérdida auditiva o visual previa aumenta el riesgo para el desarrollo de esta.

Palabras clave: Asistencia a los ancianos; Pérdida auditiva; Ceguera; Doble pérdida sensorial; Personas con discapacidad.

1. Introdução

O mundo vem enfrentando vários desafios na área da saúde, tanto relacionados ao rápido e intenso envelhecimento da população, quanto ao incremento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas são um grupo de enfermidades de longa evolução, acompanhadas por alterações degenerativas em vários órgãos e sistemas do corpo humano que levam a lesões irreversíveis e complicações que determinam variáveis graus de incapacidade e deficiências (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015).

Frente a estes desafios, no Brasil, o documento “Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor” da Agência Nacional de Saúde, ANS, ressalta a premência do desenvolvimento e implantação pelas Operadoras de Saúde -OPS- de mecanismo de identificação de riscos e estratificações das condições de saúde no grupo populacional idoso. Assim, além da existência de planos de cuidado individualizados, pensados de acordo com a presença ou não de DCNT e de síndromes específicas da população geriátrica, o setor atenderia às necessidades diferenciadas deste grupo populacional (Manso, 2017).

Por síndromes geriátricas, entende-se um conjunto de sinais e sintomas que decorrem das DCNT com elevada prevalência em idosos, comprometendo a capacidade funcional- independência e autonomia- deste segmento populacional. A somatória de agravos causados por doenças, aliados às modificações fisiológicas comuns ao envelhecer humano, encontram-se na gênese destas síndromes, porém, estas podem ser potencializadas/ desencadeadas por questões sociais, psíquicas e, inclusive, iatrogênicas. Dentre as síndromes geriátricas destaca-se a incapacidade comunicativa relacionada tanto à perda visual quanto auditiva (Organização Panamericana de Saúde [OPAS], 2012).

Comunicação é a capacidade de estabelecer relacionamento com o meio e, depende da visão, audição e fala. A perda dessas funções pode ser causa de outras síndromes geriátricas tais como: incapacidade cognitiva, instabilidade postural e imobilidade (OPAS, 2012).

Entretanto, até agora, pouca atenção foi dada à avaliação de pessoas idosas com incapacidade comunicativa, com destaque para aquelas portadoras de dupla perda sensorial, principalmente no setor privado de saúde brasileiro, e que representam uma prioridade de pesquisa e intervenções, tanto curativas quanto preventivas. A dupla perda sensorial (DPS) refere-se à presença de perda auditiva e visual concomitantemente e pode variar de acordo com seu tempo de início, severidade e ordem de ocorrência (Wittich & Gagné, 2016).

No contexto da literatura internacional, encontram-se estudos sobre como esta dupla perda diminui a comunicação e o bem estar entre as pessoas idosas, causando isolamento social, depressão, dependência e comprometimento cognitivo, aliados à diminuição da capacidade em realizar atividades da vida diária, declínio funcional e decréscimo da mobilidade (Guthrie, Declercq, Finne-Soveri, Fries, Hirdes, 2016). Além disso, também são relatados piora da autopercepção de saúde (Ribeiro,

Matozinhos, Guimarães, Couto, Azevedo, 2018) e aumento do risco de mortalidade e quedas (Gopinath, McMahon, Burlutsky, & Mitchell, 2016)

No entanto, na literatura brasileira existem poucos estudos que avaliam as necessidades específicas das pessoas idosas com DPS, notando-se uma lacuna. A colaboração multidisciplinar é essencial para compreender os fatores morfológicos, químicos, psicológicos, perceptuais e cognitivos envolvidos na DPS e minimizar suas consequências, garantindo melhores cuidados e qualidade de vida da pessoa idosa.

Tendo por base o exposto, propôs-se o presente estudo, que teve como objetivos, ao comparar grupos de idosos sem e com perdas sensoriais (visual, auditiva e DPS), primeiro, verificar a interação das perdas sensoriais com variáveis relacionadas à capacidade funcional e, segundo, detectar quais fatores influenciam a presença de DPS em um grupo de pessoas idosas vinculadas ao setor de saúde privado brasileiro.

2. Metodologia

Como destacam Pereira et al. (2018), esta é uma pesquisa quantitativa, transversal, exploratória, realizada entre o segundo semestre de 2018 e primeiro de 2019 com 314 idosos não institucionalizados e vinculados a um programa de gerenciamento de doenças crônicas (GDC) patrocinado por uma operadora de planos de saúde localizada na cidade de São Paulo, local de moradia destas pessoas.

Como mencionado, o setor de saúde suplementar brasileiro vem sendo estimulado, pela agência reguladora do setor, a implantar programas que permitam melhorar a qualidade de vida de seus usuários e atuar com promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, principalmente voltados para a população idosa (Manso, 2017).

A agência ANS destaca que a maioria das operadoras de planos de saúde executam estes programas por meio da metodologia desenvolvida nos E.U.A. e conhecida como gerenciamento de doenças crônicas (GDC). O GDC busca estimular o autocuidado mediante o aumento da responsabilização do enfermo por seu tratamento (Manso, Osti, Borrozino, & Maretti, 2019)

No caso desta pesquisa, os idosos que participam do programa de GDC patrocinado por uma operadora de saúde, recebem regularmente visitas de enfermeiras que acompanham seu estado de saúde e trabalham a prevenção de riscos para doenças crônicas, quais sejam estímulo à atividade física e à alimentação saudável, controle da pressão arterial e peso, incentivo à cessação do hábito de fumar, entre outros. Estas visitas têm periodicidade mensal, porém, dependendo da complexidade do caso, podem sofrer modificações na frequência e incluir outros profissionais tais como fonoaudiólogos como exemplos.

As pessoas idosas participantes aderem espontaneamente ao programa, desde que tenham um diagnóstico confirmado de DCNT e estejam em tratamento médico. Não há limite temporal para permanência no programa, sendo que os médicos que assistem a estas pessoas não tem relação com a equipe de GDC e são de livre escolha pelos usuários.

O cálculo amostral para esta pesquisa foi realizado para o total de 1726 idosos participantes do programa de GDC, através do Teorema do Limite Central, considerando-se intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Assim, foram sorteadas aleatoriamente 314 pessoas idosas dentre os assistidos. Foram excluídas pessoas acamadas e/ou com déficits neurológicos e cognitivos que não permitissem a realização dos testes propostos pelos pesquisadores.

A pesquisa foi conduzida no domicílio destas pessoas idosas, após prévio agendamento telefônico. Na visita, o objetivo da pesquisa foi explicado aos idosos, ressaltando-se a voluntariedade de participação e que, caso houvesse recusa, que esta não afetaria sua participação no programa ou no atendimento do plano de saúde. Após assinatura do Termo de Consentimento, foram aplicados:

- a- Questionário sociodemográfico para coleta das variáveis idade, sexo, estado civil;

- b- Inquérito sobre para quais DCNT faziam tratamento e número de medicamentos de uso contínuo;
- c- Pergunta sobre a presença de perda visual e/ou auditiva diagnosticada e em acompanhamento por médico ou fonoaudiólogo;
- d- Aplicação da escala de Katz e Lawton (Dias & Rodrigues, 2015) para avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Instrumentais de Vida Diária (AIVD), nesta ordem;
- e- Realização do Teste de Timed Up and Go (TUG) para verificação de risco de quedas (Leis & Manso, 2015)
- f- Escala de Depressão Geriátrica 30 itens (EDG) de Yesavage para sintomas depressivos e Miniexame do Estado Mental (MEEM) para triagem cognitiva (Gomes & Martins, 2015).

As informações obtidas foram registradas em um banco de dados próprio do estudo. A análise estatística foi conduzida através do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*. As análises descritivas apresentam frequências absolutas (n) e frequências relativas (%) para as variáveis qualitativas; para as quantitativas, se empregam média, mediana, desvio padrão, além dos valores mínimo e máximo. Este estudo permitiu a descrição do grupo como um todo.

A seguir, o grupo de idosos foi segmentado a fim de atingir os objetivos da pesquisa. Foram realizadas comparações entre os grupos: (i) com e sem perda da acuidade auditiva, (ii) com e sem perda da acuidade visual e (iii) com e sem DPS.

Para estas confrontações, após análise da normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$), recorreu-se, para as variáveis qualitativas, ao teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, a depender do número de observações. Já as variáveis quantitativas foram comparadas através dos testes t-Student (duas categorias). Regressão logística foi então realizada mediante o método Stepwise forward, que não inclui no modelo variáveis que, analisadas conjuntamente, apresentavam-se sem significância estatística ($p > 0,05$). Esta última possibilitou examinar as variáveis com maior influência em relação às perdas sensoriais isoladas e à DPS (*Odds ratio*). O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%.

Esta pesquisa recebeu aprovação para sua realização pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 2.626.054.

3. Resultados

Participaram da pesquisa 314 pessoas idosas, com idade média de 78,5 anos ($S=7,3$), mediana 77 anos, idade mínima de 67 e máxima de 104 anos. Destas, 212 (67,5%) são mulheres e 102 (32,5%) homens. São casados(as) 156 destes idosos (49,7%), seguidos pelos viúvos(as) ($n=127$, 40,4%). Demais estados civis foram citados por 31 pessoas (9,9%).

Hipertensão Arterial Sistêmica ($n=224$, 71,3%) foi a doença mais prevalente neste grupo, seguida por Artrose ($n=114$, 36,3%), Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas ($n=84$, 26,7%), Doenças Coronarianas ($n=80$, 25,4%), Cânceres ($n=67$, 18,6%), Diabetes Mellitus ($n=66$, 21,0%), Acidente Vascular cerebral ($n=42$, 11,6%), dentre outras. O número médio de doenças encontrado foi de 6,1 doença/idoso ($s=2,7$; mediana 6), variando entre uma e 16 doenças diagnosticadas. Fazem uso de mais de 5 medicamentos de uso contínuo por dia 68 (21,7%) destes idosos.

Quanto ao desempenho nas ABVD, 299 (95,2%) destas pessoas são independentes, mas, quando analisadas as AIVD, este número diminui para 238 (75,8%). Dos idosos pesquisados, 51 (16,2%) apresentaram pontos de corte ao MEEM indicativos de déficits cognitivos. Pontuaram com sintomas depressivos na EDG 19 idosos (6,1%). Realizado o TUG, 199 (63,4%) não apresentaram dificuldade de mobilidade.

A perda de acuidade auditiva diagnosticada foi encontrada em 129 destes idosos (41%); perda visual em 199 (63,3%) e DPS (visual e auditiva) em 99 (31,5%).

As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam as variáveis qualitativas que se associaram com significância estatística para estes grupos. As variáveis não exibidas nas tabelas não mostraram associação significativa com ter algum tipo de perda sensorial (sexo; tipo e número de doenças; uso e número de medicamentos utilizados; presença de sintomas depressivos avaliados pela EDG).

Observa-se, na Tabela 1, que ter perda auditiva diagnosticada associou-se com a presença de risco cognitivo (probabilidade de demência), maior dependência para realização de AIVD, maior dificuldade na mobilidade e com a presença de perda de acuidade visual.

Tabela 1: Variáveis e valores de p para idosos com e sem perda auditiva, grupo de pessoas idosas vinculadas a um programa de GDC, São Paulo, 2018-2019.

Variável		ACUIDADE AUDITIVA				p-valor
		Sem perda		Com perda		
		n	%	n	%	
AIVD	Dependência Leve	5	2,7%	13	10,1%	<0,001
	Dependência Moderada	17	9,2%	24	18,6%	
	Dependência Grave	7	3,8%	10	7,8%	
	Independente	156	84,3%	82	63,6%	
MEEM	Normal	162	87,6%	101	78,3%	0,028
	Risco para demência	23	12,4%	28	21,7%	
	Sem dificuldade de mobilidade	128	69,2%	71	55,0%	
RISCO DE QUEDA	Leve dificuldade de mobilidade	43	23,2%	35	27,1%	0,022
	Dificuldade de mobilidade moderada	7	3,8%	11	8,5%	
	Dificuldade de mobilidade grave	7	3,8%	12	9,3%	
ACUIDADE VISUAL	Sem perda	85	45,9%	30	23,3%	<0,001
	Com perda	100	54,1%	99	76,7%	

Fonte: Autores.

Já na Tabela 2, se evidencia que ter perda visual associou-se à viuvez, à dependência nas AIVD, à dificuldade de mobilidade e à perda auditiva.

Tabela 2: Variáveis e valores de p para idosos com e sem perda visual, grupo de pessoas idosas vinculadas a um programa de GDC, São Paulo, 2018-2019.

Variável		ACUIDADE VISUAL				p-valor
		Sem perda		Com perda		
		n	%	n	%	
Estado Civil	Relação Estável	65	56,5%	91	45,7%	0,005
	Separado(a)	12	10,4%	7	3,5%	
	Solteiro(a)	4	3,5%	8	4,0%	
	Viuvo(a)	34	29,6%	93	46,7%	
	Dependência Leve	1	,9%	17	8,5%	
AIVD	Dependência Moderada	8	7,0%	33	16,6%	<0,001
	Dependência Grave	1	,9%	16	8,0%	
	Independente	105	91,3%	133	66,8%	
	Sem dificuldade de mobilidade	92	80,0%	107	53,8%	
RISCO DE QUEDA	Leve dificuldade de mobilidade	16	13,9%	62	31,2%	<0,001
	Dificuldade de mobilidade moderada	6	5,2%	12	6,0%	
	Dificuldade de mobilidade grave	1	,9%	18	9,0%	
ACUIDADE AUDITIVA	Sem perda	85	73,9%	100	50,3%	<0,001
	Com perda	30	26,1%	99	49,7%	

Fonte: Autores.

Por sua vez, na Tabela 3 verifica-se que a DPS se relacionou com viuvez, maior dependência tanto nas ABVD quanto AIVD e dificuldade de mobilidade.

Tabela 3: Variáveis e valores de p para idosos com e sem DPS, grupo de pessoas idosas vinculadas a um programa de GDC, São Paulo, 2018-2019.

		DUPLA PERDA				p-valor
		Não		Sim		
Variável		n	%	n	%	
Estado Civil	Relação Estável	121	56,3%	35	35,4%	0,001
	Separado(a)	15	7,0%	4	4,0%	
	Solteiro(a)	7	3,3%	5	5,1%	
	Viuvo(a)	72	33,5%	55	55,6%	
ABVD	<i>Dependência Moderada</i>	3	1,4%	6	6,1%	0,020
	<i>Dependência Severa</i>	3	1,4%	1	1,0%	
	<i>Dependência Total</i>	0	0,0%	2	2,0%	
	Independente	209	97,2%	90	90,9%	
AVDI	Dependência Leve	6	2,8%	12	12,1%	<0,001
	Dependência Moderada	22	10,2%	19	19,2%	
	Dependência Grave	7	3,3%	10	10,1%	
	Independente	180	83,7%	58	58,6%	
TIME UP GO	<i>Sem dificuldade de mobilidade</i>	151	70,2%	48	48,5%	0,001
	<i>Leve dificuldade de mobilidade</i>	46	21,4%	32	32,3%	
	<i>Dificuldade de mobilidade moderada</i>	10	4,7%	8	8,1%	
	<i>Dificuldade de mobilidade grave</i>	8	3,7%	11	11,1%	

Fonte: Autores.

Atentou-se ainda para a interrelação entre idade, variável quantitativa, e ter alguma perda sensorial, como se observa na Tabela 4.

Tabela 4: Idade e valores de p segundo tipo de perda sensorial, grupo de pessoas idosas vinculadas a um programa de GDC, São Paulo, 2018-2019.

Tipo de perda		Idade						p-valor
		n	média	mediana	S*	mínimo	máximo	
Acuidade auditiva	Sem perda	185	76,5	76	6,2	67	102	<0,001
	Com perda	129	81,3	82	7,8	67	104	
Acuidade visual	Sem perda	115	75,8	75	6,2	67	92	<0,001
	Com perda	199	80,1	79	7,5	67	104	
DPS	Sem perda	215	76,8	76	6,4	67	102	<0,001
	Com perda	99	82,2	83	7,8	67	104	

Fonte: Autores.

Quanto às análises multivariadas de regressão, estas mostraram que apenas idade e acuidade visual inadequada influenciam a perda auditiva, como se observa na Tabela 5, onde também são apresentados os dados relacionados à perda visual e à dupla perda sensorial. Verifica-se que idade e acuidade auditiva comprometida influenciam a perda visual e somente idade relaciona-se com dupla perda sensorial.

Desta forma, para este grupo de idosos, a cada um ano a mais vivido, há 1,10 chances de ter perda auditiva; 1,08 chances de ter perda visual e 1,11 maior probabilidade de apresentar dupla perda sensorial. Ter perda auditiva inadequada aumenta em 2,08 a chance de ter perda visual e, esta última, quando presente, eleva em 2,02 vezes a possibilidade de perda auditiva.

Tabela 5: Modelo de regressão logística (IC 95%), idade, grupo de idosos vinculados a um programa de GDC, São Paulo, 2018-2019.

Tipo de perda	Idade			p-valor
	OR	Limite inferior	Limite superior	
Perda visual	1,10	1,06	1,14	<0,001
Perda auditiva	1,08	1,04	1,12	<0,001
DPS	1,11	1,07	1,16	<0,001

Fonte: Autores.

4. Discussão

A distribuição sociodemográfica, quanto à idade, sexo e estado civil encontrada para este grupo de idosos aqui descrito não difere do que a literatura costuma descrever para pessoas idosas vinculadas a planos de saúde no Brasil. Apesar do envelhecimento populacional do país ser importante e veloz, sabe-se que o setor de saúde privado suplementar, que congrega

as OPS, apresenta-se mais envelhecido que a média da população do país (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar [IESS], 2020).

Sobre as DCNT encontradas para o grupo, não causou estranheza ser a hipertensão arterial a mais prevalente. A literatura destaca que a grande maioria dos idosos brasileiros tem hipertensão e que esta frequência aumenta conforme aumenta a idade. Já quanto ao diabetes, estudos feitos com usuários de planos de saúde no país afirmam ser esta a segunda doença mais encontrada, em associação ou não com a hipertensão arterial (Ministério da Saúde, 2018). Este fato é relevante, pois se sabe que a presença de hipertensão arterial e/ou diabetes pode aumentar o risco de alterações auditivas e visuais (Shih-Wei, Weng & Chou, 2012).

Quanto à utilização de medicamentos, pesquisas demonstram que idosos usuários de OPS apresentam elevada utilização de medicamentos quando comparados às pessoas da mesma idade frequentadores do sistema público de saúde. Este fato é atribuído ao uso indiscriminado de especialistas que não se conversam, à inexistência de prontuário único e fragmentação do cuidado que caracteriza este setor de atenção à saúde (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2016).

Há poucas pesquisas no Brasil com pessoas idosas usuárias de planos de saúde privados, apesar do número destas vir aumentando paulatinamente. As existentes mostram um perfil de capacidade funcional quanto ao desempenho de ABVD e AIVD semelhantes ao aqui encontrado, o qual segue o estabelecido na literatura, onde se observa que as pessoas idosas primeiramente apresentam comprometimento no desempenho das AIVD e, posteriormente, nas ABVD, as últimas a serem comprometidas pelas síndromes geriátricas (Manso, Osti, Borrozino, & Maretti, 2019).

Ressalta-se o encontro de 51% destes idosos em risco de déficits cognitivos, ou seja, em risco para desenvolvimento de síndromes demenciais. A maioria das pesquisas feitas no Brasil com o MEEM, instrumento de rastreio preconizado pelo Ministério da Saúde aqui utilizado, refere-se a idosos usuários do sistema público de saúde, com nível de escolaridade baixo, o que dificulta comparações. Entretanto, quando estudadas populações com maior nível de escolaridade, a ocorrência mostra-se em valores menores ao encontrado para este grupo (Fernandes & Andrade, 2017).

Notou-se poucas pessoas idosas com sintomas depressivos neste grupo, quando comparado ao citado na literatura, fato que deve ser mais bem estudado (Manso, Osti, Fé, Souza, Pimenta, Netto, 2021). A maioria das pessoas do grupo apresentava boa mobilidade, corroborando outras pesquisas com grupos etários semelhantes (Silva, Oliveira, Martins, Martins, Garcia, Souza, 2019).

Em relação ao número de pessoas com perdas sensoriais (auditiva, visual e DPS), este ficou próximo ao encontrado para grupo populacionais de outros países (Haanes, Kirkevold, Horgen, Hoffos, Eilertsen, 2014).

A relação encontrada entre a presença de risco para desencadeamento de demências ou risco cognitivo e perda auditiva acompanha o que é destacado pela literatura. Como comentado, perdas sensoriais, auditivas e visuais, estão associadas, quando presentes em idosos, a múltiplas morbidades, porém se destaca o deterioro cognitivo relacionado à perda auditiva. A The Lancet Commission (2017), avaliando fatores de risco para o transtorno neuro-cognitivo (síndromes demenciais), estima que a perda auditiva contribui em 8% para o possível aparecimento ou aceleração do déficit cognitivo, mas ressalta que este pode ser evitado através da reabilitação auditiva precoce e pelo monitoramento de pessoas com mais de 60 anos, população essa que é de risco para a instalação da perda auditiva decorrente do próprio envelhecer (Pinto, Verissimo & Malva, 2019).

A fragilidade sensorial dos idosos deve sempre ser considerada pois, como o aqui encontrado, as perdas visuais e auditivas e, principalmente, a presença de DPS, parecem ser marcadores significativos para a dependência no desempenho das atividades de vida diária. No presente estudo, os idosos com DPS se mostraram mais dependentes tanto nas ABVD quanto nas AIVD do que os idosos com déficit visual ou auditivo isolados. Este comportamento aparecia em atividades tais como: uso do

telefone, fazer compras, responsabilizar-se pelos medicamentos, usar o transporte, cuidar da casa, usar o dinheiro e/ou preparar as refeições.

A DPS, quando presente, parece exigir destes idosos, maior integridade física e cognitiva para todas as atividades de vida diária, fato corroborado pelos achados da literatura (Gopinath, McMahon, Burlutsky, & Mitchel, 2016). Este achado também confirma a necessidade de que os profissionais que atuam com esta população se preocupem com as perdas sensoriais neste segmento etário, cuja presença pode contribuir negativamente não só para a manutenção da integridade cognitiva desta população, mas para acelerar a dependência, fato nem sempre considerado pelos gestores de políticas de saúde, como ressalva a literatura (Pichora-Fuller, Mick, & Reed, 2015).

Outra questão observada nesta população, diz respeito à degradação dos principais sistemas sensoriais, como propriocepção, sistema vestibular e visão, que pode ser um fator que contribui para o declínio da estabilidade da marcha em idosos. Margutti e Momensohn-Santos (2019) estudando o risco de queda em um grupo de idosos ativos, mostraram que, dos 71 participantes, 29,6% apresentaram evidência de associação entre risco de queda e presença de DPS (valor-p = 0,001). A análise de regressão logística mostrou que os participantes com DPS apresentavam 6,13 vezes a chance para risco de queda quando comparados com os participantes que não apresentavam deficiência sensorial.

Para o grupo de idosos aqui pesquisado, a análise multivariada não evidenciou associação com o risco de quedas, mas, o estudo bivariado trouxe associação estatisticamente significativa entre dificuldade de mobilidade e as perdas sensoriais encontradas neste grupo. A redução de mobilidade é um fator causal importante para quedas em idosos, uma das síndromes geriátricas mais temidas pelas complicações advindas do evento, tais como perda de independência, isolamento social, fraturas, depressão, dentre outras (Neto et al., 2018).

Um achado inédito encontrado para este grupo de pessoas idosas foi a associação entre viuvez e a presença de DPS, fato ainda não descrito em literatura, a ser mais bem estudado. Trata-se de fator extremamente preocupante, pois estudos mostram que o idoso que mora sozinho, ou em casas onde há pouca interação comunicativa, tendem a ter sua comunicação e cognição comprometidas (Amieva & Ouvrard, 2020; Shukla et al 2020). Pode-se afirmar que se instala um círculo vicioso, onde as perdas sensoriais potencializam o isolamento social do idoso, o qual está relacionado com incremento tanto destas perdas, quanto da probabilidade de desenvolvimento de síndromes demenciais.

As análises multivariadas de regressão, mostraram a importância do avançar da idade no aparecimento de perdas sensoriais para este grupo, fato destacado pela literatura (Haanes, Kirkevold, Horgen, Hoffos, Eilertsen, 2014). Além disto, para este grupo, apresentar uma perda sensorial isolada, seja auditiva ou visual, aumenta a probabilidade de DPS.

Sabe-se que no mundo e no Brasil, o grupo de idosos que mais tem aumentado em número é o de pessoas maiores de 80 anos, indivíduos mais propensos a experimentar DPS e seus desafios associados. De acordo com o perfil dos americanos mais velhos, realizado em 2017, nos EUA, projeta-se que a população deste país com mais de 85 anos terá um aumento de 129%, passando de 6,4 milhões em 2016 para 14,6 milhões até 2040, e que em 2030 aproximadamente 14 milhões de adultos com mais de 70 anos desenvolverão DPS (National Center for Health Statistics, 2017).

Na Holanda, um estudo estimou que a DPS adquirida foi mais comum em pessoas com mais de 85 anos de idade (Vaal et al, 2007). Estudo realizado em três serviços de reabilitação em Montreal, no Canadá, alcançou resultados semelhantes e demonstrou que a maioria desse grupo de pessoas idosas possuía visão e audição residuais que poderiam ser maximizadas com o processo de reabilitação, a fim de restaurar as habilidades funcionais e a participação social perdidas (Wittich, Watanabe, & Gagne, 2012).

Deve-se ressaltar que a incapacidade comunicativa vem sendo estudada em idosos a pouco tempo, daí existirem insuficientes estudos que avaliem as necessidades específicas das pessoas idosas com DPS (Tan et al., 2020). Daí, necessidades de várias ordens, como as relativas à comunicação, à orientação, à mobilidade, ao trabalho, a atividades

socioculturais, ao acesso de informações sobre o que ocorre no mundo, todas essenciais para poder manter a autonomia pessoal e fazer com que esta pessoa possa continuar a sentir-se incluída no ambiente familiar e social, ainda serem pouco trabalhadas no setor saúde (Viljanen & Tormäkangas & Vestergaard, 2014).

Tradicionalmente, os serviços de reabilitação para perda de visão e perda auditiva são oferecidos separadamente em muitos países, incluindo o Brasil. Esses serviços são prestados de forma fragmentada por fonoaudiólogo/otorrinolaringologista assim como técnico em ortóptica/oftalmologista, respectivamente, com pouca interação entre as disciplinas. Kricos (2007) relatou que o estado atual da reabilitação fonoaudiológica para indivíduos com DPS, enfatiza o fornecimento de tecnologia assistiva apropriada para essa população, porém a autora sugere que uma consulta com um especialista da visão deva ser incluída nas melhores práticas para o tratamento fonoaudiológico de pacientes com DPS. Um especialista em visão pode realizar avaliações úteis para o fonoaudiólogo aplicar em idosos com DPS, como determinar a necessidade de contraste de cor/luminância nos controles do aparelho auditivo e propiciar materiais educativos aos pacientes; sugerir dispositivos de ampliação para a prática de audiolgia; considerações de segurança para a mobilidade do paciente no consultório de fonoaudiologia e medidas de rastreamento da visão funcional.

A avaliação multidimensional do idoso, como o aqui realizado, é importante na prática para garantir a reabilitação efetiva de idosos com DPS, além de aumentar conhecimento sobre o impacto biopsicossocial desse comprometimento combinado na qualidade de vida dos idosos. Apesar de estudos buscarem atender à necessidade urgente de protocolos e intervenções baseados em evidência na reabilitação sensorial (Vreeken, Van Rens, Kramer, Knol, Van Nispen, 2015) acredita-se que mais pesquisas são necessárias no Brasil para determinar intervenções mais amplas de reabilitação auditiva e visual incluindo aconselhamento integrado, treino de mobilidade e acomodações ambientais que poderiam atrasar ou até interromper o declínio cognitivo e global do idoso mais velho.

5. Conclusão

Após a realização deste estudo foi possível constatar que, para este grupo de idosos, as perdas sensoriais são um fator importante que comprometem sua capacidade funcional e, portanto, sua qualidade de vida. A presença de perda auditiva associou-se ao risco cognitivo, como ressalta a literatura. Para os idosos com alguma perda, auditiva ou visual, ou com Dupla Perda Sensorial, a capacidade funcional mostrou maior comprometimento em relação aos idosos sem estas perdas, afetando o desempenho tanto para Atividades Básicas de Vida Diária quanto para Atividades Instrumentais de Vida Diária, além de restringir a mobilidade. A viuvez associada à DPS foi um achado inédito, que deve ser mais bem investigado por pesquisas futuras. Para este grupo, o avançar da idade foi um fator preditor importante para o surgimento de perdas sensoriais, principalmente a Dupla Perda Sensorial e ter uma perda prévia, auditiva ou visual, potencializa o risco para o desenvolvimento de DPS.

Acredita-se que estes achados possam ser uma contribuição importante para o gerenciamento e manejo da fragilidade sensorial em idosos mais velhos, principalmente aqueles ligados à saúde suplementar brasileira, como preconiza a ANS.

Como limitações ao estudo, reputa-se o próprio grupo estudado, o qual representa uma parcela da população idosa brasileira, com características sociodemográficas próprias e que fazem parte de um programa de GDC vinculado ao setor privado, o que não permite generalizações.

Referências

- Amieva, H. & Ouvrard, C. (2020). Does Treating Hearing Loss in Older Adults Improve Cognitive Outcomes? A Review. *Journal of clinical medicine*. 9(3), 805. <https://doi.org/10.3390/jcm9030805>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2016). *Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor*. Rio de Janeiro: ANS. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/

- Dias, A. L., & Rodrigues, T. C. (2015). Avaliação da Capacidade Funcional. In: Manso, M. E. G. & Biffi, E. C. A. (Orgs.). *Geriatria, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo, SP: Martinari.
- Fernandes, J. S. G., & Andrade, M. S. (2017). Revisão sobre a Doença de Alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. *Psic., Saúde & Doenças* 18(1):131-140. Epub. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180111>
- Gomes, L. M. C., & Martins, L. N. S. L. (2015). Avaliação Cognitiva e do Humor. In: Manso, M. E. G., & Biffi, E. C. A. (Orgs.). *Geriatria, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. Martinari.
- Gopinath, B., McMahon, C. M., Burlutsky, G., & Mitchell, P. (2016). Hearing and vision impairment and the 5-year incidence of falls in older adults. *Age and ageing*, 45(3), 409–414. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw022>
- Guthrie, D. M., Declercq, A., Finne-Soveri, H., Fries, B. E., & Hirdes J. P. (2016). The Health and Well-Being of Older Adults with Dual Sensory Impairment (DSI) in Four Countries. *PloS one*. 11(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155073>
- Haanes, G.G., Kirkevold, M., Horgen, G., Hofoss, D., & Eilertsen, G. (2014). Sensory impairments in community health care: a descriptive study of hearing and vision among elderly Norwegians living at home. *J Multidiscip Healthc.* 7:217-25.
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. IEES. (2020). NAB 53 Data base: novembro/2020 *Nota de Acompanhamento de Beneficiários*.
- Kricos, P. B. (2007). Hearing Assistive Technology Considerations for Older Individuals With Dual Sensory Loss. *Trends in Amplification* . 11(4): 273–80.
- Leis, D. F., & Manso, M. E. G. (2015). Avaliação da Marcha, Equilíbrio e Atividade Física no idoso. In: Manso, M. E. G., & Biffi, E. C. A. (Orgs.). *Geriatria, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. Martinari.
- Manso, M. E. G., Osti, A. V., Borrozino, N. F., & Maresti, L. T. P. (2019). Avaliação Multidimensional do Idoso: resultados em um grupo de indivíduos vinculados a uma operadora de planos de saúde. *Revista Kairos: Gerontologia*. 21(1): 191-211.
- Manso, M. E. G., Osti, R. F. I., Fé, D. S. M., Souza, F. C. B., Pimenta, I. F., & Netto, L. T. R. (2021). Relação entre níveis de atividade física, variáveis relacionadas à multidimensionalidade da saúde e presença de estresse percebido em um grupo de idosos na cidade de São Paulo. *Research, Society and Development*, 10 (1): e12710111612, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11612>
- Manso, M. E. G. (2017). Envelhecimento, saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil *Revista Kairos Gerontologia*. 20(4): 135-151.
- Margutti, P., & Momenolm-Santos, T. M. (2019). Associação entre risco de queda e dupla perda sensorial em idosos ativos. Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC SP.
- Ministério da Saúde (2018). *Vigil Brasil 2018: Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- National Center for Health Statistics (2017). National Health Interview Survey, Early Release of Selected Estimates Based on Data from the January-June 2017. State of the States in Developmental Disabilities. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/earlyrelease201712_01.pdf
- Neto, J. A. C. et al. (2018). Percepção sobre queda e exposição de idosos a fatores de risco domiciliares. *Ciênc. saúde coletiva*, 23 (4). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.09252016>
- OMS. (2015). Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra, Suíça: OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.
- OPAS. (2012). Organização Pan-Americana de Saúde. *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde. <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J. & Shitsuka, R. (2018) *Licenciatura em computação. Metodologia da pesquisa científica* https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1
- Pichora-Fuller, M. K., Mick, P., & Reed, M. (2015) Hearing, Cognition, and Healthy Aging: Social and Public Health Implications of the Links between Age-Related Declines in Hearing and Cognition. *Seminars in Hearing*. 36(3):122–139.
- Pinto, A. M., Verissimo, M., & Malva, J. (2019). *Manual do Cuidador*. Coimbra University Press.
- Ribeiro, E. G., Matozinhos, F. P., Guimarães, G. L., Couto, A. M., Azevedo, R. S., & Mendoza, I. Y. Q. (2018). Self-perceived health and clinical functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 2):860-7.
- Shih-Wei, L. Y. S., Weng, S. F., & Chou, C. W. (2012). Risk of Developing Sudden Sensorineural Hearing Loss in Diabetic Patients: A Population-Based Cohort Study. *Otology & Neurotology*. 33 (9): 1482-88.
- Shukla, A., Harper, M., Pedersen, E., Goman, A., Suen, J. J., Price, C., Applebaum, J., Hoyer, M., Lin, F. R., & Reed, N. S. (2020). Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 162(5), 622–633. <https://doi.org/10.1177/0194599820910377>

Silva, L. G. C., Oliveira, F. S. O., Martins, I. S., Martins, F. E. S., Garcia, T. F. M., & Souza, A. C. P. A. (2019). Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 22(5): Epub <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>

Tan, B., Man, R., Gan, A., Fenwick, E. K., Varadaraj, V., Swenor, B. K., Gupta, P., Wong, T. Y., Trevisan, C., Lorenzo-López, L., Millán-Calenti, J. C., Schwanke, C., Liljas, A., Al Snih, S., Tokuda, Y., & Lamoureux, E. L. (2020). Is Sensory Loss an Understudied Risk Factor for Frailty? A Systematic Review and Meta-analysis. *The journals of gerontology*. 75(12), 2461–2470. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa171>

The Lancet Commissions. (2017). *Dementia prevention and care*. <http://www.thelancet.com>.

Vaal, J., Gussekloo, J., De Klerk, M., Frijters, D., et al. (2007). *Acquired dual sensory impairment*: In an estimated 30,000-35,000 people aged 55 years or over in the Netherlands. https://www.researchgate.net/publication/6204364_Acquired_dual_sensory_impairment_In_an_estimated_30000-35000_people_aged_55_years_or_over_in_the_Netherlands

Viljanen, A., Tommängas, T., & Vestergaard, S. (2014). Dual sensory loss and social participation in older Europeans. *Eur J Ageing*. 11 (2)155–67.

Vreeken, H. L., Van Rens, G. H., Kramer, S. E., Knol, D. L., Van Nispen, R. M. (2015). Effects of a dual sensory loss protocol on hearing aid outcomes: a randomized controlled trial. *Ear Hear*. doi:10.1097/AUD.0000000000000153

Wittich, W., & Gagné, J. (2016). *Perceptual Aspects of Gerontechnology*. https://www.researchgate.net/publication/307925988_Perc_eptual_Aspects_of_Gerontechnology

Wittich, W., Watanabe, D. H., & Gagne, J. (2012). Sensory and demographic characteristics of deaf blindness rehabilitation clients in Montreal, Canada. *Ophthalmic Physiol Opt*. 32:242–251.

Anexo 3

Artigo no prelo na Revista Kairós

De: **Revista Kairós** <kairos@pucsp.br>
Date: qui., 18 de fev. de 2021 às 17:34
Subject: [Kairós] Submission Acknowledgement
To: Ana Carla Oliveira Garcia < >

Ana Carla Oliveira Garcia:

Thank you for submitting the manuscript, "Association between frailty and dual sensory loss : hearing and vision" to Revista Kairós : Gerontologia. With the online journal management system that we are using, you will be able to track its progress through the editorial process by logging in to the journal web site:

Manuscript URL:
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/author/submission/52864>
Username:

If you have any questions, please contact me. Thank you for considering this journal as a venue for your work.

Revista Kairós
Revista Kairós : Gerontologia

Revista Kairós Gerontologia
<http://revistas.pucsp.br/kairos>

Anexo 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



PUC-SP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) (o) Você está sendo convidado a participar da pesquisa:

“ Envelhecimento: considerações a partir do conhecimento entre estudantes de graduação e fonoaudiólogos “ que tem por objetivo identificar o conhecimento sobre envelhecimento em profissionais fonoaudiólogos e estudantes de graduação em fonoaudiologia..

Essa pesquisa será realizada com participantes , com idade igual ou superior a 18 anos com deficiência visual e ou auditiva e sem deficiência . Não participarão da pesquisa pessoas com transtorno mental, Sua participação no estudo consistirá em RESPONDER ALGUMAS QUESTÕES/PARTICIPAR DE PESQUISA DE OPINIÃO/. A entrevista/coleta de dados/grupo terá uma duração de aproximadamente 30 minutos.. Os riscos com essa pesquisa são MÍNIMOS, sendo que você pode se sentir DESCONFORTÁVEL EM RESPONDER ALGUMA PERGUNTA, mas tem a liberdade de não responder ou interromper a ENTREVISTA/PARTICIPAR em qualquer momento. Você tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista/coleta de dados, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. Você não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa ,poderá entrar em contato com a doutoranda responsável pelo estudo ANA CARLA OLIVEIRA GARCIA,sob a coordenação da Profa Dra Teresa Momensohn e que pode ser localizada no telefone (79) 981280312 ou pelo email anacarlagaarciausa@gmail.com. Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para combater o preconceito contra idosos, no sentido de garantir espaços e direitos à velhice na cultura, na política,na educação e tantos outros cenários possíveis. Este termo será assinado em duas vias, pelo senhor e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do entrevistado _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a sua participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo _____ DATA _____

Anexo 5

Questionário

	Questionário Palmore adaptada e validada por Cerri e Bolzani (2004)		
Domínio		V	F
	1) Todos os 5 sentidos tendem a declinar com a velhice (D)		
	2) Pelo menos 20% dos idosos brasileiros vivem há muito tempo em instituições hospitalares, casas de repouso, asilos etc...		
	3) Motoristas idosos sofrem menos acidentes do que motoristas com menos de 65 anos		
	4) A maioria dos trabalhadores idosos não consegue trabalhar tão efetivamente quanto os trabalhadores mais jovens		
	5) Aproximadamente 80% dos idosos é saudável o suficiente para exercer suas atividades normais		
	6) A maioria dos idosos não muda seu ponto de vista, sua maneira de pensar ou agir facilmente		
	7) Idosos normalmente levam mais tempo para aprender		
	8) É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo		
	9) O tempo de reação da maioria dos idosos, tende a ser mais lento que o tempo de reação das pessoas mais jovens		
	10) Em geral, a maioria dos idosos são muito parecidos em suas atitudes ou modo de agir		
	11) A maioria dos idosos raramente é chata		
	12) A maioria dos idosos vive socialmente isolada e solitária.		
	13) Trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que trabalhadores jovens.		
	14) Aproximadamente 12% da população brasileira tem agora (2020) 60 anos ou mais		
	15) A maioria dos agentes de saúde tende a dar pouca prioridade para pacientes idosos		
	16) A maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadorias muito baixas (aproximadamente um salário-mínimo R\$ 1.045).		
	17) A maioria dos idosos exerce alguma atividade ou gostaria de exercer alguma ocupação (incluindo trabalhos de casa ou voluntariado).		
	18) Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da idade		
	19) A maioria dos idosos sente-se miserável a maior parte do tempo		
	20) A força física tende a declinar na velhice		
	21) A maioria dos idosos não tem interesse ou capacidade para se relacionar sexualmente		
	22) A maioria dos idosos (60-65 anos) é senil, tem memória deficiente, são desorientados ou dementes		
	23) A capacidade pulmonar tende a declinar na velhice		
	Fonte: Erdman Palmore, PhD, The Ageism Survey: First Findings, The Gerontologist, Volume 41, Issue 5, 1 October 2001, Pages 572-575, https://doi.org/10.1093/geront/41.5.572		