

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA
COMUNICAÇÃO HUMANA**

**ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS E QUALIDADE
DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM UM
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO RS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Janice Vielmo Cáceres

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS E QUALIDADE DE VIDA
DE IDOSOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE DO RS**

Janice Vielmo Cáceres

Dissertação (Modelo Alternativo) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Aspectos Clínicos e Linguísticos na Aquisição e Distúrbios da Linguagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elenir Fedosse (UFSM)

Santa Maria, RS, Brasil

2012

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).

Vielmo Cáceres, Janice

Aspectos fonoaudiológicos e qualidade de vida de idosos residentes em um município de pequeno porte do RS / Janice Vielmo Cáceres. -2012.

165 p.; 30cm

Orientador: Elenir Fedosse

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2012.

1. Fonoaudiologia 2. Qualidade de vida 3.

Envelhecimento 4. Linguagem I. Fedosse, Elenir II. Título.

© 2012

Todos os direitos autorais reservados a Janice Vielmo Cáceres. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Rua: Expedicionário, 1468, São Francisco de Assis, RS, CEP 96710-000

Fone (0xx) 55 3252-1443

Endereço Eletrônico: janfono@terra.com.br

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS E QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO
RS**

elaborada por
Janice Vielmo Cáceres

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Distúrbios da Comunicação humana

COMISSÃO EXAMINADORA:

Elenir Fedosse, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Renata Mancopes Rocha, Dr^a. (UFSM)

Nadiesca Filippin, Dr^a. (UNIFRA)

Santa Maria, 02 de março de 2012.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a algumas pessoas especiais na minha vida:

Ao meu porto seguro e meu grande amor, Paulo.

Às minhas duas maiores razões de viver, Morgana e Danilo.

Àqueles que legaram a mim a paixão por lutar e avançar, meus pais Luiz e Zélia.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido **Paulo** por, mesmo do seu jeito atrapalhado, ter sido meu grande incentivador e apoiador nos momentos de desespero e desânimo. Você me dá segurança e confiança. A você, meu eterno amor e agradecimento.

Aos meus filhos, **Morgana e Danilo**, que não abrandaram o amor dedicado a mim, mesmo que tenha sido ausente em alguns momentos de suas vidas. Que minha experiência seja a vocês exemplo e estímulo para perseguirem seus sonhos e nunca desistirem daquilo que acreditam. Amo vocês.

Aos meus pais, **Luiz e Zélia**, que olham para mim com admiração e respeito à mulher que sou hoje. Devo isso tudo a vocês. Obrigada pelo estímulo e carinho.

Aos meus **irmãos, cunhados (as) e sobrinhos (a)**, em especial à **Sandra** e ao **Vítor**, que me acolheram em seu lar, tornando menos árdua a tarefa de abandonar o meu próprio lar. Negra, sigo teu exemplo de luta no trabalho e na vida. Minha admiração e agradecimento a todos vocês.

À **Elenir Fedosse**, que muito mais que orientadora, foi uma grande amiga, compartilhando sua sabedoria, suas aspirações, suas angústias, e acima de tudo, seu carinho e paciência. Minha eterna gratidão e admiração.

Às professoras **Renata Mancopes Rocha e Nadiesca Filippin**, por aceitarem a tarefa de avaliadoras. Obrigada pelas imensuráveis contribuições.

À **Vandinha**, nossa fiel escudeira, que ao cuidar da minha família, me deu tranquilidade para seguir em frente. Obrigada pelo carinho e incentivo.

À administração municipal de São Francisco de Assis, em especial ao prefeito **Jorge Ernani Cruz**, agradeço por consentir na realização desta pesquisa nas unidades de saúde do município.

Aos **agentes comunitários de saúde**, parceiros e grandes colaboradores desta pesquisa. Suas vivências e vínculo com as famílias foram fundamentais para o êxito desta. Muito obrigada.

À colega **Vanessa Deuschle-Araújo** e aos **alunos da graduação em Fonoaudiologia da UFSM**, colaboradores na coleta dos dados, meu agradecimento.

E finalmente, à razão e objeto deste estudo, aos **idosos assisenses**, que compartilharam comigo suas potencialidades e incapacidades, suas alegrias e suas dores, seus juízos acerca do passado e do presente, enfim, suas vidas. Anseio que este estudo possa efetivamente contribuir com a qualidade de vida de todos vocês. Serei grata para sempre.

“Cada um tem a idade do seu coração, da sua experiência, da sua fé”.

George Sand

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
Universidade Federal de Santa Maria

ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO RS

AUTORA: JANICE VIELMO CÁCERES

ORIENTADORA: ELENIR FEDOSSE

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 02 de março de 2012.

Esta pesquisa ocupou-se dos múltiplos aspectos fonoaudiológicos implicados no envelhecimento humano. Seu objetivo foi analisar a qualidade de vida relacionada à saúde geral e aos aspectos fonoaudiológicos de uma amostra de idosos residentes em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul. Teve como objetivos específicos caracterizá-los quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade, classe econômica, condições gerais de saúde, bem como associar as manifestações linguísticas e as percepções acerca da audição, voz e sistema estomatognático às condições biológicas, socioculturais e a qualidade de vida. A amostra foi constituída de 237 sujeitos com 60 anos ou mais, acompanhados nas Unidades de Saúde. Estes foram contatados, convidados a participar da pesquisa e esclarecidos dos seus objetivos e procedimentos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Em seguida, assinaram o TCLE e responderam os questionários CCEB e WHOQOL Abreviado, bem como um roteiro de avaliação fonoaudiológica, visando conhecer a linguagem oral e a percepção do idoso, quanto a sua audição, voz e sistema estomatognático. Os dados demográficos, das condições de saúde, das percepções sobre audição, voz e sistema estomatognático, bem como os referentes à qualidade de vida foram analisados estatisticamente. Os dados de linguagem foram interpretados qualitativamente, segundo referenciais enunciativo-discursivos que respaldam esta pesquisa. A amostra foi composta por ambos os sexos; as mulheres representaram a maioria (62,4%); 45,1% dos idosos eram casados; 89% cursaram até 4º ano do Ensino Fundamental e 90% deles pertenciam às classes C e D. Destaca-se que 85,7% dos idosos se queixaram de doenças e 84,8% usavam medicamentos; 37,6% apresentaram queixas de alterações vocais; 46,4% de déficit auditivo; 28,7% de dificuldades na mastigação e 23,3% na deglutição, sendo que 86,3% eram usuários de prótese dentária. Houve associação significativa do uso de prótese dentária em mulheres ($p=0,002$) e alterações de voz na classe social B ($p=0,039$). Quanto à qualidade de vida, houve associação significativa ($p<0,05$) em domínios do WHOQOL Abreviado quando comparados os resultados entre grupos de diferentes situações sociodemográficas e condições biológicas. A média do *overall* (domínio geral) da população estudada foi 14,74, sugerindo boa qualidade de vida dos idosos residentes no município. Quanto à análise da linguagem oral, constatou-se que os variados comandos não influenciaram diretamente as narrativas dos idosos, no entanto as estratégias cooperativas/negociadas pelos interlocutores foram fatores determinantes para o desenvolvimento e significação daquelas. Os temas mais recorrentes foram perda de familiares, doenças, casamentos e nascimento dos filhos. Concluiu-se que fatores sociodemográficos isoladamente não influenciam nas queixas de alterações fonoaudiológicas, assim como são pouco impactantes na qualidade de vida. No entanto, fatores biológicos (sexo, idade, doenças em geral e alterações da voz, audição, deglutição e mastigação) influenciam a percepção subjetiva de qualidade de vida de idosos. Quanto à linguagem, comprovou-se que espaços de interação social possibilitam o uso produtivo da linguagem. Convém que os fonoaudiólogos valorizem a percepção subjetiva dos sujeitos sobre suas condições de vida e saúde, ampliando sua atuação para além da clínico-reabilitadora, com o objetivo de garantir saúde integral aos idosos.

Palavras-chave: Fonoaudiologia. Envelhecimento. Qualidade de Vida. Saúde Pública. Linguagem. Saúde Pública.

ABSTRACT

Master Dissertation
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

SPEECH, LANGUAGE AND HEARING ASPECTS AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY RESIDENTS IN A SMALL TOWN OF RS

Author: JANICE VIELMO CACERES

Adviser: ELENIR FEDOSSE

Santa Maria, march 02, 2012.

This research dealt with various aspects of speech, language and hearing involved in human aging. His goal was to analyze the quality of life related to general health and speech therapy aspects of a sample of elderly residents in a small city of Rio Grande do Sul had specific objectives to characterize them in terms of age, gender, marital status, education, socioeconomic status, general health, as well as associate the linguistic manifestations and perceptions of hearing, voice and stomatognathic system with the biological conditions, cultural partner, and quality of life. The sample consisted of 237 subjects aged 60 years or more, accompanied by Health Units. These were contacted and invited to participate and informed of its objectives and procedures for the Community Health Agents then signed the TCLE and were applied CCEB and WHOQOL Bref questionnaires, as well as a roadmap for speech evaluation, aiming at understanding spoken language and the perception of the elderly as their hearing, voice and stomatognathic system. The demographics, health conditions, perceptions of hearing, voice and stomatognathic system as well as on quality of life were statistically analyzed. The language data were interpreted qualitatively, according to references denunciative-discourse that support this research. The sample was composed of both gender, women accounted for the majority (62.4%), 45.1% of the subjects were married, 89% had completed fourth grade of elementary school and 90% of them belonged to classes C and D. It is noteworthy that 85.7% of the elderly complained of illness and 84.8% used drugs, 37.6% complained of voice disorders, hearing impairment of 46.4%, 28.7% of difficulty in chewing and 23.3% in swallowing, and 86.3% were users of dental prosthesis. There was a significant association between dental in women ($p = 0.002$) and changes in voice class B ($p = 0.039$). As for the quality of life was significantly associated ($p < 0.05$) domains of WHOQOL short when comparing the results between groups of different socio-demographic situations and biological conditions. The average overall (general area) of the studied population was 14.74, suggesting good quality of life of elderly residents in the municipality. The average overall (general area) of the study population was 14.74, suggesting good quality of life of elderly residents in the municipality. Regarding the analysis of oral language, it was found that the various commands do not directly influence the narratives of the elderly, but cooperative strategies / negotiated by the interlocutors were determining factors for the development and significance of those. The most recurrent themes were loss of family members, illness, marriage and birth of children. It was concluded that socio-demographic factors alone do not influence changes in the complaints of speech therapy, as are low impact on quality of life. However, biological factors (gender, age, diseases in general and changes in voice, hearing, swallowing and chewing) influence the subjective perception of quality of life of seniors. As for the language, it was shown that social interaction spaces enable the productive use of language. It is recommended that speech highlighting the subjective perception of individuals about their living conditions and health, expanding its activities beyond the clinical, rehabilitative, with the aim of ensuring comprehensive health care to the elderly.

Keywords: Speech Language and Hearing Sciences. Aging. Quality of Life. Language. Public Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela - 1	34
ARTIGO 1	
Tabela - 1	73
Tabela - 2	74
Tabela - 3	75
Tabela - 4	76
Tabela - 5	77
ARTIGO 2	
Tabela - 1	97
Tabela - 2	98
Tabela - 3	100
Tabela - 4	100
Tabela - 5	102
Tabela - 6	103
Tabela - 7	103
Tabela - 8	104
Tabela - 9	105
Tabela - 10	106
Tabela - 11	106
Tabela - 12	106
Tabela - 13	107
Tabela - 14	107

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Pirâmide Etária – Brasil, 2010	31
Figura 02 - Pirâmide Etária Brasileira – 1980	32
Figura 03 - Pirâmide Etária Brasileira Projetada – 2050	32
Figura 04 - Participação relativa da população – Brasil - 1980/2050	32
Figura 05 - Pirâmide Etária 1999/2009	33
Figura 06 - População, por idade e sexo- Brasil- 1980/2050	34
Figura 07 - Trabalho linguístico	51
Figura 08 - Domínios e Facetas do WHOQOL Abreviado	59

LISTA DE REDUÇÕES

ACS - Agente Comunitário de Saúde
BDPLC - Banco de Dados de Processos Linguístico-Cognitivos
CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
ND - Neurolinguística Discursiva
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RS - Rio Grande do Sul
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS - Sistema Único de Saúde
UESF - Unidade Estratégia Saúde da Família
UFSM - Universidade Federal de Santa Maria
WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Carta de Aprovação	167
Anexo B - Declaração Institucional	169
Anexo C - WHOQOL-Abreviado	171
Anexo D - Critério De Classificação Econômica No Brasil	175

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	179
Apêndice B - Roteiro de Avaliação da Linguagem	181
Apêndice C - Termo de Confidencialidade	183

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	31
2 REVISÃO DE LITERATURA	39
2.1 Estado atual dos estudos e da atenção ao idoso	39
2.2 Aspectos biológicos e fonoaudiológicos do processo do envelhecimento	42
2.3 Linguagem do ser envelhecendo	47
2.4 Qualidade de vida no envelhecimento	56
3 METODOLOGIA	61
3.1 Caracterização do município	61
3.2 Desenho do estudo	62
4 ARTIGO 1 – SAÚDE GERAL E ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS REFERIDOS POR IDOSOS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO	67
Resumo	67
Abstract	68
Introdução	69
Metodologia	71
Resultados	73
Discussão	80
Conclusão	83
Referências	85
5 ARTIGO 2 - QUALIDADE DE VIDA E FONOAUDIOLOGIA: UM ESTUDO DA POPULAÇÃO IDOSA DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE PEQUENO PORTE	89
Resumo	89
Abstract	90
Introdução	91
Método	94
Resultados e Discussão	97
Conclusão	110
Referências	111
6 ARTIGO 3 - OS PROCESSOS DE NEGOCIAÇÃO DE SENTIDO EM NARRATIVAS ORAIS DE IDOSOS	115
Resumo	115
Abstract	116
Introdução	117
Metodologia	121
Resultados	124
Discussão	132
Conclusão	139
Referências	141

7 DISCUSSÃO GERAL	143
8 CONCLUSÃO GERAL	155
REFERÊNCIAS	157
ANEXOS	165
APÊNDICES	177

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico.
Gro Harlem Brundtland

O envelhecimento da população mundial, definido pelo aumento da expectativa de vida e pela diminuição da fecundidade geral, à medida que envolve a sociedade, tem gerado estudos acerca do processo de envelhecimento, assim como o desenvolvimento de políticas públicas voltadas aos idosos (NETTO, 2002; MAC-KAY, 2004).

No Brasil, a situação não é diferente. O último censo brasileiro, realizado entre os meses de agosto e dezembro de 2010 em 5.565 municípios, visitou cerca de 67,5 milhões de domicílios, sendo que destes, 56,5 milhões estavam habitados e, portanto, foram realizadas as entrevistas (IBGE, 2011).

Dos 190.755.799 brasileiros, a população de 60 anos ou mais compreende o contingente de 21.736 milhões de pessoas, o que corresponde a 11,33 % da população total (IBGE, 2011)(Figura 1).



Figura 1 - Pirâmide Etária – Brasil, 2010.

Fonte: <http://fernandonogueiracosta.wordpress.com/2010/12/16/piramide-etaria-brasileira>.

Convém ressaltar que em 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - já publicava estudos projetivos dos parâmetros demográficos do país, analisando as

informações sobre as tendências observadas sobre mortalidade, fecundidade e a migração em nível nacional, no período de 1980 a 2050, confirmando que, mantidas as tendências observadas até 2006, o Brasil caminhava velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, cogitando que, em 2050, 29,75% dos brasileiros serão idosos, conforme pode-se observar nas Figura 2, 3 e 4 (IBGE, 2008).

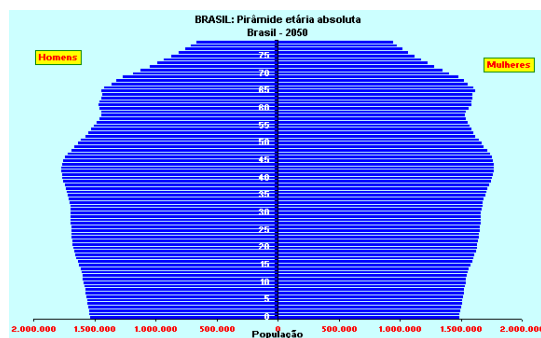
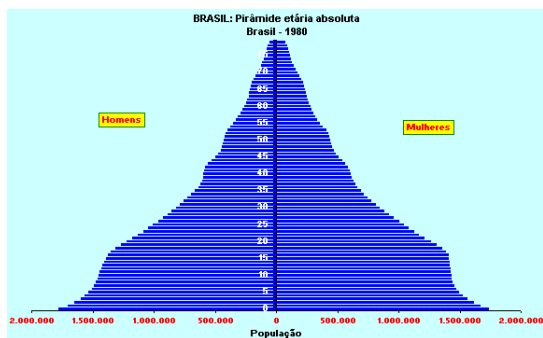


Figura 2- Pirâmide Etária Brasileira – 1980

Figura 3 – Pirâmide Etária Brasileira Projetada - 2050

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por sexo e idade- Revisão 2008.

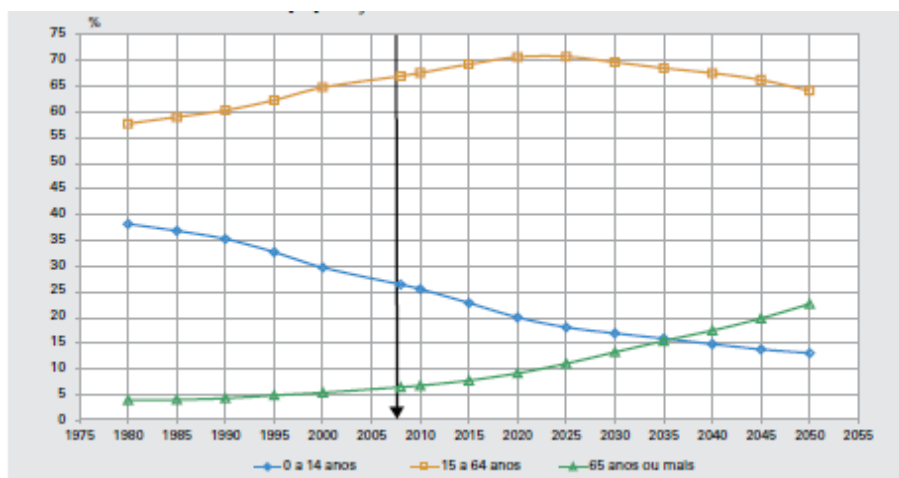


Figura 4: Participação relativa da população- Brasil- 1980/2050

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 1980 - 2050- Revisão 2008.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD é uma estratégia do IBGE, que investiga anualmente, de forma permanente, características gerais da população, de educação, trabalho, rendimento e habitação entre outras, com periodicidade variável, de

acordo com as necessidades de informação para o País, como as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, segurança alimentar, etc.

De acordo com a recente PNAD 2009, é evidente o estreitamento da base piramidal da população brasileira segundo os grupos de idade (Figura 5). Nota-se que houve, em 10 anos, uma redução de 7,3% no número de crianças e adolescentes (de 40,1% em 1999 para 32,8% em 2009) e, por outro lado, ocorreu um incremento considerável da população idosa de 70 anos ou mais de idade. Em 1999 existiam aproximadamente 6,4 milhões de pessoas nessa faixa etária (3,9% da população total), enquanto para 2009 a população de idosos nesta faixa etária atinge a um efetivo de 9,7 milhões, ou seja, 5,1% da população total (IBGE, 2010).

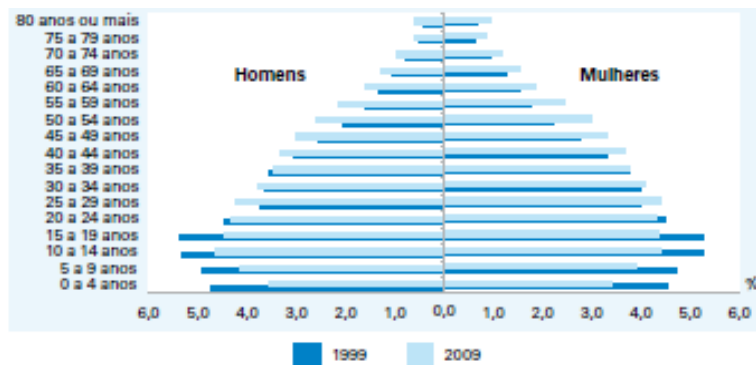


Figura 5: Pirâmide Etária 1999/2009

Fonte: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE, 2010.

A partir dos dados da PNAD 2009 foi possível delinear o perfil socioeconômico da população de 60 anos ou mais. As mulheres são a maioria (55,8%). A escolaridade dos idosos brasileiros é considerada baixa, pois 30,7% tinham menos de um ano de instrução. Já se encontravam aposentados, 66 % e 12% viviam com renda familiar per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (IBGE, 2010).

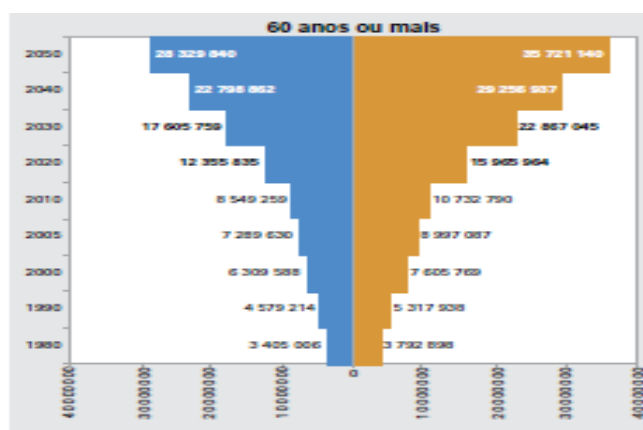


Figura 6: População, por idade e sexo- Brasil- 1980/2050

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

Além dos dados demográficos e socioeconômicos, tem-se que a expectativa de vida do brasileiro aumentará significativamente. Em 1980, tal expectativa era de 62,6 anos, enquanto que em 2050 poderá chegar a 81,3 anos (IBGE, 2008).

Todavia, os dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no relatório anual referente a 2002, desqualificam este aumento de expectativa de tempo de vida dos brasileiros, pois, diferentemente dos dados brutos, a OMS mede o tempo médio de vida em sua forma saudável. Os dados de 2002 revelaram que a expectativa de vida dos brasileiros era de 68,9 anos, contra a expectativa de 59,8 anos de vida saudável, ou seja, a população brasileira perde em torno de 13,3 % de seus anos em condições de saúde não apropriadas- (OMS, 2003), conforme Tabela 1.

Tabela1 – Esperança de Vida total *versus* esperança de vida saudável segundo gênero – dados em anos de vida para 2003.

País	Mulheres		Homens	
	Total	Saudável	Total	Saudável
Finlândia	82	74	76	69
Estados Unidos	80	71	75	67
Espanha	84	75	77	70
Alemanha	82	74	76	70
Argentina	79	68	71	62
México	78	68	73	63
Rússia	72	64	59	53
Brasil	76	62	68	57
China	74	65	71	63
África do Sul	52	45	50	43
Índia	65	54	62	53

Fonte: OMS – Organização Mundial da Saúde. Elaboração Ipea

Do mesmo modo que a velhice é uma experiência heterogênea, a qualidade de vida nessa fase da vida é um fenômeno multidimensional e multideterminado, sendo considerados na sua avaliação fatores intrapessoais e sócio-normativos resultantes da temporalidade e da interação do sujeito com o meio ambiente (físico e social). “Na avaliação da qualidade de vida, alguns indicadores são considerados relevantes, entre eles destacam-se a satisfação ou o índice de satisfação com a vida; a atividade e o envolvimento com papéis sociais, familiares e profissionais; a saúde física e mental” (NERI, 2001; RIBEIRO, 2004).

O envelhecimento populacional, com suas novas e urgentes demandas, tem exigido adequações das políticas sociais, em especial, daquelas voltadas à assistência à saúde, previdência e desenvolvimento social (IBGE, 2008).

Pelos motivos acima explicitados, entende-se que a inserção da Fonoaudiologia no campo dos estudos referentes ao envelhecimento humano é de suma importância. Essa profissão e ciência da saúde têm muito a contribuir para com a qualificação da saúde dos idosos, sobretudo quando se assume a concepção de que o ser humano é naturalmente um ser social e que tal condição é mantida pelo fato de a linguagem (principal objeto de estudo e intervenção da Fonoaudiologia) ser uma atividade cognitiva que mantém/atualiza as demais atividades - atenção/concentração, gnosis, praxias, raciocínio matemático (VYGOTSKY, 1987; LURIA, 1987; FRANCHI, 2002).

Quanto aos demais aspectos fonoaudiológicos, sabe-se que as condições orgânico-funcionais são modificadas pelo envelhecimento, observando-se mudanças nas funções alimentares (alterações nos padrões mastigatórios e de deglutição); diminuição da acuidade auditiva e da qualidade vocal. Tais mudanças ocorrem de forma diferenciada entre idosos, visto que dependem, além de aspectos genéticos, sociais e ambientais vividos durante a vida (MARCHESAN, 2004).

Conhecer as condições linguístico-cognitivas e de qualidade de vida desta população e associá-las a fatores como as condições de saúde (física e mental) e a trajetória de vida (interação familiar e social ampliada) é um desafio para a área. Resumidamente é esta a pretensão deste estudo, pois se acredita que por meio da expressão verbal (sobretudo, da linguagem oral) é possível identificar o impacto das modificações inerentes à idade, realçando-se a percepção subjetiva do idoso acerca de sua qualidade de vida.

Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar a qualidade de vida relacionada aos aspectos fonoaudiológicos, aferindo-se a expressão/interpretação da

linguagem oral por meio da narrativa de um fato relevante da vida, bem como a percepção subjetiva da audição, voz e sistema estomatognático/motricidade orofacial de uma amostra de idosos residentes em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul. Tem como objetivos específicos caracterizar os idosos quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade, classe econômica, condições gerais de saúde, bem como correlacionar as manifestações linguísticas e as percepções acerca da audição, voz e sistema estomatognático/motricidade orofacial com as condições biológicas, socioculturais e de qualidade de vida dos idosos.

Convém dizer que com este estudo inicia-se a organização de um Banco de Dados permanente (Banco de Dados de Processos Linguístico-Cognitivos - BDPLC) sobre linguagem verbal e de outros aspectos fonoaudiológicos (no caso deste estudo – a percepção) de sujeitos idosos.

Os resultados e as conclusões deste estudo poderão ser inferidos sobre outras populações idosas residentes em localidades de características similares às encontradas no município de São Francisco de Assis, fornecendo subsídios para os profissionais da saúde, em especial os da Fonoaudiologia, que atuam com o envelhecimento. Espera-se, portanto, trazer contribuições acerca dos aspectos fonoaudiológicos no envelhecimento, bem como contribuir para o desenvolvimento de ações e serviços dedicados ao idoso, quiçá, para a definição de Políticas Públicas no âmbito municipal e/ou regional.

Este estudo encontra-se organizado em nove capítulos, incluindo-se este inicial (Introdução), que procurou explicitar o tema desta pesquisa, apresentando seus objetivos, suas justificativas e repercussões.

No segundo capítulo, intitulado Revisão de Literatura, são apresentados conhecimentos teóricos compilados na literatura acerca do tema do envelhecimento humano - um processo dinâmico e progressivo - que conforme dito anteriormente tem exigido especial atenção dos pesquisadores e propositores de políticas públicas. Destacam-se os termos básicos e a epidemiologia do envelhecimento; as modificações dos sistemas/aparelhos humanos, especialmente, daqueles com os quais a Fonoaudiologia se ocupa mais diretamente.

No terceiro capítulo - Metodologia – descrevem-se o desenho deste estudo, os critérios utilizados para cálculo da amostra, a seleção e a descrição da mesma, considerando-se as implicações éticas. Também são explicitados os procedimentos da coleta e da análise dos dados.

Os resultados desta pesquisa são apresentados em forma de três artigos, constituindo-se no quarto, quinto e sexto capítulos.

O primeiro artigo (Artigo 1) - Saúde geral e aspectos fonoaudiológicos referidos por idosos: um estudo epidemiológico, cumpre o objetivo de caracterizar demográfica e socioeconomicamente a população idosa residente na zona urbana de um município de pequeno porte do interior do RS, onde a pesquisa foi desenvolvida. Identifica a incidência referida das características relacionadas aos aspectos de saúde geral e fonoaudiológicos (percepção quanto às condições gerais de saúde e da audição, da voz e do sistema estomatognático), assim como busca identificar possíveis associações entre as variáveis acima indicadas.

O segundo artigo (Artigo 2) - Qualidade de vida e Fonoaudiologia: um estudo da população idosa de um município brasileiro de pequeno porte, associa fatores sociais, econômicos, de saúde geral e alterações fonoaudiológicas à qualidade de vida referida pelo idoso.

O terceiro artigo (Artigo 3) - Os processos de negociação de sentido em narrativas orais de idosos, que analisa a linguagem oral dos idosos apreendida em um expediente linguístico (narrativa).

O sétimo capítulo, configurado como Discussão, ocupa-se da discussão geral dos três artigos, permitindo, assim, a compreensão do todo pesquisado.

Por fim, encerra-se este estudo com o capítulo Conclusão que sintetiza os resultados alcançados e discussões produzidas nesta pesquisa, por sua vez, viabilizada pelos subsídios teóricos consultados nos diferentes momentos de seu desenvolvimento (Referências).

Os Apêndices e os Anexos utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa encontram-se devidamente identificados, conforme previsto pelas normas científicas da Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses: MDT da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

2 REVISÃO DA LITERATURA

*Não é no silêncio e no isolamento
que os homens se fazem,
mas na palavra, no diálogo, no trabalho e na ação-reflexão.*
Paulo Freire

2.1 Estado atual dos estudos e da atenção ao idoso

Fatores como a diminuição das taxas da fecundidade e da mortalidade infantil, bem como o aumento na expectativa de vida em função de melhorias nas condições de vida alcançadas pela implementação de políticas públicas universais e integrais e pelo avanço das ciências de saúde, vêm mudando o perfil populacional global (NETTO, 2002; IBGE, 2010).

A atual condição do Brasil, que deixa de ser considerado um país subdesenvolvido e passa a ser reconhecido mundialmente como um país em amplo desenvolvimento humano e econômico, apresenta-se propensa ao aumento do número de idosos. Devido a isto, a preocupação dos governantes e dos estudiosos brasileiros em aprofundar a temática acerca do envelhecimento para, efetivamente, proporcionar vida longa e com qualidade aos nossos velhos (IBGE, 2010).

A definição de quando inicia a velhice não é clara, pois esta depende de diferentes fatores orgânicos e percepções individuais e culturais. Existem defensores de que iniciamos o envelhecimento logo após a concepção, no final da terceira década ou próximo ao final da existência do indivíduo (RIBEIRO, 2004).

A autora acima confirma que não existe uma única forma de medir e definir a idade biológica dos seres humanos e da maioria dos animais. A autora explica que a dificuldade em definir a *idade biológica* de um indivíduo, faz com que se recorra geralmente à *idade cronológica*, o que lhe confere o *status* de limitadora das fases do desenvolvimento. No entanto, há autores que afirmam que há evidentes diferenças nas características entre os idosos, e que tais diferenças, frequentemente, não estão relacionadas à idade. Por conseguinte, parece conveniente considerar que a idade cronológica isoladamente não deva ser utilizada como um marcador preciso para as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento (NETTO, 2002; RIBEIRO, 2004).

Segundo Netto (2002), estudos destacam o conceito de idade funcional, realçando o fato de que este possui estreita relação com a idade biológica. A idade funcional é definida

como o grau de capacidade funcional ou adaptativa do sujeito, em comparação com a idade cronológica. Aparece também o conceito de idade psicológica que se refere à relação entre idade cronológica e as capacidades/condições psicocognitivas, tais como: percepção, aprendizagem, memória e o senso subjetivo de idade. Outro conceito é o de idade social; “este tem relação com a capacidade/condição de o sujeito desempenhar papéis e comportamentos num dado momento da história de cada sociedade” (NETTO, 2002).

As considerações acima impõem, portanto, a necessidade e a importância de serem realizados estudos epidemiológicos em diferentes contextos socioculturais para que se alcancem esclarecimentos sobre o envelhecimento e disso decorram definições de políticas públicas adequadas às diversas variações contextuais (OMS, 2005).

Do ponto de vista de Netto (2002), quando se estuda o envelhecimento, convém determinar as diferenças entre idosos considerando-se fatores como o sexo (gênero), a classe social, as condições de saúde, de educação, a personalidade, a história passada, ou seja, o contexto sociocultural e econômico vivido pelo sujeito.

Pode-se dizer que os fatores orgânicos, perceptuais subjetivos e culturais são considerados como condicionantes do processo de envelhecimento (NETTO, 2002; RIBEIRO, 2004; RUSSO, 1999). Em outras palavras, o envelhecimento, processo universal e intrínseco à espécie humana, tem sido compreendido como dinâmico e progressivo, em que ocorrem modificações bioquímicas, morfológicas, funcionais e psicocognitivas que determinam dificuldades ou a perda da capacidade/condição de adaptação do sujeito ao meio ambiente (aqui entendido como meio físico e social), ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, podendo inclusive levá-lo à morte (NETTO, 2002).

O processo de envelhecimento é, pois, descrito como progressivo e degenerativo, caracterizado por menor eficiência funcional - enfraquecimento dos mecanismos de defesa frente às variações ambientais e perda das reservas funcionais. Trata-se de um processo determinado por fatores biológicos e ambientais; distingue-se das doenças (processos patológicos) que são, muitas vezes, reversíveis e não observadas igualmente em todas as pessoas (RIBEIRO, 2004).

As mudanças associadas ao envelhecimento são específicas para cada pessoa e para cada um de seus órgãos. Segundo Russo (1999), uma das primeiras fonoaudiólogas dedicadas ao envelhecimento, as mudanças orgânico-fisiológicas acometem diferentes partes do corpo e

variam de um sujeito para outro. Do ponto de vista da autora, essas diferenças individuais (resultantes da associação dos fatores internos e externos) são condicionantes / determinantes do tempo de vida e da vida com qualidade de cada pessoa.

A propósito da noção de qualidade de vida, há estudos que comprovam que o tempo de vida total do homem é desigual ao seu tempo de vida com qualidade. Tal realidade é evidenciada nos levantamentos demográficos e epidemiológicos dos municípios brasileiros, conforme já descrito no capítulo anterior deste estudo (OMS, 2003). Em sintonia com esta máxima, o Ministério da Saúde lançou, em meados da primeira década deste século XXI, a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS como uma das estratégias de produção de saúde, possibilitando o enfoque dos aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento no país. Esta política surge como uma afirmação do programa “Brasil Saudável” (lançado em 2005), que também tinha como objetivo promover saúde em todas as etapas da vida (BRASIL, 2006).

A preocupação com o envelhecimento populacional impele a elaboração de ações públicas voltadas, especificamente, ao envelhecimento ativo; compreendeu-se a necessidade de investir na prática de atividade física, à alimentação saudável e à redução do consumo do tabaco como aspectos essenciais para um envelhecimento saudável. A partir de tais proposições espera-se alcançar ganho de tempo de vida e ganho substancial em qualidade de vida (OPAS, 2005).

No mesmo ano em que se lança a PNPS, publica-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI como uma afirmação dos direitos declarados na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). A propósito, no Brasil é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais de idade.

Nas políticas acima definidas, assume-se o desafio de superar o principal problema que afeta o idoso, qual seja: sua capacidade funcional ou, em outras palavras, a perda das habilidades físicas e mentais indispensáveis para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Especificamente, a PNSPI tem a finalidade de indicar medidas coletivas e individuais de saúde para recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos (BRASIL, 2006).

Neste ensejo, a Fonoaudiologia e as demais profissões e ciências da saúde inserem-se na temática do envelhecimento, comprometendo-se a desenvolver pesquisas e ações de promoção da saúde. A Fonoaudiologia compreendeu a necessidade de desenvolver estudos

voltados ao processo do envelhecimento capazes de identificar as peculiaridades comuns à maioria dos idosos, bem como compreendeu a conveniência de elaborar propostas para qualificar e manter a saúde do idoso pelo máximo de tempo possível. Porém, antes de aprofundarmos a argumentação da relação envelhecimento-qualidade de vida, um dos focos deste estudo, convém discorrer sobre alguns conceitos relevantes na área da saúde.

2.2 Aspectos biológicos e fonoaudiológicos do processo do envelhecimento

Convém distinguir de entrada o conceito de *senescência* (*senectude* ou ainda envelhecimento normativo) do de *senilidade* e, em seguida, discorrer sobre o conhecimento acumulado no que se refere aos aspectos biológicos e fonoaudiológicos que acompanham o envelhecimento.

Segundo Netto (2002), *senescência* resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normativo (também chamado de envelhecimento fisiológico, por alguns autores), enquanto que a *senilidade* é caracterizada por afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa, ou seja, o envelhecimento associado a doenças. A diferenciação entre esses dois estados é extremamente complexa, pois caracteristicamente apresentam zonas de transição frequentes, o que dificulta a discriminação de cada um deles no dia-a-dia dos profissionais e, portanto deve ser profundamente avaliado em investigações/estudos relacionados ao envelhecimento.

O envelhecimento, caracterizado por transformações morfológicas e funcionais, atinge todo o organismo do indivíduo; tais mudanças são distribuídas nos diferentes aparelhos e sistemas (RIBEIRO, 2004).

O Sistema Nervoso Central, de acordo com Ribeiro (2004) parece funcionar como marca-passo do envelhecimento e regula o processo através de transformações na capacidade/condição de elaborar e integrar os estímulos provenientes do organismo e do ambiente, propondo a reação adequada. Com o envelhecimento há diminuição no peso e volume do cérebro, diminuição de neurotransmissores, perda de neurônios, no entanto, os neurônios conservados aumentam a quantidade de sinapses (a chamada plasticidade cerebral), mesmo assim acontece uma lentidão ou diminuição nas respostas disparadas pelo cérebro (DUARTE, 2008; RIBEIRO, 2004).

Os sentidos tornam-se menos eficientes provocando insegurança e instabilidade ao idoso. Ocorrem alterações na visão (menor capacidade de resposta à luz, menor poder de acomodação do cristalino e presbiopia – diminuição da acuidade visual); diminuição da acuidade auditiva (presbiacusia); diminuição da quantidade e da sensibilidade das papilas gustativas resultando no aumento do limiar para o paladar e incidindo da mesma forma nos sentidos do olfato e tato (DUARTE, 2008; RIBEIRO, 2004).

Quanto ao sistema endócrino o envelhecimento normal provoca uma diminuição na secreção de hormônios nos idosos, por uma adaptação glandular ao metabolismo, assim como pode influenciar a produção, secreção, transporte, metabolismo e a ação-hormonal (RIBEIRO, 2004).

O sistema imunológico se torna menos eficiente, aumentando a susceptibilidade a infecções e doenças autoimunes. O aparelho cardiovascular demonstra menor eficiência em responder às exigências corporais, aumentando riscos para arritmias, aumento pressão sistólica e insuficiência cardíaca (RIBEIRO, 2004).

O aparelho geniturinário sofre uma diminuição na ação funcional dos rins, atrofia de bexiga, diminuição da fertilidade, aumento do tamanho da próstata, além de outras alterações no aparelho genital de ambos os sexos. Com a idade avançada há alterações no aparelho músculo-esquelético, com tendência a degeneração das articulações e ossos, endurecimento e ressecamento dos ligamentos e tendões, o que pode interferir na independência de locomoção do idoso (DUARTE, 2008; RIBEIRO, 2004).

A pele sofre mudanças no seu aspecto devido diminuição de colágeno e hidratação, tornando-se mais fina e menos elástica, redução no número e na função das glândulas sudoríparas, diminuindo a transpiração, atrofia muscular e diminuição gordura subcutânea. Há uma diminuição natural na estatura a partir dos 40 anos e no peso corporal há partir dos 30 anos, no entanto este último pode ser alterado pelo excesso alimentar e inatividade física (RIBEIRO, 2004).

A ineficiência da digestão também aparece como problema comum no idoso, devido às perdas dentárias, redução na motilidade do esôfago, estômago, intestino delgado e grosso, diminuição das secreções gástricas e diminuição da absorção intestinal interferindo diretamente na alimentação e produção/articulação da linguagem oral/fala (RIBEIRO, 2004).

Em síntese, o corpo humano sofre inúmeras transformações ao longo do processo de envelhecimento, mudanças próprias da senescência, porém, o ritmo ou o avanço deste

processo dependerá das condições de vida do idoso, podendo manter qualidade de vida ou evoluir para um estado de senilidade (DUARTE, 2008; RIBEIRO, 2004).

A Fonoaudiologia, profissão e ciência ocupada dos múltiplos aspectos da comunicação humana, compreendem que a audição, a voz, os padrões motores de alimentação, a respiração e, sobretudo, a expressão e interpretação da linguagem verbal (em seus aspectos segmentais [organização fonológica, sintática, semântica e pragmática] e suprasegmentais [prosódia – entonação, ritmo, velocidade]) se manifestam subjetivamente, ou seja, manifestam-se de forma peculiar e diferenciada de acordo com as características orgânico-fisiológicas, psicocognitivas e sociointeracionais de cada pessoa (FEDOSSE, 2008).

Nos anos oitenta, profissionais da área, reconhecendo as mudanças dos órgãos e dos sistemas do corpo humano, iniciam estudos sobre os diferentes aspectos relativos à audição, voz e ao sistema estomatognático/motricidade orofacial, no entanto, os relacionados à linguagem verbal (oral/fala e escrita) aparecem recentemente e ainda são escassos. Pode-se dizer que a maioria dos estudos fonoaudiológicos dedica-se, portanto, à descrição dos distúrbios da comunicação (decorrentes da presbiacusia, da presbifonia e/ou decorrentes de lesões encefálicas) e dos distúrbios dos órgãos responsáveis pelo ato de alimentação/disfagia (MAC-KAY, 2004).

Segundo a autora acima, além das alterações mais significativas, a diminuição da acuidade auditiva (presbiacusia), o envelhecimento vocal (presbifonia), os distúrbios da motricidade orofacial (disfagias) e os distúrbios da linguagem (em especial, os quadros afásicos ou demenciais), destacam-se as transformações no aparelho respiratório. Estas decorrem, principalmente, da rigidez na mobilidade das costelas, atrofia dos músculos respiratórios, menor elasticidade e hiperdistensão dos alvéolos, atrofia e diminuição da atividade ciliar da mucosa dos brônquios, aumentando o volume residual na expiração, diminuindo a capacidade de tossir, expectorar e a potência da voz.

A *presbiacusia*, segundo Bilton, Viúde e Sanches (2002), corresponde à perda auditiva decorrente de mudanças degenerativas no sistema auditivo periférico e central que acompanham o envelhecimento.

Jerger e Jerger (1989) referem a presbiacusia como alterações auditivas devido a mudanças senescentes no sistema auditivo. Para os autores, os achados e estudos em idosos demonstram alterações senescentes em todos os órgãos da audição: aumento do tamanho do pavilhão auricular, atrofia ou aumento de flacidez da parede do conduto auditivo externo,

acúmulo excessivo de cerúmen e aumento de pelos. Na orelha média poderá ser percebido espessamento da membrana timpânica ou redução da elasticidade do tecido muscular e calcificação dos ligamentos e dos ossículos. Na orelha interna, as mudanças senescentes poderão ocorrer em qualquer estrutura morfológica da cóclea ou no oitavo nervo.

A presbiacusia é considerada por Russo (2004) e Sanches e Suzuki (2003) como um dos mais incapacitantes distúrbios da comunicação do idoso, impedindo-o de desempenhar plenamente seu papel social, podendo-o levar ao isolamento e afastamento familiar e comunitário, desencadeando quadros de distúrbios psicológicos.

A *presbifonia* ocorre de modo simultâneo ao envelhecimento das demais estruturas e/ou funções corporais. Segundo Behlau (2004), a eficiência vocal atinge seu ápice dos 25 aos 40 anos quando, então, a laringe inicia um processo de alterações que poderão impactar na voz de maior ou menor grau. As principais mudanças fisiológicas percebidas no processo de envelhecimento e que geralmente alteram o parâmetro vocal, mais nitidamente a partir de 60 anos, são: i) calcificação e ossificação das cartilagens laríngeas; ii) degeneração das fibras de colágeno na musculatura intrínseca da laringe; iii) diminuição geral na elasticidade dos pulmões com decréscimo da capacidade aérea; iv) alteração nas estruturas das camadas da prega vocal devido a diminuição de fibroblastos, fibras colagenosas e elásticas, percebendo-se edema e redução de massa principalmente nas mulheres, assim como desidratação da mucosa das pregas vocais. Na camada superficial da lâmina própria ocorre redução na densidade de fibras colágenas e elásticas, na camada intermediária as fibras elásticas tornam-se mais finas e seu contorno fica deteriorado e as maiores alterações ocorrem na camada profunda, onde as fibras colagenosas tornam-se mais densas e ocasionalmente exibem zonas de fibrose (BRASOLOTTO, 2004; BOONE E MCFARLANE, 1994; BEHLAU, 2004; FERREIRA, 1998; PINHO, 1998).

As principais alterações vocais no envelhecimento, segundo Behlau (1999) e os demais autores acima citados, são: i) aumento na frequência fundamental da voz para os homens; ii) redução na frequência fundamental da voz nas mulheres; iii) aumento de *jitter*; aumento da variabilidade do *pitch*; iv) presença de tremor senil; v) extensão de frequência reduzida; vi) deteriorização na qualidade vocal em maior grau para os homens; vii) instabilidade vocal, incluindo emissão trêmula; viii) aumento do grau de nasalidade na fala; ix) redução do tempo máximo de fonação e x) fala lenta e monótona.

Brasolotto (2004) refere que, mesmo havendo alterações vocais perceptíveis, a maioria dos idosos demonstra não se incomodar com estas, considerando-as parte do envelhecimento, no entanto, é importante que o idoso tenha o conhecimento que existem recursos para retardar ou até mesmo regredir tais alterações.

O *sistema estomatognático* é constituído basicamente por diferentes tecidos e órgãos, e entre suas principais funções destacam-se a mastigação, a sucção, a deglutição e a articulação verbal (fala) que influenciam e são influenciadas pelos outros sistemas do organismo humano. Os tecidos maxilo-faciais constituem um complexo sistema com ossos, músculos e espaços orgânicos que, coordenados pelo sistema nervoso central, desempenham as funções de deglutição, mastigação, sucção, fonação, respiração e postura de cabeça. Todos os sistemas do corpo humano se desenvolvem e se modificam ao longo da vida dos indivíduos. Essas modificações podem ser ocasionadas tanto por fatores internos (como o envelhecimento) ou externos - como o tipo de trabalho executado, o relacionamento com os outros indivíduos, os hábitos alimentares entre outros (MARCHESAN, 2004).

A partir dos 50 anos começam a surgir problemas ligados à fala e à alimentação. As causas mais comuns são: i) ausência de dentes, ii) problemas periodontais, iii) atrofia do músculo mastigatório, iv) uso de prótese, v) diminuição do paladar, vi) diminuição da saliva, vii) presença de refluxo gastroesofágico e viii) disfagia (SANCHES E SUZUKI, 2003; MARCHESAN, 2004).

Em relação ao processo mastigatório, a principal queixa do idoso é a diminuição da eficiência mastigatória decorrente da perda de elementos dentários (total ou parcial) e que tem consequência em todos os órgãos do corpo. A segunda causa de alterações da motricidade oral é a deglutição, pois ocorre uma diminuição natural desta capacidade, sendo importante a diferenciação entre este desgaste normal e quando faz parte de um processo patológico (MARCHESAN, 2004).

2.3. Linguagem do ser envelhescente¹

A linguagem é uma das atividades humanas mais complexas, senão a mais complexa de ser estudada e trabalhada; trata-se de um processo semiótico por excelência, heteróclita e multiforme (SAUSSURE, 1978). Não se discute que a linguagem é um processo de significação. A significação para Franchi (1977) é ato motivado e intencional que ocorre no interior de uma determinada situação histórico-cultural e que põe em relação os interlocutores (as pessoas), as formas de expressão verbal (a língua) e também outros elementos não verbais (por exemplo, os motores [movimentos, gestos, dança], as imagens [desenhos, fotografias, esculturas], os sons [melodias, ruídos, onomatopeias]). Ou seja, a linguagem verbal e não verbal são atividades de produção e interpretação de sentidos e, por isso, não pode ser apreendida apenas em seu papel instrumental, ou seja, com função de mera comunicação.

No entanto, muitos estudiosos, inclusive na área da Fonoaudiologia, quando se dedicam ao estudo da linguagem nas diferentes fases da vida destacam o seu papel instrumental. Segundo Mac-Kay (2004), a primeira fonoaudióloga brasileira a se ocupar da linguagem de idosos, a linguagem possibilita a *comunicação humana* e esta (a linguagem) é responsável pela interação social do homem e é essencial para a satisfação de suas necessidades básicas: estabelecimento de relações interpessoais, aquisição de novos conhecimentos, expressão, compreensão e troca de ideias e informações nos diversos contextos da vida diária: familiar, trabalho, escola e lazer.

Segundo a mesma autora, na velhice existem: i) alterações funcionais dos órgãos fonoarticulatórios que repercutem como lentificação dos processos práxicos orofaciais e de fala; ii) dificuldades na manutenção da fonação durante fala encadeada; iii) dificuldades para acessar os sistemas de informações conceituais e perceptuais (linguísticos e não-linguísticos); iv) dificuldades em acessar o léxico e; v) alterações na audição que prejudicam a retroalimentação de fala do idoso.

Além disso, Mac-Kay (2004), afirma que a narrativa do idoso é repleta de flexões de passado: o idoso recorre constantemente a expressões temporais como "no meu tempo". Em relação à fonética e à prosódia, a autora ressalta que na produção oral os idosos demonstram tom sufocado, variações de ritmo e quebras na fluência. Também afirma que há possibilidade

¹ Tomo como empréstimo a expressão "ser envelhescente" da publicação – Linguagem e velhice: considerações acerca do papel da escrita no processo de envelhecimento - das autoras Regina Célia Celebrone Lourenço e Giselle Massi (2011).

de desorganização sintática, no entanto, na ausência de qualquer empecilho à sua articulação e ao seu processamento, a fala do idoso é inteligível.

Note-se que as considerações de Mac-Kay (2004) restringem-se à descrição de “alterações” que acometem a estrutura e o funcionamento da linguagem. Pode-se dizer que tais considerações realçam o fato de a comunicação estar prejudicada porque existem problemas orgânico-funcionais de base. Parece-nos que as considerações da autora são assentadas no estudo de Pretti (1991), analista da conversação e primeiro e, por muito tempo, o único linguista a se ocupar da linguagem de idosos e a realizar um estudo inédito no Brasil sobre a linguagem dos idosos ².

Segundo Pretti (1991), o idoso (o velho, nos seus termos) é uma categoria social discriminada e marginalizada, por isso, condenada ao silêncio e à reclusão. Compreendendo essa condição do idoso, assim como considerando que a linguagem é exercitada no diálogo e que este é um fator central na construção da identidade social, por ser um evento regular, organizado face a face, o autor analisou além da estrutura do diálogo, os processos, as estratégias e suas funções. Procurou associar o conhecimento dos mecanismos formais expostos a fatores socioculturais e psicofísicos, buscando, de certa forma, explicar o comportamento linguístico dos idosos. As análises de Pretti ocuparam-se de questões relativas à fluência verbal, marcas lexicais, organização do tópico discursivo e construção de narrativas.

Quanto à fluência da linguagem nos idosos, o autor destaca as constantes interrupções, construções sintáticas entrecortadas, falhas na memória e hesitações, que refletiriam a lentidão dos idosos no processamento linguístico das informações, assim como na insegurança destes com o uso da linguagem, também demonstrada pelas autocorrekções frequentes e reformulações de frases. Na interação é comum a descontinuidade no tópico da fala, ou seja, a mudança de tópico (digressões) ou o desenvolvimento de subtópicos, exigindo do interlocutor maior grau de atenção e compreensão do contexto para relacioná-los. Ainda identifica que, mais do que os demais falantes de outras faixas etárias, os idosos se apoiam no outro para levar adiante a conversação, e muitas vezes solicitam ajuda para lembrar-se de algo.

Nas questões estritamente prosódicas, observou voz sufocada, com acentuada queda ao final das palavras, muitas vezes tornando-se ininteligível ao final de segmentos breves,

² Estudo realizado a partir de gravações de diálogos de falantes de 80 a 101 anos de idade, pertencentes ao projeto de estudo da norma linguística urbana culta de São Paulo (Projeto NURC/SP).

dando a impressão de cansaço. Excessivas pausas, indecisões, gaguejamentos, correções, retomadas e repetições, levam o pesquisador à conclusão de que a linguagem do idoso é disfluente. Apesar de todos estes acontecimentos, (ibid,1991) o mesmo autor considera que as diferenças básicas percebidas entre idosos e falantes mais jovens, deve-se em maior parte à intensificação das características comuns a ambos, do que propriamente a traços específicos do idoso.

O autor acima, exemplificando os possíveis tipos de ouvintes, destaca os ouvintes atentos e os não-atentos, permitindo que a recepção do discurso entre interlocutores seja apreendida de forma diversa. Esta classificação se mostra importante quando da necessidade de investimento do interlocutor na compreensão da fala do idoso, já que a mudança de tópicos e as características prosódicas de lentificação, pausas, hesitações dificultam a interpretação do sentido.

Quanto aos aspectos sintáticos foi evidenciado o uso de itens lexicais em desuso (o autor usa a expressão vocabulário arcaico) e expressões formuláicas (provérbios, refrões, frases feitas, etc.), exigindo constantes explicações, definições ou esclarecimento (a checagem da compreensão foi muito recorrente, especialmente, na interação com jovens.). Também evidenciou construções sintáticas longas, marcadas por um minucioso processo associativo de tópicos, com constante atividade de avaliação - lá/aqui e agora/antes e presença de informações paralelas. Seus discursos tomam muitas vezes uma forma didática, demonstrando ao mesmo tempo dúvida se está sendo compreendido, e por outro lado, o desejo de transmitir experiências, característica comum aos idosos (ibid, 1991).

Com relação à narrativa, Pretti (1991) a caracterizou como “conversa comprida, sem fim”, arrastada, cheia de histórias e lembranças do passado. Segundo o autor, a rememoração do passado é próprio da construção do discurso do idoso, repleto de informações de um tempo chamado por eles de “nosso tempo”.

Vale ressaltar que, mesmo tendo sido realizadas 25 gravações de falantes idosos, o autor usou para analisar a linguagem dos idosos, especialmente os dados de um idoso.

Certamente que os estudos de Pretti (1991) e de Mac-Kay (2004) têm seu valor, sobretudo porque pioneiros, no entanto, diferentemente desses autores, há outros, inclusive no interior da Fonoaudiologia, que reconhecem outros modos de analisar a linguagem.

Lourenço e Massi (2011), por exemplo, entendem que a linguagem promove a (re) organização ininterrupta da história de cada sujeito, tornando-os criadores da vida singular,

que está em permanente constituição. Para as autoras, o envelhecimento é construído social, cultural e historicamente pela humanidade, devendo ser analisado não somente pelas mudanças físicas que acometem o organismo, mas também no seu contexto sociocultural.

Fedosse (2000; 2008), assentada nos pressupostos de uma Neurolinguística discursivamente orientada (ocupada do estudo da relação entre linguagem/cérebro/mente), afirma que a linguagem desempenha, ao mesmo tempo, o papel de comunicação, de estruturação do sistema linguístico (da língua) e dos demais processos cognitivo-psíquicos (VIGOTSKI, 1984,1988; LURIA, 1987; FRANCHI, 1977; COUDRY, 1988, 1997; GERALDI, 1990).

No sentido acima, pode-se dizer que é por meio *da* e *na* linguagem que se organizam a vida intra e interpessoal, bem como o próprio sistema linguístico. A propósito, Geraldi (1990) explica que é pelo fato de a linguagem integrar a estrutura cognitiva/psíquica que ela (a linguagem) regula e media a cognição. Portanto, a linguagem se constitui como o processo cognitivo/psíquico que possibilita a sua regulação e, mais ainda, a dos demais processos cognitivos/psíquicos - atenção, percepção, memória, praxias, raciocínio lógico-matemático (VIGOTSKI, 1984/1988; LURIA, 1987).

A linguagem como atividade constitutiva implica realização de trabalho linguístico, ou como dizem alguns autores ocupados do estudo da linguagem nas patologias neurológicas - realização de trabalho linguístico-cognitivo, que se apresenta como constante (re)construção da língua/linguagem e do sujeito na interação verbal. É, pois, um trabalho social e histórico desenvolvido na relação entre um *eu* e um *tu* envolvidos em e por recursos linguísticos e recursos da situação (tempo, espaço, formação social, sistemas de referências), que encontra sentido através de processos negociados de (FRANCHI, 1977; COUDRY E MORATO, 1988; GERALDI, 1991; NOVAES-PINTO E BEILKE, 2008; FEDOSSE, 2010).

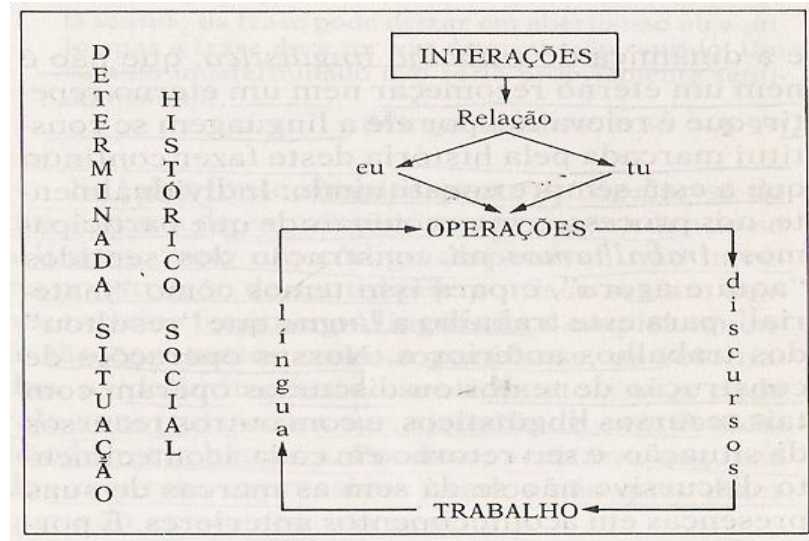


Figura 07: Trabalho linguístico
Fonte: Geraldi, 1991.

Tomando-se as considerações acima, pode-se dizer que a linguagem do idoso, tal como a dos jovens e dos adultos, é marcada por constante atividade de negociação, nos termos de Geraldi (1991), os seres humanos realizam trabalho linguístico e à medida que o realiza constituem-se seres sociais. Neste sentido, as “conversas de velho” podem ser entendidas como marcas explícitas de resistência e preservação papel social do idoso.

Portanto, o referencial teórico adotado nesta pesquisa, toma a significação, a produção e a interpretação de sentido, como dada em meio às contingências do uso social da linguagem, como uma prática aberta e social, em oposição às teorias formalistas ou gerativistas, inspiradas em Chomsky e Saussure, em que há a exclusão do sujeito e do mundo, tratando a linguagem como um percurso puramente interno, de um sistema fechado e já dado (FEDOSSE, 2000; 2008).

Segundo Dascal (1982), os estudiosos da linguagem que se ancoram na distinção saussureana entre *langue* e *parole*, por exemplo - Chomsky e seus seguidores, fazem uma distinção entre competência e performance, e assumem que o estudo da língua ou da competência pertenceria à Linguística, enquanto que o estudo da fala ou a performance ficaria relegada às ciências vizinhas, como, a psicolinguística e acrescenta-se a Fonoaudiologia, que à época do artigo acima, acabava de ser reconhecida como profissão de saúde, de tal forma que suas pretensões de também se constituir como ciência ocupada do estudo da linguagem eram incipientes.

Da forma como explica Dascal (1982), fica fácil de compreender porque a sintaxe (estudo das relações entre os signos) e a semântica (estudo das relações entre signos e suas designações) têm privilégios na teorização da linguagem, enquanto que a pragmática (estudo das relações entre signos e aqueles que os utilizam) fica relegada a uma indeterminação espacial e de valor enquanto disciplina linguística, ou seja, com formalismo científico.

Para os autores que defendem a pragmática como parte da linguística, isto é, consideram que é no uso da língua que o usuário demonstra sua capacidade/condição de explorar de forma sistemática os distintos elementos que constituem o contexto de enunciação; é indispensável considerar que é usando a linguagem que se evidencia a habilidade de produzir enunciados adequados ao contexto no qual são produzidos (CAMPBELL E WALES, 1970 *apud* DASCAL, 1982).

Segundo Dascal (1982), autores como Benveniste, Bar-Hillel, Grice e, ele próprio, defendem que não deve haver uma demarcação entre a semântica e a pragmática, mas que a última seja suplementar à primeira, pois entendem que a semântica não é autônoma face à pragmática, visto que não há como afirmar o valor de verdade de um enunciado desconsiderando os locutores, os interlocutores e a ocorrência do discurso. Tais autores asseguram que a pragmática não vem modificar os significados próprios das sentenças, mas permite a explicação de como sentenças de determinado significado podem adquirir, em contextos diferentes e individuais, diferentes interpretações com diferentes valores de verdade - proposição e implicatura veiculada pelo autor do enunciado (DASCAL, 1982).

Mesmo que a semântica especifique regras que possibilitem a correspondência entre as sentenças da língua e a proposição que ela expressa (sentido), muitas vezes estas regras não corresponderão diretamente a uma verdade absoluta, a menos que se observe o contexto no qual a sentença foi usada. Este *traço contextual* é parte do estudo da pragmática (STALNAKER, 1972 *apud* DASCAL, 1982). Também, mesmo que as regras sintáticas e semânticas de uma língua determinem uma sentença interpretada, e esta juntamente com certos traços contextuais determinem uma proposição, e assim um valor da verdade, existe a possibilidade de realizar proposições pressupondo que todos tenham um mundo real em comum (conhecimento histórico e socialmente construído), possibilitando a ocorrência de equívocos que, somente por meio da situação, definida como espaço e tempo da enunciação, poderá ser desfeita e efetivamente encontrada a verdade absoluta ou valor de verdade da proposição.

Grice (1967), procurando imprimir o mesmo rigor e explicitude teórica da sintaxe e da semântica à pragmática, determina alguns princípios tácitos que regem o discurso cotidiano, o que foi denominado, por ele, como *princípios e máximas conversacionais*. O autor reflete sobre o significado e a intencionalidade da expressão verbal, ou seja, ocupa-se da explicação sobre o *dito* (para Grice, *dizer* está relacionado com o significado convencional e literal das palavras ou sentenças) e sobre o que está *implícito* (*o não dito*, a intenção da expressão dita) em um enunciado.

Os termos usados pelo autor para explicar este fenômeno linguístico são: implicar (ou implicitar), implicado (ou implicitado) e implicatura (há implicaturas convencionais e implicaturas não convencionais).

Em alguns casos, a significação convencional das palavras ditas determina o que é implicado, o que Grice chama de implicatura convencional, e exemplifica com a seguinte frase: “Ele é um inglês; ele é, portanto, um bravo”, há um comprometimento do que será implicado pela escolha das palavras (com seus significados convencionais), neste caso, o termo *portanto* indica que ser bravo é uma consequência de ser inglês.

Dentre o que ele denomina de implicaturas não convencionais, Grice destaca as implicaturas conversacionais, que estariam conectadas com traços gerais do discurso. Para as implicaturas conversacionais obterem a significação intencional do locutor, é necessário certo esforço cooperativo entre os interlocutores. Neste esforço/trabalho, os participantes identificam um propósito comum do diálogo ou uma direção mutuamente aceita, que pode ser declarada desde o início (a propósito, tal fato é levado em consideração na coleta dos dados de linguagem dos idosos que participam desta pesquisa, por exemplo, no caso da narrativa e do comentário solicitado durante as entrevistas) ou avançar durante o discurso.

A partir destas condições, Grice (1967) formulou um princípio geral – o *princípio de cooperação* - a ser respeitado por todo locutor em uma conversação, qual seja: “Faça sua contribuição tal como foi requerida, no momento em que ocorre, pelo propósito ou direção da interlocução”.

Segundo o autor acima, a observação ou o cumprimento do princípio de cooperação e das máximas conversacionais, mesmo que algumas destas em algum momento sejam quebradas, possibilita a implicatura conversacional, ou seja, a possibilidade do interlocutor significar corretamente a intencionalidade do locutor, mesmo que esta não esteja dita explicitamente como na implicatura convencional.

É na conversação negociada entre interlocutores, ou seja, no esforço cooperativo dos sujeitos envolvidos no processo interlocutivo, que toda e qualquer imprecisão da fala será resolvida. Deste modo, fica claro que a significação está relacionada ao desejo/às intenções do locutor, ao desejo/às expectativas do alocutário (ouvinte, em termos tradicionais), à compreensão de ambos sobre os objetivos sociais imediatos e mediatos da comunicação, à identificação dos objetos em um universo de referência em comum, entre outros fatores. As circunstâncias da enunciação desempenham um papel muito importante, e as expressões são explicadas pelo contexto em que se inserem (contexto de situação, nos termos de Malinowski, *apud* GRICE, 1967), podendo estas ter diferentes sentidos e, até mesmo, sentidos contraditórios.

Franchi (2002), tal como Grice (1967), reafirma a exigência de estudar as expressões verbais vinculadas ao contexto e à situação; ressalta que na explicação da linguagem, deve-se levar em conta o conjunto de fatores e relações que se instituem entre os participantes do ato comunicativo: as circunstâncias desse ato, o universo de eventos e das coisas a que se referem os sujeitos segundo suas experiências.

A respeito do dito até o presente momento, podemos dizer que é na interação verbal entre os sujeitos que estes se constituem como sociais/internacionais e individuais (únicos/singulares), e desta forma admitir que a língua não está previamente pronta. Sendo assim, é o processo interlocutivo que a (re) constrói, assim como constrói o sistema linguístico – na interlocução o sujeito se produz como (inter) locutor, nela o sujeito (re) constrói sua consciência (se completa e se constrói nas suas falas) e seu conhecimento de mundo (contexto social e histórico mais amplo) (FRANCHI, 1976, 1977; GERALDI, 1990; COUDRY, 1988).

A concepção de linguagem, assumida neste estudo, considera-a mais do que uma ferramenta social e do que um código, por isso é possível observá-la além de sua forma externa e instrumental.

Segundo Franchi (1976, 1977), além de ser um instrumento comunicativo, por meio da linguagem comunica-se aos outros nossas experiências, estabelecemos laços contratuais por interação e compreensão, influenciemos os outros com nossas idéias singulares sobre o modo de ver e sentir o mundo, com consequentes decisões de como agir sobre ele. A linguagem, além de ser a história do homem, refaz, reformulando e reelaborando os sistemas de referência para o ato humano.

Portanto, mais que observar a forma/a estrutura fonológica, sintática e semântica das expressões verbais, certamente elementos essenciais na construção de sentido, analisamos neste estudo outros fatores (extralinguísticos: a história, a cultura, por exemplo) na busca de conhecer/compreender a linguagem de “Quem é mesmo que está falando? Com que atitude e finalidade o fazem?”. Neste sentido, acredita-se que a narrativa de fatos da vida possibilita conhecer e compreender a linguagem e a qualidade de vida dos idosos.

Uma narrativa coerente é uma tarefa cognitiva complexa, que solicita a representação de ações e fatos ordenados temporal e sintaticamente. Para tanto, todos os enunciados devem ser relevantes para o tópico da narrativa em desenvolvimento, mantendo-se por toda sua extensão. O tópico da narrativa é dinâmico, podendo alterar ou não o significado de um relato, sendo possível a ocorrência de digressões, desde que não ameacem a coerência (SÉ, BILTON e NERI, 2004).

Segundo as autoras acima, as temáticas contidas em narrativas subjetivas dependem de fatores contextuais, de motivações pessoais, de interesses e de fatos sociais que determinam quais significados devem receber mais atenção. Desta forma, os estados afetivos modulam a intencionalidade dos relatos pessoais e relacionam-se ao bem-estar subjetivo, determinando o tópico do discurso.

Segundo Cunha (1997), as considerações que constituem as narrativas dos idosos são a sua representação da realidade e, assim, estão preenchidos de significados e reinterpretações. Quando um sujeito narra fatos vividos por ele, percebe-se que reconstrói o movimento percorrido dando-lhe novos significados. Assim, para a autora, “a narrativa não é a verdade literal dos fatos, mas, antes, é a representação que deles faz o sujeito e, dessa forma, pode ser transformadora da própria realidade” (1997, p.3) Deste modo, realiza uma autorreflexão/autoanálise durante o processo de organização de ideias e construção da narrativa, possibilitando novas significações e novas bases para suas ações práticas de vida. Assim como experiências produzem discursos, estes influenciam as experiências. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que se indica a experiência através da linguagem, age-se de acordo com a interpretação desta experiência.

A escolha de uma narrativa pessoal, que retoma um fato relevante da vida, oportuniza a observação da linguagem do idoso em funcionamento de uma forma motivada. Para os idosos, reproduzir suas experiências afetivas, eventos e ações vivenciados no passado e/ou no

presente, provavelmente, faz com que se sintam sujeitos sociais ativos (SÉ, BILTON e NERI, 2004).

Estudos realizados com idosos mostram que o envelhecimento não tem efeito negativo sobre o desenvolvimento coerente de narrativas, e os tópicos relacionados a eventos do passado podem manter-se nítidos na memória do idoso por razões afetivas e motivacionais que facilitarão o desempenho em tarefas verbais e cognitivas, como as narrativas de fatos relevantes da vida (JUNCOS-RABADAN, 1996; NERI, 2002).

Por meio do convite à narrativa (comando de um interlocutor atento e desejoso de escuta), o idoso pode se lembrar de fatos (remotos ou presentes) que considere importantes na sua trajetória de vida. Desta forma, acredita-se estar valorizando o idoso, ou seja, a manifestação de sua subjetividade, bem como inferir sobre sua qualidade de vida.

2.4. Qualidade de vida

Desde a definição de saúde proposta pela OMS (1947) como o *estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade*, e a assunção, pela Lei 8080/90 de que são múltiplos os fatores determinantes e condicionantes da saúde (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais) a abordagem da saúde vem sendo assumida a partir de uma percepção individual, dependente das condições e perspectivas de vida, assim como dos diferentes papéis sociais que uma determinada pessoa desempenha.

A expressão *qualidade de vida* vem sendo aplicada na literatura em uma multiplicidade de significados; em alguns estudos aparece como sinônimo de condições de saúde ou estado subjetivo de saúde (GUYATT et al, 1993) e, em outros, o termo aparece de forma mais geral, indicando o envolvimento de diferentes fatores que podem afetar a percepção, os sentimentos e comportamentos relacionados com a vida diária de uma pessoa, ou seja, não se limita a sua condição de saúde (BULLINGER et al, 1993).

FLECK (2011) comenta que a expressão qualidade de vida foi usada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao proferir que "*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*".

A expressão desde então vem sendo usada no meio científico, especialmente, nas áreas da saúde, ciências econômicas, sociais e educação. Segundo Paschoal (2000), a expressão foi usada pela primeira vez em periódicos da área médica por Elkington em 1966, que chamou a Medicina a se responsabilizar pela qualidade de vida dos pacientes.

Para a Medicina, qualidade de vida aparece associada à relação custo/benefício, ou seja, qual o preço que se paga (sentido figurado) para a manutenção da vida ou da capacidade funcional dos doentes. No campo da Economia, qualidade de vida está associada com medidas objetivas, como renda per capita (que serve de indicador do grau de acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, educação, lazer, entre outros). Na Psicologia Social, a referência mais recorrente diz respeito à experiência subjetiva da vida, representada pelo conceito de satisfação (NERI, 1993).

Segundo a autora acima, do ponto de vista biopsicossocial, qualidade de vida ou estado de saúde, implica a capacidade de realização das atividades da vida diária, o desempenho das atividades intelectuais, os graus de independência para o autocuidado e desenvolvimento de atividades rotineiras e de autonomia para tomada de decisões sobre sua própria vida.

Desde 1990, difunde-se a utilização de instrumentos com a finalidade de avaliar a qualidade de vida, surgindo periódicos exclusivos para o estudo do tema (FLECK, 2000).

A OMS defende, desde os anos 90 do século passado, que as medidas de qualidade de vida são importantes para a avaliação de saúde, tanto em uma perspectiva individual como social. Para a OMS (1994), qualidade de vida é definida como a percepção que o sujeito tem sobre sua posição na vida, no contexto da sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

No sentido acima, pesquisas atuais têm usado os cinco indicadores clássicos para medir a qualidade de vida.

O primeiro indicador diz respeito à satisfação ou índice de satisfação com a vida. Sob tal indicador estão às seguintes variáveis: saúde, *status* socioeconômico, raça, idade, emprego, *status* conjugal, atividade e integração social. Rudinger e Thomaes (1990), em estudo longitudinal de 20 anos, com 222 entrevistados, concluíram que, para os idosos, satisfação com a vida está associada primeiramente com a qualidade de saúde biológica, mesmo que esta qualidade seja a percebida e não necessariamente a condição objetiva percebida pelos médicos, e posteriormente a satisfação com a família e a qualidade das relações.

O segundo indicador de qualidade de vida se refere à atividade e envolvimento com papéis sociais, familiares e profissionais, em que se percebeu que quanto mais ativo o idoso, mais satisfeito com sua vida (RUDINGER E THOMAE, 1990).

A longevidade é o terceiro indicador. A preservação temporal (em oposição à morte) pode ser considerada como envelhecer com qualidade; porém não existem estudos que comprovem que ter qualidade de vida contribui para a longevidade ou que os longevos têm melhor qualidade de vida que os mais jovens, visto que há uma deterioração cognitiva e biológica com o decorrer dos anos (RUDINGER E THOMAE, 1990).

A saúde física e mental (tanto saúde objetiva quanto autopercebida) aparecem como quarto e quinto indicadores de qualidade de vida. A vitalidade é condição necessária para o envelhecimento saudável, mesmo que a condição subjetiva nem sempre coincida com a objetiva constatada pelos médicos (RUDINGER E THOMAE, 1990).

Para o Grupo de Trabalho de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL - *World Health Organization Quality Of Life Group*) da OMS, *qualidade de vida* é constituída de três aspectos: subjetividade, multidimensionalidade e inclusão de dimensões positivas e negativas. A partir de tais parâmetros, o referido grupo vem desenvolvendo uma série de instrumentos qualitativos e de perspectiva transcultural, ou seja, aplicáveis a diferentes populações, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em adultos (OMS, 1998).

Existem atualmente dois instrumentos gerais de Qualidade de Vida: o World Health Organization Quality of Life – 100 (WHOQOL-100) e o World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL BREF ou WHOQOL Abreviado). O WHOQOL-100 consta de 100 questões que avaliam 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/crenças pessoais. Já o WHOQOL Abreviado é uma versão abreviada composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100. A versão abreviada é composta por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio é representado por algumas facetas, a saber:

Domínio I – Domínio Físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio II – Domínio Psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais

Domínio III - Relações Sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio IV - Meio Ambiente

16. Segurança física e proteção
 17. Ambiente no lar
 18. Recursos financeiros
 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
 23. Transporte
-

Figura 08: Domínios e Facetas do WHOQOL Abreviado
 Fonte: Fleck, 2000.

O modo de aplicação do WHOQOL Abreviado pode ser de três formas: Auto-administrados, ou seja, o sujeito não necessita de orientação do entrevistador para o seu preenchimento; assistidos, o entrevistador relê a pergunta não entendida de forma pausada, sem nenhuma outra explicação ou utilização de sinônimos e os questionários administrados pelo entrevistador, naqueles casos que por algum motivo, clínico ou não, o idoso não tem condições de ler o questionário (analfabeto, problema de visão, etc.).

Convém dizer que os instrumentos WHOQOL estão atualmente disponíveis em 20 idiomas; as versões, em português (Brasil), do WHOQOL-100 e WHOQOL Abreviado foram realizadas segundo a metodologia preconizada pelo grupo WHOQOL Brasil. A validação consistiu em um teste de campo com 300 indivíduos, sendo que as características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos pelo Grupo: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste. Foi realizada pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck.

De acordo com gerontologistas atuais, o limite para o ciclo da vida humana é de 110 a 120 anos, e com os avanços na área da saúde, a tendência é que cada vez mais pessoas possam atingi-lo. O desafio da sociedade e, em especial dos profissionais que estudam o envelhecimento e cuidam dos idosos, implica a busca de que o ser humano alcance limites maiores de forma de vida independente, saudável, produtiva e com qualidade (PASCHOAL, 2002).

Em sintonia com a atual demanda de estudos sobre envelhecimento, as pesquisadoras proponentes deste, enquanto fonoaudiólogas buscam ampliar conhecimentos sobre as condições linguístico/comunicativas dos idosos e sua subjetividade. Procuram compreender como se dá a produção e interpretação da linguagem verbal (especialmente da linguagem oral/fala) e a percepção dos idosos acerca dos demais aspectos fonoaudiológicos - voz, audição e motricidade oro-facial, bem como a qualidade de vida dos mesmos, permitindo conhecer o que representa para o idoso o tempo e suas experiências vividas através dele. Para tanto, ocupam-se de um grupo de idosos com cultura e hábitos característicos de regiões de baixa densidade demográfica, fato que acreditam permitir apreciar os determinantes e os condicionantes de saúde e de vida dos idosos, bem como reconhecer as múltiplas facetas da velhice e do processo de envelhecimento.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de São Francisco de Assis, RS, junto a uma amostra de idosos (com 60 anos ou mais), no período de outubro de 2010 a dezembro de 2011, após ter sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em seus aspectos éticos e metodológicos em dezembro de 2010 (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética [CAAE] nº 0238.0.243.000-10). A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e agosto de 2011. A identidade dos participantes encontra-se sob sigilo e na responsabilidade das pesquisadoras. Ressalta-se que esta pesquisa não causou desconforto aos sujeitos.

3.1 Caracterização do município

São Francisco de Assis³ encontra-se localizado no interior do Rio Grande do Sul, na região centro-oeste do estado, também denominada região missioneira, há uma distância de 434 km de Porto Alegre. Trata-se de um município de pequeno porte, já que sua população é de aproximadamente 19.254 habitantes (IBGE/Censo 2010).

O município foi inicialmente colonizado por portugueses dedicados à criação de bovinos de corte e, no início do século passado, imigrantes italianos colonizaram a parte serrana do município (Toroquá e Beluno), exercendo atividades agrícolas. Até hoje a atividade produtiva da cidade concentra-se na pecuária e agricultura. Portanto, a sua população apresenta hábitos característicos de cidade interiorana, organizada em bairros próximos ao centro, de tal modo que o convívio social é facilitado pelas pequenas distâncias.

O município conta com cinco unidades de saúde – quatro Unidades de Estratégia Saúde da Família (UESF) e uma Unidade Básica de Saúde, que se responsabilizam pelo atendimento de saúde da população. Note-se que a cidade conta com uma cobertura de 70% de unidades de ESF. Vale dizer que a Estratégia Saúde da Família é a estratégia eleita, pela gestão municipal de saúde, para atender de forma integral a população local. Por meio dela é

³Há mais de dois séculos, as terras da atual São Francisco de Assis foram confiadas ao "proverello" de Assis, mas antes disso pertenceram aos Tapes, Guaranis, Minuanos, Guenos, Carijós, Arachanes, Charruas, Caaguas e Guaranás. Em 1801, foi criado o Forte de São Francisco de Assis; em 1809 teve início o povoamento e, em 1810, foi contruída uma capela, inaugurada em 1812 pelo Vigário Geral de Porto Alegre. Em 1824, São Francisco de Assis passou a integrar a Província das Missões. No ano de 1834, com a Revolução Farroupilha, São Francisco de Assis passou a pertencer à São Borja e, em 1858, foi anexado ao Município de Itaqui. Pela Lei nº 1.427, de 04 de janeiro de 1884, São Francisco de Assis foi desmembrado dos municípios de São Vicente e Itaqui e, em 1938, a Vila de São Francisco de Assis passou à categoria de cidade.

possível aproximar os trabalhadores de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, humanizando o cuidado, em especial, das populações de maior vulnerabilidade, incluindo-se nesta os idosos.

A UESF Bairro Italiano atende os bairros Santo Antônio, Italiano e Mandarino; a UESF João XXIII, os bairros João XXIII, Ari Lopes e Assis Brasil; a UESF Cohab, a Vila Nova e Cohab e a UESF João de Deus, os bairros João de Deus e Getúlio Vargas. A população do Centro da cidade e a residente na zona rural são referenciadas à Unidade Básica de Saúde Central. Vale dizer que o município conta com cobertura de 100% do Programa de Agente Comunitário em Saúde - PACS.

Da população total, 3.419 são idosos (pessoas com 60 anos ou mais), sendo 1.805 mulheres e 1.614 homens (IBGE, 2011); 2.053 idosos residem na zona urbana e os demais na zona rural (portanto, não participaram deste estudo).

3.2. Desenho do estudo

Pode-se dizer que esta pesquisa, de acordo com seus objetivos, é do tipo descritiva, pois visa descrever as características de uma determinada população, estabelecendo relações entre variáveis (GIL, 2007). Realiza a caracterização de idosos da zona urbana do município acima referido, quanto às dimensões sociais, econômicas, de saúde e de qualidade de vida, bem como dos aspectos fonoaudiológicos (audição, voz e sistema estomatognático e, em especial, da linguagem oral).

Quanto aos procedimentos técnicos, esta pesquisa classifica-se, por um lado, como um levantamento e, por outro, como um estudo de campo, à medida que busca conhecer aspectos sociais e econômicos por meio do questionamento direto aos idosos, bem como aprofundar o conhecimento do funcionamento da linguagem de idosos (GIL, 2007).

Vale ressaltar que as pesquisas do tipo levantamento, têm vantagens como alcançar o conhecimento direto da realidade, de modo econômico e rápido, além da possibilidade de quantificação. Um estudo de campo, por sua vez, favorece resultados mais fidedignos pela aproximação do pesquisador com a situação estudada, no caso, as condições de vida e saúde dos idosos residentes na zona urbana de uma cidade de pequeno porte; também por isso, favorece maior probabilidade de confiabilidade nas respostas. Tal como os estudos de

levantamento, o estudo de campo pode ser caracterizado como um procedimento econômico, pois não requer equipamentos sofisticados para coleta de dados (GIL, 2007).

Sob o aspecto epidemiológico, esta pesquisa pode ser classificada como transversal (estática) e de prevalência, pois estuda casos de uma nosologia em um determinado local e tempo, de tal modo que o fator e o efeito são observados no mesmo momento histórico (BORDALO, 2006; ROUQUAYROL, 1994).

Quanto à análise dos dados, pela natureza e complexidade dos aspectos abordados nesta pesquisa (as dimensões sociais, econômicas, de saúde e de qualidade de vida associadas ao funcionamento da linguagem), esta pode ser caracterizada, ao mesmo tempo, como quantitativa e qualitativa. Segundo Mynaio (1994), dados qualitativos e quantitativos não se opõem, pelo contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente excluindo qualquer dicotomia⁴.

A análise referente aos aspectos sociais, econômicos, qualidade de vida e percepção dos idosos quanto à voz, audição, mastigação e deglutição é quantitativa, enquanto que os dados de linguagem são analisados qualitativamente, já que, do ponto de vista das autoras, os modos e as condições de produzir e interpretar sentido, ou seja, o funcionamento da linguagem verbal (especificamente, apreendido por meio das narrativas e comentários orais) configura-se como uma realidade que não convém ser quantificada.

Neste sentido, a análise qualitativa responde a questões muito particulares, possibilita apreender um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, permite compreender as relações, os processos e os fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

Assume-se aqui que a linguagem é uma atividade constitutiva e criativa/pré-estruturante (ou *quasi*-estruturante) que não se deixa apreender por análises que se limitam a segmentar e a classificar as expressões verbais (FRANCHI, 1977). Portanto, para avaliar e compreender os processos de significação produzidos/interpretados na interação idoso/profissionais da saúde, segue-se os princípios da perspectiva teórico-metodológica da Neurolinguística Discursiva (ND)(COUDRY, 1997), que tal como a perspectiva interacionista em aquisição de linguagem (DE LEMOS, 1981), toma o diálogo como unidade mínima da análise linguística.

⁴ Segundo Mynaio (1994), esse ponto de vista não é pacífico, ele corresponde a uma postura teórica e se opõe a outras correntes de pensamento como, por exemplo, a positivista, a qual sua principal influência nas ciências sociais foi a utilização dos termos de tipo matemático para a compreensão da realidade.

A perspectiva da ND contraria as avaliações de linguagem realizadas sobre a formalidade e organicidade da língua, baseadas em protocolos psicométricos excludentes do discurso o sujeito e o contexto, pelo contrário, considera a relação entre língua, discurso, cérebro e mente, suscitando formas de avaliação linguístico-cognitiva baseadas em experiências discursivas que tenham sentido para os sujeitos de uma determinada sociedade (COUDRY, 1997; SAMPAIO, 2009,2010). É, justamente, por essas e demais consideração apresentadas na introdução deste artigo, que se busca apreender a linguagem do idoso por meio de uma narrativa de um fato de sua vida.

Quanto ao (re) conhecimento das características populacionais de um determinado território, sabe-se que o mesmo pode ser realizado por meio de um censo (procedimento que colhe informações de todos os indivíduos do universo pesquisado) ou por levantamento de uma amostra de indivíduos, que possibilita a projeção à totalidade do universo pesquisado (GIL, 2007). Pela impossibilidade de se realizar um censo (tempo limitado para encerramento de uma pesquisa de mestrado), optou-se por realizar um cálculo estatístico para levantamento de uma amostra que possibilitasse a inferência sobre a população total de 2.053 idosos residentes na zona urbana do município de São Francisco de Assis – RS. A amostra foi construída considerando-se um nível de confiança de 95% e um erro de amostragem (e°) de 0,06; neste sentido, participam deste estudo 237 idosos.

Convém dizer que a totalidade de idosos foi conhecida por meio dos cadastros realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visto que o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) não permitiu a identificação dos idosos pelo nome e endereço. Portanto, foi elaborada uma lista dos 2.053 idosos, ordenada de forma crescente por faixa etária e estratificada por unidade de saúde de referência (em número de cinco), e tabulada no programa Microsoft Office Excel 2003. Fez-se uma amostragem probabilística estratificada uniforme e sistemática, calculando-se a proporção de idosos a serem recrutados em cada estrato, selecionando de forma uniforme e sistemática de seis em seis sujeitos, distribuindo proporcionalmente em todos os grupos etários (G1 - dos 60 aos 69 anos, G2 - dos 70 aos 79 anos, G3 - dos 80 aos 89 e G4 - acima dos 90 anos) dos cinco estratos (unidades de saúde).

Foram excluídos os idosos com doenças neurológicas, mentais ou outras alterações incapacitantes para a comunicação, sendo substituído pelo idoso inserido imediatamente após o excluído na relação do estrato pertencente, mantendo-se a amostra sistemática.

O procedimento acima foi realizado após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco de Assis (Apêndice A). Ressalta-se que houve importante colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde de todas as unidades de Saúde do referido município. A propósito, os Agentes Comunitários de Saúde foram favorecidos por capacitações organizadas pelas pesquisadoras sobre a temática do envelhecimento, por meio de um ciclo de palestras acerca de assuntos relacionados à saúde do idoso: aspectos físicos, sociais, Linguístico-cognitivos e psicológicos. Também foram discutidos aspectos relacionados à promoção de saúde no envelhecimento. O envolvimento dos ACS nesta pesquisa também favoreceu maior conhecimento sobre a realidade social e de saúde dos idosos de São Francisco de Assis, acompanhados por eles.

Os ACS foram orientados previamente sobre a pesquisa e sobre a administração dos instrumentos a serem usados por eles, a saber: o Critério de Classificação Econômica Brasil (Anexo A) e o Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL - Abreviado (Anexo B). Foram ainda informados sobre os idosos selecionados em cada área de cobertura da ESF, bem como foram orientados a iniciar o recrutamento dos mesmos. Portanto, os sujeitos selecionados foram procurados pelos Agentes Comunitários de Saúde e convidados a participar da pesquisa, mediante esclarecimento de seus objetivos e procedimentos.

Os idosos que aderiram à proposta foram agendados, pelos ACS, para a realização das entrevistas (com os pesquisadores) nas unidades de saúde ou, então, foi combinadas data e hora de uma visita na residência do idoso, com o fim exclusivo de coleta de dados (especialmente, nos casos de idosos com dificuldades ou impedimento de locomoção). Os sujeitos que declinaram do convite à participação foram excluídos e substituídos seguindo a mesma referência dos sujeitos excluídos por limitações físicas ou mentais.

Na ocasião agendada, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), responderam aos questionários - Critério de Classificação Econômica Brasil e o WHOQOL Abreviado, e foram sondados em suas condições fonoaudiológicas por meio do Roteiro de Avaliação Fonoaudiológica (Apêndice C). Ressalta-se que este roteiro foi utilizado pelas pesquisadoras e acadêmicos do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da UFSM (diretamente supervisionados por elas). Os demais questionários foram aplicados pelos ACS na mesma data, ou em visita domiciliar posterior a esta.

Foram realizados dois mutirões de coleta de dados com a participação dos acadêmicos do Curso de Fonoaudiologia/UFSM, realizando-se dezenas de avaliações nas unidades de

saúde e nas residências de idosos, nas datas de 09/04/11 (ação integrante da Programação da Semana Municipal de Saúde), e em 28/05/11 (ação visando completar a coleta de dados). As entrevistas foram registradas em gravadores digitais.

Os dados passíveis de análise quantitativa foram digitados e tabulados no programa Microsoft Office Excel 2003. Por meio do aplicativo computacional SPSS 15.0, foi realizada a análise descritiva e testes não paramétricos de associação (Teste X^2 de Pearson; U de Mann-Whitney; Teste Kruskal-Wallis e Teste t de student) para a análise entre as variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, classe sócio-econômica, qualidade de vida, presença de doenças, uso de medicamentos, queixas de alterações na voz, percepções sobre audição (dificuldade de audição, presença de zumbido, otalgia, otorrêa, exposição a ruído, volume que ouve televisão, dificuldades para compreensão da fala e ao telefone, e reclamações por terceiros sobre sua audição), percepções sobre o sistema estomatognático/motricidade orofacial (dificuldades para mastigar, para engolir sólidos ou líquidos, presença de engasgos, o uso de prótese dentária). Em todos os testes foi considerado o nível de significância de 5%. A definição do teste a ser usado realizou-se após testagem da normalidade entre as variáveis.

Os dados de linguagem foram transcritos ortograficamente, destacando-se uma narrativa de um fato importante da vida, pois este expediente linguístico foi considerado suficientemente esclarecedor de como se dá o funcionamento da linguagem dos idosos. Estão arquivados em um Banco de Dados Permanente (Banco de Dados de Processos Linguístico-Cognitivos - BDPLC), sob a responsabilidade da orientadora deste estudo, a qual assinou o Termo de Confidencialidade (Apêndice D).

As transcrições foram analisadas segundo os referenciais de linguagem que respaldam esta pesquisa e já descritos alhures. Na análise das narrativas observou-se o processo de negociação de sentido, destacando-se: i) o modo como o convite foi feito pelo entrevistador (tipos de comando – direto, orientador, reiterativo, e comando reiterativo e exemplificador), ii) o investimento/incentivo do entrevistador durante a narrativa do idoso, iii) o cumprimento das máximas conversacionais, iv) o tipo de narrativa produzida (narrativa propriamente dita ou anúncio de um fato lembrado marcado por sentimentos bons ou ruins) vi) a produção discursiva coerente e relevante e, por fim, vi) o sentido do discurso do idoso, em especial, a temática trazida (positiva ou negativa), sua contextualização e motivação.

4 ARTIGO DE PESQUISA 1⁵

SAÚDE GERAL E ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS REFERIDOS POR IDOSOS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

RESUMO

O estudo levantou as condições de saúde e as percepções de 237 idosos acerca de aspectos fonoaudiológicos, e identificou a influência de variáveis sociodemográficas sobre estes. Os sujeitos responderam ao CCEB para identificação da classe econômica, e ao Roteiro de Avaliação Fonoaudiológica para conhecer-se a percepção referida quanto à sua audição, voz e sistema estomatognático. As mulheres representaram 62,4% da amostra, 45,1% são casados; 89% cursaram até 4º ano do Ensino Fundamental; 90% deles estão incluídos na classe C e D. Destaca-se que 85,7% dos idosos se queixam de doenças e 84,8% usam medicamentos; 37,6% apresentam queixas de alterações vocais, 46,4% de déficit auditivo, 28,7% de dificuldades na mastigação e 23,3% na deglutição, sendo que 86,3% são usuários de prótese dentária. Não houve associação significativa entre condições sociodemográficas e queixas de alterações, com exceção do uso de prótese dentária estar associado ao sexo feminino ($p=0,002$) e alterações de voz à classe social B ($p=0,039$). Conclui-se que, na amostra estudada, não houve influência de variáveis sociais, econômicas e demográficas sobre a condição de saúde do idoso e a presença ou grau de determinada alteração fonoaudiológica.

Palavras chave: Fonoaudiologia; Envelhecimento; Epidemiologia; Saúde pública.

⁵ Artigo elaborado para o periódico Cadernos de Saúde Pública.

**GENERAL HEALTH AND SPEECH LANGUAGE AND HEARING ASPECTS
REFERRED BY ELDERLY: AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY**

ABSTRACT

The study surveyed health conditions and perceptions of speech, language and hearing aspects about 237 elderly, and identified the influence of sociodemographic variables on these. The subjects answered the Brazil Economic Classification Criteria for identification of economic class, and the Road Map for Speech Evaluation know that the perception about their hearing, voice and the stomatognathic system. Women represent 62.4% of the sample, 45.1% of elderly are married, 89% had completed fourth grade of elementary school, 90% were in Class C and D. It is noteworthy that 85.7% of the elderly complain of diseases and 84.8% used drugs, 37.6% complain of voice disorders, 46.4% of hearing impairment, 28.7% of difficulty in chewing and 23.3% in swallowing, and 86.3% are users of dental prosthesis. There was a significant association between dental prosthesis in women ($p = 0.002$) and changes in voice in social class B ($p = 0.039$), though not confirmed the association between sociodemographic factors and complaints of speech, language and hearing changes.

Keywords: Speech, Language and Hearing Science; Aging; Epidemiology; Public Health.

INTRODUÇÃO

Desde sempre se estuda o processo do envelhecimento e suas consequências, contudo, com o envelhecimento populacional em crescente evolução, justificado pelo aumento da expectativa de vida e pela diminuição da fecundidade geral, esta preocupação vem gradativamente aumentando, percebida pelo grande número de pesquisas científicas desenvolvidas acerca do tema^{1, 2, 3}.

Os dados demográficos, de acordo com o Censo 2010, comprovam a mudança do perfil populacional do Brasil, registra o contingente de 21.736 milhões de pessoas de 60 anos ou mais, representando 11,3% da população total brasileira⁴. Convém lembrar que em 1999 a população de idosos era de 9,1%⁵ e que para 2050 projeta-se que esta corresponda a 29,7% da população total⁶. As regiões sul e sudeste são as duas regiões mais envelhecidas do Brasil, com respectivamente 12,3% e 12,7% de sua população formada por pessoas com 60 anos ou mais⁴.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas; trata-se de um processo universal e intrínseco aos organismos vivos, mas que, sobretudo no caso do humano, sofre influência de fatores ambientais. Distingue-se das doenças (processos patológicos) que, muitas vezes, são reversíveis e não observadas igualmente em todas as pessoas^{2, 7}. Contudo, sabe-se que o envelhecimento tende a ser acompanhado por doenças crônicas, em especial a hipertensão e a diabetes, que atingem respectivamente cerca de 53,3 % e 16,1 % da população idosa⁸.

Tem-se conhecimento de que o processo de envelhecimento repercute diretamente nas condições de comunicação do idoso, já que o estabelecimento de relações interpessoais e a atualização intramental são processos mediados pela linguagem^{9, 10}. Além das repercussões sobre a linguagem oral (fala), a voz, a audição, assim como os padrões motores de alimentação sofrem mudanças com o envelhecimento¹¹.

As mudanças/alterações fonoaudiológicas mais significativas no envelhecimento são a diminuição da acuidade auditiva (presbiacusia), o envelhecimento vocal (presbifonia), os distúrbios da motricidade oro-facial e os distúrbios da linguagem, em especial, os quadros afásicos, disártricos ou demenciais^{1, 12-14}.

A *presbiacusia* (perda auditiva devido à degeneração do sistema auditivo periférico e central) é considerada como um dos mais incapacitantes distúrbios da comunicação do idoso, impedindo-o de desempenhar plenamente seu papel social, podendo levá-lo ao isolamento e afastamento familiar e comunitário e, inclusive, desencadear problemas psicológicos¹³⁻¹⁷.

A *presbifonia* (envelhecimento vocal inerente à idade) resulta da diminuição da tonicidade e motricidade das estruturas musculoesqueléticas envolvidas na produção vocal. Ressalta-se que muitos estudos^{12, 18-21} apontam que o grau de deteriorização vocal para os homens é maior que para as mulheres. No entanto, apesar de as alterações vocais serem perceptíveis, a maioria dos idosos demonstra não se incomodar com estas, considerando-as parte do envelhecimento, não impeditivas de sua interação social¹².

O *sistema estomatognático*, constituído por diferentes tecidos e órgãos, desempenha as funções de mastigação, sucção, deglutição e articulação verbal (fala), identificadas pela Fonoaudiologia como *motricidade orofacial*. Estudo²² relacionado à *motricidade orofacial* do idoso mostra que, a partir dos 50 anos surgem problemas ligados à alimentação e à articulação verbal.

Quanto à *linguagem* dos idosos, estudos^{11, 23} afirmam que, tal como na linguagem de falantes mais jovens, pode haver mudanças de natureza prosódica, sintática, lexical, discursiva ou conversacional, no entanto mais acentuadas no envelhecimento.

Diante da evidência de mudanças morfológicas e funcionais inerentes ao envelhecimento, este estudo teve como objetivo levantar as percepções do idoso acerca da sua saúde geral e dos aspectos fonoaudiológicos (voz, audição e sistema estomatognático/motricidade orofacial), passíveis de serem percebidos em suas características sensório-motoras. Também se procurou identificar a influência de variáveis sociodemográficas sobre os aspectos supracitados. Convém ressaltar que este estudo não se ocupou dos aspectos linguísticos pelo fato de a linguagem ser uma atividade cognitiva e, por isso, inviável de ser apreendida em seus aspectos sensoriais e motores.

METODOLOGIA

Este artigo integra a dissertação de mestrado intitulada “Aspectos Fonoaudiológicos e Qualidade de Vida de Idosos Residentes em um Município de Pequeno Porte do RS”. Ocupa-se da caracterização dos idosos (com ou mais de 60 anos) residentes na zona urbana do município de São Francisco de Assis/RS, quanto às dimensões sociais e econômicas, bem como das condições de saúde e dos aspectos fonoaudiológicos autorreferidas. Portanto, trata-se de um estudo transversal²⁴, descritivo²⁵, quantitativo²⁵ e de prevalência²⁶, pois visa caracterizar uma dada população, estabelecendo-se relações quantitativas entre variáveis.

A amostra deste estudo foi constituída por 237 sujeitos. Para o cálculo amostral, suficiente para permitir a inferência dos resultados sobre a população total, considerou-se um nível de confiança de 95% e um erro de amostragem (e°) de 0,06. Convém destacar que a população de idosos do município é de 3.419 sujeitos (1.805 mulheres e 1.614 homens⁴), sendo que estão cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, 2.053 idosos residentes na zona urbana (os demais são residentes na zona rural e, portanto, não foram incluídos neste estudo).

O primeiro procedimento da pesquisa foi digitar os cadastros dos 2.053 idosos no Programa Microsoft Office Excel 2003, seguindo-se uma ordem crescente de faixa etária e a identificação da unidade de saúde de referência de cada idoso (que ao todo são cinco no município) e, assim, foram definidos os cinco estratos.

Fez-se uma amostragem probabilística estratificada uniforme e sistemática, calculando-se a proporção de idosos a serem recrutados por estrato, selecionando-os de seis em seis, distribuídos proporcionalmente em quatro grupos etários, a saber: G1(60 a 69 anos), G2 (70 a 79 anos), G3 (80 a 89) e G4 (acima dos 90 anos).

Após a identificação dos sujeitos, os ACS foram informados sobre os idosos selecionados, bem como foram solicitados a fornecerem para as pesquisadoras dados acerca das condições de saúde destes, conferindo-se, então, a viabilidade da participação dos mesmos na pesquisa. Foram excluídos os idosos com doenças neurológicas, mentais ou outras alterações incapacitantes para a comunicação, de tal forma que cada idoso excluído era substituído pelo idoso que se encontrava imediatamente na relação do estrato pertencente, mantendo-se assim a amostra sistemática.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e agosto de 2011. Os idosos que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados pelos ACS, durante uma visita domiciliar, a aderirem à pesquisa. Os que se recusaram a participar foram excluídos e em seu lugar foi inserido novo sujeito, de acordo com o mesmo critério descrito acima.

A partir da aceitação do idoso, foi agendado um encontro para a coleta de dados na unidade de saúde onde ele é acompanhado ou, então, foi marcado uma visita domiciliar com fins exclusivos para a coleta de dados. Na ocasião agendada, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam ao questionário Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)²⁷, e foi realizada a avaliação fonoaudiológica por meio de um roteiro elaborado pelas autoras deste estudo (Roteiro de Avaliação Fonoaudiológica).

O Roteiro de Avaliação Fonoaudiológica buscou conhecer as condições de saúde em geral do idoso, a percepção dos mesmos em relação à voz, audição e sistema estomatognático/motricidade orofacial (mastigação, deglutição e condições odontológicas), bem como o uso produtivo da linguagem²⁸. Este roteiro é constituído, pois, por perguntas abertas sobre rotina e hábitos de vida e instiga a narrativa de, pelo menos um, fato relevante da vida e de comentários de tema atuais, interpretação e evocação de provérbios, resolução oral de um problema matemático, assim como perguntas fechadas sobre percepção subjetiva dos aspectos fonoaudiológicos descritos acima.

Neste artigo são analisados quantitativamente os dados sobre saúde geral dos idosos, bem como as percepções que os mesmos têm acerca de sua voz, audição e motricidade orofacial. Os dados foram analisados por meio do aplicativo computacional SPSS 15.0. Realizou-se uma análise descritiva, com frequência absoluta e relativa, e uma análise associativa, para tanto foi utilizado o teste de X^2 de Pearson e Teste U de Mann-Whitney, sendo considerado o nível de significância de 0,05.

Este estudo origina-se da pesquisa “Linguagem e qualidade de vida de idosos residentes em um município de pequeno porte do RS”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob o CAAE nº 0238.0.243.000-10.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 237 idosos de ambos os sexos. Ressalta-se que alguns idosos não responderam a todas as questões solicitadas ou não foram registrados pelos entrevistadores, portanto será indicado nas tabelas o número de dados faltantes nos resultados.

As mulheres representam a maioria e a idade média foi de 70,27 anos ($\pm 7,89$). A média de idade do grupo etário 1- G1 foi 64,06 anos; G2, 73,97 anos; G3, 80,18 anos e do G4, média de 95 anos. Muitos idosos vivem atualmente sem companheiros; a maioria cursou até 4ª série fundamental e está incluído na classe C e D, sendo que nenhum dos sujeitos pertence às classes A1, A2 e B1 (Tabela 1).

Tabela 1- Descrição sociodemográficas da população estudada (n=237)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	148	62,4
Masculino	89	37,6
Idade (Faixas etárias)		
60 – 69	123	51,9
70 – 79	82	34,6
80 – 89	28	11,8
>90	4	1,7
Estado Civil		
Solteiro	25	10,5
Casado	107	45,1
Separado/divorciado	22	9,3
Viúvo	83	35,0
Escolaridade		
Até a 4ª série	211	89,0
Ensino Fund. Completo	15	6,3
Ensino Médio completo	8	3,4
Ensino Superior completo	3	1,3
Classe Social		
B	23	9,7
C	103	43,6
D	107	45,3
E	3	1,3

Dados faltantes: classe social=01

Quanto ao estado de saúde geral, 85,7% (n=203) declarou apresentar alguma doença, sendo que 84,8% (n=201) consomem medicamentos continuamente. As doenças e sintomas mais citados foram relacionados ao sistema circulatório, como: hipertensão, doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais (sem comprometimentos cognitivos e/ou de linguagem).

A dificuldade de audição foi a queixa mais recorrente, seguida da presença de zumbido, de alterações vocais e otorrêia. Referente ao sistema estomatognático/motricidade orofacial, destaca-se o alto índice de uso de prótese dentária, sendo que 44,6% (n=104) usam prótese total e 41,2% (n=96) prótese parcial; dos que referem dificuldades na deglutição, 20,3% (n=48) indicam dificuldades para deglutir sólido e 12,8% (n=30) para deglutir líquido (Tabela 2).

Tabela 2- Descrição das queixas referidas quanto à voz, audição e sistema estomatognático

Variáveis		n	%
Problema na voz	Não	144	61,8
	Sim	89	38,2
Dificuldade de audição	Não	127	53,6
	Sim	110	46,4
Zumbido	Não	132	56,4
	Sim	102	43,6
Otalgia	Não	202	86,0
	Sim	33	14,0
Otorrêia	Não	153	66,8
	Sim	76	33,2
Dificuldade na mastigação	Não	169	71,3
	Sim	68	28,7
Dificuldade na deglutição	Não	181	76,7
	Sim	55	23,3
Engasgo	Não	162	82,1
	Sim	35	17,9
Uso de Prótese	Não	32	13,7
	Sim	202	86,3

a) Dados faltantes: Problema de voz=4, zumbido= 3, otalgia=5, dificuldade de deglutição=01; engasgo=40; uso de prótese=03.

Ao verificar-se a possibilidade da influência do sexo sobre as queixas referidas pelos idosos, observou-se que o uso de próteses dentárias está associado significativamente ao sexo feminino ($p=0,002$), ou seja, as mulheres usam mais próteses dentárias que os homens.

Os homens referem mais dificuldade quanto à audição, enquanto que as mulheres têm mais queixas de alteração vocal e dificuldade para deglutir, no entanto não houve associação significativa entre estas variáveis e sexo ($p \geq 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3- Associação entre Queixas referidas e Sexo

Variáveis- Queixas referidas	Sexo		Valor de p
	Feminino	Masculino	
Doença			
Não	20 13,5%	14 15,7%	0,637
Sim	128 86,5%	75 84,3%	
Audição			
Não	84 56,8%	43 48,3%	0,207
Sim	64 43,2%	46 51,7%	
Voz			
Não	85 58,6%	59 67,0%	0,199
Sim	60 41,4%	29 33,0%	
Uso de prótese			
Não	12 8,3%	20 22,5%	0,002*
Sim	133 91,7%	69 77,5%	
Deglutição			
Não	110 74,3%	71 80,7%	0,264
Sim	38 25,7%	17 19,3%	
Mastigação			
Não	106 71,6%	63 70,8%	0,891
Sim	42 28,4%	26 29,2%	

a) Dados faltantes: Problema de voz=04; Uso de prótese= 03; Dificuldade na deglutição=01.

* $p \leq 0,05$

Relacionado à idade, observou-se que a incidência de doenças é constante em todos os grupos etários. Houve aumento de queixas quanto à dificuldade de audição, problema de voz

e dificuldade na deglutição nos grupos etários G3 e G4. O uso de prótese aumenta sua incidência do G1 para o G2, no entanto cai em direção ao G4. Nenhuma dessas associações foi significativa ($p \geq 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4- Associação entre Queixas referidas e Grupos etários

Variáveis-queixas referidas	Grupos Etários				Valor de p
	60 – 69	70 – 79	80 – 89	Mais de 90	
Doença					
Não	18 14,6%	11 13,4%	4 14,3%	1 25,0%	0,933
Sim	105 85,4%	71 86,6%	24 85,7%	3 75,0%	
Dificuldade de ouvir					
Não	70 56,9%	46 56,1%	10 35,7%	1 25,0%	0,129
Sim	53 43,1%	36 43,9%	18 64,3%	3 75,0%	
Prob. Voz					
Não	76 61,8%	53 67,1%	14 51,9%	1 25,0%	0,225
Sim	47 38,2%	26 32,9%	13 48,1%	3 75,0%	
Prótese					
Não	20 16,5%	7 8,6%	4 14,3%	1 25,0%	0,389
Sim	101 83,5%	74 91,4%	24 85,7%	3 75,0%	
Disfagia					
Não	94 76,4%	66 81,5%	19 67,9%	2 50,0%	0,277
Sim	29 23,6%	15 18,5%	9 32,1%	2 50,0%	
Dificuldade de mastigar					
Não	97 78,9%	53 64,6%	17 60,7%	2 50,0%	0,054
Sim	26 21,1%	29 35,4%	11 39,3%	2 50,0%	

a) Dados faltantes: Problemas voz=04; Uso de prótese= 03; Dificuldade de deglutir=01.

Também não se observou associação significativa da classe social com as queixas relacionadas à saúde geral e aspectos fonoaudiológicos, com exceção das alterações na voz, que tiveram maior incidência na classe social B ($p=0,039$) (Tabela 5).

Tabela 5- Associação entre Queixas referidas e Classe Social

Variáveis-queixas referidas	Classe Social				Valor de p
	B	C	D	E	
Doença					
Não	2 8,7%	17 16,5%	15 14,0%	0 0,0%	0,684
Sim	21 91,3%	86 83,5%	92 86,0%	3 100%	
Dificuldade de ouvir					
Não	12 52,2%	53 51,5%	60 56,1%	2 66,7%	0,129
Sim	11 47,8%	50 48,5%	47 43,9%	1 33,3%	
Prob. Voz					
Não	9 39,1%	61 59,8%	70 67,3%	3 100%	0,039*
Sim	-2,3 14 60,9%	-5 41 40,2%	1,6 34 32,7%	1,4 0 0,0%	
Prótese					
Não	1 4,5%	12 11,8%	19 17,9%	0 0,0%	0,267
Sim	21 95,5%	90 88,2%	87 82,1%	3 100%	
Disfagia					
Não	18 78,3%	76 73,8%	85 80,2%	2 66,7%	0,703
Sim	5 21,7%	27 26,2%	21 19,8%	1 33,3%	
Dificuldade de mastigar					
Não	16 69,6%	75 72,8%	75 70,1%	3 100,0%	0,698
Sim	7 30,4%	28 27,2%	32 29,9%	0 0,0%	

a) Dados faltantes: Doenças=01, dificuldade de audição=01, problema na voz=05; Uso de prótese= 04; Dificuldade na deglutição=02.

* $p \leq 0,05$

Ao associarem-se queixas referidas e o estado civil, observou-se que os divorciados/separados são os que mais referem sofrer doenças (95,5%, n=21), seguidos dos viúvos (89,2%, n=74), dos solteiros (84%, n=21) e por último os casados (81,3%, n=87), (p=0, 236). Quanto aos aspectos fonoaudiológicos, os idosos solteiros referem menos queixas de audição (28%, n=7), e resultados semelhantes entre os viúvos (47%, n=39), casados (49,5%, n=53) e divorciados/separados (50%, n=11), (p=0, 237).

Os resultados também são similares entre os diversos estados civis acerca dos aspectos vocais, sendo que 40,2% (n=33) dos viúvos, 37,5% (n=39) dos casados, 36,4% (n=8) dos divorciados/separados e 36% (n=9) dos solteiros referem alterações na voz (p=0,969).

Quanto ao uso de próteses, constatou-se que 89,2% (n=74) dos viúvos, 87,6% (n=92) dos casados, 83,3% (n=20) dos solteiros e 72,7% (n=16) dos divorciados/separados usam prótese dentária (p=0, 227). Em relação à deglutição, 28,9% (n=24) dos viúvos, 27,3% (n=6) dos divorciados/separados, 21,7% (n=23) dos casados e apenas 8% (n=2) dos solteiros referem dificuldades para deglutir (p=0, 166). Na mastigação, 34,9% (n=29) dos viúvos, 27,1% (n=29) dos casados, 22,7% (n=5) dos divorciados/separados e 20% (n=5) dos solteiros indicam certa dificuldade para mastigação (p=0, 388).

Não houve diferença significativa em nenhuma das variáveis quando associadas ao estado civil ($p \geq 0,05$).

Quando se associa as queixas dos idosos e a escolaridade destes, observa-se que 100% (n=3) dos idosos com nível superior completo e ensino médio (n=8) autorreferem doenças, seguidos de 86,7% (n=13) dos idosos com ensino fundamental completo e 84,8% (n=179) com até 4ª série (p=0, 579).

A metade dos idosos com ensino médio referem dificuldades de audição (50%, n=4), 47,9% (n=101) dos idosos com até 4º série, 33,3% (n=1) com nível superior completo e 26,7% (n=4) com ensino fundamental completo também apresentam queixas auditivas (p=0,427).

Quanto às queixas vocais, os resultados são semelhantes para os diferentes níveis de escolaridade, sendo que 50% (n=4) dos idosos com ensino médio, 40% (n=6) com ensino fundamental, 37,7% (n=78) com até 4ª série e 33,3% (n=1) com ensino superior completo apresentam queixas de mudanças na voz (p=0,909).

Também no uso de próteses dentárias observa-se similaridade entre idosos com diferentes graus de escolaridade, visto que 87,5% (n=7) dos idosos com ensino médio, 86,7% (n=13) com fundamental completo, 86,5% (n=180) com até 4ª série e 66,7% (n=2) com ensino superior completo são usuários de prótese (p=0,801).

Nenhum idoso com ensino superior referiu dificuldade na deglutição, no entanto 33,3% (n=5) dos idosos com ensino fundamental, 23,3% (n=49) com ensino até 4ª série e 12,5% (n=1) com ensino médio completo apresentaram queixas de dificuldades quanto a esta função (p=0, 517).

Quanto à mastigação, novamente não houve queixas de dificuldades no grupo de idosos com ensino superior completo. Nos demais níveis de escolaridade, os resultados foram bastante semelhantes (29,4% (n=62) do grupo com até 4ª série, 26,7% (n=4) com fundamental

completo e 25%(n=2) com ensino médio completo) para queixas de dificuldades para mastigar ($p=0,720$).

Observa-se que os idosos com nível superior completo apresentam menos queixas de problemas de voz, de dificuldades de deglutição e de mastigação, assim como menor uso de prótese, no entanto esta análise fica comprometida devido ao pequeno número de indivíduos nesta categoria (n=3), não havendo significância na associação entre qualquer das variáveis estudadas e escolaridade ($p \geq 0,05$).

DISCUSSÃO

No que se referem à variável sexo, os resultados deste estudo corroboram aqueles que apresentam a feminização²⁹⁻³² como um fenômeno populacional mundial, já que 62,4% dos sujeitos desta pesquisa são mulheres, índices similares a outras amostras de estudos nacionais realizados com idosos^{29,33}.

Convém considerar que o último censo demográfico⁴ apontou uma frequência relativa de mulheres idosas residentes no município de São Francisco de Assis/RS de 52,8%, um índice inferior ao índice de representação encontrado neste estudo. Tal diferença pode ser justificada pela tendência de as mulheres terem maior participação (maior disponibilidade e representatividade feminina) nas ações coletivas de promoção de saúde e de autocuidado com a saúde, fato também observado nas unidades de ESF do município.

O alto índice de presença de doenças referidas pelos idosos nesta pesquisa é confirmado por inúmeros estudos^{29, 32, 34,35}, que apontam a saúde do idoso brasileiro como muito ruim e/ou comprometida por incapacidades funcionais. O uso de medicamentos mostrou-se intenso entre os idosos, também identificado em outros estudos^{29, 34-36}, espelhando, assim, o processo de envelhecimento medicalizado.

Quanto à presença de doenças e dificuldades relacionadas à voz, audição e alimentação, esta pesquisa está em acordo com estudo realizado³⁰, ainda no ano de 1989, porém encontra-se em discordância com outros estudos que apontam associação entre presença de doenças, perda funcional e uso de medicamentos com o sexo feminino^{33,34}.

Esta diferença pode ser justificada pela média mais alta de idade das mulheres em relação aos homens, por dois motivos: primeiro devido à maior expectativa de tempo de vida delas em relação a eles, e segundo pela taxa de mortalidade precoce ser maior nos homens. Estas duas constatações acarretam taxas mais altas de morbidade e menor capacidade funcional em mulheres idosas⁸.

Apesar de não ter havido diferença significativa entre os grupos de idade (talvez pela diferença amostral entre os grupos), observa-se frequência relativa crescente quanto às queixas relacionadas a dificuldades na comunicação e na alimentação à medida que se envelhece. Estudos³²⁻³⁵ que avaliam o estado de saúde e capacidade funcional dos idosos confirmam que há maior comprometimento nas faixas etárias mais velhas. O estudo realizado

pelo PNAD (2008) constatou que 77,4% das pessoas entre 60 anos ou mais declararam possuir doenças, enquanto que, na faixa etária a partir dos 75 anos, esta proporção aumenta para 80,3%³².

A baixa escolaridade dos idosos residentes no município em estudo foi análoga ao perfil dos idosos do restante do país^{8, 34,35}. Também se constatou, tal como em outros estudos^{30, 33,37} que não há dependência entre o nível de escolaridade e (in) capacidade funcional.

Não se encontrou, neste estudo, associação significativa entre presença de doenças e fatores sociodemográficos isolados como: classe social, estado civil e escolaridade. No entanto, é relevante destacar que um estudo de avaliação da capacidade funcional de idosos³⁰ indica associação significativa quando se realiza análise bivariada, associando variáveis socioeconômicas e demográficas com dependência funcional moderada/grave em idosos.

Quanto à voz, 37,6% dos idosos referiram sentir alterações vocais, sendo que as mulheres apresentam mais queixas que os homens. Observou-se também aumento proporcional nas queixas de alterações vocais à medida que a pessoa envelhece, no entanto não houve diferença estatisticamente significativa. Estudo³⁸ realizado no RS refere que 89,5% dos idosos tinham alterações na qualidade vocal (voz rouca, soprosa ou áspera), no entanto, 90% dos idosos pesquisados autoavaliaram o impacto da voz em seu cotidiano (particular/pessoal, profissional e social) como ótimo ou bom. Em outro estudo³⁹, realizado com idosos institucionalizados, constatou-se que 75% dos idosos avaliados apresentavam alguma alteração na qualidade vocal, comprovando que existem alterações vocais decorrentes da idade, mas que, de modo geral, elas não interferem na comunicação. Estas conclusões podem justificar o índice inferior de queixas relatadas, visto que raramente as questões vocais isoladas são incapacitantes para a interação verbal do idoso.

A prevalência de queixas relacionadas à dificuldade de audição, neste estudo, mostrou-se inferior aos resultados referidos em outros^{40, 41}, no entanto, há uma diferença importante, visto que os resultados dos referidos estudos foram baseados nas avaliações audiológicas dos idosos e os deste, em auto-percepção da audição. Supõe-se que os idosos pesquisados possam ter perdas auditivas, porém estas podem ser de grau leve e, por isso, os idosos não as percebiam como problemas. Não houve diferença significativa quando associado queixas auditivas com sexo, idade, classe econômica, escolaridade e estado civil,

corroborando com estudo⁴² que indica a diminuição de significância estatística na associação de fatores sociodemográficos com perda auditiva à medida que o indivíduo envelhece.

Quanto às questões odontológicas, as condições dos idosos desta pesquisa, tal como grande parte dos idosos brasileiros, são preocupantes. Um estudo⁴³ indica que há aproximadamente 55% de edentulismo entre os idosos; a perda parcial e/ou total dos dentes é aceita pela sociedade como uma consequência natural do envelhecimento. Considera-se demasiadamente alta a prevalência do uso de próteses dentárias nos idosos estudados, refletindo uma condição cultural de pouca valorização e cuidado com a saúde bucal⁴⁴. Estudo fonoaudiológico⁴⁴ realizado junto a idosos institucionalizados revelou 28,7% de queixas de dificuldades na mastigação, como uma das consequências das alterações dentárias associadas às alterações musculares. Evidencia-se, de um modo geral, que com o avanço da idade existe uma adaptação mastigatória e, conseqüentemente mudanças nos hábitos alimentares: idosos preferem consistências mais pastosas⁴⁴.

Não se observou associação significativa entre dificuldade de deglutição e idade, sexo, classe econômica, escolaridade e estado civil. Há estudo⁴⁵ referindo que os idosos acima de 80 anos e idosos com demências e doença de Parkinson apresentam maior vulnerabilidade para disfagia.

CONCLUSÃO

Este estudo, realizado a partir das informações referidas pelos idosos, pode confirmar a ocorrência de mudanças senescentes e, em alguns casos senis, nos diferentes órgãos e funções do corpo humano, em especial, nos relacionadas à alimentação e à comunicação.

A maioria dos idosos da amostra pertence ao grupo etário 1 (60-69 anos), são do sexo feminino, de baixa escolaridade e pertencentes à classe C e D. Observou-se alto índice de adoecimento e uso de medicamentos. Quanto aos aspectos fonoaudiológicos, destaca-se o uso de próteses e queixas referentes a dificuldades de audição, mastigação e deglutição, além de alterações vocais.

Apesar de serem observadas variações nos resultados de acordo com diferentes condições sociodemográficas, a maioria destes não se mostrou significativo estatisticamente, com exceção do uso de prótese dentária estar associado ao sexo feminino e a presença de queixas de alterações vocais aos idosos pertencentes à classe B, de modo que este estudo não revelou influência de variáveis sociais, econômicas e demográficas sobre a condição de saúde e a presença ou grau de determinada alteração fonoaudiológica.

No entanto, este estudo permitiu aos pesquisadores e certamente permitirá aos demais profissionais da área da saúde, atuantes no município, conhecer a realidade de saúde geral e das condições percebidas dos aspectos fonoaudiológicos dos idosos nele residentes, possibilitando a estruturação de projetos ou programas de prevenção e promoção de saúde voltada aos idosos, inclusive, destacando-se as demandas fonoaudiológicas já instaladas, visto que a pesquisadora é também responsável pela Política Municipal de Saúde do Idoso. Portanto, este trabalho revelou as condições sociais, econômicas e demográficas da população idosa residente no município de São Francisco de Assis/RS, configurando-se como subsídio para a implementação de políticas públicas voltadas à proteção e ao cuidado do idoso, em busca de qualidade de vida, ou seja, incentivando e/ou mantendo o idoso como sujeito social ativo e colaborativo.

Sua relevância também encontra reforço na possibilidade de outros profissionais da saúde, em especial fonoaudiólogos, atuantes na atenção básica de outros municípios de pequeno porte, inferir estes achados a sua população, já que as características sociais e de

saúde encontradas neste estudo confirmam outros achados de estudos realizados em diferentes regiões do país.

REFERÊNCIAS

1. BILTON, T., VIÚDE, A., SANCHEZ, E. P. Fonoaudiologia. In: FREITAS E. V. et al (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002: 820-827.
2. NETTO, M. P. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In FREITAS E. V. et al (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.
3. RODRIGUES, N. C. e RAUTH, J. Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In Freitas Elizabete Viana et al (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 2002: 106-110.
4. IBGE. **Censo 2010**.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Acessado em 24 de outubro de 2011.
5. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.
6. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade**. 1980-2050. Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008.
7. RIBEIRO, A. Aspectos Biológicos do Envelhecimento. In RUSSO, I. P. **Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1 red., 2004:1-11.
8. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, 2010**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2010.
9. LURIA, A. R. **Pensamento e linguagem**: as últimas conferências de Luria, Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
10. VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
11. MAC-KAY, A. P. M. G. Linguagem e Gerontologia. In FERREIRA, Leslie P; BELFI-LOPES, Débora M; LIMONGI, Suelly Cecília O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca Ltda, 2004: 903-910.
12. BRASOLOTTO, A. G. Voz na Terceira Idade. In FERREIRA, Leslie P; BELFI-LOPES, D. M; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca Ltda, 2004:127-137.

13. RUSSO, I. C. P. Intervenção Audiológica nos Idosos. In FERREIRA, L. P; BELFLOPES, D. M; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca Ltda, 2004:585-595.
14. SANCHES, E. P.; SUZUKI, H.S. Fonoaudiologia em Gerontologia. In SUZUKI, H. S. (org.). **Idoso: Conhecimentos Essenciais para Atender Bem os Pacientes Idosos**. São José dos Campos: Pulso, 2003.
15. JERGER, S.; JERGER J. Alterações auditivas. **Um manual para avaliação clínica**. São Paulo: Atheneu, 1989, cap. 21, p.165-172.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série E. Legislação em Saúde).
17. BILTON T. L, RAMOS L. R, EBEL S, TEIXEIRA L. S, TEGA L. P. **Prevalência da deficiência auditiva em uma população idosa**. Mundo da Saúde. 1995; 21(4): 218-225.
18. BEHLAU, M. S. Presbifonia: Envelhecimento Vocal Inerente à Idade. In RUSSO, I.P. **Intervenção Fonaudiológica na Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1 red., 2004:25-48.
19. BOONE, D. R.; MCFARLANE, S. C. **A voz e a terapia vocal**. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
20. FERREIRA, L. M. A Voz na Terceira Idade. In PINHO, S. M. R. **Fundamentos em fonoaudiologia: Tratando os distúrbios da voz**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1998, p.115-117.
21. PINHO, Sílvia M. R. **Fundamentos em fonoaudiologia: Tratando os distúrbios da voz**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1998.
22. MARCHESAN, I. Q. Distúrbios da Motricidade Oral. In RUSSO, I. P. **Intervenção Fonaudiológica na Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1 r., 2004:83-100.
23. PRETTI, D. **A linguagem dos idosos: Um Estudo de Análise da Conversação**. São Paulo: Contexto, 1991.
24. BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **EDITORIAL**. Rev. Para. Med. v.20 n.4. Belém dez. 2006.
25. GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas S.A., 2007.
26. ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 4 ed., 1994.
27. ABEP. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. **Critério de Classificação Econômica Brasil 2008**. Disponível em: <http://www.abep.org.br>. Acesso em 20 abr. 2010.

28. COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso**: Discurso e Afasia. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
29. MACIEL, A. C. C. e GUERRA. R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos. **Rev. Bras. Epidemiologia**, 2007; 10(2): 178-89.
30. ROSA, T. E. C. et al. Determinantes da capacidade funcional. **Rev. Saúde Pública**, 2003; 37 (1): 40-8.
31. NASCIMENTO, M. R. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. In L Wong (org.). **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade**. Subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG-ABEP, 2001. p 191-218.
32. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. IBGE. PNAD. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. 2008. Rio de Janeiro, 2010.
33. SILVA, M. D. C. et al. Fatores associados à perda funcional em idosos . **Rev. Saúde Pública**, 2011; 45 6:11, 37-44.
34. PASKULIN, L. M. G. e VIANNA L. A. C. Perfil de idosos de Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, 2007; 41(5): 757-68.
35. FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de Saúde da Família**. Ribeirão Preto. 2004, 112p. Dissertação (mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
36. ROQUE, F. P., BOMFIM, F. M. S. e CHIARI, B. M. Descrição da dinâmica de alimentação de idosas institucionalizadas. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, 2010, vol.15, n.2, p.256-263. ISSN 1516-8034.
37. TEIXEIRA A. R, ALMEIDA L. G, JOTZ G. P., BARBA M. C. Qualidade de vida pós-adaptação de prótese auditiva. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, 2008; 13(4): 357-61.
38. CASSOL, M. **Avaliação da percepção do envelhecimento vocal em idosos**. Estudos interdisciplinares envelhecimento, Porto Alegre, v. 9, 2006: p. 41-52.
39. MENEZES, L. N. e VICENTE, L. C. C. Envelhecimento vocal em idosos Institucionalizados. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.9, n.1, 90-8, jan-mar, 2007.
40. MATTOS, L. C. e VERAS, R. P. A prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, 2007; 73(5): 654-9.

41. BARALDI, G. S.; ALMEIDA, L. C., BORGES, A. C. C. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**. São Paulo. 2007. V. 73 n. 1.
42. CRUZ MS, OLIVEIRA L. R, CARANDINA L. Inquéritos de saúde e fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**. 2009 Jan-Mar; 11(1): 166-172.
43. CALDAS JÚNIOR, A. F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 14(3): 229-238 maio/jun., 2005.
44. LIMA, R. M. F. et al. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. **Rev. CEFAC**, 2009, vol.11, suppl. 3, p.405-422.
45. FROTA, J. F. C. **Prevalência e fatores associados à disfagia em idosos residentes em comunidade**. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. <http://hdl.handle.net/123456789/1035>.

5 ARTIGO DE PESQUISA 2^o

QUALIDADE DE VIDA E FONOAUDIOLOGIA: UM ESTUDO DA POPULAÇÃO IDOSA DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE PEQUENO PORTE

RESUMO

O envelhecimento da população mundial tem se tornado uma prioridade para o planejamento e o desenvolvimento de políticas públicas, em especial, as direcionadas à saúde do idoso. É essencial que a Fonoaudiologia atue na perspectiva da promoção de saúde, o que implica incorporar aos aspectos objetivos e clínicos, a percepção subjetiva de qualidade de vida expressa pelos idosos. O objetivo deste estudo foi identificar a influência e o impacto dos fatores socioeconômicos, a presença de doenças e de queixas de alterações relacionadas aos aspectos fonoaudiológicos (voz, audição e sistema estomatognático) na qualidade de vida de idosos residentes em um município brasileiro de pequeno porte. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de prevalência. Realizou-se uma amostragem probabilística estratificada uniforme e sistemática, constituída de 237 idosos. Foram os instrumentos: Critério de Classificação Econômica Brasil-CCEB, WHOQOL-Bref e Roteiro de Avaliação Fonoaudiológica. A análise dos dados foi realizada por meio dos Testes t de Student, Teste U de Mann-Whitney e Teste Kruskal-Wallis. A amostra foi constituída de ambos os sexos (62,4% mulheres); o grupo etário prevalente foi de 60 a 70 anos; a maioria dos idosos (45,1%) estava casada e 35% viúvos. Constatou-se baixa escolaridade e baixa renda. Houve associação significativa ($p \leq 0,05$) em alguns domínios do WHOQOL Abreviado quando se comparou os resultados deste nos grupos com diferentes condições socioculturais e biológicas. A média do *overall* (domínio geral) da população estudada foi 14,74, sugerindo boa qualidade de vida dos idosos residentes no município. Pode-se afirmar também que fatores biológicos (sexo, idade, doenças em geral e alterações da voz, audição, deglutição e mastigação) influenciam a percepção subjetiva de qualidade de vida de idosos, enquanto que os fatores econômicos e socioculturais são pouco impactantes na qualidade de vida. Convém que os profissionais da saúde, em particular os fonoaudiólogos, valorizem a percepção subjetiva dos sujeitos sobre suas condições de vida e saúde, ampliando sua atuação para além da clínico-reabilitadora, com o objetivo de garantir saúde integral aos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Fonoaudiologia; Epidemiologia; Envelhecimento; WHOQOL-Bref.

⁶ Artigo elaborado para Gerontology (Basel), seção Ciência Comportamental.

ARTICLE 2**QUALITY OF LIFE AND SPEECH THERAPY: A STUDY OF THE ELDERLY IN A
SMALL TOWN OF BRAZILIAN****ABSTRACT**

The aging population has become a priority for the planning and development of public policies, in particular those directed to the health of the elderly. Speech is essential that the act from the perspective of health promotion, which involves incorporating the goals and clinical aspects, the subjective perception of quality of life expressed by the elderly. The objective of this study is to identify the influence and impact of socioeconomic factors, the presence of diseases and complaints related to aspects of change speech therapy (voice, hearing and stomatognathic system) quality of life of elderly residents in a small city in the interior of RS. It is a descriptive, cross-sectional prevalence. We conducted a stratified probability sampling uniform and systematic, consisting of 237 elderly (60 years or more), distributed in five age groups. Were used for data collection instruments: Brazil Economic Classification Criterion-CCEB, WHOQOL-Bref and a roadmap Speech Assessment prepared by the authors. Data analysis was performed using the Student t test, U of Mann-Whitney test and Kruskal-Wallis test. The sample consisted of both sexes (62.4% women), the prevalent age group was 60 to 70 years, most of the elderly (45.1%) were married and 35% were widowed. It was found lower education. A significant association ($p \leq 0.05$) in some domains of the WHOQOL-Bref when comparing the results of the groups with different socio-cultural and biological conditions. The average overall (general area) of the study population was 14.74, suggesting good quality of life of elderly residents in the municipality. You can also say that biological factors (gender, age, diseases in general and changes in voice, hearing, swallowing and chewing) influence the subjective perception of quality of life of seniors, while the cultural partner and economic factors are just as striking of life. It is important that health professionals, particularly speech, highlighting the subjective perception of individuals about their living conditions and health, expanding its activities beyond the clinical, rehabilitative, with the aim of ensuring comprehensive health care to Brazilians, in particular, the elderly.

KEYWORDS: Quality of life; Speech, Language and Hearing Sciences; Epidemiology; Aging; WHOQOL-BREF.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial tem se tornado uma prioridade para o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas, em especial, as direcionadas à saúde do idoso.

No Brasil, concomitantemente às mudanças populacionais, justificadas pela diminuição da natalidade, aumento da expectativa de vida e avanços científicos e técnicos na área da saúde, vivencia-se o aperfeiçoamento das políticas sociais de cuidado e de proteção ao idoso, destacando-se, por exemplo, o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) ^[1,2]. No entanto, continuam grandes os desafios para se assegurar cuidado integral à saúde do idoso brasileiro.

Sabe-se que a esperança de vida dos brasileiros, em 2009, foi de 73,1 anos em média, porém existem grandes variações regionais e entre os sexos. O Rio Grande do Sul encontra-se na terceira posição no *ranking* federal, logo após o Distrito Federal e o estado de Santa Catarina, apresentando uma expectativa de vida em 75,5 anos. As mulheres gaúchas ocupam a 2ª colocação no *ranking* federal (79,3 anos) contra os 71,9 anos dos homens ^[3].

Todavia, dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2003, desqualificam o aumento da expectativa do tempo de vida dos brasileiros, à medida que consideram o tempo médio de vida em sua forma saudável. A expectativa de vida revelada na ocasião era de 68,9 anos, porém, a de vida saudável era de 59,8 anos, ou seja, a população brasileira perde 13,3 % de seus anos por apresentar condições de saúde não apropriadas ^[4].

A senescência é o estado de envelhecimento livre de alterações provocadas por doenças, enquanto que a senilidade é o estado de envelhecimento acompanhado de patologias. Nesse sentido, *senescência* resulta do somatório de mudanças orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normativo (também conhecido como envelhecimento fisiológico), enquanto que a *senilidade* é caracterizada pelo envelhecimento associado a doenças ^[1].

As transformações morfológicas e funcionais senescentes atingem todo o organismo e são distribuídas nos diferentes aparelhos e sistemas. O ritmo e/ou o avanço destas mudanças dependem das condições de vida e de cuidado do idoso. Portanto, um sujeito pode envelhecer com qualidade de vida satisfatória ou envelhecer com alterações senis ^[5].

A Fonoaudiologia tem se ocupado da saúde dos idosos, pesquisando, em especial, as alterações senis voltadas ao diagnóstico e tratamento dos distúrbios relacionados à comunicação e à deglutição ^[6]. Já existe certo acúmulo de literatura relativo às perdas auditivas (presbiacusia), ao envelhecimento vocal (presbifonia), as transformações no aparelho respiratório, aos distúrbios da motricidade orofacial (disfagia) e aos distúrbios da linguagem (principalmente, os quadros afásicos ou demenciais) ^[6]. No entanto, há muito a se pesquisar fora dos estados senis, sobretudo porque é recente a atuação fonoaudiológica na perspectiva da Promoção de Saúde e da Qualidade de Vida.

A propósito da noção de Qualidade de Vida, tem-se que, desde a década de 90 do século passado, a referência mais recorrente deste conceito se refere à experiência subjetiva de qualidade de vida, representada como satisfação. Assim, do ponto de vista biopsicossocial, Qualidade de Vida implica a capacidade de realização das atividades da vida diária, o desempenho das atividades intelectuais, os graus de independência para o autocuidado e para o desenvolvimento das atividades rotineiras, bem como a manutenção da autonomia para tomada de decisões sobre sua própria vida ^[7]. Em outros termos, a Qualidade de Vida é definida como a percepção que o sujeito tem sobre sua posição na vida, no contexto da sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações ^[8].

No sentido acima, estudos [7,9] têm usado os cinco indicadores clássicos para medir a “velhice bem sucedida”, a saber: i) satisfação com a vida; ii) desempenho de papéis sociais; iii) longevidade; iv) saúde física e v) saúde mental.

Alguns anos após os estudos acima referidos, o Grupo de Trabalho de Qualidade de Vida da OMS - *The Whoqol Group* – definiu Qualidade de Vida como a percepção que uma pessoa tem de sua posição na vida, no contexto da cultura (incluindo os sistemas de valores) na qual ela vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Sendo assim a Qualidade de Vida é constituída por três aspectos: a subjetividade, a multidimensionalidade e a inclusão de dimensões positivas e negativas ^[8].

A partir dos parâmetros acima, foi desenvolvido uma série de instrumentos qualitativos de perspectiva transcultural, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em adultos. Destaca-se o WHOQOL-100 que, como o nome indica, é composto por 100 questões que avaliam os domínios físicos, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/crenças pessoais. Posteriormente, pela necessidade de instrumentos

curtos e que demandassem menor tempo para seu preenchimento, o Grupo de Trabalho Qualidade de Vida da OMS desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-*Bref*^[8].

Considerando os aspectos acima referidos, resumidamente: o envelhecimento populacional, as repercussões do envelhecimento nas estruturas e funções do corpo humano, em particular, na comunicação e condições de alimentação do idoso e a atual condição técnico-científica da Fonoaudiologia enquanto área voltada à Promoção da saúde e à Qualidade de Vida no envelhecimento, este estudo objetivou identificar a influência dos fatores socioeconômicos, das queixas de doenças e/ou das alterações senescentes relativas à comunicação e à alimentação na qualidade de vida (autopercebida) dos idosos residentes em uma cidade de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul. Em outras palavras, buscou-se identificar os principais fatores que impactam na qualidade de vida de idosos.

MÉTODOS

Este estudo realizou a caracterização dos idosos (sujeitos de 60 anos ou mais), residentes na zona urbana, do município de São Francisco de Assis/RS, quanto às dimensões sociais, econômicas, de saúde e de qualidade de vida.

O município, localizado no interior da região centro-oeste do Rio Grande do Sul, é considerado um município de pequeno porte, apresentando uma população de 19.254 habitantes; desta, 3.419 são pessoas com 60 anos ou mais, sendo 1.805 mulheres e 1.614 homens⁴. Estão cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como residentes na zona urbana, 2.053 idosos, sendo os demais residentes da zona rural e, por isso, foram desconsiderados neste estudo.

A população está organizada em comunidades (bairros) espalhadas ao redor do centro da cidade. O convívio social, o modo produtivo (principalmente, setor primário) e o de consumo são facilitados pelas pequenas distâncias. Nas comunidades localizam-se quatro Unidades de Estratégia Saúde da Família-ESF que são as referências em atenção à saúde da população do território adscrito, e no centro da cidade há a UBS Central que acolhe a população residente no centro da cidade, bem como a residente na zona rural.

É um estudo do tipo descritivo, à medida que visa descrever e analisar as características da população idosa, estabelecendo relações entre variáveis ^[10]. Quanto aos procedimentos técnicos, pode ser classificado como um levantamento, pois busca caracterizar como se comporta a população idosa do município por meio do questionamento direto dos idosos quanto aos aspectos sociais (escolaridade, estado civil), econômicos (classe econômica), de saúde geral e dos aspectos relacionados à voz, audição e sistema estomatognático/motricidade orofacial. Do ponto de vista epidemiológico, esta pesquisa pode ser classificada como transversal (estática) e de prevalência, já que estuda casos de uma nosologia em um determinado local e tempo, de tal modo que o fator e o efeito são observados no mesmo momento histórico ^[11,12]. Quanto à análise dos dados, esta pesquisa é quantitativa.

Convém esclarecer que os resultados tratados neste artigo foram extraídos da Dissertação Aspectos Fonoaudiológicos e Qualidade de Vida de Idosos Residentes em um

Município de Pequeno Porte do RS, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 0238.0.243.000-10.

A amostra (237 sujeitos) foi calculada sobre a população total de 2.053 idosos residentes na zona urbana do município, considerando-se um nível de confiança de 95% e um erro de amostragem (e°) de 0,06. A amostra foi calculada de modo que permitisse a inferência dos resultados sobre a população total.

Os idosos foram selecionados por meio dos cadastros realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A relação dos 2.053 idosos foi tabulada no programa Microsoft Office Excel 2003, em ordem crescente por faixa etária, e estratificada por unidade de saúde de referência, em número de cinco. Deste modo, fez-se uma amostragem probabilística estratificada uniforme e sistemática, calculando-se a proporção de idosos a serem recrutados em cada estrato, selecionados de seis em seis indivíduos, distribuídos proporcionalmente nos grupos etários (G1 - dos 60 aos 69 anos, G2 - dos 70 aos 79 anos, G3 - dos 80 aos 89 e G4 - acima dos 90 anos).

Após a identificação dos sujeitos, os ACS foram informados sobre os idosos selecionados, bem como foram solicitados a fornecerem para as pesquisadoras dados acerca das condições de saúde dos mesmos, conferindo-se, então, a viabilidade da participação dos idosos selecionados na pesquisa. Foram excluídos os idosos com doenças neurológicas, mentais e/ou outras alterações incapacitantes para a comunicação, de tal forma que cada idoso excluído era substituído pelo idoso que se encontrava imediatamente na relação do estrato pertencente, mantendo-se assim a amostra sistemática.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de fevereiro e agosto de 2011. Os idosos selecionados foram convidados pelos ACS a aderir ao estudo durante visita domiciliar. Os sujeitos que se recusaram a participar foram excluídos, e inseridos novos sujeitos, de acordo com o mesmo critério descrito acima.

A partir da aceitação do idoso, foi agendado um encontro para a coleta de dados na unidade de saúde onde ele é acompanhado ou, então, foi marcado uma visita domiciliar. Na ocasião agendada, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam aos questionários - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)^[13] e WHOQOL-Abreviado^[8], assim como realizaram a avaliação fonoaudiológica por meio de um roteiro - Roteiro de Avaliação Fonoaudiológica, elaborado pelas autoras deste estudo.

O CCEB foi elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), em 2003. Configura-se como um instrumento de segmentação econômica, definida pelo poder aquisitivo e de consumo da população. Ressalta-se que são identificadas cinco classes econômicas (A, B, C, D e E). A ABEP realiza anualmente pesquisas para estimar a renda familiar mensal nas regiões metropolitanas das principais capitais brasileiras, não existindo parâmetros para cidades do interior dos estados. A estimativa realizada em 2010 na região metropolitana de Porto Alegre- RS assinala os seguintes valores de referência: R\$ 14.550,00 (A1); R\$ 9.850,00 (A2); R\$ 5.350,00 (B1); R\$ 2.950,00 (B2); R\$ 1.650,00 (C1); R\$ 1.100,00 (C2); R\$ 750,00 (D) e R\$ 410,00 (E)^[13].

O *WHOQOL-Bref* é constituído por 26 questões, sendo duas questões gerais e 24 relacionadas aos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente^[8].

O Roteiro de Avaliação Fonoaudiológica visa conhecer as condições de saúde em geral do idoso, a percepção deles em relação à voz, audição e sistema estomatognático/motricidade orofacial (mastigação, deglutição e condições odontológicas), bem como o uso produtivo da linguagem^[14]. Este roteiro é constituído de perguntas abertas sobre rotina e hábitos de vida, e instiga a narrativa de fato(s) relevante(s) da vida, comentário de tema atual, interpretação e evocação de provérbios, resolução de problema matemático oralizado.

Todos os documentos impressos e gravações em áudio estão arquivados no Banco de Dados de Processos Linguístico-Cognitivos – BDPLC.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2003. Para a pontuação do *WHOQOL-Bref* e análise estatística foi usado o *software Statistical Package for Social Science* (SPSS 15.0).

Os dados foram testados quanto à normalidade para definição do teste adequado a ser usado na associação das variáveis. Realizou-se análise descritiva com frequência absoluta e relativa, bem como os testes não paramétricos para associação das variáveis nominais e ordinais, com os escores do *WHOQOL-Bref*, a saber: i) Teste U de Mann Whitney (para as variáveis: sexo, presença de doenças, dificuldade de audição, alteração da voz, dificuldade para deglutição, dificuldade para mastigação e presença de prótese dentária); ii) Teste Kruskal-Wallis (para as variáveis idade em grupos, estado civil, escolaridade e classe econômica); e iii) Teste t de student (sexo, alteração vocal, dificuldade de audição e na deglutição). Em todos os testes foi considerado nível de significância de 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da amostra apresentam idade de 60 a 100 anos, sendo a média geral de 70,27 anos, +/- 7,89, distribuídos em 4 grupos etários (G1, G2, G3 e G4), por ambos os sexos. A descrição detalhada das condições sociodemográficas consta na Tabela 1.

Tabela 1- Descrição sociodemográficas da população estudada (n=237)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	148	62,4
Masculino	89	37,6
Idade (Faixas etárias)		
60 – 69	123	51,9
70 – 79	82	34,6
80 – 89	28	11,8
>90	4	1,7
Estado Civil		
Solteiro	25	10,5
Casado	107	45,1
Separado/divorciado	22	9,3
Viúvo	83	35,0
Escolaridade		
Até a 4ª série	211	89,0
Ensino Fund. Completo	15	6,3
Ensino Médio completo	8	3,4
Ensino Superior completo	3	1,3
Classe Social		
B	23	9,7
C	103	43,6
D	107	45,3
E	3	1,3

Dados faltantes: classe social=01

A idade média (70,27) resulta de uma maior representatividade de idosos jovens, pertencentes aos grupos etários G1 e G2, ou seja, sujeitos entre os 60 e 79 anos de idade, espelhando a realidade da pirâmide etária brasileira ^[3].

A distribuição da amostra por sexo, com maioria de mulheres, confirma o fenômeno populacional da feminização ^[15,16], números parecidos a outras amostras de estudos ^[17,18] realizados com idosos.

As demais características sociodemográficas encontradas neste estudo são consonantes com outros realizados em diferentes localidades brasileiras ^[19,20], sendo a maioria dos idosos casados, seguidos de viúvos, com baixa escolaridade e baixa renda, pertencendo a maioria dentre as classes C e D.

Quanto ao estado de saúde geral e os aspectos fonoaudiológicos, observa-se que a maioria dos idosos refere ter algum tipo de doença; a queixa de audição é a prevalente, seguida da de voz, mastigação e deglutição. É alto o índice de usuários de próteses dentárias (Tabela 2).

Tabela 2- Descrição queixas referidas da população estudada (n=237)

Variáveis - queixas	n	%
Doença		
Não	34	14,3
Sim	203	85,7
Queixas audição		
Não	127	53,6
Sim	110	46,4
Queixas Voz		
Não	144	61,8
Sim	89	38,2
Uso de Prótese		
Não	32	13,7
Sim	202	86,3
Queixas mastigação		
Não	169	71,3
Sim	68	28,7
Queixas deglutição		
Não	181	76,7
Sim	55	23,3

Dados faltantes: Queixas voz: 04; queixas deglutição: 01; Uso de prótese: 03.

A alta frequência de doenças referidas pelos idosos neste estudo é confirmada por inúmeras pesquisas ^[16,17] acerca do envelhecimento, marcando a saúde do idoso brasileiro como ruim e/ou comprometida por incapacidades funcionais.

A prevalência de queixas relacionadas à dificuldade de audição mostrou-se inferior aos resultados referidos em outros estudos, no entanto, convém lembrar que os resultados dos estudos são baseados em avaliações audiológicas dos idosos ^[21,22], enquanto que neste foi pesquisada a percepção subjetiva das dificuldades auditivas.

Uma questão a ser salientada é que estudos de prevalência podem ser influenciados pela seleção dos sujeitos que compõem a amostra. Assim, a variabilidade entre diversos estudos pode ser explicada pela diversificação nas características dos sujeitos da amostra [23].

Quanto à voz, os resultados encontrados também foram inferiores aos de outros estudos. Estudo com idosos refere que 89,5% apresentaram alterações na qualidade vocal, no entanto, 90% deles autoavaliaram sua performance vocal como ótima ou boa^[24]. Outro estudo [25] apontou que 75% dos idosos avaliados apresentaram alguma alteração na qualidade vocal, mas na opinião deles, essas alterações não interferiam na comunicação. O baixo índice de queixas vocais relatadas neste estudo pode ser explicado pelo fato de que raramente as questões vocais isoladas são incapacitantes para a interação verbal do idoso.

A saúde bucal dos idosos de São Francisco de Assis, tal como a da maioria dos idosos brasileiros, apresenta dados preocupantes; estudo [26] indica uma prevalência de aproximadamente 55% de edentulismo entre os idosos. Considerou-se extremamente alta a prevalência do uso de próteses dentárias nos idosos estudados, refletindo uma condição cultural de pouca valorização e cuidado com a saúde bucal. Parece que a perda parcial e/ou total dos dentes é ainda aceita (pela sociedade em geral) como uma consequência natural do envelhecimento [27].

Quanto aos aspectos relacionados à alimentação, encontrou-se um índice não desprezível (quase um terço da amostra) de queixas relacionadas a dificuldades na mastigação, em conformidade a outros estudos [26,27] que avaliaram a mastigação de idosos. Tal fato confirma que, de modo geral, com o avanço da idade, existe uma adaptação mastigatória e consequente mudança nos hábitos alimentares [27]. Quanto à dificuldade de deglutição, este estudo está em acordo com achados de um estudo [28], indicando que aproximadamente 25% dos idosos tinham dificuldades nesta função.

Em relação à avaliação da Qualidade de Vida, convém destacar que não existe (até o momento e, talvez, nunca existirá, pela complexidade das organizações sociais e culturais) uma normativa para análise dos escores do Whoqol Abreviado, por isso, a conveniência de comparar os resultados deste estudo com os de outras localidades (preferencialmente com características semelhantes as do município deste estudo), para verificar se a autoavaliação de qualidade de vida dos idosos de São Francisco de Assis se equivale a de outras realidades sociais e culturais.

A propósito, apresentam-se a seguir (Tabela 3) os resultados gerais das avaliações da qualidade de vida realizadas pelos idosos de São Francisco de Assis, levantados por meio do WHOQOL Abreviado.

Tabela 3- Resultado da avaliação da qualidade de vida

<i>Overall e Domínios do Whoqol-Bref</i>	
	Média (±DP)
Overall (geral)	14,74 (± 2,39)
Domínio Físico	14,02 (± 2,79)
Domínio Psicológico	14,84 (± 1,90)
Domínio Relações Sociais	15,65 (± 2,29)
Domínio Meio Ambiente	13,70 (± 1,56)

Um estudo ^[29] sobre qualidade de vida, realizado na cidade do Rio de Janeiro em 2008, apontou o índice de 13,41 para o Domínio Físico, 14,33 para o Domínio Psicológico, 14,05 para o Domínio Relações Sociais e 11,71 para o Domínio Meio Ambiente.

Comparando-se os escores obtidos pelos idosos deste estudo com os retirados do estudo acima, pode-se sugerir que há uma melhor avaliação da qualidade de vida por parte dos idosos de São Francisco de Assis/RS quando comparados com os idosos da cidade do Rio de Janeiro/RJ.

Na Tabela 4 estão demonstrados os escores gerais e dos domínios comparados com sexo. Note-se que os escores entre homens e mulheres são semelhantes, com exceção do domínio relações sociais, que se observa diferença da média significativamente maior ($p=0,038$) das mulheres em relação aos homens.

Tabela 4- Comparação dos escores dos domínios do *WHOQOL-bref* em relação ao sexo

Variáveis	Sexo		Valor de p
	Feminino Média (DP)	Masculino Média (DP)	
Dimensão1- Física	14,09 (± 3.03)	13,89(± 2.34)	0,590 ¹
Dimensão2-Psicológica	14,78(± 1.91)	14,92(± 1.90)	0,722 ¹
Dimensão3-Relações Sociais	15,84 (± 2.47)	15,35(± 1.94)	0,038* ¹
Dimensão4-Meio Ambiente	13,75(± 1.66)	13,63(± 1.38)	0,592 ²
Overall	14,97(± 2,37)	14,03(± 2,43)	0,087 ¹

¹ Mann-Whitney, ² Test t de Student, * $p \leq 0,05$.

A literatura ^[15,16] tem ressaltado que os escores masculinos de qualidade de vida têm sido melhores do que o das mulheres, justificado pelo fenômeno da feminização do envelhecimento, pois a maior longevidade delas constitui mais risco do que vantagem, uma vez que mulheres são física e socialmente mais frágeis que os homens. Por outro lado, as doenças letais são mais frequentes nos homens, enquanto que as mulheres sofrem mais com doenças não letais, com taxas de morbidades crônicas e incapacitantes maiores que os homens. As diferenças de saúde manifestam-se também no consumo de remédios, pois as mulheres superam os homens no consumo destes ^[15,16].

Os homens, por sua vez, pontuam mais alto nas avaliações de saúde física percebida, mesmo nos casos de idade avançada [16,30]. De um modo geral, as avaliações sobre saúde física percebida pioram com a idade, mas as diferenças entre os sexos se mantêm, isto é, os homens seguem pontuando mais alto que as mulheres [15,30].

Os dados encontrados nos idosos do município de São Francisco de Assis/RS, referentes aos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente conferem com os encontrados em pesquisa ^[31] realizada com idosos no município de Porto Alegre/RS; no referido estudo foram encontrados escores mais altos nas mulheres.

Uma possível explicação para a diferença positiva encontrada nos escores femininos, em relação aos Domínios das Relações Sociais e Meio Ambiente neste estudo, possa ser as ações de Promoção de Saúde desenvolvidas nas unidades de ESF, a saber: a realização de atividades físicas, educação em saúde em grupos e oficinas terapêuticas e de convívio. Acredita-se que tais atividades intensificam o autocuidado e possibilitam convívio social para além do grupo familiar. A participação feminina nestas ações chega a aproximadamente 95%.

Ao se comparar os domínios do WHOQOL-*Bref* entre os grupos etários, percebe-se redução no escore geral de avaliação da qualidade de vida à medida que a idade avança, existindo diferença significativa no domínio físico ($p < 0,0001$) entre os grupos etários G1 para G2 e deste para G3. Não houve variação significativa do G3 para o G4, provavelmente explicável pelo pequeno número de indivíduos nesta faixa ($n=4$).

Tabela 5- Comparação dos escores dos Domínios do WHOQOL-Bref em relação à idade

Domínio	Idade				Valor de p
	G1: 60-69 Média (DP)	G2: 70-79 Média (DP)	G3: 80-89 Média (DP)	G4:>90 Média (DP)	
Físico	14,65(± 2.93)	13,59(± 2.54)	12,76(± 2.23)	12,14 (± 1.50)	<0,0001 ^{1*}
Psicológico	14,94(± 2.03)	14,94(± 1.73)	14,30(± 1.70)	13,30 (± 2.15)	0,141 ¹
Relações Sociais	15,51(± 2.46)	15,94(± 2.01)	15,52(± 2.44)	15,00 (± 0.67)	0,528 ¹
Meio Ambiente	13,65(± 1.63)	13,91(± 1.49)	13,32(± 1.44)	13,25 (± 1.190)	0,304 ¹
Overall	14,82(± 2,49)	14,66(± 2,37)	14,71(± 2,05)	14,50 (± 3,00)	0,474 ¹

¹Teste de Kruskal-Wallis; *p<0,0001 entre G1≠G2 e G2≠G3.

Este declínio nos escores, de acordo com o aumento da idade, é relatado nos estudos de Qualidade de Vida consultados ^[19,31]. A fragilidade, associada às doenças, incapacidades funcionais, perda de autonomia e de independência que acompanham os idosos mais velhos, refletem-se na percepção negativa da qualidade de vida ^[19].

Por isso é, que convém a realização de ações que primem pelas relações sociais, de tal modo que os limites físicos possam ser superados por boas conversas, lembranças, audições de músicas, *etc.* A propósito, um estudo realizado com o WHOQOL-100, indica diferença significativamente positiva no domínio psicológico e 60-69 anos, comparado com o grupo de 80 anos ou mais ^[31].

Confrontando-se os escores dos diversos domínios e classe econômica, observou-se, neste estudo, que existe diferença significativa no Domínio Psicológico (p=0, 013) e no Domínio Meio Ambiente (p=0, 002).

Para o Domínio Psicológico a diferença estatística (p=0, 013) é identificada entre as Classes B e D, sendo que a classe B tem média maior que as demais, e os idosos pertencentes à classe D têm a menor média. Em relação ao Domínio Meio Ambiente, observou-se que a classe B difere significativamente (p=0, 002) das classes C e D, sendo que a maior média é encontrada na classe B e a menor na classe D, seguido da classe C.

Destaca-se a semelhança entre os resultados das classes B e E, em especial no Overall, mais alto na classe econômica de menor rendimento familiar.

Tabela 6- Comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref em relação à Classe Econômica

Domínio	Classe econômica				Valor de p
	B	C	D	E	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Físico	14,19(± 2,42)	14,17(± 3,22)	13,79(± 2,43)	15,05(± 1,84)	0,623 ¹
Psicológico	15,71(± 1,79)	14,94(± 1,98)	14,51(± 1,78)	15,33(± 2,40)	0,013^{1*}
Relações Sociais	16,00(± 2,27)	15,75(± 2,30)	15,48(± 2,33)	15,55(± 0,77)	0,632 ¹
Meio Ambiente	14,71(± 1,50)	13,72(± 1,47)	13,43(± 1,54)	14,00(± 3,00)	0,002^{1**}
Overall	15,39(± 2,52)	14,94(± 2,33)	14,39(± 2,43)	16,00(± 0,00)	0,370 ¹

¹ Kruskal-Wallis; *p<0,013 entre B≠D; **p<0,002 entre B≠C e D.

Alguns estudos [31,32] indicam resultados semelhantes, com médias significativamente mais altas nas classes A e B quando comparadas com as classes C e D, enquanto outros não verificaram diferenças nos resultados de Qualidade de Vida entre os grupos com maior ou menor renda [19,30]. Há autores [32,33] que afirmam que uma boa condição socioeconômica está associada a melhor qualidade de vida nos idosos, por ofertar sustentação material para o bem-estar, influenciando a qualidade na habitação, independência econômica e estabilidade financeira.

Não houve diferença significativa entre Qualidade de Vida e estado civil, porém percebe-se que existe uma tendência dos escores dos idosos casados serem mais elevados que os das demais categorias (Tabela 7).

Tabela 7- Comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref em relação ao estado civil

Domínio	Estado civil				Valor de p
	Solteiro	Casado	Divorciado Separado	Viúvo	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Físico	14,5(± 2,06)	14,24(± 3,14)	13,38(± 2,04)	13,74(± 2,64)	0,315 ¹
Psicológico	14,73(± 1,73)	15,14(± 1,72)	14,39(± 2,03)	14,59(± 2,11)	0,117 ¹
Relações Sociais	15,41(± 2,25)	15,81(± 2,04)	14,84(± 2,19)	15,74(± 2,61)	0,233 ¹
Meio Ambiente	13,40(± 1,44)	13,83(± 1,42)	13,50(± 1,63)	13,67(± 1,74)	0,468 ¹
Overall	14,40(± 2,08)	14,90(± 2,34)	14,73(± 2,73)	14,65(± 2,48)	0,632 ¹

¹ Kruskal-Wallis

Há estudos [30,31] que indicam não existir relação entre Qualidade de Vida e estado civil, ou seja, não observam diferença significativa em Qualidade de Vida geral e domínios

quando comparados com a variável em questão. Da mesma forma, outros estudos [34,35] inferem uma diferenciação positiva de qualidade de vida entre idosos com companheiro em relação aos que não têm companheiro (solteiros, viúvos e divorciados ou separados). A presença de parceiros aparentemente proporciona aos idosos maior estabilidade social e econômica, influenciando na percepção de felicidade e qualidade de vida, principalmente para os homens, que recebem maior cuidado dispensado pela esposa [34].

Observa-se que não houve diferença significativa ao associar-se Qualidade de Vida e escolaridade, porém uma análise geral dos resultados permite sugerir uma melhor avaliação nos Domínios Físico e Psicológico, quando se relaciona o grupo com escolaridade até 4ª série com o grupo com ensino superior completo (Tabela 8).

Tabela 8- Comparação dos escores dos domínios do Whoqol-bref em relação à escolaridade

Domínio	Escolaridade				Valor de p
	Até 4ª série Média (DP)	Fundamental Completo Média (DP)	Médio Completo Média (DP)	Superior Completo Média (DP)	
Físico	13,95(± 2,87)	14,06(± 2,11)	14,64(± 1,46)	16,19(± 2,58)	0,162 ¹
Psicológico	14,76(± 1,87)	15,56(± 2,31)	15,00(± 2,05)	16,00(± 1,33)	0,223 ¹
Relações Sociais	15,57(± 2,32)	16,80(± 2,41)	15,67(± 1,18)	16,00(± 0,00)	0,751 ¹
Meio Ambiente	13,61(± 1,53)	14,31(± 1,83)	14,44(± 1,24)	14,88(± 1,95)	0,088 ¹
Overall	14,66(± 2,37)	15,87(± 2,56)	14,50(± 2,56)	16,00(± 2,00)	0,279 ¹

¹ Kruskal-Wallis

Esta análise é percebida em outro estudo [31] que obteve média mais baixa em grupos de ensino fundamental (principalmente no Domínio Físico) em relação aos demais grupos; também encontrou média mais baixa no Domínio Psicológico quando comparado com o ensino médio e no Domínio Geral e Domínio Meio Ambiente quando comparado com ensino superior.

Considera-se a educação fator fundamental para um adequado controle do processo saúde/doença, tornando o sujeito mais autônomo para prevenção e detecção precoce de agravos, aumentando potencialmente os cuidados com a saúde e com a doença quando já instalada [34].

Na tabela abaixo (Tabela 9) observa-se diferença significativa na média do Domínio Geral ($p=0,007$) e do Domínio Físico ($p<0,0001$) entre idosos que referiram possuir doenças

e os sem doenças. Nota-se maior média em todos os domínios no grupo de idosos que relatam não ter doença em relação aos com doenças.

Tabela 9- Comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-*Bref* em relação à presença de doenças

Domínio	Doença		Valor de p
	Não Média (DP)	Sim Média (DP)	
Físico	15,97 (± 1,86)	13,69(± 2,79)	<0,0001 ¹ *
Psicológico	15,45(± 1,75)	14,73(± 1,91)	0,052 ¹
Relações Sociais	15,90(± 2,19)	15,61(± 2,32)	0,392 ¹
Meio Ambiente	14,03(± 1,42)	13,64(± 1,58)	0,305 ¹
Overall	15,76(± 2,35)	14,57(± 2,37)	0,007 ¹ *

¹ Mann-Whitney, *p≤ 0,05.

Estes resultados corroboram outros estudos ^[31,36] que relacionam escores mais altos em todos os domínios do WHOQOL, em especial no Domínio Físico, aos idosos que declaram ter boa saúde. Também se destaca outros estudos que, ao questionar idosos sobre o significado de qualidade de vida, percebe-se nas suas respostas significativa associação entre qualidade de vida e condição (des) favorável de saúde, em muitos sendo usados como sinônimos ^[36].

Nas tabelas abaixo são apresentadas comparações dos Domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente e em geral com queixas referidas pelos sujeitos/idosos quanto aos aspectos fonoaudiológicos (Tabela 10 - Dificuldade de audição; Tabela 11 - Alteração vocal; Tabela 12 - Uso de prótese dentária; Tabela 13- Dificuldade na deglutição e Tabela 14 - Dificuldade na mastigação).

Note-se que não houve diferença significativa entre os domínios do WHOQOL-*Bref* e dificuldade de audição (Tabela 10), assim como uso de prótese dentária (Tabela12).

Na comparação de queixas de alterações vocais (Tabela 11), percebe-se escore geral pior no grupo de idosos com tal alteração (p=0,022). Também houve diferença significativa entre os dois grupos no Domínio Físico (p<0,0001) e no Domínio Psicológico (p=0,009), revelando que alterações vocais influenciam na percepção subjetiva de qualidade de vida em idosos.

Quando se analisa a influência de aspectos relacionados à alimentação na Qualidade de Vida percebida pelo idoso, observam-se escores melhores de QV em praticamente todos os

domínios (exceção na avaliação das Relações Sociais no grupo de idosos com dificuldades na deglutição) no grupo sem queixas de dificuldade na deglutição e na mastigação quando comparados com o grupo com queixas, no entanto somente encontrou-se associação significativa no Domínio Físico ($p=0,024$) - Tabela 13, nos Domínios: Psicológico ($p=0,012$); Relações Sociais ($p=0,026$) e Meio Ambiente ($p=0,031$) - Tabela 14.

Tabela 10 - Comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref em relação à presença de queixas de dificuldade de audição

Domínio	Dificuldade de audição		Valor de p
	Não Média (DP)	Sim Média (DP)	
Físico	14,28 (\pm 2,98)	13,72 (\pm 2,53)	0,137 ¹
Psicológico	14,82 (\pm 2,04)	14,85 (\pm 1,75)	0,682 ¹
Relações Sociais	15,46 (\pm 2,50)	15,87 (\pm 2,01)	0,243 ¹
Meio Ambiente	13,65 (\pm 1,64)	13,74 (\pm 1,49)	0,651 [#]
Overall	14,78 (\pm 2,57)	14,71 (\pm 2,19)	0,562 ¹

¹ Mann-Whitney, [#] Teste *t student*

Tabela 11- Comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref em relação à presença de queixas de alteração vocal

Domínio	Alteração vocal		Valor de p
	Não Média (DP)	Sim Média (DP)	
Físico	14,65 (\pm 2,68)	13,03 (\pm 2,64)	<0,0001 ^{1*}
Psicológico	15,15 (\pm 1,64)	14,31 (\pm 2,22)	0,009 ^{1*}
Relações Sociais	15,80 (\pm 2,25)	15,44 (\pm 2,34)	0,182 ¹
Meio Ambiente	13,85 (\pm 1,50)	13,48 (\pm 1,59)	0,098 [#]
Overall	15,01 (\pm 2,17)	14,29 (\pm 2,63)	0,022 ^{1*}

¹ Mann-Whitney *P - < 0,05 [#] Teste *t student*

Tabela 12- Comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref em relação ao uso de prótese dentária

Domínio	Uso de prótese dentária		Valor de p
	Não Média (DP)	Sim Média (DP)	
Físico	14,07 (\pm 1,97)	14,02 (\pm 2,88)	0,938 ¹
Psicológico	14,52 (\pm 1,79)	14,90 (\pm 1,93)	0,170 ¹
Relações Sociais	15,54 (\pm 2,21)	15,71 (\pm 2,30)	0,814 ¹
Meio Ambiente	13,57 (\pm 1,56)	13,72 (\pm 1,56)	0,411 ¹
Overall	15,48 (\pm 2,31)	14,65 (\pm 2,39)	0,146 ¹

* Mann-Whitney

Tabela 13- Comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref em relação à presença de queixas de dificuldade na deglutição

Domínio	Dificuldade na deglutição		Valor de p
	Não	Sim	
	Média (DP)	Média (DP)	
Físico	14,24(± 2,83)	13,30(± 2,55)	0,024¹*
Psicológico	14,91(± 1,76)	14,58(± 2,32)	0,522 ¹
Relações Sociais	15,60 (± 2,16)	15,85(± 2,71)	0,217 ¹
Meio Ambiente	13,78(± 1,58)	13,41(± 1,48)	0,121 ¹
Overall	14,82(± 2,44)	14,44(± 2,20)	0,193 ¹

¹ Mann-Whitney *P - < 0,05

Tabela 14- Comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref em relação à presença de queixa de dificuldade na mastigação

Domínio	Dificuldade na mastigação		Valor de p
	Não	Sim	
	Média (DP)	Média (DP)	
Físico	14,12(± 2,50)	13,75(± 3,40)	0,093 ¹
Psicológico	15,02(± 1,84)	14,39 (± 2,01)	0,012¹
Relações Sociais	15,83 (± 2,32)	15,22(± 2,19)	0,026¹
Meio Ambiente	13,81(± 1,58)	13,42 (± 1,49)	0,031¹
Overall	14,88(± 2,27)	14,41(± 2,67)	0,177 ¹

¹ Mann-Whitney *P - < 0,05

Os resultados relacionados à dificuldade de audição e qualidade de vida encontrados neste estudo são surpreendentes, visto que a literatura aponta a presbiacusia como um dos mais incapacitantes distúrbios da comunicação do idoso, impedindo-o de desempenhar plenamente seu papel social, podendo-o levar ao isolamento e afastamento familiar e comunitário, desencadeando quadros de distúrbios psicológicos ^[37,38], e neste caso, apesar do grupo de idosos sem queixas de dificuldade de audição apresentar escores melhores, esta diferença não se mostrou significativa.

Acredita-se que, de certa forma, os idosos encontrem alternativas para adaptar-se às modificações orgânico-funcionais, considerando-as próprias do envelhecimento. Esta adaptação é favorecida pelo perfil demográfico e territorial do município que beneficia a interação social com “os seus”, onde ainda há reduzido preconceito e discriminação ao velho e ao envelhecer, configurando-se em uma experiência particular de envelhecer em uma cultura interiorana, construída por migrantes rurais de pequenas propriedades, que mantém seus hábitos e costumes campestres, e os reproduzem na comunidade em que vivem.

A constatação de que há diferença significativa quanto à Qualidade de Vida entre idosos com e sem alterações vocais (Domínios Geral, Físico e Psicológico) é confirmada por outros estudos [25, 39,40], no entanto na maioria deles, a correlação foi realizada em estudos com mulheres acima de 60 anos. Além disso, destaca-se nestes estudos, que os escores do domínio físico e geral mostraram correlação com graus severos de disfonia, enquanto que em alterações de grau leve a moderada não houve impacto negativo na Qualidade de Vida relacionado à voz.

Apesar de não haver diferença significativa na avaliação de Qualidade de Vida entre os grupos usuários e não usuários de próteses dentárias, entende-se necessário fazer uma discussão acerca do tema. No momento do inquérito sobre o uso ou não de prótese dentária, não se questionou a presença de dentes, nem a quantidade destes na boca, o que pode ser apontada como uma falha metodológica desta pesquisa, e possivelmente justifica a inexistência de diferença significativa de QV entre os dois grupos, visto que, usar próteses parciais ou não usar próteses, não necessariamente significa ter a condição mínima de realizar uma mastigação adequada.

Sabe-se que uma pessoa com todos os dentes tem uma capacidade mastigatória de 100%, com a perda de um dente esta capacidade passa a 70%, e na presença de uma prótese total, a capacidade mastigatória cai para 25% [26]. Não foram encontrados estudos correlacionando o uso de prótese dentária e medidas de Qualidade de Vida, mas a literatura indica que, a presença de dentes naturais ou próteses bem adaptadas, são fatores que influenciam na qualidade de vida de idosos [25,26].

Diante do panorama de saúde bucal apresentado, reforça-se a necessidade da efetiva implantação e/ou implementação da Política de Saúde Bucal, destacando-se o cuidado ao idoso, bem como este trabalho ser associado/integrado ao fonoaudiológico; já que estrutura e função são partes de um mesmo sistema – estomatognático/motricidade orofacial.

Os resultados referentes à correlação entre Qualidade de Vida e dificuldades na deglutição e na mastigação no idoso são, no mínimo, intrigantes. Primeiro porque não se encontrou pesquisas que pudessem confirmar ou corroborar com os achados deste estudo. Segundo, pelos domínios que foram impactados pelas dificuldades.

A dificuldade de deglutição teve diferença significativa entre os grupos com e sem dificuldade no Domínio Físico, domínio este que sofre influência de questões relacionadas à presença de doenças e outras incapacidades funcionais. Desta forma, não desvalorizando o

impacto que quadros disfágicos têm sobre a Qualidade de Vida das pessoas, este resultado deixa dúvidas do quanto o baixo escore do grupo de idosos com dificuldades de deglutição pode ter sofrido influência das questões descritas acima, visto que a prevalência de doenças na população estudada foi extremamente alta (85,7%).

Do mesmo modo, os domínios que foram impactados negativamente pela dificuldade na mastigação, foram o Domínio Psicológico, das Relações Sociais e do Meio Ambiente. Estes domínios consideram questões bastante amplas sobre sentimentos, autoimagem, capacidade cognitiva, relações pessoais, relação com o meio ambiente familiar e comunitário, entre outros.

Independente das questões colocadas acima é fato que os escores de Qualidade de Vida de idosos sem queixas relacionadas à alimentação são maiores em relação aos idosos com dificuldades nas funções de deglutição e mastigação. Cabe aqui dizer da importância de novos estudos que possam confirmar, ou não, os achados deste.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos permitiram um conhecimento amplo das características sociodemográficas e epidemiológicas da população idosa residente na zona urbana do município de São Francisco de Assis/RS, assim como avaliar a percepção subjetiva de Qualidade de Vida desta população.

Apesar da maioria da população idosa ser portadora de algum tipo de doença, a média de avaliação da população estudada indica alta percepção de qualidade de vida, apresentando escores mais altos quando comparado com outros estudos.

Pode-se afirmar que fatores biológicos como sexo, idade, doenças em geral e alterações relacionadas aos aspectos fonoaudiológicos (voz, deglutição e mastigação) influenciam a percepção subjetiva de qualidade de vida de idosos, enquanto que os fatores econômicos e socioculturais são pouco impactantes na qualidade de vida.

É essencial que os profissionais da saúde, em particular os fonoaudiólogos, valorizem a percepção subjetiva dos sujeitos sobre suas condições de vida e saúde, ampliando o conjunto de possibilidades de intervenção para além dos aspectos unicamente clínicos e objetivos, adotando um conceito ampliado de saúde, ou seja, as ações fonoaudiológicas podem extrapolar a mera atenção assistencial aos problemas de saúde, podem visar a promoção da qualidade de vida, sobretudo, no caso dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. NETTO, M. P. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In Freitas Elizabete Viana et all (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan SA, 2002.
2. RODRIGUES, N. C. e RAUTH, J. Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In FREITAS E. V. et all (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan SA, 2002: 106-110.
3. IBGE. **Censo 2010**.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Acessado em 20 out.11.
4. WHO. **Relatório Anual da OMS**, 2003. Reportagem Disponível em <http://www.sistemas.alds.gov.br/imprensa> acessado em 25 out. 09.
5. RIBEIRO, A. Aspectos Biológicos do Envelhecimento. In RUSSO, I. P. **Intervenção Fonaudiológica na Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1ª r. 2004:1-11.
6. MAC-KAY, A. P. M. G. Linguagem e Gerontologia. In FERREIRA, L. P; BELFI-LOPES, D. M; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca Ltda, 2004.
7. NERI, A. L. **Qualidade de Vida e Idade madura**. Campinas: Papyrus,1993.
8. THE WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine** 10:1403-1409.
9. RUDINGER, G; THOMA E. H. The Bonn longitudinal study of aging: coping, life adjustment and life satisfaction. In P. B. BALTES and M. M. BALTES. **Successful aging: perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University, 1990.
10. GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas S.A., 2007.
11. BORDALO, Alípio Augusto. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Editorial. Rev. Med.** v.20 n.4. Belém dez. 2006.
12. ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 4 ed., 1994.
13. ABEP. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. **Critério de Classificação Econômica Brasil, 2008**. Disponível em: <http://www.abep.org.br>. Acesso em 20 abr. 2010.
14. COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso: Discurso e Afasia**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

15. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. IBGE. PNAD. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**, 2008. Rio de Janeiro, 2010.
16. MACIEL, A. C. C. e GUERRA. R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos. **Rev. Bras. Epidemiologia**, 2007; 10(2): 178-89.
17. SILVA, M. D. C. et al. Fatores associados à perda funcional em idosos . **Rev. Saúde Pública**, 2011; 45(6):1137-44.
18. W. P. FARENZENA, I. de L. ARGIMON, E. MORIGUCHI e M. W. PORTUGUEZ. Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. **Rev. Kairós**. São Paulo, 10(2), dez. 2007, pp. 225-243.
19. TIMM, Luciana de Almeida. **A qualidade de vida no idoso e sua relação com o locus de controle**. Porto Alegre, 2006. Diss. (Mestrado em Psicologia), Fac. de Psicologia, PUCRS.
20. MATTOS, L. C. e VERAS, R. P. A prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, 2007; 73(5): 654-9.
21. BARALDI, G. S.; ALMEIDA, L. C.; BORGES, A. C. C. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**. São Paulo. 2007. vol.73 n.1.
22. TEIXEIRA A. R, ALMEIDA L. G, JOTZ G. P., BARBA M. C. Qualidade de vida pós-adaptação de prótese auditiva. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**. 2008; 13(4): 357-61.
23. CASSOL, M. Avaliação da percepção do envelhecimento vocal em idosos. **Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento**. Porto Alegre, v. 9, 2006: p. 41-52.
24. MENEZES, L.N. e VICENTE, L. C. C. Envelhecimento vocal em idosos Institucionalizados. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.9, n.1, 90-8, jan-mar, 2007.
25. CALDAS JÚNIOR, A. F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 14(3): 229-238 maio/jun., 2005.
26. LIMA, R. M. F. et al. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. **Rev. CEFAC**, 2009, vol.11, suppl. 3, p.405-422.
27. FROTA, J. F. C. **Prevalência e fatores associados à disfagia em idosos residentes em comunidade**. 2008. 116 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. <http://hdl.handle.net/123456789/1035>.
28. RIBEIRO A. P.; SOUZA E. R. de, ATIE S.; SOUZA, A. C. de, SCHILITZ A. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4): 1265-1273 2008.

29. NERI, A. L. Envelhecimento e Qualidade de vida na mulher. Universidade Estadual de Campinas. **GERP: 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia**, 2001.
30. PEREIRA R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiátrica**. Rio Grande do Sul, vol.28, n.1. Porto Alegre. Jan./Apr. 200).
31. TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosos**. Tese de Doutorado, PPG em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2004.
32. JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R. e WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Qual Life Res.**, 2004. v. 13, n. 1, pp. 125-36.
33. VERAS, R. P. e ALVES, M. I. C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M. C. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro, Hucitec (Saúde em Debate, 79), 1995.
34. ANA, A. e MARTINS, R. **Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos**. Millenium, 2011, 40: 185-199.
35. MARTINS, R. M. L. **Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu**. Dissertação de Doutorado Universidade da Estremadura. Portugal, 2004.
36. CHACHAMOVICK, E. **Qualidade de Vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo Whoqol-old e teste de desempenho do instrumento Whoqol-bref em uma amostra de idosos brasileiros**. Dissertação de Mestrado do PPG em Ciência Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2005.
37. RUSSO, I. C. P. Intervenção Audiológica no Idoso. In FERREIRA, L. P; BELFI-LOPES, D. M; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca Ltda, 2004:585-595.
38. SANCHES, E. P., SUZUKI, H. S. **Fonoaudiologia em Gerontologia**. In SUZUKI, H. S. (org.). **Idoso: Conhecimentos Essenciais para atender bem os pacientes idosos**. São José dos Campos: Pulso, 2003.
39. GAMA, A. C. C.; ALVES, C. F. T.; CERCEAU, J. S. B.; TEIXEIRA, L. C. Correlação entre dados perceptivo-auditivos e qualidade de vida em voz de idosos. **Pró-Fono Rev. Atualiz. Cient.** 2009 abr-jun; 21(2).
40. BENNINGER, M. S. et. al. **Vocal Arts and Medicine: the Care and Prevention of Professional Voice Disorders**; New York, **Thieme Publ**, 1994.

6 ARTIGO DE PESQUISA 3⁷

OS PROCESSOS DE NEGOCIAÇÃO DE SENTIDO EM NARRATIVAS ORAIS DE IDOSOS

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a linguagem oral de idosos, apreendida no contexto de uma entrevista, destacando-se a narrativa de um fato relevante de suas vidas. Buscou-se analisar as estratégias negociadas entre os interlocutores na produção e interpretação de sentido. **MÉTODOS:** Entrevistou-se 237 idosos residentes em um município de pequeno porte do RS. Esta amostra foi definida a partir de um procedimento probabilístico estratificado uniforme e sistemático sobre uma população de 2.053 idosos. Foram excluídos os idosos com doenças neurológicas, mentais ou outras alterações incapacitantes para a interação verbal. Extraiu-se 18 recortes de narrativas, onde se observou o processo de negociação de sentido, destacando-se o modo como o convite foi feito e o investimento do entrevistador durante a narrativa do idoso, assim como o interesse deste em produzir uma narrativa. Identificaram-se os temas mais acessados e a condição dos idosos para desenvolvê-los coerentemente. É uma pesquisa qualitativa, seguindo-se os princípios teórico-metodológicos da Neurolinguística Discursiva. **RESULTADOS:** Observaram-se diferentes tipos de comando, que não influenciaram no desempenho do idoso em narrar. O entrevistador disponível em negociar foi fator essencial para a produção de narrativas e para a interpretação de sentido. Os temas mais recorrentes foram as lembranças negativas, como as perdas de familiares, as doenças e as dificuldades materiais. **CONCLUSÃO:** A interação entre idosos e interlocutores disponíveis possibilita o uso produtivo da linguagem, favorecendo aos idosos a manutenção de sua autonomia e protagonismo, ressignificando o sentido da velhice com dignidade e qualidade de vida.

Palavras-chave: Linguagem; Narrativa; Idoso; Fonoaudiologia; Linguística.

⁷ Artigo elaborado para Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

ARTICLE 3**PROCEDURES FOR THE NEGOTIATION OF MEANING IN ORAL NARRATIVES
OF THE ELDERLY****ABSTRACT**

PURPOSE: To analyze the oral language of the elderly, seized in the context of an interview, especially the narrative of a fact relevant to their lives. We tried to analyze the strategies negotiated between the partners in the production and interpretation of meaning. **METHODS:** We interviewed 237 elderly residents of a small town in the RS. This sample was defined based on a stratified probability procedure on a uniform and systematic population of 2053 elderly. We excluded elderly patients with neurological disease, incapacitating mental or other changes to the verbal interaction. Extracted 18 clippings narratives, where there was the process of negotiation of meaning, especially the way the call was made and the investment of the interviewer during the narrative of the elderly and in the interest of producing a narrative. Identified the issues more accessible and the condition of the elderly to develop them coherently. It is a qualitative research, followed by the theoretical and methodological principles of Neurolinguistic Discourse. **RESULTS:** We observed different types of command, which did not influence the performance of the elderly in narrating. The interviewer was available to negotiate an essential factor for the production of narrative and the interpretation of meaning. The most recurrent themes were negative memories, as the loss of family, sickness and material difficulties. **CONCLUSION:** The interaction between seniors and partners available allows the productive use of language, encouraging the elderly to maintain their autonomy and leadership, redefines the meaning of old age with dignity and quality of life.

Keywords: Language; Narration; Elderly; Speech; Language and Hearing Sciences; Linguistics.

INTRODUÇÃO

A linguagem é uma das atividades humanas mais complexas, senão a mais complexa de ser estudada e trabalhada nos contextos clínicos. Já se reconhece há tempos que a linguagem é um processo semiótico por excelência, heteróclita e multiforme⁽¹⁾. A significação configura-se como ato motivado e intencional que ocorre no interior de uma determinada situação histórico-cultural e que põe em relação os interlocutores (as pessoas), as formas de expressão verbal (a língua – oral e escrita) e não verbais (por exemplo, as expressões motoras [movimentos, gestos, dança], as imagens [desenhos, fotografias, esculturas], os sons [melodias, ruídos, onomatopeias])⁽²⁻⁴⁾. Uma concepção ampliada de linguagem informa que ela desempenha, ao mesmo tempo, o papel de comunicação, de estruturação do sistema linguístico (da língua) e dos demais processos cognitivos/psíquicos⁽²⁻⁵⁾.

No sentido acima, a linguagem verbal não pode ser apenas apreendida em seu papel instrumental, ou seja, em sua função de comunicação. Autores de vertentes enunciativas e discursivas⁽²⁻⁸⁾ afirmam que é pelo fato de a linguagem integrar a estrutura cognitiva/psíquica que ela regula e media a cognição (atenção, percepção, memória, praxias, raciocínio lógico-matemático). Em outras palavras, é por meio *da* e *na* linguagem que se organizam a vida intramental e interpessoal, bem como o próprio sistema linguístico.

A linguagem como atividade constitutiva⁽²⁾ implica realização de trabalho linguístico⁽⁵⁾, ou como dizem alguns autores^(3,6,7,8) ocupados do estudo da linguagem nas patologias neurológicas - realização de trabalho linguístico-cognitivo/psíquico - que se apresenta como constante (re)construção da língua/linguagem e do sujeito

na interação verbal. É, pois, um trabalho social e histórico⁽²⁾ desenvolvido na relação entre um *eu* e um *tu* envolvidos em e por recursos linguísticos e recursos da situação (tempo, espaço, formação social, sistemas de referências), que encontra sentido através de processos negociados de significação⁽⁵⁾.

A propósito da relação recursos linguísticos (signos) e os sujeitos que os utilizam, importante autor da linguística⁽⁹⁾ explica que as expressões verbais são caracterizadas pelo *dito* (explícito) e pelo *não dito* (implícito). Por isso, na interação verbal ocorre esforço cooperativo entre os interlocutores - o falante implica (insinua) e o ouvinte infere (interpreta) – fato que os leva à significação. Neste esforço/trabalho, os participantes identificam o propósito comum do diálogo (uma direção mutuamente aceita), que pode ser declarado desde o início ou negociado (com mais ou menos esforço)⁽⁵⁾.

Neste estudo, toma-se a produção e a interpretação de sentido como atividades dadas em meio às contingências do uso social da linguagem, o que implica incluir o sujeito, a história e a cultura em sua análise⁽⁵⁾.

Pode-se dizer que é na conversação (negociação entre interlocutores) que toda e qualquer imprecisão de fala é resolvida. Deste modo, compreende-se que a significação, especialmente a verbal, está relacionada ao desejo/às intenções do locutor, ao desejo/às expectativas do alocutário, à compreensão de ambos sobre os objetivos sociais imediatos e mediatos da comunicação, à identificação dos objetos em um universo de referência em comum, entre outros fatores⁽⁹⁾.

É indiscutível o fato de que as circunstâncias da enunciação desempenham um papel muito importante, pois as expressões são explicadas pelo contexto em que se inserem. Assim, reafirma-se a conveniência de estudar as expressões verbais

vinculadas ao contexto e à situação; ressalta-se que na análise da linguagem deve-se levar em conta o conjunto de fatores e de relações que se instituem entre os participantes no ato comunicativo, a saber: as circunstâncias desse ato, o universo de eventos e das coisas a que se referem os sujeitos segundo suas experiências⁽²⁾.

Nesse sentido, pode-se dizer que a linguagem do idoso, tal como a dos jovens e dos adultos, é marcada por constante atividade de negociação, configurando-se como trabalho linguístico-cognitivo/psíquico. À medida que o idoso se expressa, ele se (re)organiza (subjetivamente) e se impõe como ser social^(2,6,10).

A linguagem do idoso vem sendo estudada por linguistas e fonoaudiólogos^(3,4,6,7,8,10-12), porém, diferentemente do que se defende neste, na Fonoaudiologia⁽¹¹⁾ há uma tendência de estudá-la unicamente como ferramenta social, e deste modo restringe-se a observá-la em sua forma externa e instrumental.

Acredita-se que a análise da linguagem do idoso deva ser realizada para além de sua condição de ferramenta social e de código, de tal forma que se possa apreender sua condição de funcionamento cognitivo. Portanto, mais que observar a estrutura fonológica, sintática e semântica das expressões verbais, certamente elementos essenciais na construção de sentido, convém analisá-la em seus aspectos pragmáticos, que incluem a relação dos falantes com a língua, o que por sua vez, implica considerar a relação desta com outros fatores como a história (geral/coletiva e pessoal) e a cultura^(5,9,12). Com tais argumentos pode-se buscar compreender de “Quem é mesmo que está falando? Com que atitude e finalidade o faz?”.

Um expediente apropriado para apreensão do funcionamento da linguagem são as narrativas, visto que são constituídas por considerações da representação

que cada falante tem da realidade. Quando um sujeito narra fatos vividos por ele, reconstrói o movimento percorrido dando-lhe novos significados. Deste modo, ao narrar, realiza-se uma autorreflexão (autoanálise), própria do processo de organização de ideias e da construção da narrativa, possibilitando novas significações e novas bases para as ações práticas de vida. Assim como experiências produzem discursos, estes influenciam as experiências. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que se indica a experiência através da linguagem, age-se de acordo com a interpretação desta experiência^(13,14).

Pelas considerações acima, todo processo de interação social/verbal, inclusive o narrativo, implica constante cooperação dos interlocutores.

Tomando os referenciais teóricos aqui apresentados, este estudo teve como objetivo analisar a linguagem oral dos idosos apreendida no contexto de uma avaliação fonoaudiológica que inclui a narrativa de um fato, atual ou do passado, relevante de suas vidas, ou seja, busca-se analisar o trabalho linguístico-cognitivo/psíquico despendido pelos interlocutores (idoso e entrevistador) na produção/interpretação de sentidos.

METODOLOGIA

Este artigo integra a pesquisa de mestrado - Aspectos fonoaudiológicos e Qualidade de Vida de Idosos Residentes em um Município de Pequeno Porte do RS - ocupado da caracterização de idosos residentes na zona urbana de um município localizado no interior da região centro-oeste do Rio Grande do Sul. Esta população está organizada em comunidades próximas ao centro da cidade, portanto, o convívio social, o modo produtivo (setor primário) e o de consumo são facilitados pelas pequenas distâncias.

No município existem quatro Unidades de Estratégia Saúde da Família que são a referência em atenção à saúde da população do território adscrito, e no centro da cidade há uma Unidade Básica de Saúde que acolhe a população do centro e da zona rural.

Os dados de linguagem provêm de 237 idosos distribuídos proporcionalmente nos grupos etários: G1 (60 - 69 anos), G2 (70 - 79 anos), G3 (80 - 89 anos) e G4 (acima dos 90 anos), que constituem uma amostra da população idosa do município. Ressalta-se que a amostra foi definida a partir de um procedimento probabilístico estratificado uniforme e sistemático, sobre uma população total de 2.053 idosos. Foram excluídos os idosos com doenças neurológicas, mentais ou outras alterações incapacitantes para a interação verbal.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e agosto de 2011 por meio de um roteiro - Roteiro de Avaliação Fonoaudiológica - que visava conhecer as condições de saúde em geral do idoso, a percepção deles em relação à voz, audição e sistema estomatognático (mastigação, deglutição e condições

odontológicas), bem como o uso produtivo da linguagem. Este roteiro contém perguntas abertas sobre a rotina e os hábitos de vida, de tal modo, que instiga a narrativa de fato(s) relevante(s) da vida, comentário(s) de um tema atual, interpretação e evocação de provérbios, resolução oral de um problema matemático, bem como de perguntas fechadas (as relativas à percepção dos idosos sobre voz, audição e sistema estomatognático). No entanto, foram aqui analisados os dados coletados durante a narrativa de um fato importante da vida.

A escolha por analisar uma narrativa de um fato relevante da vida oportuniza a observação, descrição e análise da linguagem em funcionamento e de uma forma motivada ⁽¹⁰⁾. Por meio do convite à narrativa (comando de um interlocutor atento e desejoso de escuta), o idoso pode mostrar suas condições de produção e interpretação de linguagem e de interação social.

Os dados de linguagem foram coletados por diferentes interlocutores (a autora desta pesquisa e acadêmicos do Curso de Fonoaudiologia, orientados para a aplicação do roteiro de avaliação), e em contextos situacionais semelhantes (unidades de saúde ou residência dos idosos).

Todas as entrevistas foram transcritas ortograficamente. O entrevistador é identificado como tal e os idosos pela letra inicial de seus nomes. As transcrições integram o Banco de Dados Linguístico-Cognitivo, mantido sob a responsabilidade da orientadora deste estudo, no entanto, pelos limites deste texto, destacam-se aqui trechos de narrativas de alguns idosos que se mostraram representativos da maioria dos entrevistados.

Para este estudo usou-se o recorte de 18 narrativas, onde se observou o processo de negociação de sentido, destacando-se o modo como o convite foi feito

e o investimento/incentivo do entrevistador durante a narrativa do idoso, assim como o interesse/investimento do idoso em produzir uma narrativa buscou-se, ainda, conhecer os temas mais acessados e a condição dos idosos para desenvolvê-los coerentemente.

Note-se que a linguagem é aqui analisada qualitativamente⁽¹⁵⁾, visto que se entende que os modos e as condições de produzir e interpretar sentido configura-se como uma realidade que não convém ser quantificada.

A linguagem é uma atividade constitutiva e criativa/pré-estruturante (ou *quasi*-estruturante) que não se deixa apreender por análises que se limitam a segmentar e a classificar as expressões verbais⁽²⁾. Portanto, para avaliar e compreender os processos de significação produzidos/interpretados na interação idoso/profissionais da saúde, seguem-se os princípios da perspectiva teórico-metodológica da Neurolinguística Discursiva (ND)^(4,16), que, tal como a perspectiva interacionista em aquisição de linguagem⁽¹⁷⁾, toma o diálogo como unidade mínima da análise linguística.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 0238.0.243.000-10, tendo os sujeitos assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os recortes dos diálogos estabelecidos entre entrevistadores e idosos estão organizados em dois grupos; o primeiro diz respeito ao momento inicial da solicitação do entrevistador para que o idoso faça a sua narrativa (os cinco primeiros dados) e o segundo se refere ao desenvolvimento e conteúdos narrados pelos idosos (do sexto ao décimo oitavo dado).

Dado 1 – Sujeito H, mulher, 67 anos:

1. Entrevistador: - Me diz uma coisa dona H... eu quero que a senhora me conte um fato importante na sua vida assim... Alguma coisa que lhe marcou... Pode ser bom ou pode ser ruim...
2. H:- Um fato da ... da família ou meu?...
3. Entrevistador: - Seu... assim ... Alguma coisa. Tanto faz. Mas... Alguma coisa que tenha lhe chamado (...) que a senhora tenha marcado; assim (...) que a senhora nunca mais se esqueceu...
4. H:- Ah! Então, tá...

Dado 2 – Sujeito M, mulher, 80 anos:

1. Entrevistador:- Eu queria que a senhora me contasse um fato... Um acontecimento muito importante da sua vida, tá?
2. M:- Pode ser (...) assim (...) qualquer coisa que acontecesse?
3. Entrevistador:- Qualquer coisa que aconteceu.

Dado 3 – Sujeito E, mulher, 80 anos:

1. Entrevistador:- Dona E, agora eu vou lhe fazer uma pergunta (...) que talvez eu já saiba a resposta. Mas, eu vou lhe perguntar igual (...). Qual é a lembrança que mais marcou a sua vida? (...) Pode ser uma coisa boa ou uma coisa ruim (...).
2. E:- Ai ai ai (...).
3. Entrevistador:- Pense alguma coisa que marcou a sua vida (...), do seu passado (...) enfim (...).
4. E:- Quê que eu vou dizer (...), eu não sei (...)!
5. Entrevistador:- Pense (...) tenta lembra de alguma coisa que aconteceu na sua vida que lhe marcou (...).
6. ACS:- Uma lembrança boa ou ruim (...), o nascimento de um filho (...), a perda do seu esposo (...), alguma coisa assim (...).
7. E: - Pode citar meu esposo?
8. Entrevistador:- Pode!
9. E:- Ah! Não desse aí, não (...).
10. ACS :- O quê que mais lhe vem na memória (...).
11. Entrevistador:- O quê que marcou a sua vida (...) que mudou a sua vida (...) como uma coisa boa ou uma coisa ruim (...).
12. E:- Não (...) uma coisa ruim não! Uma coisa boa (...).
13. Entrevistador:- Uma coisa boa, então! Me diga uma coisa boa que a senhora lembra (...).
14. E:- Não sei (...) que barbaridade!
15. Entrevistador:- Ah, mas tem que ter lembranças boas na sua vida, né?

16. E:- ((risos)) A lembrança boa (...) eu não sei (...) eu não sei (...) eu não sei dizer que lembrança boa ...
17. Entrevistador:- Não?... Não aconteceu nada de bom na sua vida?
18. E:- Não... ((risos)) [afirmando que sim com a cabeça].
19. Entrevistador:- Me conte algumas, então...
20. E:- A lembrança boa é quando eu tinha meu marido, né?
21. Entrevistador:- Ah! Isso aí (...) muito bom!
22. E:- A (...) a gente custa, né? Sai (...) pensá, a gente custa, né?

Dado 4 – Sujeito M, mulher, 77 anos:

1. Entrevistador:- Agora (...) dona M (...) me conte (...) alguma coisa que lhe vem na sua cabeça de primeiro assim (...) um fato (...) uma lembrança (...) alguma coisa que aconteceu de importante na sua vida. Que marcou a sua vida (...) uma coisa que marcou a sua vida (...), tá? Uma lembrança que a senhora tenha do seu passado (...) alguma coisa que aconteceu e que lhe marcou a vida.
2. M:- Ruim?
3. Entrevistador:- Tanto faz (...) pode ser ruim ou bom (...), uma lembrança que a senhora tenha da sua vida.
4. M:- Depois de grande (...) ou (...)?
5. Entrevistador:- Entrevistador:- Tanto faz também(...) o quê que lhe vem na cabeça assim(...)pode ser depois de grande ou quando criança, ou agora a pouco tempo. Não importa(...), mas o quê que lhe vem na cabeça.(...) Alguma coisa que lhe marcou a sua vida.
6. M:- Só que mataram meus pai(...)meus irmã(...)meus avô(...).

Dado 5 – Sujeito A, homem, 62 anos:

1. Entrevistador: O senhor pode conta pra mim alguma coisa importante que tenha acontecido na sua vida, que tenha lhe marcado? (...) Tanto bom ou ruim (...).
2. A: Mas (...) aí (...), minha cabeça vazia, né? Agora não adianta não (...).

Conforme anunciado, a seguir, são apresentados excertos de diálogos que revelam o desenvolvimento e conteúdos mais recorrentes trazidos pelos idosos frente à solicitação para narrar um fato relevante de suas vidas. Têm-se narrativas propriamente ditas (enunciados com a sucessão temporal de fatos, ações ou eventos, motivada por sentimentos negativos [dados de 6 a 9] e positivos [dado 10]), e anúncios de um fato lembrado (enunciados que remetem uma lembrança, a qual é avaliada/comentada segundo sentimentos negativos [dados de 11 a 14] ou positivos [dados de 15 a 18] do idoso).

Dado 6 – Sujeito E, homem, 67 anos (narrativa propriamente dita de um fato negativo):

1. Entrevistador:- Agora eu quero que o senhor (...) ãh (...) que o senhor me narre (...), que o senhor me conte (...) um fato importante da sua vida. Alguma coisa que lhe marcou (...), pode ser bom ou pode ser ruim (...).
2. E:- O quê que eu inventei?
3. Entrevistador:- Não! (...) Alguma coisa (...).
4. Esposa:- Alguma coisa que ãh (...) ah (...) que te levou a (...) assim, oh (...)

5. Entrevistador:- Que o senhor não esqueceu mais (...), alguma coisa que aconteceu e o senhor nunca mais esqueceu assim (...).
6. E:- E não vou esquecer também! Aquele do Uruguai, dá pra contar? ((voltando-se para a esposa, certificando-se se o fato lembrado era relevante de ser narrado)).
7. Esposa:- Pode contar (...).
8. E:- Nós trabalhava com trator de esteira (...) no Uruguai (...) na costa do Uruguai (...) e eu fui entrando no [rio]Uruguai...Fui indo...Fui indo (...) aí eu olhava pra cima assim era um espelho (...) se ia (...) e a água ia por aqui assim oh[mostrou altura do pescoço] (...). E eu achei lindo, né? E o meu colega lá no barranco (...) eu oiava e parecia um gurizinho assim (...) e ele gritava pra mim E [nome inteiro] (...) e eu lá no Uruguai...Lado assim oh [mostrando distância entre ele e o barranco]... Uns cinco metro (...) e eu não sei o que me deu lá (...) na cuca (...) que eu fui tão longe (...) quase meio Uruguai. E fui indo (...) fui indo.
9. Entrevistador:- Nadando no meio do...
10. E:- Não! Caminhando (...) caminhando...
11. Entrevistador:- Caminhando no rio?
12. E:- É (...) no rio Uruguai (...) e fiquei uns cinco metro até o canal (...) a água acima do pescoço, assim do ombro. Aquilo eu nunca vou esquecer...

Dado 07 – Sujeito E, mulher, 80 anos (narrativa propriamente dita de um fato negativo):

1. Entrevistador: - Eu reconheço(...) a senhora tem uma história muito valiosa tá (...) e eu preciso conhecer, (...) um fato importante que aconteceu na sua vida, que a senhora me conte. Um fato assim, que lhe marcou muito na(...) em toda a sua vida?
2. E:- Tanto faz ser bom como ruim?
3. Entrevistador:- Isso (...) o que a senhora escolher...
4. E:- Olha pra mim (...) na minha vida (...) o trecho mais triste que eu passei ... quando eu perdi meu filho, né? Que ele faleceu de infarte fulminante, de repente, né? Com quarenta e um anos... Brincou com um menino que tinha seis anos até tarde da noite em cima da cama (...) levantou (...) foi no banheiro (...) se escovou (...) disserto urinou (...) foi dormir... E aí a mulher terminou de assistir a novela (...) foi se deitar (...) quando ela deitou (...) ela sentiu que ele deu um ronco (...) ela ligou a luz (...) e ele tava caindo da cama de bruço (...) já não falou mais, né?

Dado 08 - Sujeito H, mulher, 67 anos (narrativa propriamente dita de fato negativo).

1. Entrevistador:- Uhum (...) me diz uma coisa dona H (...) eu quero que a senhora me conte um fato importante na sua vida assim (...) alguma coisa que lhe marcou. Pode ser bom ou pode ser ruim...
2. H:- Um fato da (...) da família ou meu?
3. Entrevistador:- Seu assim (...) alguma coisa (...) tanto faz (...) mas, alguma coisa que tenha lhe chamado (...) que a senhora tenha marcado assim (...) que a senhora nunca mais se esqueceu...
4. H:- Ah (...) então tá... É uma chácara que nós (...) uma (...) uma chácara que nós tinha no interior e o cara comprô de nós essa chácara (...) e ficô devendo (...) e nunca mais ..) Pagô só um poço (...) e nunca mais pago o resto (...) fico devendo até hoje (...) nós botemo na justiça e nada foi resolvido ... Umás vinte e cinco hectare mais o menos (...) que ele se tomou por conta (...) não pagô nós mais (...) ainda tá na justiça ... Mas, nada tá resolvido, né?
5. Entrevistador:- Aham
6. H:- Isso aí foi o que marcô muito (...) se adono de tudo na casa (...) não quis mais nem que nós botasse os pé lá (...) ele liberava tudo pra gente pega lá na casa (...) porque não sei o quê (...) depois que nós assinemo, né? a escritura. 'Não (...) vocês podem vim aqui (...) peguem o que vocês querem (...) levem o que vocês querem'. Aí, nós dexemo cama (...) dexemo um monte de coisa na casa (...) e nunca mais (...) quando chegou no portão ele (...) pegou o facão e tocou nós de volta embora...
7. Entrevistador:- Maas...
8. H:- Até do portão do pátio (...) sendo que era tudo nosso (...) a casa (...) tudo tudo (...) vendemo a terra pra ele, né? Foi um problema muito sério isso aí (...) isso aí me marca até hoje (...) Eu odeio ele e a muié (...) porque o dia que fomo assina a escritura (...) era (...) Eu disse assim (...) eles me disseram (...) Isso faz uns seis ou sete ano (...) ele disse assim (...) eu disse (...) 'eu não assino essa escritura porque falta dinheiro pra paga (...) pra completa' (...) 'não (...) mas

vocês acham que eu sou o quê (...) que não vô pagá (...) eu sô gente séria' (...) 'mas eu não assino' (...) Meu marido disse: 'vamo assina sim (...) eles vão pagá (...)' Até hoje nunca mais (...) e eu não esqueço (...). Eu odeio eles (...) tu vê?

Dado 09 –Sujeito E, mulher, 80 anos (narrativa propriamente dita de fato negativo).

1. Entrevistador:- Dona E., agora eu vou lhe fazer uma pergunta(...) que talvez eu já saiba a resposta, mas eu vou lhe perguntar igual. Qual é a lembrança que mais marcou a sua vida? Pode ser uma coisa boa ou uma coisa ruim?
 2. E:- Ai ai ai.
 3. Entrevistador:- Pense alguma coisa que marcou a sua vida, do seu passado(...) Enfim(...)
 4. E:- Quê que eu vou dizer(...). Eu não sei.
 5. Entrevistador:- Pense(...) Tenta lembrá de alguma coisa que aconteceu na sua vida que lhe marcou.
- (Recorte)
6. Entrevistador:- o quê que marcou a sua vida(...) que mudou a sua vida(...) ou como uma coisa boa, ou uma coisa ruim.
 7. E:- Não, uma coisa ruim não. Uma coisa boa.
 8. Entrevistador:- Uma coisa boa(...). Então me diga uma coisa boa que a senhora lembra.
 9. E:- Não sei(...).Que barbaridade.
 10. Entrevistador:- Ah, mas tem que ter lembranças boas na sua vida né?
 11. E:- ((risos)) A lembrança boa(...) eu não sei(...)eu não sei(...)eu não sei dizer que lembrança boa.
 12. Entrevistador:- Não?(...) Não aconteceu nada de bom na sua vida?
 13. E:- Não... ((risos)) [Sinalizando sim com a cabeça]
 14. Entrevistador:- Me conte algumas, então(...)
 15. E:- A lembrança boa é quando eu tinha meu marido, né?
 16. Entrevistador:- Ah! Isso aí(...) muito bom(...)
 17. E:- A gente custa, né?(...) saí (...) pensá(...) a gente custa, né?
 18. Entrevistador:- É(...)
 19. ACS:- Mas a senhora tá muito lúcida(...) tá ótimo pros oitenta anos(...)
 20. Entrevistador: Normalmente as pessoas dizem assim(...)de coisa boa é(...)quando casou(...)ou quando teve os filhos(...)ou senão as pessoas foram marcadas pelas perdas né(...)quando ficou viúva(...)ou algumas pessoas que perderam um filho(...)
 21. E:- Ah! Eu também quando perdi meu marido(...)mataaram ainda, né?
 22. Entrevistador:- É(...) terrível, né? (...)
 23. E:- Eu passei um ano que não(...) Deus o livre(...) não comia, não dormia(...)
 24. Entrevistador:- Que ano foi que ele faleceu?
 25. E:- Faz(...) é fez vinte e quatro ano agora(...)
 26. Entrevistador:- Fez vinte e quatro anos?
 27. E:- É(...)
 28. Entrevistador:- Uhum(...)
 29. E:- Mas Deus o livre(...) saiu vivo(...)saiu vivo pra trabalha e chega em casa morto(...)
 30. ACS:- É uma coisa inesperada, né(...)
 31. E:- Ah, Deus o livre(...) ainda quando não tem(...)
 32. Entrevistador:- E por quê que ele foi trabalhar lá?(...)não tava dando pra ganhar aqui(...)não tinha serviço aqui?
 33. E:- Ah, mas(...)ele é assim oh..ele quando(...)as vez aqui sem estudo(...)sabe como é(...)e agora pior ainda naquela época(...)agora tá pior ainda. Ele trabalhou de vigilante assim(...) quem queria cuida das casa sabe(...) assim, sabe? Então, aí ele foi(...) Não! Antes disso ele foi trabalhar na SulBrás(...).essa SulBrás a firma era de Alegrete(...) pra ir trabalhar lá em(...) em Porto Alegre(...) lá em Viamão parece que era(...) parece que era(...)é, em Viamão. Então, eu tinha(...) eu tinha um banco ali [indicou canto do cômodo] e botava o rádio ali(...) Ele ligou o rádio ali(...) porque dava(...) "o mensageiro de Alegrete"(...) aí dava a noticia tudo, né? Aí eu peguei e desliguei, aí ele pegou e ligou de novo(...) pra escutar(...) que precisava um cozinheiro(...) porque ele cozinhava bem, né? Bah(...) lá na SulBrás(...) aí ele disse(...) essa eu não vou perder(...) Era(...) me lembro(...) era dia(...) trinta e um de(...) de julho. Aí ele disse:

essa não vou perder(...) Aí ele mandou meu filho(...) meu filho naquela época já tinha que(...) onze ano(...) disse: tu vai lá na rodoviária sabe que horas o ônibus sai pra(...) pra Alegrete(...) Ele disse 'eu não vou'(...) [Nome do filho] te mostro como tu não vai(...) aí ele pegou a bicicleta do guri e se foi(...) na rodoviária tava fechada, né? Como ele era da Assembléia(...) de da volta(...) Aí ele ia na igreja, né? Eu fui duas vez e depois não fui mais(...) mas, ele não(...) não implicava comigo por causa da religião(...)

34. Entrevistador: - Sim(...) cada um tinha a sua(...)
35. E: - Sua, sim! Até ele casou pela católica(...) ele batizou o guri pela católica(...) tudo né(...) mas ele não (ficava) comigo nem o guri(...) ele ia na igreja dele(...) Na volta da igreja ele passou lá na rodoviária mas tava fechada(...)mas ele(...)ele(...)falou com(...)com os milico ali..os guarda ali(...)aí ele disse que ia sair ali pelas onze e meia pra Alegrete(...)aí ele chegou se deitou(...)aí ele deixou o rádio ligado pra saber as horas(...)aí eu disse(...)era uma friagem(...)uma friagem..daí eu disse(...)tu vai pra Alegrete?(...) Vou! Então, já tá quase na hora(...) eu disse pra ele(...) aí ele disse: "então me passa um café bem(...) bem(...) bem forte e bem quente"(...) que(...) era um frio um frio(...) que eu vou ir(...) aí ele foi(...) eu acho que ele ficou(...) não sei(...) porque ele tem uma prima lá em Alegrete(...) ela mora(...) assim(...) nos bairro, sabe(...) não sei se foi lá na prima dele(...) se ele ficou toda noite lá na rodoviária(...) aí não fiquei sabendo(...) pra pegar esse serviço né(...) pra ele trabalhar lá na SulBrás(...) no outro dia ele veio(...) com aquele ônibus que chegava onze e meia aqui(...) só almoçou e pegou as coisa dele se mandou de volta.
36. Entrevistador: - Conseguiu o emprego, então?
37. E: - É, conseguiu o emprego(...) dali(...) dali um mês, parece, ele veio(...) depois ele ia voltar né(...) ele veio(...) cada mês em mês ele vinha, né? Ai, depois então ele veio(...) depois ele ficou em casa um dia, dois, não lembro(...) depois ele foi de novo(...) dali a quinze dia(...) me bateram na porta(...) eu disse pro meu filho(...) [nome do filho] teu pai vem chegando(...) e teu pai vem chegando(...) e aí(...) ele veio(...) Eu, pra mim, porque ele não gostava se ele tava cozinhando se uma pessoa ia botar nariz nele(...) botar(...) olhar a comida dele(...) ele não gostava. Eu, pra mim, um lá foi se mete no que ele tava cozinhando(...) aí ele pegou as coisa dele e veio embora(...) até as coisas dele ele deixou lá(...)|lá(...)|lá.. na irmã dele(...)
38. Entrevistador:- Pediu demissão e veio embora(...)
39. E: - É(...) aí eu depois eu tinha que ir lá buscar a roupa dele(...) e veio embora(...) aí ficou um(...) uns tempo em casa(...) não me lembro o que ele fez(...) depois ele disse(...) eu vou ir a Porto Alegre(...) o quê que tu vai fazer em Porto Alegre não não(...) tu não tem emprego(...) mas eu arrumo(...) ele foi(...) ele foi na casa da vizinha ali(...) que tem uma irmã que mora em Sapucaia(...) aí a sobrinha dela disse(...) [Nome do Esposo] fica aqui que eu te arrumo emprego(...) não mas ele foi lá em São Leopoldo(...) na vigilância Pedroso(...) arrumou serviço pra trabalha lá de(...) e aí levou até o guri(...) depois pra(...) ele ia pegar serviço(...) ele embarcou o guri(...) mas não queria trazer o guri sem uma pessoa responsável(...) por sorte veio o gero(...) o gero da dona [Nome de uma conhecida] ali(...) essa coisa(...) aí ele botou com ele(...) junto com ele(...) a responsável pelo guri(...) guri tinha doze ano(...) onze doze ano(...) onze ano(...) aí senão o guri não vinha(...) aí ele ficou trabalhando é(...) não ficou(...) não trabalhou nem um mês e mataram ele, né?
40. Entrevistador:- E aí então(...) O menino viu ele a última vez quando(...) e a senhora nem chegou a ver mais ele então(...)
41. E.- Não(...)não(...)não(...)

Dado 10- Sujeito I, mulher, 67 anos (narrativa propriamente dita de um fato positivo).

1. Entrevistador:- Tá (...) dona I. agora eu queria que a senhora contasse alguma história(...)alguma lembrança da sua vida(...)do seu passado(...)uma coisa que lhe marcou(...)pode ser tanto uma(...)uma lembrança boa(...)ou uma lembrança triste(...)alguma coisa lhe vem na cabeça assim(...)
2. I:- Ai(...) coisa boa tem bastante(...) no tempo que a gente era guria(...) as pessoa aproveitava. A gente convive com as(...)da idade da gente(...)que a gente se divertia(...)nesses baile de fora(...)que era bom não havia briga(...)nada(...)
3. Entrevistador:- Uhum(...)

4. I:- A gente era unida(...) tinha companheira(...) traziam a gente em casa(...) eu saía recomendada(...) que eu era filha única e meu pai me criou e me dizia(...) tu vai mas é direito(...) lugar da moça é na sala(...)
5. Entrevistador:- Essas coisas a senhora lembra dessa época(...)
6. I:- Isso(...) muita coisa(...)e as daninhação que eu fazia(...)
7. Entrevistador:- as o quê?
8. I:- As daninhação que eu fazia(...)
9. Entrevistador:- ah:: era danada né(...)
10. I:- Meu pai dizia(...) vai lá pegá tua pitiça(...)vai buscá as vaca(...)e eu leva as vez uma guria dotro que tava lá(...)e eu de provalecida né(...)porque eu era mais velha(...)botava a guria(...)fazia a rédea pra botar no pescoço da pitiça(...)era mansinha(...)mas de capim(...)claro que a pitiça saltava pra trás assim(...)atirou a guria no chão(...)depois a guria machucou o braço(...)eu disse pra guria(...)tu não conta pra tua mãe(...)porque eu te surro(...)mas eu de medo de apanha do meu pai(...)e eu ia apanha(...)porque o velho não me poupava(...) e a guria(...)claro(...)dicerto machucou o braço(...)doía(...)ela me olhava e(...)e a mãe dela dizia(...)que tu fez [nome da amiga] no teu braço?(...)não sei, me dói(...)a pobrezinha não dizia de medo(...)e eu não queria apanhá e a guria sofrendo(...)
11. Entrevistador:- E o quê que ela era sua?
12. I:- Não era nada mas(...)
13. Entrevistador:- Não era amiga(...)
14. I:- As vez parava na casa da minha mãe, assim(...)
15. Entrevistador:- Aham

Dado 11 – Sujeito E, mulher, 67 anos (anúncio de um fato negativo lembrado).

1. Entrevistador:- Tem alguma coisa que marcou a vida da senhora que a senhora não esquece?
2. E:- Foi quando a minha mãe faleceu(...)
3. Entrevistador:- Aham(...) isso faz muito tempo?
4. E:- Faz(...) faz tempito(...)faz mais de onze anos já.

Dado 12 – Sujeito I, mulher, 84 anos (anúncio de um fato negativo lembrado).

1. Entrevistador:- Agora eu queria que a senhora me (...) contasse assim(...) um fato que foi marcante na sua vida. Alguma coisa que aconteceu e a senhora nunca mais esqueceu assim(...). Seja ela boa ou ruim?
2. I:- A morte do meu esposo(...)
3. Entrevistador:- Uhum(...) foi uma coisa repentina pra senhora?
4. I:- Foi(...) um infarte do miocarde(...)
5. Entrevistador:- Uhum(...)
6. I:- Foi muito ruim.

Dado 13 – Sujeito F, mulher, 68 anos (anúncio de um fato negativo lembrado).

1. Entrevistador:- Agora me conte alguma coisa(...) Eu não sei. (...) Eu acho que a senhora até já me contou.(...) Se eu lhe perguntasse(...) qual foi o fato que marcou muito a sua vida? Uma lembrança que a senhora tem ruim ou boa.(...) O quê que seria?
2. F:- O quê que eu passei na minha vida?
3. Entrevistador:- É(...) uma coisa(...)que que lhe marcou muito a sua vida(...)
4. F:- Um filho que se matou(...) muitas coisa(...)meus pais(...)meus irmão(...)mas, mais, foi um filho.

Dado 14 – Sujeito I, mulher, 63 anos (anúncio de um fato negativo lembrado).

1. Entrevistador: Tem algum fato importante na tua vida (...), que lhe marcou. (...) Que a senhora sempre lembra? Pode ser alegre ou triste?
2. I: Ah tem (...) triste, né? Muito triste(...) meu filho(...) foi [destruído] o meu filho(...) 14 anos, né?

3. Entrevistador: Ah é?
4. I: Mas(...) eu tento me esporecer que é uma coisa que ele não vai volta, né? Tento entende que ele também tem, que a alma dele tem que descansa né? Acho que Deus sabe o que a gente faz né?
5. I: Um dia nos encontramos por ai na outra vida, né? mas é uma coisa que nunca te sai da cabeça né?(...) [perdê um filho desse jeito](...) Mas me conformo igual, né? Tem os outros(...) maravilhoso também, né? [é a vida(...)]

Dado 15 – Sujeito A, homem, 62 anos (anúncio de um fato positivo lembrado).

1. Entrevistador: - Agora eu quero que o senhor me conte seu A. uma lembrança muito forte que o senhor tem(...) da sua vida(...)alguma coisa que aconteceu na sua vida que lhe marcou (...)
2. A:- A boa é que eu aceitei Jesus
3. Entrevistador:- Hãh?
4. A:- Aceitei Jesus na igreja(...)
5. Entrevistador:- Ah! Tá! E que idade o senhor tinha?
6. A:- Eu tinha uns(...) dezoito(...)vinte(...)
7. Entrevistador:- O senhor era jovem!
8. A:- Era jovem(...)
9. Entrevistador:- Uhn(...) e o senhor vai na igreja ainda?
10. A:- Agora eu não posso(...)
11. Entrevistador:- E o pastor vem aqui?
12. A:- As vez vem(...) vem (...) pra(...)

Dado 16 – Sujeito A, homem, 62 anos (anúncio de um fato positivo lembrado).

1. Entrevistador: -Agora seu A.(...) eu quero que o senhor me conte um fato importante da sua vida. O quê que lhe marcou(...), pode ser uma lembrança boa ou uma lembrança ruim?
2. A:- Minha lembrança boa foi quando me casei, né?.
3. Entrevistador:- Uhum(...) Porque que foi boa?
4. A:- Por que(...) eu vivia trabalhando sozinho assim, né? Daí eu me casei(...)daí fiquei(...)a gente tem uma companheira, né?(...) Então, isso me marcou(...) no lado bom.

Dado 17 – Sujeito J, homem, 60 anos (anúncio de um fato positivo lembrado).

1. Entrevistador:- Seu J.(...), eu queria que o senhor me contasse agora(...) um fato importante da sua vida. Alguma coisa que lhe marcou assim(...), seja ela boa ou ruim, mas alguma coisa que o senhor não esquece assim?
2. J:- Ah(...) o nascimento do filho(...) primeiro filho(...)a gente não esquece, né?
3. Entrevistador:- O nascimento do primeiro filho? O quê que o senhor sentiu, assim(...) Porque que lhe marcou?
4. J:- Ah(...)não sei(...) emoção indescritível que a gente sente ali na hora(...).

Dado 18 – Sujeito L, homem, 85 anos (anúncio de um fato positivo lembrado).

1. Entrevistador:- Agora seu, seu L., o senhor vai me dizer(...) um fato(...) importante na sua vida. Alguma coisa da sua história, do seu passado que lhe marcou(...)pode ser um fato bom ou um fato ruim, qualquer coisa. Uma lembrança que o senhor tenha. Tanto uma lembrança boa quanto uma ruim?
2. L:- Eu não sei nada(...) eu passei(...) muitos trechos bom e muitos ruim(...)(risos).
3. Entrevistador:- É?
4. L:- Qual é! Eu não sei(...)
5. Entrevistador:- Mas um(...) um que lhe vem a cabeça assim(...)alguma coisa da sua vida que vem a cabeça(...)
6. L:- O tempo que eu cortava arroz nas empresa, né? Coisa boa(...)
7. Entrevistador:- Cortava o quê?
8. L:- arroz nas empresas
9. Entrevistador:- Ah! Arroz nas empresas(...) o senhor cortava(...) cortava é que chama?

10. L:- Cortava a foice, né? Tempo que não tinha maquinário né(...) que antigamente não tinha(...)era só cortado à foice e trilhado em trilhadeiro(...) Agora que tem tudo que facilidade(...) de primeiro não tinha.
11. Entrevistador:- E porque o que o senhor lembrou disso? Era uma época (...)
12. L:- Era um época boa(...) esses tempo, né? Era fins das empresas(...) Que a gente vinha embora carregando [muito dinheiro](...) ((risos)) no bolso(...) ainda se lembro, né?

DISCUSSÃO

A hesitação inicial para narrar observada nos dados 1 a 5 pode ser explicada pelo fato de um contexto de cuidado em saúde, geralmente, não se caracterizar como um espaço de escuta, pois há por parte da maioria dos profissionais de saúde uma preocupação com a descrição e avaliação de sintomas, seguida da prescrição de remédios e de recomendações. Raramente se dispõe de tempo para “conversar” em unidades de saúde/consultórios, e muitas vezes esta é uma atitude condenada pelos trabalhadores, visto que prejudicaria o fluxo de atendimento aos pacientes, reproduzindo uma cultura de quantificação/produção de saúde.

Outra justificativa possível para a relutância dos idosos frente ao “inusitado” convite a rememorar lembranças, é a cultura em relação a eles por parte dos mais jovens, que consideram a conversa dos idosos lenta, longa e maçante, acarretando nos primeiros um sentimento de desajuste com o tempo de agora, tão diferente do tempo de outrora - “o seu tempo” ⁽¹²⁾. Este sentimento de inadequação, por vezes, é reforçado pelos familiares, que não dispõem de tempo e não incentivam a participação efetiva dos idosos nas decisões familiares, inclusive, nas questões relacionadas ao seu próprio bem-estar. Esta desconsideração à condição de o idoso discutir e decidir sobre fatos cotidianos pode acarretar o isolamento familiar e social e, conseqüentemente, a perda do sentido e ânimo para viver.

Pode-se dizer que este “preconceito” ⁽¹⁸⁾ à linguagem dos idosos reforça sua autoavaliação negativa quanto a sua condição de e para memorizar. Tal avaliação corresponde à meta-memória - ideia e sentimentos que o sujeito tem acerca de sua memória e inclui vários aspectos, entre eles a autoeficácia para memória (grau de

[in]certeza de um indivíduo sobre sua capacidade de realizar uma tarefa que envolva a capacidade de memorização)⁽¹⁹⁾. A autoavaliação do sujeito sobre sua memória influencia o modo como ele executa a memorização e o resultado final; sujeitos com alta autopercepção têm maior motivação para desempenhar tarefas que envolvam habilidades de memorização e, também, de rememoração.

Sabe-se que rememorar fatos de uma vida consome tempo, sobretudo, quando o locutor tem 80 anos, como é o caso do sujeito E (Dado 9), uma senhora que narrou com detalhes a busca do esposo por trabalho fora da cidade de origem deles e que culminou em trágica morte. Note-se que o Sujeito E inicialmente identificou uma dificuldade de acessar um fato que merecesse ser narrado - “a gente custa né ((...)) saí ((...)) pensá ((...)) a gente custa né? ((...))”.

Constata-se neste diálogo um intenso trabalho linguístico-cognitivo/psíquico, circulando diferentes elementos importantes para a produção e interpretação de sentido: a partilha de conhecimentos, as considerações dos interlocutores sobre os fatos narrados, enfim, o interesse, a curiosidade e a cumplicidade entre os interlocutores.

A propósito das condições de produção de sentido, convém discutir que os entrevistadores (independentemente de seu nível de formação profissional e faixa etária) produziram diferentes tipos de comandos (convites) para o idoso narrar. Alguns entrevistadores foram mais diretos (“Tem alguma coisa que marcou a vida da senhora que a senhora não esquece?”), outros mais reticentes e explicativos (Agora dona D, eu quero que a senhora pense (...), a senhora vai me contar uma coisa, (...) uma coisa que aconteceu na sua vida, que lhe marcou muito. (...) Uma lembrança da sua vida (...). Pode ser um fato bom ou um fato ruim”). A análise do desenvolvimento

das narrativas demonstrou que, independentemente do tipo de comando executado pelo entrevistador, a narrativa em geral foi produzida, variando quanto à extensão detalhamento (pouco ou muito) e coerência.

Apesar de alguns autores^(11,20-22) evidenciarem um declínio na compreensão do idoso, citando dificuldades no relato coerente de histórias, outros trabalhos^(19,23), incluindo este, sustentam a ideia de que parece não haver diferenças qualitativas significativas entre o processamento do discurso do idoso e do jovem. Tal afirmação sustenta-se no fato da existência de interlocutores disponível em negociar, fator essencial para a produção e interpretação de sentido. No caso dos idosos que, reconhecendo as diferenças culturais produzidas ao longo do tempo, buscam frequentemente apoio e aprovação do interlocutor para prosseguir em suas narrativas⁽¹²⁾.

Note-se por exemplo no Dado 8 que, depois da hesitação inicial e confirmação de que poderia ser narrado algo de sua vida, a senhora acessa um tema relativo a um desconforto (dela e dos familiares), mantendo-se no tópico narrativo de modo coerente e natural, produzindo uma narrativa longa, com sequência temporal ordenada e repleta de detalhes.

Também no Dado 9 observa-se que, mesmo após alguma incerteza do que narrar, ao escolher o tema, o desenvolve coerentemente, por meio de uma narrativa impressionante quanto aos detalhes ocorridos á época do fato narrado.

Esta riqueza de detalhes nas narrativas dos idosos poderia ser considerada como prolixa⁽⁹⁾, no entanto, na perspectiva do uso produtivo da linguagem assumida neste estudo, as informações detalhadas não podem ser consideradas inadequadas, visto que narrar fatos relevantes da vida pessoal, e em especial nos dados aqui

analisados, a escolha de temas referentes a perdas e desconfortos, obrigatoriamente suscitam narrativas emocionadas e minuciosas.

Estudos sobre envelhecimento ^(19,23-25) indicam que temas relacionados a eventos do passado podem manter-se nítidos na memória do idoso por razões afetivas e motivacionais, que facilitariam o desempenho em tarefas verbais e cognitivas, como as narrativas de fatos relevantes da vida.

Constatou-se neste estudo um número expressivo de sujeitos, que tal como os revelados no Dado 10, lembrou-se de fatos de sua juventude, realizando avaliações e impressões sobre as atitudes que tiveram no passado, comparando-as com seu modo de vida e dos dias atuais. No entanto, os temas mais recorrentes foram as lembranças negativas, como as perdas de familiares, as doenças e/ou deficiências e as perdas ou dificuldades materiais (Dados 6 a 9; Dados 11 a 14). É certo que, quanto maior o tempo de vida, maiores são as possibilidades de perdas de entes próximos, assim como é notório o fato de aumentar a incidência de doenças à medida que se envelhece. Porém, esta não é a única justificativa, pois estudos ^(24,25) indicam que a memória, o aprendizado e o comportamento humano são influenciados pelo grau de emoção que acompanham uma determinada situação ou estímulo.

Estes estudos ^(24,25) demonstraram que a memória e a posterior descrição dos fatos vivenciados tendem a ser melhor processados mediante situações com conteúdo emocional e, mais ainda, as situações desprazerosas mais memorizadas que as prazerosas. Isto ocorre porque as situações negativas causam maior estado de alerta no ser humano e, desta forma, quanto maior o alerta (imaginar o que provoca a perda de um filho, por exemplo), maior o traço de memória apreendido.

A maioria dos sujeitos elegeu um tema pessoal e o desenvolveu respeitando a sucessão temporal dos fatos, assim como teve o cuidado em produzir uma narrativa que fizesse sentido ao outro, em especial pela existência de pouca partilha de conhecimento entre o idoso e o entrevistador, por exemplo, a diferença de gerações, o fato de os entrevistadores residirem em outros municípios e também o maior letramento dos entrevistadores em relação aos idosos.

Por outro lado, alguns idosos não acessaram um tema, justificando não se lembrarem de nada ou dizendo que não aconteceu nada de importante em suas vidas. Estes são os dados mais preocupantes, pois indicam idosos na condição de “assujeitados” ou com sentimentos de derrota acumulados ao longo da vida e, por isso, com grandes riscos de sofrimento psíquico e declínio cognitivo (Dado 5).

Outros idosos apenas anunciam um fato ou um estado de espírito, ponderando em torno destes, descrevendo sentimentos e impressões do passado e/ou da atualidade (Dados 11 a 18).

Destaca-se o caso do Sujeito A (Dado 15) que, mesmo a partir de um comando explicativo, elege um fato relacionado a um estado de espírito, ou seja, à sua religiosidade. Note-se que as expressões deste idoso revelam-no como pouco afeito à interlocução/interação social, pois se restringe a responder aos questionamentos do entrevistador. Apesar do esforço/trabalho linguístico do entrevistador, intervindo e incentivando o desenvolvimento de uma narrativa acerca do tema escolhido, não houve por parte do idoso fornecimento de informações suficientes para a interpretação do outro, podendo-se questionar a integridade da condição psíquico/cognitiva deste idoso – parece que o mesmo não acessou o

tópico da conversação, ou seja, não compreendeu e conseqüentemente não respondeu ao comando dado pelo entrevistador.

Realizar uma narrativa coerente é uma tarefa cognitiva complexa, que demanda simular ações e fatos e ordená-los temporal e sintaticamente. O requisito básico da coerência é que todos os enunciados devam ser relevantes para o tópico da narrativa em andamento, e se mantendo coerente durante toda a extensão da narrativa. Podem acontecer digressões, porém não podem comprometer a coerência do discurso. Pela dinamicidade da interlocução, os tópicos podem ser modificados, porém neste estudo ele foi proposto inicialmente, mesmo que as temáticas pudessem ser diversificadas de acordo com a individualidade e motivação pessoal (13).

Desta forma, percebeu-se que a maioria dos idosos, mesmo que alguns necessitassem de mais negociações e tempo que outros, acessaram um tópico e o mantiveram até o final da sua narrativa. Constatou-se a tendência de os idosos produzirem narrativas de fatos seguidas de comentários, o que pode parecer à primeira vista, como uma desorganização sintático-semântica e/ou falha pragmática (dificuldade de organização espaço-temporal e/ou de posicionar-se adequadamente na conversação), no entanto, interpreta-se esta tendência como uma forma de contribuir com o alocutário na produção do sentido, favorecendo sua interpretação (26), além de revelar a subjetividade de quem está narrando e de como os fatos vivenciados no passado foram ressignificados no presente.

Com esta dinâmica evidencia-se que, as narrativas, para o idoso, configuram-se como oportunidades de (re)encontrar referências para continuar levando a vida significativamente; por meio das narrativas o idoso pode ressignificar suas

experiências, atualizando sua condição de sujeito linguístico-social. Nas palavras de Humboldt ^(2:60), “A linguagem constitui uma condição necessária, que governa o pensamento do indivíduo singular ao nível de sua existência mais solitária, em virtude da qual o homem organiza seus pensamentos, produz ideias que se reiteram e compõe, a passo e passo, o quadro de referências de toda a sua vida.”

CONCLUSÃO

As análises das narrativas produzidas por idosos reafirmam que o envelhecimento não precisa ser uma fase da vida marcada por deterioração linguístico-cognitiva. Da mesma forma que são aceitas características linguísticas próprias do processo de aquisição e desenvolvimento infantil, pode-se considerar e, conseqüentemente, aceitar as características da linguagem no envelhecimento como próprias desta fase da vida humana.

Pesquisadores e trabalhadores em saúde, dedicados ao envelhecimento, têm como desafio superar o modelo biomédico que privilegia a doença e o sintoma. Neste sentido, o desafio imposto é o de desenvolver projetos, segundo os princípios das políticas de promoção de saúde coletiva, proporcionando espaços de interação social, onde os sujeitos/idosos mantenham-se autônomos e protagonistas no exercício de seus papéis individuais (sujeitos) e comunitários (sociais), possibilitando a reorganização intra e interpessoal no uso da e pela linguagem. Portanto, organizar espaços de resignificação da velhice, de reexperimento de situações que deem sentido à vida do idoso e possibilite o envelhecer com qualidade de vida é uma demanda urgente para os setores da seguridade social – saúde, educação, cultura, lazer e assistência social.

Este estudo evidenciou que o cuidado à saúde do idoso sem patologias neurológicas requer tempo – tempo para a escuta, para a avaliação e, sobretudo, tempo para explicar ao idoso como (com)viver com as mudanças biológicas/orgânicas ocorridas em seu corpo e como tais mudanças repercutem ou não em seus processos cognitivos. Acredita-se que os profissionais de saúde

necessitam de conhecimentos sobre o funcionamento da linguagem para poderem ressaltar que as mudanças biológicas não necessariamente implicam perdas linguístico-cognitivas e, ainda, para poderem indicar possíveis caminhos para a manutenção do papel social dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. SAUSSURE F. **Curso de linguística geral**. São Paulo: Cultrix; 1991.
2. FRANCHI C. Linguagem: Atividade constitutiva. **Rev. GEL**. 2002; n. especial: 37-74.
3. COUDRY M. I. H. Linguagem e afasia: uma abordagem discursiva da neurolinguística. **Cadernos de Estudos Linguísticos**. 2002; 42: 99-129.
4. COUDRY M. I. H. Língua, discurso e a lógica da linguagem patológica. **Cadernos da Faculdade de Filosofia e Ciências**. 1997; 6(2):131-148.
5. GERALDI J. W. Palavras escritas, indícios de palavras ditas. **Linguagem em (Dis) curso**. 2003; 3 (nº especial):09-25.
6. FEDOSSE E. Afasia e criatividade da e na linguagem: implicações para o acompanhamento fonoaudiológico. **Web Revista Discursividade**. 2010; 7: 1-17.
7. COUDRY M. I. H, MORATO E. M. A ação reguladora da interlocução e de operações epilinguísticas sobre objetos linguísticos. **Cadernos de Estudos Linguísticos**. 1988; 15 (2):117-135.
8. NOVAES-PINTO R. C. Acesso lexical: discussão crítica sobre as pesquisas nas neurociências contemporâneas. **Estudos Linguísticos**. 2009; 38 (2):271-284.
9. GRICE H. P. Lógica e conversação. In: DASCAL M. **Fundamentos metodológicos da linguística**. Vol IV. Campinas: Global, 1982. p. 81-103.
10. GAMBURGO L. J. L, MONTEIRO M. I. B. Singularities of aging: reflections from conversations with an institutionalized elderly person. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. 2009; 13(28):31-41.
11. MAC-KAY A. P. M. Linguagem e gerontologia. In FERREIRA L. P, BELFILOPES D. M, LIMONGI S. C. O, (orgs). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca Ltda, 2004. p. 903-910.
12. PRETTI D. **A linguagem dos idosos: Um estudo de análise da conversação**. São Paulo: Contexto, 1991.
13. SÉ, E. V. G, NERI A. L, BILTON T. Estrutura e conteúdo do discurso de idosas residentes em instituição de longa permanência portadoras e não-portadoras de déficit cognitivo e de depressão. **Distúrbios da Comunicação**. 2004; 16(2): 203-214.

14. CUNHA M. I. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev. Faculdade de Educação** [online]. 1997; 23(1-2).
15. MINAYO M. C. S, SANCHES O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. 1993; 9 (3):237-248.
16. ANDRADE M. L. F. Neurolinguística discursiva: alguns pressupostos teóricos e metodológicos. **Web Revista Discursividade**. 2010; s/v(7):1-15.
17. DE LEMOS C. T. G. Interactional processes in the child's construction of language. In W. Deustch (Ed.) **The Child's Construction of Language**. Cambridge: CUP ,1981, 57-76.
18. NOVAES-PINTO R. C. Preconceito linguístico e exclusão social na normalidade e nas chamadas patologias da linguagem. **Avesso do Avesso**. 2009; 5: 10-20.
19. YASSUDA M. S, LASCA V. B, NERI A. L. Meta-memória e autoeficácia: Um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2005; 18 (1):78-90.
20. RAMOS L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cadernos de Saúde Pública**. 2003; 19(3):793-798.
21. ARGIMON II, STEIN L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**. 2005; 21(1):64-72.
22. RIBEIRO A. **Aspectos biológicos do envelhecimento**. In Russo IP. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter, 2004:1-11.
23. JUNCOS-RABADAN O. Narrative speech in the elderly: effects of age and education on telling stories. **International Journal of Behavioral Development**. 1996; 19(3):669-685.
24. PÔRTO W. G, BERTOLUCCI P.; RIBEIRO R. L.; BUENO O. F. A. Um estudo dos relatos afetivos subjetivos a estímulos do International Affective Picture System em uma amostra geriátrica brasileira. **Rev. Psiquiatria RS**. 2008; 30 (2):131-138.
25. TIZELI G. P. **Memória emocional em idosos saudáveis** [dissertação]. PUC. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica RS; 2009.
26. NOVAES PINTO R. C, BEILKE H. M. B. **Avaliação da linguagem na Demência de Alzheimer**. Estudos da Língua (gem). 2008; 6 (2):97-126.

7 DISCUSSÃO GERAL

As mulheres representaram a maioria dos sujeitos deste estudo, corroborando com o fenômeno populacional da feminização, percebido como um fenômeno mundial e confirmado por outros estudos nacionais realizados com idosos, que apresentaram índices similares a este (MACIEL e GUERRA, 2007; ROSA et al, 2003; NASCIMENTO, 2001; IBGE, 2010; SILVA et al, 2011). Também se associa essa maior representação feminina à tendência observada nas unidades de saúde do município estudado, em que as mulheres têm maior participação nas ações coletivas de promoção de saúde e de autocuidado.

O alto índice de presença de doenças referidas pelos idosos nesta pesquisa é confirmado por inúmeros estudos (MACIEL e GUERRA, 2007; IBGE, 2010; PASKULIN e VIANNA, 2007; FARINASSO, 2004), que apontam a saúde do idoso brasileiro como muito ruim e/ou comprometida por incapacidades funcionais. O uso de medicamentos mostrou-se intenso entre os idosos, também identificado em outros estudos (MACIEL e GUERRA, 2007; PASKULIN e VIANNA, 2007; FARINASSO, 2004; ROQUE et al, 2010) espelhando, assim, o processo do envelhecimento medicalizado.

Quanto à presença de doenças e dificuldades relacionadas à voz, audição e alimentação, esta pesquisa está em acordo com estudo realizado (ROSA et al, 2003), ainda no ano de 1989, porém encontra-se em discordância com outros estudos que apontam relação entre presença de doenças, perda funcional, uso de medicamentos e sexo feminino (SILVA et al, 2011; PASKULIN e VIANNA, 2007).

Esta diferença pode ser justificada pela média mais alta de idade das mulheres em relação aos homens, por dois motivos: primeiro devido à maior expectativa de tempo de vida delas em relação a eles, e segundo pela taxa de mortalidade precoce ser maior nos homens. Estas duas constatações acarretam taxas mais altas de morbidade e menor capacidade funcional em mulheres idosas (IBGE, 2010).

Apesar de não ter havido diferença significativa quanto às queixas referidas entre os grupos de idade, observa-se frequência relativa crescente de queixas de dificuldades na comunicação e na alimentação à medida que se envelhece. Estudos (IBGE, 2010; SILVA et al, 2011; PASKULIN e VIANNA, 2007; FARINASSO, 2004) que avaliam o estado de saúde e capacidade funcional dos idosos, confirmam que há maior comprometimento nas faixas etárias mais velhas. O estudo realizado pelo PNAD (2008) constatou que 77,4% das pessoas

entre 60 anos ou mais declararam possuir doenças, enquanto que, na faixa etária a partir dos 75 anos, esta proporção aumenta para 80,3% (IBGE, 2010).

A baixa escolaridade dos idosos residentes no município em estudo foi análoga ao perfil dos idosos do restante do país (IBGE, 2010; PASKULIN e VIANNA, 2007; FARINASSO, 2004). Também se constatou, tal como em outros estudos (ROSA et al, 2003; SILVA et al, 2011; TEIXEIRA et al) que não há dependência entre o nível de escolaridade e (in)capacidade funcional. Desta forma, neste estudo, não se encontrou associação significativa entre presença de doenças e fatores sociodemográficos isolados (classe social, estado civil e escolaridade).

Quanto à voz, 37,6% dos idosos referiram sentir alterações vocais, sendo que as mulheres apresentam mais queixas que os homens. Observou-se também aumento proporcional nas queixas de alterações vocais à medida que a pessoa envelhece, no entanto não houve diferença estatisticamente significativa. Estudo (CASSOL, 2006) realizado no RS refere que 89,5% dos idosos tinham alterações na qualidade vocal (voz rouca, soprosa ou áspera), no entanto, 90% dos idosos pesquisados auto avaliaram o impacto da voz em seu cotidiano (particular/pessoal, profissional e social) como ótimo ou bom. Em outro estudo (MENEZES e VICENTE, 2007), realizado com idosos institucionalizados, constatou-se que 75% dos idosos avaliados apresentavam alguma alteração na qualidade vocal, comprovando que existem alterações vocais decorrentes da idade, mas que, de modo geral, elas não interferem na comunicação. Estas conclusões podem justificar o índice inferior de queixas relatadas, visto que raramente as questões vocais isoladas são incapacitantes para a interação verbal do idoso.

A prevalência de queixas relacionadas à dificuldade de audição, neste estudo, mostrou-se inferior aos resultados referidos em outros (MATTOS e VERAS, 2007; BARALDI et al, 2007), no entanto, há uma diferença importante, visto que os resultados dos referidos estudos foram baseados nas avaliações audiológicas dos idosos e os deste, em auto percepção da audição. Supõe-se que os idosos pesquisados possam ter perdas auditivas, porém estas podem ser de grau leve e, por isso, os idosos não as percebem como problemas. Não houve diferença significativa quando se associou queixas auditivas e sexo, idade, classe econômica, escolaridade e estado civil, corroborando com estudo (CRUZ et al, 2009) que indica a diminuição de significância estatística na associação de fatores sociodemográficos com perda auditiva à medida que o indivíduo envelhece.

Quanto às questões odontológicas, as condições dos idosos desta pesquisa, tal como a da maioria dos idosos brasileiros, são preocupantes. Um estudo (CLADAS JÚNIOR et al, 2005) indica que há aproximadamente 55% de edentulismo entre os idosos; a perda parcial e/ou total dos dentes é aceita pela sociedade como uma consequência natural do envelhecimento. Considera-se demasiadamente alta a prevalência do uso de próteses dentárias nos idosos estudados, refletindo uma condição cultural de pouca valorização e cuidado com a saúde bucal (LIMA et al, 2009). Parece que a perda parcial e/ou total dos dentes é ainda aceita, pela sociedade em geral, como uma consequência natural do envelhecimento (FROTA, 2008).

Neste estudo, encontrou-se um índice não desprezível (quase um terço da amostra) de queixas relacionadas a dificuldades na mastigação, em conformidade a outros estudos (FROTA, 2008; LIMA et al, 2009) que avaliaram a mastigação de idosos. Um deles revelou que 28,7% dos idosos têm queixas de dificuldades na mastigação, como uma das consequências das alterações dentárias associadas às alterações musculares. Tal fato confirma que, de modo geral, com o avanço da idade, existe uma adaptação mastigatória e consequente mudança nos hábitos alimentares.

Quanto à dificuldade de deglutição, este estudo está em acordo com achados de outro estudo (RIBEIRO et al, 2008) indicando que aproximadamente 25% dos idosos apresentam dificuldades nesta função. Não se observou associação significativa entre dificuldade de deglutição e idade, sexo, classe econômica, escolaridade e estado civil. Há estudo (FROTA, 2008) referindo que os idosos acima de 80 anos e idosos com demências e doença de Parkinson apresentam maior vulnerabilidade para disfagia.

Em relação à avaliação da Qualidade de Vida, convém destacar que não existe até o momento uma normativa para análise dos escores do WHOQOL Abreviado, por isso, a conveniência de comparar os resultados deste estudo com os de outras localidades (preferencialmente com características semelhantes as do município deste estudo), para verificar se a autoavaliação de qualidade de vida dos idosos de São Francisco de Assis se equivale a de outras realidades sociais e culturais.

Comparando-se os escores obtidos pelos idosos deste estudo com os retirados de estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro em 2008 (apesar de realidades diferentes), pode-se sugerir que há uma melhor avaliação da qualidade de vida por parte dos idosos de São Francisco de Assis/RS quando comparados com demais (NERI, 2001).

Os escores de homens e mulheres são semelhantes, com exceção do domínio relações sociais, que se observa diferença da média significativamente maior ($p=0,038$) das mulheres em relação aos homens.

A literatura tem ressaltado que os escores masculinos de qualidade de vida têm sido melhores do que o das mulheres, justificado pelo fenômeno da feminização do envelhecimento, pois a maior longevidade delas constitui mais risco do que vantagem, uma vez que mulheres são física e socialmente mais frágeis que os homens. Por outro lado, as doenças letais são mais frequentes nos homens, enquanto que as mulheres sofrem mais com doenças não letais, com taxas de morbidades crônicas e incapacitantes maiores que os homens. Apesar deste estudo não analisar este dado, sabe-se que as diferenças de saúde em relação ao sexo, manifestam-se também no consumo de remédios, pois as mulheres superam os homens no consumo destes (IBGE, 2010; MACIEL e GUERRA, 2007).

Os homens, por sua vez, pontuam mais alto nas avaliações de saúde física percebida, mesmo nos casos de idade avançada (MACIEL e GUERRA, 2007; PEREIRA et al, 2006). De um modo geral, as avaliações sobre saúde física percebida pioram com a idade, mas as diferenças entre os sexos se mantêm, isto é, os homens seguem pontuando mais alto que as mulheres (IBGE, 2010; PEREIRA et al, 2006).

Os dados encontrados nos idosos do município de São Francisco de Assis/RS, referentes aos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente conferem com os encontrados em pesquisa (TRENTINI, 2004) realizada com idosos no município de Porto Alegre/RS; no referido estudo foram encontrados escores mais altos nas mulheres.

Uma possível explicação para a diferença positiva encontrada nos escores femininos, em relação aos Domínios das Relações Sociais e Meio Ambiente neste estudo, possa ser as ações de Promoção de Saúde desenvolvidas nas unidades de ESF, a saber: a realização de atividades físicas, educação em saúde em grupos e oficinas terapêuticas e de convívio. Acredita-se que tais atividades intensificam o autocuidado e possibilitam convívio social para além do grupo familiar. A participação feminina nestas ações chega a aproximadamente 95%.

Percebe-se declínio nos escores dos domínios do WHOQOL Abreviado à medida que a idade avança, também relatado em outros estudos acerca do tema (TIMM, 2006; TRENTINI, 2004). A fragilidade, associada às doenças, incapacidades funcionais, perda de autonomia e de independência que acompanham os idosos mais velhos, refletem-se na percepção negativa da qualidade de vida (TIMM, 2006). Por isso é, que convém a realização

de ações que primem pelas relações sociais, de tal modo que os limites físicos possam ser superados por boas conversas, lembranças, audições de músicas, *etc.* A propósito, um estudo realizado com o WHOQOL-100, indica diferença significativamente positiva no domínio psicológico na faixa etária de 60-69 anos, comparado com o grupo de 80 anos ou mais (TRENTINI, 2004).

Ao confrontarem-se os escores dos diversos domínios do WHOQOL Abreviado e classe econômica, observou-se diferença significativa no Domínio Psicológico ($p=0,013$) e no Meio Ambiente ($p=0,002$). No Domínio Psicológico, a diferença estatística é identificada entre as Classes B e D, sendo que a classe B tem média maior que as demais, e os idosos pertencentes à classe D têm a menor média. Em relação ao Domínio Meio Ambiente, observou-se que a classe B difere significativamente das classes C e D, sendo que a maior média é encontrada na classe B e a menor na classe D, seguido da classe C.

Alguns estudos (TRENTINI, 2004; JAKOBSSON et al, 2004) indicam resultados semelhantes, com médias significativamente mais altas nas classes A e B quando comparadas com as classes C e D, enquanto outros não verificaram diferenças nos resultados de Qualidade de Vida entre os grupos com maior ou menor renda (TIMM, 2006; PEREIRA et al, 2006). Há autores (JAKOBSSON et al, 2004; VERAL e ALVES, 1995) que afirmam que uma boa condição socioeconômica está associada a melhor qualidade de vida nos idosos, por ofertar sustentação material para o bem-estar, influenciando a qualidade na habitação, independência econômica e estabilidade financeira. No entanto, destaca-se a semelhança nos resultados do *Overall* entre as classes B e E, sendo mais alto na classe econômica de menor rendimento familiar.

Apesar de não haver diferença significativa entre Qualidade de Vida e estado civil, percebe-se uma tendência dos escores dos idosos casados serem mais elevados que os das demais categorias. Alguns estudos (PEREIRA et al, 2006; TRENTINI, 2004) indicam não existir relação entre Qualidade de Vida e estado civil, ou seja, não observam diferença significativa em Qualidade de Vida geral e domínios quando comparados com a variável em questão. Da mesma forma, outros estudos (ANA e MARTINS, 2011; MARTINS, 2004) inferem uma diferenciação positiva de qualidade de vida entre idosos com companheiro em relação aos que não têm companheiro (solteiros, viúvos e divorciados/separados). A presença de parceiros aparentemente proporciona aos idosos maior estabilidade social e econômica,

influenciando na percepção de felicidade e qualidade de vida, principalmente para os homens, que recebem maior cuidado dispensado pela esposa (ANA e MARTINS, 2011).

A escolaridade não se mostrou significativa para a autopercepção de Qualidade de Vida, porém, uma análise geral dos resultados permite sugerir uma melhor avaliação nos Domínios Físico e Psicológico, quando se relaciona o grupo com até 4ª série e o grupo com ensino superior completo.

Esta análise é percebida em outro estudo (TRENTINI, 2004), que obteve média mais baixa em grupos de ensino fundamental (principalmente no Domínio Físico) em relação aos demais grupos; também encontrou média mais baixa no Domínio Psicológico quando comparado com o ensino médio e no Domínio Geral e Domínio Meio Ambiente quando comparado com ensino superior. Considera-se a educação fator fundamental para um adequado controle do processo saúde/doença, tornando o sujeito mais autônomo para prevenção e detecção precoce de agravos, aumentando potencialmente os cuidados com a saúde e com a doença, quando já instalada (ANA e MARTINS, 2011).

Observou-se diferença significativa na média do Domínio Geral ($p=0,007$) e do Domínio Físico ($p<0,0001$) entre idosos que referiram possuir doenças e os sem doenças. Nota-se maior média em todos os domínios no grupo de idosos que relatam não ter doença em relação aos com doenças. Estes resultados corroboram com outros estudos (TRENTINI, 2004; CHACHAMOVICK, 2005) que associam escores mais altos em todos os domínios do WHOQOL, em especial no Domínio Físico, aos idosos que declaram ter boa saúde. Também se destaca estudo que, ao questionar idosos sobre o significado de qualidade de vida, obteve respostas com significativa associação entre qualidade de vida e condição (des) favorável de saúde, em muitos sendo usados como sinônimos (CHACHAMOVICK, 2005).

Associando-se os resultados dos diversos domínios do WHOQOL Abreviado a aspectos fonoaudiológicos, não se encontrou diferença significativa entre os domínios e dificuldade de audição, assim como uso de prótese dentária. Na comparação de queixas de alterações vocais, percebe-se escore geral pior no grupo de idosos com tal alteração ($p=0,022$). Também há diferença significativa entre os dois grupos no Domínio Físico ($p<0,0001$) e no Domínio Psicológico ($p=0,009$), revelando que alterações vocais influenciam na percepção subjetiva de qualidade de vida em idosos.

Quando se analisa a influência de aspectos relacionados com a alimentação na QV percebida, observam-se escores melhores de QV em todos os domínios no grupo sem queixas

de dificuldade na deglutição e na mastigação, exceto no Domínio das Relações Sociais no grupo de idosos com dificuldades na deglutição. Há diferença significativa no Domínio Físico, com escore superior para o grupo de idosos sem queixas de dificuldades na deglutição. Também há diferença significativa entre o grupo de idosos sem queixas na mastigação e o grupo com queixas, com escores mais elevados no primeiro grupo, nos Domínios: Psicológico; Relações Sociais e Meio Ambiente.

Os resultados relacionados à dificuldade de audição e qualidade de vida encontrados neste estudo são surpreendentes, visto que a literatura aponta a presbiacusia como um dos mais incapacitantes distúrbios da comunicação do idoso, impedindo-o de desempenhar plenamente seu papel social, podendo-o levar ao isolamento e afastamento familiar e comunitário, desencadeando quadros de distúrbios psicológicos (RUSSO, 2004; SANCHES e SUZUKI, 2003), e neste caso, apesar do grupo de idosos sem queixas de dificuldade de audição apresentar escores melhores, esta diferença não se mostrou significativa.

Acredita-se que, de certa forma, os idosos encontrem alternativas para adaptar-se às modificações orgânico-funcionais, considerando-as próprias do envelhecimento. Esta adaptação é favorecida pelo perfil demográfico e territorial do município que beneficia a interação social com “os seus”, onde ainda há reduzido preconceito e discriminação ao velho e ao envelhecer, configurando-se em uma experiência particular de envelhecer em uma cultura interiorana, construída por migrantes rurais de pequenas propriedades, que mantém seus hábitos e costumes campestres, e os reproduzem na comunidade em que vivem.

A constatação de que há diferença significativa quanto à QV entre idosos com e sem alterações vocais (Domínios Geral, Físico e Psicológico) é confirmada por outros estudos (CALDAS JÚNIOR et al, 2005; GAMA et al, 2009; BENNINGER, 1994), no entanto na maioria deles, a correlação foi realizada em estudos com mulheres acima de 60 anos. Além disso, destaca-se nestes, que os escores do domínio físico e geral mostraram correlação com graus severos de disfonia, enquanto que em alterações de grau leve a moderada não houve impacto negativo na QV relacionado à voz.

Apesar de não haver diferença significativa na avaliação de Qualidade de Vida entre os grupos usuários e não usuários de próteses dentárias entende-se necessário fazer uma discussão acerca do tema. No momento do inquérito sobre o uso ou não de prótese dentária, não se questionou a presença de dentes, nem a quantidade destes na boca, o que pode ser apontada como uma falha metodológica desta pesquisa, e possivelmente justifica a

inexistência de diferença significativa de QV entre os dois grupos, visto que, usar próteses parciais ou não usar próteses, não necessariamente significa ter a condição mínima de realizar uma mastigação adequada.

Sabe-se que uma pessoa com todos os dentes tem uma capacidade mastigatória de 100%, com a perda de um dente esta capacidade passa a 70%, e na presença de uma prótese total, a capacidade mastigatória cai para 25% (LIMA et al, 2009). Não foram encontrados estudos correlacionando o uso de prótese dentária e medidas de QV, mas a literatura indica que, a presença de dentes naturais ou próteses bem adaptadas, são fatores que influenciam na qualidade de vida de idosos (CALDAS JÚNIOR et al, 2005; LIMA et al, 2009).

Diante do panorama de saúde bucal apresentado, reforça-se a necessidade da efetiva implantação e/ou implementação da Política de Saúde Bucal, destacando-se o cuidado ao idoso, bem como este trabalho ser associado/integrado ao fonoaudiológico; já que estrutura e função são partes de um mesmo sistema.

Os resultados referentes à correlação entre Qualidade de Vida e dificuldades na deglutição e na mastigação no idoso são, no mínimo, intrigantes. Primeiro porque não se encontrou pesquisas que pudessem corroborar ou contrariar os achados deste estudo. Segundo, pelos domínios que foram impactados pelas dificuldades.

A dificuldade de deglutição teve correlação significativa entre os grupos com e sem dificuldade no Domínio Físico, domínio este que sofre influência de questões relacionadas à presença de doenças e outras incapacidades funcionais. Desta forma, não desvalorizando o impacto que quadros disfágicos têm sobre a QV das pessoas, este resultado deixa dúvidas do quanto o baixo escore do grupo de idosos com dificuldades de deglutição pode ter sofrido influência das questões descritas acima, visto que a prevalência de doenças na população estudada foi extremamente alta.

Do mesmo modo, os domínios que foram impactados negativamente pela dificuldade na mastigação, foram o Domínio Psicológico, das Relações Sociais e do Meio Ambiente. Estes domínios consideram questões bastante amplas sobre sentimentos, autoimagem, capacidade cognitiva, relações pessoais, relação com o meio ambiente familiar e comunitário, entre outros.

Independente das questões colocadas acima é fato que os escores de Qualidade de Vida de idosos sem queixas relacionadas à alimentação são maiores em relação aos idosos

com dificuldades nas funções de deglutição e mastigação. Cabe aqui dizer da importância de novos estudos que possam corroborar, ou não, com os achados deste.

Na análise do diálogo transcorrido entre entrevistador/pesquisador, observou-se, independentemente do grupo etário, o acontecimento de diferentes tipos de comando, uns mais diretos, outros mais reticentes e explicativos. Todas as situações possibilitaram a produção verbal do idoso (definida como narrativa propriamente dita ou o anúncio de um fato relevante). Apesar de alguns autores evidenciarem um declínio na compreensão do idoso, citando dificuldades no relato coerente de histórias, muitos trabalhos sustentam a ideia de que parece não haver diferenças qualitativas significativas entre o processamento do discurso do idoso e do jovem (JUNCOS-RABADAN, 1996; NERI, 2002; YASSUDA et al, 2005).

Em algumas situações, os idosos demonstraram certa hesitação inicial quanto ao questionamento/comando do entrevistador. Este acontecimento pode ser explicado por, no contexto do cuidado em saúde, haver por parte dos profissionais uma preocupação com os sintomas, seguida da prescrição de remédios ou de recomendações. Raramente, se dispõe de tempo para “conversar” em unidades de saúde/consultórios, neste sentido, o estranhamento dos idosos, frente ao “inusitado” convite à rememoração de lembranças, muitas delas há muito tempo não narradas, talvez, porque os idosos as considerem inadequadas, ou porque não têm quem os ouça (tempo restrito dos familiares pelos atropelos da vida contemporânea ou por não terem a oportunidade de interações sociais ampliadas, fora do convívio familiar).

Os dados revelam também, certa desconfiança do idoso em seu potencial para narrar, mas, havendo disposição dos interlocutores para negociação, sobretudo do entrevistador (que usa diferentes comandos, uma ou duas vezes, de um jeito ou de outro), o objetivo e o sentido são alcançados.

Constatou-se que, mediante interlocutores incentivadores e atentos, as narrativas se concretizam, com sequência temporal e factual ordenada. Em alguns casos a narrativa pode ser repleta de detalhes minuciosos, o que para alguns pesquisadores, dependendo da teoria em que se apoiam, poderia ser considerado prolixo (GRICE, 1967).

Quanto à análise sintática, notam-se expressões características de falantes com baixa escolaridade, ou seja, uso de flexões verbais e nominais fora da norma culta, esta alcançada somente após muitos anos de escolaridade. Também se constata produções com apagamento do /s/ e do /r/ nas sílabas finais de palavras (marcas próprias da oralidade do Português Brasileiro), em especial de pessoas residentes em municípios de cultura ruralista.

Rememorar fatos de uma vida consome tempo e exige intenso trabalho linguístico-cognitivo, sendo essencial para a produção/interpretação de sentido, o uso de diferentes elementos: partilha de conhecimento histórico e social, considerações do interlocutor, enfim, interesse, curiosidade e cumplicidade entre os interlocutores.

Percebe-se, por meio de algumas afirmações dos idosos, que existe um pré-conceito negativo acerca da meta-memória nos idosos (idéia e sentimentos que o sujeito tem acerca de sua memória). Segundo autoras dedicadas ao envelhecimento (YASSUDA ET AL, 2005), o conceito de meta-memória inclui vários aspectos, entre eles, a autoeficácia para memória (grau de [in] certeza de um indivíduo sobre sua capacidade de realizar uma tarefa que envolva a capacidade de memorização). A autoavaliação do sujeito sobre sua memória influencia o modo como ele executa a memorização e, conseqüentemente, o resultado final. Sujeitos com alta autopercepção têm maior motivação para desempenhar a tarefa que envolva as habilidades de memorização e, também, de rememoração. Ressalta-se ainda, a ideia preconcebida pelos diferentes interlocutores/entrevistadores, de que sujeitos idosos têm dificuldade para lembrar e narrar um fato, chama a atenção os diversos tipos de comandos realizados por eles.

Que fatores podem interferir na condição dos sujeitos que comentaram suas lembranças? Comprometimento/limitações funcionais da audição? Psicológico-afetivas? Cognitivas? Culturais?

Do ponto de vista das autoras deste estudo, os fatores biológicos e socioculturais, e a presença de um interlocutor disponível em negociar. Sabe-se que é na conversação negociada, ou seja, no esforço cooperativo dos sujeitos envolvidos no processo interlocutivo, que toda e qualquer imprecisão da fala será resolvida.

Em algumas narrativas observam-se características percebidas como comuns a maioria dos idosos, certa “mistura” de fatos e comentários, o que parece a primeira vista, uma desorganização sintática (dificuldade de organização espaço-temporal), mas também pode ser interpretado como uma forma de contribuir com o alocutário na produção do sentido. É certo que, em alguns casos, mesmo com negociação, não houve cooperação, e assim não narração. Nestes casos, a maioria justifica que não lembra mais de nada, ou que não aconteceu nada de importante em suas vidas. Estes casos são os que mais preocupam, por indicarem sujeitos desmotivados e, por isso, com grandes riscos de declínio cognitivo.

Realizar uma narrativa coerente é uma tarefa cognitiva complexa, que demanda simular ações e fatos e ordená-los temporal e sintaticamente. O requisito básico da coerência é que todos os enunciados devam ser relevantes para o tópico da narrativa em andamento, e se mantendo coerente durante toda a extensão da narrativa. Podem acontecer digressões, porém não podem comprometer a coerência do discurso. Pela dinamicidade na interlocução, os tópicos podem ser modificados, porém neste estudo o tópico foi proposto inicialmente, e deveria seguir uma coerência ao tópico, mesmo que as temáticas pudessem ser diversificadas de acordo com a individualidade e motivação pessoal (SÉ et al, 2004).

Neste sentido, percebeu-se que a maioria dos idosos, mesmo que alguns necessitassem de mais negociações e tempo que outros, acessaram o tópico solicitado e o mantiveram até o final da sua narrativa. Nestas ocorreram certos deslocamentos, um ir e vir entre narrativas históricas e narrativas comentadas, estas últimas como um complemento, uma explicação/comentário pessoal e sentimental da escolha do fato narrado, do que estes fatos significaram na época e significam até hoje para eles.

Com esta dinâmica comprova-se que, a narrativa, para o idoso, é uma oportunidade de encontrar referências para continuar vivendo, constituindo e ressignificando suas experiências a cada enunciado, atualizando de acordo com o contexto atual.

Estudos realizados com idosos mostram que o envelhecimento não tem efeito negativo sobre o desenvolvimento coerente de narrativas, e os tópicos relacionados a eventos do passado podem manter-se nítidos na memória do idoso por razões afetivas e motivacionais que facilitariam o desempenho em tarefas verbais e cognitivas, como as narrativas de fatos relevantes da vida (JUNCOS-RABADAN, 1996; NERI, 2002; YASSUDA et al, 2005).

8 CONCLUSÃO GERAL

Este estudo, realizado a partir das informações referidas por idosos residentes na zona urbana de um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul, confirma a ocorrência de mudanças senescentes e, em alguns casos senis, nos diferentes órgãos e funções do corpo humano, em especial, nos relacionadas à alimentação e à comunicação.

Foram observadas variações nos resultados quanto à percepção de saúde e aspectos fonoaudiológicos, em associação às condições sociodemográficas, porém, a maioria destes não se mostrou significativo estatisticamente, de modo que não revelou influência de variáveis sociais, econômicas e demográficas sobre a condição percebida de saúde e de determinada alteração fonoaudiológica.

Apesar da maioria da população idosa ser portadora de algum tipo de doença, a média de avaliação da população estudada indica alta percepção de qualidade de vida, apresentando escores mais altos quando comparado com outros estudos. Desta forma, pode-se afirmar que fatores biológicos como sexo, idade, doenças em geral e alterações relacionadas aos aspectos fonoaudiológicos (voz, audição, deglutição e mastigação) influenciam a percepção subjetiva de qualidade de vida de idosos, enquanto que os fatores econômicos e socioculturais são pouco impactantes na qualidade de vida.

As narrativas produzidas pelos idosos reafirmam que o envelhecimento não precisa ser uma fase de deterioração e de lembranças tristes. Da mesma forma que são aceitas características linguísticas próprias de determinada fase do crescimento, deve-se considerar e aceitar as mudanças que acompanham o envelhecimento como próprias da senescência e comuns a maioria dos sujeitos.

O estudo permitiu a caracterização sociodemográfica e epidemiológica dos idosos residentes no município de São Francisco de Assis, configurando-se como subsídio para a implementação de políticas públicas voltadas à proteção e ao cuidado do idoso. Sua relevância também encontra reforço na possibilidade de outros profissionais da saúde, em especial fonoaudiólogos, atuantes na atenção básica de outros municípios de pequeno porte, inferirem estes achados a sua população, já que as características sociais e de saúde encontradas neste estudo confirmam outros achados.

Permanece o desafio aos trabalhadores de saúde, de superar o modelo biomédico, centrado na atenção individual, que privilegia a doença e o sintoma. Desenvolver políticas de promoção de saúde coletiva, com espaços de interação e intervenção social, onde os

sujeitos/idosos mantenham-se autônomos e protagonistas no exercício de seus papéis individuais (sujeitos) e comunitários (sociais), possibilitando a reorganização intra e interpessoal no uso da e pela linguagem. Espaços de ressignificação da velhice, de reexperimento de situações que lhe deem sentido à vida e possibilitem envelhecer com qualidade de vida.

É essencial que os profissionais da saúde, em particular os fonoaudiólogos, valorizem a percepção subjetiva dos sujeitos sobre suas condições de vida e saúde, ampliando o conjunto de possibilidades de intervenção para além dos aspectos unicamente clínicos e objetivos, adotando um conceito ampliado de saúde.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://www.abep.org.br>>. Acesso em: 20.abr.2010.

ANDRADE, A.; MARTINS, R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Millenium**, n. 40, p. 185-199, 2011.

BARALDI, G. S.; ALMEIDA, L. C., BORGES, A. C. C. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.73, n.1, 2007.

BEHLAU, M. S. Presbifonia: envelhecimento vocal inerente à idade. In RUSSO, I. P. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 25-48.

BENNINGER, M. S. et.al. **Vocal arts and medicine: the care and prevention of professional voice disorders**. New York: Thieme Publ, 1994.

BILTON T. L.; RAMOS L. R.; EBEL S.; TEIXEIRA L. S.; TEGA L. P. Prevalência da deficiência auditiva em uma população idosa. **Mundo da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 218-225, 1995.

BILTON, T.; VIÚDE, A.; SANCHEZ, E. P. Fonoaudiologia. In FREITAS E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002. p. 820-827.

BOONE, D. R.; MCFARLANE, S. C. **A voz e a terapia vocal**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. Editorial. **Rev. Para. Med., Belém**, v. 20, n. 4. dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

_____. _____. PNAD. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. 2008. Rio de Janeiro, 2010.

_____. _____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008.

_____. IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Lei 8.080/1990**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 27.abr.2010.

BRASOLOTTO, A. G. Voz na terceira idade. In FERREIRA, Leslie P.; BELFI-LOPES, Débora M.; LIMONGI, Suely Cecília O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca Ltda, 2004. p. 127-137.

BULLINGER M.; ANDERSON R.; CELLA D. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qual Life Res**, n. 2, p. 451-9, 1993.

CALDAS JÚNIOR, A. F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 14, n. 3, p. 229-238, mai./jun. 2005.

CASSOL, M. Avaliação da percepção do envelhecimento vocal em idosos. **Estudo Interdisciplinar sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 9, p. 41-52, 2006.

CHACHAMOVICK, Eduardo. **Qualidade de vida em idosos**: desenvolvimento e aplicação do módulo Whoqol-old e teste de desempenho do instrumento Whoqol-bref em uma amostra de idosos brasileiros. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2005.

COSTA, H. O.; MATIAS, C. O impacto da voz na qualidade de vida da mulher idosa. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**. v. 71, n.2, p. 172-8, mar./abr. 2005.

COUDRY, M. I. H. **Diário de narciso, discurso e afasia**: análise discursiva de interlocuções com afásicos. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

COUDRY, M. I. H.; MORATO, E. M. A ação reguladora da interlocução e de operações epilinguísticas sobre objetos linguísticos. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas, n. 15, pp. 117-135, jul./dez, 1988.

_____. Língua, discurso e a lógica da linguagem patológica. **Cadernos da Faculdade de Filosofia e Ciências**, Marília, v. 6, n. 2, pp. 131-148, 1997.

CRUZ M. S.; OLIVEIRA L. R.; CARANDINA L. Inquéritos de saúde e fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**, v. 11, n. 1, p. 166-172, jan./mar. 2009.

DATASUS (Departamento de Informática do SUS). **Informações em saúde**: Demográficas e socioeconômicas. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso em: 10.mar.2010.

DE LEMOS, C. T. G. Interactional processes in the child's construction of language. In W. Deustch (Ed.) **The child's construction of language**. Cambridge: CUP, 1981. p. 57-76.

DUARTE, L. T. **Envelhecimento**: processo biopsicossocial. Monografia. 2008. Disponível em: <www.psiconet.com/tiempo/monografias/brasil>. Acesso em: 22.jan.2012.

FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de Saúde da Família**. Ribeirão Preto. 2004, 112p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FEDOSSE, E. **Da relação linguagem e praxia:** estudo neurolinguístico de um caso de afasia. Dissertação (Mestrado). IEL/UNICAMP, Campinas, 2000.

FEDOSSE, E. **Processos alternativos de significação de um poeta afásico.** Tese (Doutorado). IEL/UNICAMP, Campinas, 2008.

FERREIRA, L. M. A Voz na terceira idade. In PINHO, S. M. R. **Fundamentos em fonoaudiologia:** tratando os distúrbios da voz. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1998, p.115-117.

FLECK; LEAL; LOUZADA et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK. M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FRANCHI, C. **Hipóteses para uma teoria funcional da linguagem.** Tese (Doutorado). IFCH/UNICAMP, Campinas, 1976.

_____. Linguagem: Atividade Constitutiva. **Almanaque**, São Paulo: Brasiliense, n. 5, pp. 9-27, 1977.

FROTA, J. F. C. **Prevalência e fatores associados à disfagia em idosos residentes em comunidade.** 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/123456789/1035>>. Acesso em: 03.dez.2011.

GALLOTTI, M. T. G. **Aspectos fonoaudiológicos de idosos institucionalizados.** Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2004.

GAMA, A. C. C.; ALVES, C. F. T.; CERCEAU, J. S. B.; TEIXEIRA, L. C. Correlação entre dados perceptivos, auditivos e qualidade de vida em voz de idosas. **Pró-Fono Rev. Atualiz. Científica**, v. 21, n. 2, abr./jun. 2009.

GERALDI, J. W. **Portos de passagem.** São Paulo: Martins Fontes, 1991. 252 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas S.A., 2007.

GRICE, H. P. Lógica e conversação. In: DASCAL, M. **Fundamentos metodológicos da linguística.** Campinas: Edição limitada, 1982. vol. IV. p. 81-103.

GUYATT, G.; FEENY, D.; PATRICK, L. Measuring health related quality of life. **Ann Int Med**, n. 118, p. 622-9, 1993.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 24.out.2011.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Qual Life Res.**, v. 13, n. 1, pp. 125-36, 2004.

JERGER, S.; JERGER J. **Alterações auditivas**: um manual para avaliação clínica. São Paulo: Atheneu, 1989.

JUNCOS-RABADAN, O. Narrative speech in the elderly: effects of age and education on telling stories. **Int J Behav Dev**, v. 19, n. 3, pp. 669-85, 1996.

LIMA, R. M. F. et al. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. **Rev. CEFAC**, v.11, suppl.3, p.405-422, 2009.

LURIA, A. R. **Pensamento e linguagem**: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA. R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 10, n. 2, pp. 178-89, 2007.

MAC-KAY, A. P. M. G. Linguagem e gerontologia. In: FERREIRA, L. P.; BELFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca Ltda, 2004. pp. 903-910.

MARCHESAN, I. Q. Distúrbios da motricidade oral. In: RUSSO, I. P. **Intervenção fonaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004, pp. 83-100.

MARTINS, R. M. L. **Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu**. Dissertação de Doutorado. Universidade da Estremadura, Portugal, 2004.

MATTOS, L. C.; VERAS, R. P. A prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, v. 73, n. 5, pp. 654-9, 2007.

MENEZES, L. N.; VICENTE, L. C. C. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 9, n.1, 90-8, jan./mar, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1994.

NASCIMENTO, M. R. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. In WONG, L (Org.). **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade**. Subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG-ABEP, 2001, p 191-218.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. Universidade Estadual de Campinas. **GERP: 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia**, 2001.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus,1993.

_____. O curso do desenvolvimento intelectual na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA S. M. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 901-13.

NETTO, M. P. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos Básicos. In FREITAS E. V. et al. (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.

NOVAES-PINTO R. C. **A contribuição do estudo discursivo para uma análise crítica das categorias clínicas**. Tese (Doutorado). IEL, UNICAMP, Campinas, 1999.

OMS. **Relatório anual da OMS**, 2003. Reportagem Disponível em: <<http://www.sistemas.alds.gov.br/imprensa>>. Acesso em 25.out.09.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

_____. The World Health Organization quality of life assessment (**WHOQOL**): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 10, pp. 1403-1409.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na Velhice. In: FREITAS E. V. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.

_____. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um documento que privilegia sua opinião. Dissertação (online). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. [citado 2006]. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/médicos>>. Acesso em: 25.abr.2012.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA L. A. C. Perfil de idosos de Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 757-68, 2007.

PEREIRA R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiátrica RS**, Porto Alegre, v. 28, n.1, Porto Alegre, jan./apr. 2006.

PINHO, S. M. R. Fundamentos em fonoaudiologia. **Tratando os distúrbios da voz**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1998.

POSSENTI, S. **Discurso, estilo e subjetividade**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PRETTI, D. **A linguagem dos idosos: um estudo de análise da conversação**. São Paulo: Contexto, 1991.

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHOQOL- Abreviado**. Genebra: Coordenação do Grupo WHOQOL; Brasil, UFRGS, Porto Alegre.

RIBEIRO A. P.; SOUZA E. R. de; ATIE, S.; SOUZA, A. C. de; SCHILITZ, A. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, pp. 1265-1273, 2008.

RIBEIRO, A. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: RUSSO, I. P. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 1-11.

RODRIGUES, A. de M. **Construindo o envelhecimento**. Pelotas: EDUCAT, 1998.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS E. V. et al. (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 2002. p. 106-110.

ROQUE, F. P.; BOMFIM, F. M. S.; CHIARI, B. M. Descrição da dinâmica de alimentação de idosos institucionalizados. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, v. 15, n.2, p. 256-263, 2010.

ROSA, T. E. C. et al. Determinantes da capacidade funcional. **Rev. Saúde Pública**, v; 37, n. 1, pp. 40-8, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

RUDINGER, G.; THOMAE, H. The Bonn longitudinal study of aging: coping, life adjustment and life satisfaction. In: BALTES, P. B.; BALTES, M. M.. **Successful aging: perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University, 1990.

RUSSO, I. C. P. Intervenção Audiológica nos Idosos. In: FERREIRA, L. P.; BELFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca Ltda, 2004. p. 585-595.

_____. Distúrbios da audição: a presbiacusia. In: _____. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

SANCHES, E. P.; SUZUKI, H. S. Fonoaudiologia em gerontologia. In SUZUKI, H.S. (Org.). **Idoso: conhecimentos essenciais para atender bem os pacientes idosos**. São José dos Campos: Pulso, 2003.

SAUSSURE, F. **Curso de lingüística geral**. São Paulo: Cultrix, 1991.

SÉ, E. V. G.; NERI, A. L.; BILTON, T. Estrutura e conteúdo do discurso de idosas residentes em instituição de longa permanência portadoras e não-portadoras de déficit cognitivo e de depressão. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v. 16, n. 2, pp. 203-214, ago. 2004.

SILVA, M. D. C. et al. Fatores associados à perda funcional em idosos . **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, pp. 1137-44, 2011.

TAKAHASHI, O. C. et al. Atendimento ambulatorial e interdisciplinar ao paciente diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 6, p.43-47, 1993.

TEIXEIRA A. R.; ALMEIDA L. G.; JOTZ G. P.; BARBA M. C. Qualidade de vida pós-adaptação de prótese auditiva. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, v. 13, n. 4, pp. 357-61, 2008.

TIMM, L. de A. **A qualidade de vida no idoso e sua relação com o locus de controle**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, 2006.

TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosos**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2004.

VERAS, R. P.; ALVES, M. I. C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M. C. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro, Hucitec (Saúde em Debate, 79), 1995.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 192 p.

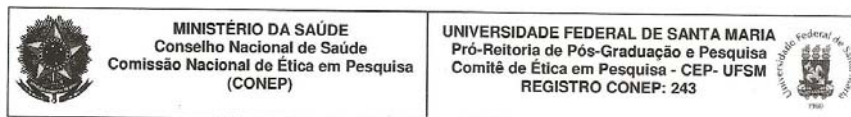
_____. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins, 1988. 194 p.

FARENZENA, W. P.; ARGIMON, I. L.; MORIGUCHI, E.; PORTUGUEZ, M. W.; Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. **Rev. Kairós**. São Paulo, v. 10, n. 2, pp. 225-243, dez. 2007.

YASSUDA, M. S.; LASCA, V. B.; NERI A. L. Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, pp.78-90, 2005.

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Linguagem e qualidade de vida de idosos residentes em um município de pequeno porte do RS
Número do processo: 23081. 013701/2010-31
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0238.0.243.000-10
Pesquisador Responsável: Elenir Fedosse

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2012 - Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 01/12/2010

Santa Maria, 01 de Dezembro de 2010.



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

ANEXO B - DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL



Declaração Institucional

Declaro que a Secretaria Municipal de Saúde autoriza a Professora Dr^a Elenir Fedosse e a Mestranda Fga Janice Vielmo Cáceres a realizar a pesquisa intitulada “ ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO RS”, a ser desenvolvido no município de São Francisco de Assis, com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde.

São Francisco de Assis, 01 de agosto de 2011.



ANDRÉIA LANÇANOVA
Secretária Municipal de Saúde

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre - RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

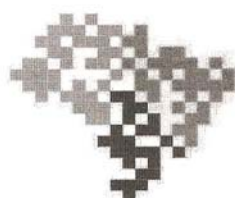
Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA NO BRASIL

ABEP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA



CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga		Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau		0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau		1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo		2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo		4
Superior completo	Superior completo		8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: "Aspectos fonoaudiológicos e qualidade de vida de idosos residentes em um município de pequeno porte do RS"

Pesquisador (es) responsável (is): Prof^a Dr^a Elenir Fedosse e Fga Janice Vielmo Cáceres

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria; Departamento de Fonoaudiologia; Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação.

Local da coleta de dados: Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco de Assis-RS

Eu, _____, fui esclarecido de que as informações abaixo serão fornecidas para minha participação voluntária neste estudo, que tem os objetivos de investigar as manifestações de linguagem oral (fala) de um grupo de idosos (com 60 anos ou mais), residentes na zona urbana da cidade de São Francisco de Assis.

Estou ciente de que:

1 - A coleta de dados é individual, inclui aplicação de um questionário, realização de uma entrevista e avaliação da linguagem, por fonoaudiólogos ou estudantes de Fonoaudiologia supervisionados pelas pesquisadoras. **A entrevista será gravada em áudio, porém posso solicitar que a mesma não seja gravada.** Os dados coletados e analisados serão relatados cientificamente, sem que haja a identificação dos voluntários.

2 – Ao aceitar participar deste estudo, assumo compromisso de responder a um questionário, realizar uma entrevista e uma avaliação de linguagem oral (fala).

3- A pesquisa não possui grandes riscos, porém poderá causar certo desconforto pelo fato de ocupar o meu tempo.

4 – Os benefícios desta pesquisa, para mim, estão na possibilidade de serem realizados encaminhamentos especializados, caso sejam constatados riscos a minha saúde.

5 – As informações prestadas, por mim, serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante desta pesquisa.

6 – Receberei informações atualizadas sobre os resultados parciais das pesquisas e receberei retorno de todos os resultados no final desta pesquisa.

7 - Não terei despesas pessoais, em qualquer fase do estudo. Também não terei recompensa financeira por participar desta pesquisa.

8 – Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado pode solicitar seu desligamento da pesquisa.

9 – As pesquisadoras manterão os termos de consentimento, as entrevistas, os questionários, as avaliações, assim como as gravações, em um Banco de Dados; este Banco de dados será guardado em armário chaveado, no Laboratório de Linguagem, Aprendizagem e Surdez – localizado, atualmente, no Subsolo do Prédio de Apoio – UFSM (Rua Floriano Peixoto, nº 1750); ficará sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^a Dra Elenir Fedosse. Os dados coletados poderão ser usados em outras pesquisas, porém sem identificação pessoal da pessoa que os forneceu.

10- Poderei contatar com os pesquisadores pelo telefone 55.3252.2536, sendo permitidas ligações a cobrar e, por fim,

11 – Sei que está garantida a minha liberdade em retirar este consentimento a qualquer momento da pesquisa, deixando, assim de participar dela.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: "Aspectos fonoaudiológicos e qualidade de vida de idosos residentes em um município de pequeno porte do RS". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade (sigilo da identidade) e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo/perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido neste Serviço de Saúde.

Pelas considerações acima, concordo voluntariamente em participar deste estudo.

OBS: Quanto à gravação em áudio dos meus dados, decido: () Aceitar () Negar

São Francisco de Assis, ____ de _____ 2010.

Assinatura do sujeito de pesquisa/Representante Legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção deste TCLE

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM; Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE B - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM

Data: ____/____/____

Sujeito _____

Unidade de Saúde: _____

AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA - LINGUAGEM ORAL⁸

Nome do Profissional Responsável	Assinatura
Nome do Acadêmico	

I. IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do Nome: _____ Idade: _____ D/N: ____/____/____

AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM ORAL

A - ASPECTOS LINGUÍSTICO-COGNITIVOS:

1 - Entrevista

- (DADOS DE IDENTIFICAÇÃO)

Nome completo: _____

Idade: _____

Data de nascimento: _____

Este roteiro de avaliação de linguagem contém itens usados na Avaliação Fonoaudiológica realizada por estagiários da Disciplina Fonoaudiologia Comunitária e Institucional, do Curso de Fonoaudiologia da UFSM, supervisionados pela Profa Dra Elenir Fedosse.

Naturalidade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Tempo de atuação profissional: _____

Estado

civil: _____

Endereço: _____

Como é sua condição de saúde geral?

Tem algum problema de saúde. _____

Qual (is). _____

Faz algum tipo de tratamento? _____

Qual(is) _____

Faz uso de medicamento? _____

Qual(is) _____

Realiza atividade física _____

Qual(is) _____ Frequência _____

Duração: _____ Onde _____

- (DADOS SOBRE A ROTINA ATUAL)

Como é a sua vida cotidiana?

O que gosta de fazer?

O que não gosta de fazer?

Descreva o local onde se encontra:

Identifique seus familiares/cuidadores:

Que dia da semana é hoje? _____

Que dia do mês? _____

Hora do dia: _____ Há quanto tempo tomou café da manhã? _____

O que tomou de café da manhã?

2 - Narrativa de um fato importante da vida (DADO RELEVANTE DA VIDA)

3 - Comentário de um tema da atualidade de seu interesse (preocupação/predileção/relevância)

4 - Interpretação de provérbio popular/ (muito comum à região):

Provérbio usado: _____

Interpretação:

5 - Evocação de um provérbio/piada:

6 - Resolução de problema – oralizado (situação cotidiana)

**CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO DIÁLOGO; DA NARRATIVA; COMENTÁRIO;
PRODUÇÃO INTERPRETAÇÃO DE PROVÉRBIOS/PIADA; RESOLUÇÃO DE
PROBLEMA:**

Atividade cognitiva	Desempenho preservado		
Atenção/concentração	Sim()	Não ()	Parcial ()
Compreensão verbal	Sim()	Não ()	Parcial ()
Expressão verbal	Sim()	Não ()	Parcial ()
Percepção - Coordenadas espaciais	Sim()	Não ()	Parcial ()
Percepção - Coordenadas temporais	Sim()	Não ()	Parcial ()
Percepção proprioceptivas - localização e movimentação do corpo no espaço	Sim()	Não ()	Parcial ()
Memória	Sim()	Não ()	Parcial ()
Praxia/gestualidade	Sim()	Não ()	Parcial ()
Prompting gestual e/ou fonético	Necessário ()	Desnecessário ()	Prejudicial ()
Cálculo matemático	Sim()	Não ()	Parcial ()

Observações:

B - PERCEPÇÃO SUBJETIVA DA VOZ

O que você acha da sua voz?

C- PERCEPÇÃO SUBJETIVA DA AUDIÇÃO, ASSENTADA EM ANAMNESE AUDIOLÓGICA

Apresenta dificuldades para ouvir?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Escuta melhor em qual orelha?	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Ambas iguais
Tem zumbido?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Otalgia?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Otorréia?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Trabalhou ou foi exposto ao ruído?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Tempo de exposição?
Escuta TV em volume alto?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Sente dificuldades para entender o que as pessoas falam?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Em quais situações?
Consegue ouvir ao telefone?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Com dificuldades
Alguém já reclamou que não escuta bem?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Em quais situações?

D. PERCEPÇÃO SUBJETIVA DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO/MOTRICIDADE ORO-FACIAL, ASSENTADA EM ANAMNESE AUDIOLÓGICA

			Obs.:
Apresenta dificuldades para mastigar?	() S	() N	
Apresenta dificuldades para engolir sólidos?	() S	() N	
Apresenta dificuldades para engolir líquidos?	() S	() N	
Engasga com frequência	() S	() N	
Usa prótese dentária total	() S	() N	
Usa prótese dentária parcial	() S	() N	

RESULTADO DA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA E CONDUTA

APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “Aspectos fonoaudiológicos e qualidade de vida de idosos residentes em um município de pequeno porte do RS”

Pesquisador (es) responsável(is): Prof^a Dr^a Elenir Fedosse

Janice Vielmo Cáceres

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria; Departamento de Fonoaudiologia; Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação.

Local da coleta de dados: Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco de Assis-RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos e da instituição onde se realizará a pesquisa; portanto, as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os TCLE, as entrevistas, os questionários e as avaliações fonoaudiológicas comporão um Banco de Dados referente a Processos Linguístico-Cognitivos de sujeitos de diferentes faixas etárias, com ou sem patologia de linguagem (BDPLC), o qual será arquivado em armário chaveado, do Laboratório de Linguagem, Aprendizagem e Surdez – localizado, atualmente, no Subsolo do Prédio de Apoio – UFSM (sito à Rua Floriano Peixoto, nº 1750), sob-responsabilidade da pesquisadora Prof^a Dra Elenir Fedosse. Este banco de dados é de caráter permanente, visto que outras pesquisas de graduação e/ou pós-graduação poderão ser realizadas a partir dos resultados e dados desta.

Santa Maria, 27 de agosto de 2010.

Elenir Fedosse

RG 8 353 712-0

Crfa 3670/SP-TRS