

Artigos originais

Caracterização da saúde de idosos numa perspectiva fonoaudiológica

Characterization of the elderly health in a Speech and Language Therapy perspective

Livia Maria Santiago⁽¹⁾

Cláudia Maria de Lima Graça⁽¹⁾

Monique Coelho de Oliveira Rodrigues⁽²⁾

Gislene Barbosa dos Santos⁽³⁾

⁽¹⁾ Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁽²⁾ Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁽³⁾ Unidade de Terapia, Educação e Comunicação (UNITEC) na área de linguagem em educação especial, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

Recebido em: 10/05/2016
Aceito em: 19/07/2016

Endereço para correspondência:
Livia Maria Santiago
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho / UFRJ
Rua: Rodolpho Paulo Rocco, 255, sala 9E11, Coordenação de Fonoaudiologia, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
CEP: 21941-913
E-mail: liviamsantiago@gmail.com

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência de problemas da comunicação oral, memória, leitura, escrita, voz, audição e motricidade orofacial em idosos.

Métodos: estudo transversal, com 75 idosos cadastrados em uma Clínica da Família carioca. Foram estimadas as prevalências por sexos e conjuntamente. Verificou-se a presença de diferenças entre os sexos por meio dos testes t e qui-quadrado.

Resultados: os principais problemas de comunicação oral e memória foram “evita se comunicar” (20,5%) e “dificuldades em lembrar fatos recentes e passados” (34,7% e 26,4%, respectivamente). Observou-se elevada prevalência de dificuldade na leitura e escrita. Em relação à audição, 43,1% relataram “ver televisão e ouvir rádio muito alto”. Quanto à voz, 71,2% referiam “falar alto ou gritando” e 23,6% “ficar roucos com frequência”. Na motricidade orofacial, 24,7% apresentavam “dificuldades na mastigação em geral” e 54,8% “roncavam ao dormir”.

Conclusão: neste estudo, observou-se uma grande parcela de idosos que referia dificuldades relacionadas às habilidades de linguagem, audição, fonação e mastigação, que são funções relacionadas à socialização, bem-estar e manutenção da autonomia funcional, podendo interferir diretamente na sua qualidade de vida e saúde.

Descritores: Fonoaudiologia; Saúde do Idoso; Prevalência

ABSTRACT

Purpose: to estimate the prevalence of oral communication, memory, reading and writing, voice and oral motor skills problems in elderly people.

Methods: cross-sectional study with 75 older people registered in a Family Clinic of Rio de Janeiro. It was estimated the prevalence, in all cases and by sex. The presence of differences between the sexes was verified by statistical tests t and chi-square.

Results: the problems most frequently related to oral communication and memory were the avoidance to communicate (20.5%), difficulty in remembering recent and past events (34.7% and 26.4% respectively). There was a high prevalence of difficulty in reading and writing. According to hearing, 43.10% reported “watching television and listening to radio too loud.” Related to voice perception, 71.2% referred “speak loudly or shouting” and 23.6% to “get hoarse frequently.” As far as Myofunctional oral motor skill, 24.7% had “difficulties in chewing in general” and 54.8% “snoring while sleeping.”

Conclusion: in this study, there was a large proportion of elderly people who referred difficulties related to language, hearing, speech and chewing skills, which are functions related to socialization, welfare and maintenance of functional autonomy and can directly interfere with their quality of life and health.

Keywords: Speech and Language Pathology; Health of Elderly; Prevalence

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um proeminente fenômeno, que significa um crescimento mais elevado das populações idosas com relação aos demais grupos etários¹. Esse processo vem aumentando de forma acelerada, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. Estima-se que em 2025 o nosso país será o sexto em número de idosos no mundo².

O envelhecimento é uma fase da existência que afeta a estabilidade interna orgânica do indivíduo, que reduz sua capacidade de responder aos estressores ambientais, tornando-o mais vulnerável³. Numa perspectiva atual, o envelhecimento saudável só pode ser concebido à medida que é gerada qualidade de vida, conforme o incremento nos anos do indivíduo⁴.

É reconhecido que a manutenção da capacidade funcional é fundamental para a garantia da qualidade de vida dos idosos⁵⁻⁷. A saúde física em geral, com o controle de doenças crônicas e de seus sintomas, é também muito importante para que os indivíduos vivam com qualidade⁸. Além disso, a participação social, em atividades que possibilitam interação com familiares, amigos e demais pessoas, é primordial para a boa saúde emocional e cognitiva dos idosos⁹⁻¹¹.

A linguagem, fonação, audição e motricidade orofacial estão diretamente envolvidas na forma como os indivíduos se comunicam, podendo assim exercer seu papel social, fator este de extrema importância para uma melhor qualidade de vida da população.

A linguagem, seja oral ou escrita, é considerada um dispositivo do pensamento e por meio dela o indivíduo se organiza, planeja seus atos, entende, aprende, expõe sua opinião e se constrói como sujeito. Problemas relacionados ao envelhecimento podem limitar a autonomia e as trocas de experiência sociais dos idosos, piorando sua qualidade de vida^{3,12,13}.

No que se refere à fonação, as alterações do organismo produzidas pelo envelhecimento, também causam impacto na voz. Com o envelhecimento natural das pregas vocais surge gradativamente uma calcificação e ossificação das estruturas laríngeas prejudicando a qualidade vocal do indivíduo (presbifonia). Entretanto, no idoso, a disfonia pode estar relacionada a outros fatores como as lesões nodulares, alterações orgânicas congênitas, tumores e estenoses laríngeas, o que causa níveis variados de incapacidade e trazem risco de vida e que, portanto, devem ser investigados¹⁴. Considerando-se que a voz é um instrumento importante para a comunicação humana, modificações

na sua emissão podem causar transtornos para os indivíduos¹⁵.

Quanto à audição, observa-se uma perda gradativa de sua acuidade com o passar dos anos, o que é considerado como uma consequência do envelhecimento, sendo chamada de presbiacusia. Esta perda é de grande significado para uma melhor integração do idoso na comunidade em que vive, visto que não atinge somente a capacidade de perceber e discriminar os sons, mas interfere também na compreensão da linguagem, o que acaba afetando a capacidade de socialização do sujeito¹⁶.

A motricidade orofacial está relacionada a funções como mastigação, deglutição, respiração e fala e caso tais funções estejam alteradas poderão causar problemas importantes na vida do indivíduo, visto que a maioria delas está diretamente relacionada à manutenção da vida¹⁷.

Este estudo visa estimar a prevalência de problemas da comunicação oral, memória, leitura e escrita, voz, audição e motricidade orofacial de idosos de famílias cadastradas em uma Clínica da Família do Rio de Janeiro/RJ.

MÉTODOS

Fonte de dados

Este é um estudo transversal, desenvolvido com dados do projeto de pesquisa “**Diagnóstico situacional da saúde da comunicação e capacitação dos agentes comunitários e demais profissionais da equipe na Clínica da Família Dona Zica**”, realizado na comunidade Mangueira, localizada no Rio de Janeiro/RJ, durante o primeiro semestre de 2014. Tal pesquisa trata-se de um inquérito realizado com uma amostra de conveniência constituída por 223 famílias cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Clínica da Família Dona Zica, referência da comunidade Mangueira, localizada no Rio de Janeiro/RJ, totalizando 811 indivíduos. Para coleta de dados, foi construído um instrumento com base na literatura científica da área da fonoaudiologia, estruturado de forma a contemplar variáveis sociodemográficas, questões para a triagem de características da comunicação e funções a ela relacionadas (mastigação, deglutição e respiração) e aos comportamentos e fatores de risco e proteção para possíveis problemas de saúde (tabagismo, oncofagia, respiração oral, etc). O instrumento contempla informações sociodemográficas familiares e de saúde e desenvolvimento, específicas para cada faixa

etária. A pesquisa foi patrocinada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) do curso de Fonoaudiologia da instituição de origem. Os alunos bolsistas do PET-Saúde foram responsáveis pelas entrevistas, realizadas nos domicílios ou na própria clínica. Um membro de família cadastrada, com idade igual ou superior a 18 anos era convidado por uma das entrevistadoras a participar do estudo e, caso aceitasse, fornecia informações sobre si e sobre todos os demais integrantes de sua família, além de assinar ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do HUCFF da UFRJ, tendo sido aprovado sob o parecer CAAE: 21897513.5.0000.5257.

Critérios de inclusão

A definição de idoso utilizada nesta investigação contemplou os indivíduos de 60 anos ou mais de idade, conforme definido pelo Estatuto do Idoso ¹¹.

Para atender ao objetivo do presente estudo foram selecionados os 75 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos participantes da pesquisa PET-Saúde Fonoaudiologia, representando 9,2% do total.

Critérios de exclusão

Para a pesquisa PET-Saúde, os moradores da comunidade não cadastrados na ESF e, para o estudo atual, os entrevistados com idade inferior a 60 anos.

Variáveis de estudo

Foram consideradas as seguintes variáveis: socio-demográficas (idade, faixa etária, sexo, nível de escolaridade, trabalho, aposentadoria); de saúde e hábitos de vida (informações sobre avaliação auditiva e uso de prótese auditiva, avaliação oftalmológica e uso de óculos, uso de prótese dentária, uso de prótese/órtese de membro superior/inferior, histórico de encaminhamento fonoaudiológico, problemas de saúde, tipo de problemas, tratamento, uso de medicação, tabagismo e prática de esportes); além das relativas à comunicação oral e memória, escrita e leitura, voz, audição e motricidade oral.

Análise estatística

Na análise descritiva da população de estudo foram utilizadas frequências em números absolutos e percentuais das variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para a variável contínua idade.

A presença de diferenças estatisticamente significantes entre os sexos foi verificada por meio de testes estatísticos (teste t e teste do qui-quadrado), considerando nível de significância de 5%.

As prevalências das diferentes características fonoaudiológicas foram estimadas, separadamente por sexos e conjuntamente.

As análises estatísticas foram efetuadas utilizando-se os pacotes SPSS 21.0 (*Statistical Package Social Science*).

RESULTADOS

A média de idade dos 75 indivíduos participantes do estudo era de 68,7 anos (Mediana= 68,0 e desvio padrão= 6,9).

A Tabela 1 apresenta a caracterização das variáveis sócio-demográficas da amostra. Pode-se observar um predomínio do sexo feminino (53,3%), na faixa etária de 60 a 69 anos (59,7%), com média/baixa escolaridade (79,6%) e que não trabalhavam (72,20), embora uma minoria fosse aposentada (29,6%).

Na Tabela 2 é apresentada a caracterização de saúde e hábitos de vida dos indivíduos. Nota-se que a maioria da população pesquisada não havia realizado avaliação audiológica (68,9%), mas havia feito avaliação oftalmológica (87,8%), sendo que quase 60% usavam óculos. Grande parte dos idosos utilizava prótese dentária (70,3%) e não tinha histórico de encaminhamento fonoaudiológico (88,9%). Embora a maioria apresentasse problemas de saúde (87,7%), quase 90,0% era independente em suas atividades do dia-a-dia. As prevalências de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes eram elevadas (64,9% e 31,1%, respectivamente). Muitos dos idosos referiram fazer algum tratamento de saúde (78,4%) e utilizar medicação regular (82,2%). Mais de 50,0% tinham histórico de tabagismo (atual ou pregresso).

Na Tabela 3, são apresentadas as prevalências de algumas das características fonoaudiológicas dos indivíduos, por sexo e em geral. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os sexos, exceto para a variável “escrita organizada”.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos idosos da pesquisa PET-Saúde Fonoaudiologia, Mangueira, Rio de Janeiro/RJ, 2014

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	35	46,7
	Feminino	40	53,3
Faixa etária	60-69 anos	43	59,7
	70-79 anos	23	31,9
	80 anos ou mais	6	8,3
Frequentou escola	Sim	58	79,5
	Não	15	20,5
Nível de escolaridade	Ensino fundamental	39	79,6
	Ensino médio/técnico	8	16,3
	Superior	2	4,1
Trabalho atual	Sim	20	27,8
	Não	52	72,2
Aposentado	Sim	21	29,6
	Não	50	70,4

Tabela 2. Caracterização de saúde e hábitos de vida dos idosos da pesquisa PET-Saúde Fonoaudiologia, Mangueira, Rio de Janeiro/RJ, 2014

Variáveis		N	%
Realizou avaliação audiológica	Sim	23	31,1
	Não	51	68,9
Usa prótese auditiva	Não	72	97,3
	Sim	2	2,7
Realizou avaliação oftalmológica	Sim	65	87,8
	Não	9	12,2
Usa óculos	Não	30	40,5
	Sim	44	59,5
Usa prótese dentária	Não	22	29,7
	Sim	52	70,3
Histórico de encaminhamento fonoaudiológico	Não	64	88,9
	Sim	8	11,1
Usa prótese ou órtese (MMII ou MMSS)	Não	73	98,6
	Sim	1	1,4
Cadeirante	Não	73	98,6
	Sim	1	1,4
Independente nas atividades do dia-a-dia	Sim	65	89,0
	Não	8	11,0
Problema de saúde	Não	9	12,3
	Sim	65	87,7
Hipertensão Arterial	Não	26	35,1
	Sim	48	64,9
Diabetes	Não	51	68,9
	Sim	23	31,1
Faz tratamentos de saúde	Não	16	21,6
	Sim	58	78,4
Faz uso de medicação regular	Não	13	17,8
	Sim	60	82,2
Histórico de tabagismo	Nunca fumou	32	44,4
	Já foi tabagista	27	37,5
	Tabagista atual	13	18,1
Prática de atividades físicas	Sim	6	8,2
	Não	67	91,8

Tabela 3. Distribuição das variáveis por sexo, dos idosos da pesquisa PET-Saúde Fonoaudiologia, Mangueira, Rio de Janeiro/RJ, 2014

Variáveis		Masculino	Feminino	Total	p-valor do χ^2 entre sexos
		N (%)	N (%)	N (%)	
COMUNICAÇÃO ORAL E MEMÓRIA					
Fala corretamente e fluentemente	Sim	27 (79,4)	35 (89,7)	62 (84,9)	0,218
	Não	7 (20,6)	4 (10,3)	11 (15,1)	
Habilidade em conversar e argumentar com o outro	Sim	28 (82,4)	36 (92,3)	64 (87,7)	0,197
	Não	6 (17,6)	3 (7,7)	9 (12,3)	
Narra com detalhes histórias, fatos e situações	Sim	30 (88,2)	34 (87,2)	64 (87,7)	0,891
	Não	4 (11,8)	5 (12,8)	9 (12,3)	
Dificuldade para se comunicar	Não	28 (82,4)	34 (87,2)	62 (84,9)	0,565
	Sim	6 (17,6)	5 (12,8)	11 (15,1)	
Evita se comunicar	Não	27 (79,4)	31 (79,5)	58 (79,5)	0,994
	Sim	7 (20,6)	8 (20,5)	15 (20,5)	
Dificuldade em lembrar fatos recentes	Não	25 (75,8)	22 (56,4)	47 (65,3)	0,086
	Sim	8 (24,2)	17 (43,6)	25 (34,7)	
Dificuldade em lembrar fatos passados	Não	26 (78,8)	27 (69,2)	53 (73,6)	0,359
	Sim	7 (21,2)	12 (30,8)	19 (26,4)	
LEITURA E ESCRITA					
Leitura fluente	Sim	19 (55,9)	25 (64,1)	44 (60,3)	0,475
	Não	15 (44,1)	14 (35,9)	29 (39,7)	
Lê e compreende palavras, frases e textos	Sim	22 (64,7)	25 (64,1)	47 (64,4)	0,957
	Não	12 (35,3)	14 (35,9)	26 (35,6)	
Escrita fluente	Sim	14 (42,4)	24 (61,5)	38 (52,8)	0,106
	Não	19 (57,6)	15 (38,5)	34 (47,2)	
Escrita organizada	Sim	11 (33,3)	23 (59,0)	34 (47,2)	0,030
	Não	22 (66,7)	16 (41,0)	38 (52,8)	
AUDIÇÃO					
Atende ao ser chamado pelo nome	Sim	33 (97,1)	37 (94,9)	70 (95,9)	0,639
	Não	1 (2,9)	2 (5,1)	3 (4,1)	
Escuta televisão e rádio muito alto	Não	19 (55,9)	22 (57,9)	41 (56,9)	0,863
	Sim	15 (44,1)	16 (42,1)	31 (43,1)	
VOZ					
Fala alto ou gritando	Não	24 (70,6)	28 (71,8)	52 (71,2)	0,910
	Sim	10 (29,4)	11 (28,2)	21 (28,8)	
Fica rouco com frequência	Não	29 (85,3)	26 (68,4)	55 (76,4)	0,092
	Sim	5 (14,7)	12 (31,6)	17 (23,6)	
MOTRICIDADE OROFACIAL					
Mastiga alimentos sólidos sem dificuldade	Sim	30 (88,2)	31 (79,5)	61 (83,6)	0,314
	Não	4 (11,8)	8 (20,5)	12 (16,4)	
Dificuldades na mastigação em geral	Não	26 (76,5)	29 (74,4)	55 (75,3)	0,835
	Sim	8 (23,5)	10 (25,6)	18 (24,7)	
Dificuldades para engolir os alimentos	Não	30 (88,2)	35 (89,7)	65 (89,0)	0,837
	Sim	4 (11,8)	4 (10,3)	8 (11,0)	
Engasgos ou tosse ao beber líquidos	Não	27 (79,4)	26 (66,7)	53 (72,6)	0,223
	Sim	7 (20,6)	13 (33,3)	20 (27,4)	
Ronca ao dormir	Não	14 (41,2)	19 (48,7)	33 (45,2)	0,518
	Sim	20 (58,8)	20 (51,3)	40 (54,8)	

A presença de diferenças estatísticas foi verificada pelo teste do qui-quadrado.

No que se refere à comunicação oral e à memória, a maioria da população pesquisada referiu “falar corretamente e fluentemente” (84,9%), “possuir habilidade em conversar e argumentar com o outro” (87,7%), “narrar com detalhes histórias, fatos e situações” (87,7%) e “não apresentar dificuldade para se comunicar” (84,9%). Os problemas mais relatados nesta categoria de variáveis foram “evitar se comunicar” (20,5%), “dificuldades em lembrar fatos recentes” (34,7%) e “dificuldades em lembrar fatos passados” (26,4%).

Observou-se uma elevada prevalência de dificuldade em habilidades de leitura e escrita. Aproximadamente 40,0% da população referiu não apresentar “leitura fluente” e 35,6% referiu não conseguir “ler e compreender palavras, frases e textos” (64,4%). Quase 50,0% disseram não serem capazes de “escrita fluente” e de “escrita organizada”.

Nos aspectos relacionados à audição, grande parte não apresentava dificuldades em atender quando chamado pelo nome (95,9%), entretanto, mais de 40,0% relataram “ver televisão e ouvir rádio muito alto”.

Quanto à voz, a prevalência de “falar alto ou gritando” era de mais de 70,0% e quase 25% dos idosos referiam “ficar roucos com frequência”.

Já no que se refere aos aspectos da motricidade orofacial, grande parte relatou “mastigar alimentos sólidos sem dificuldade” (83,6%), mas aproximadamente 25,0% da população estudada referiu apresentar “dificuldades na mastigação em geral”. Apontou-se para baixa prevalência de problemas de deglutição, visto que somente 11,0% dos idosos referiram “dificuldades para engolir os alimentos”, mas a elevada prevalência de “ronco ao dormir” (54,8%) pode indicar problemas respiratórios.

DISCUSSÃO

A presença de doenças crônicas e o uso de múltiplas medicações são consideradas condições comuns entre os idosos. Entretanto, o conceito de saúde nesta fase da vida ultrapassa a noção de ausência de morbidades, valorizando-se mais a autonomia dos sujeitos, ou seja, sua capacidade de autogestão, de manutenção do convívio social e de realização de atividades de lazer e de trabalho (seja ele caráter doméstico ou econômico) ⁷. Em 2006 a Portaria GM nº2.528/2006 que instituiu a Política Nacional do Idoso, reconhece um dos principais problemas que podem atingir o indivíduo idoso é o dano em sua capacidade funcional, o que representa a diminuição das habilidades físicas e mentais que são imprescindíveis para

um bom desempenho em atividades do seu dia-a-dia de forma independente ¹⁸.

Muitos indivíduos quando chegam à terceira idade modificam seus hábitos e sua rotina diária por conta de alterações das funções comunicativas, o que causa um grande impacto em sua vida. Tal impacto pode ser percebido em sua comunicação, por exemplo, na dificuldade geral de falar, de pronunciar o nome dos objetos corretamente, de lembrar histórias ou nomes e, genericamente, de se expressar e de se fazer entender. Essas habilidades estão interligadas à memória, que muitas vezes está alterada nos idosos, dificultando sua integração social. Tais dificuldades podem gerar isolamento social, solidão, tristeza, depressão e estresse, alterando sua autonomia no dia-a-dia e sua qualidade de vida ¹⁹.

Entre as habilidades de comunicação oral pesquisadas neste estudo, a questão de destaque foi “evitar se comunicar”, referida por mais de um quinto da amostra. Tal questão pode apontar para possíveis dificuldades na compreensão e expressão oral, bem como para redução da acuidade auditiva, ou mesmo, para problemas emocionais e/ou de humor, que deveriam ser melhor investigados, visto que restringem a participação social dos indivíduos. Quanto à memória, foi observada elevada prevalência de dificuldades, tanto na habilidade relacionada à evocação, quanto à de memória recente, com maior referência a esta última. Alterações na memória recente podem acarretar prejuízos na realização de tarefas relacionadas às funções executivas e à memória de trabalho, pois há comprometimento no registro e resgate das informações previamente estocadas, que são tarefas que dependem da consolidação das informações recentes ¹². Na prática, o idoso enfrenta dificuldades na localização de objetos, transmissão de recados e no uso de medicação em horários e doses corretos, que são atividades fundamentais para sua autonomia.

No presente estudo, observou-se que os idosos pesquisados apresentavam elevada prevalência de dificuldades na leitura e na escrita, o que se deve, provavelmente, ao baixo nível de escolaridade identificado na amostra e muito comum nesta faixa etária ²⁰. Acredita-se que a leitura, assim como a escrita de um sujeito em processo de envelhecimento, estão diretamente relacionadas às suas relações sociais e interacionais e, portanto à forma com que este se afirma, se organiza e se insere no mundo ¹³. Além disso, a baixa escolaridade dificulta a conquista de uma boa carreira profissional, reduz os salários e delimita também a

defesa dos próprios direitos, o que se constitui num dos principais fatores de exclusão social ²¹.

A diminuição da acuidade auditiva é considerada uma condição frequente entre a população idosa. Em uma pesquisa de base populacional, realizada com 238 idosos do Rio de Janeiro/RJ, foi identificada uma prevalência de perda auditiva, aferida por audiometria, de 42,9% entre as mulheres e de 64,3% entre os homens²². Entre os 343 idosos de um estudo populacional de Londrinas/PR foi observada uma prevalência de 87,7% de perda auditiva ou rebaixamento de frequências ²³. Acredita-se que a auto-avaliação da audição possa ser um útil indicador de condições de saúde auditiva e recomenda-se seu uso em estudos epidemiológicos, na impossibilidade de realização da audiometria, considerada o teste padrão-ouro ²⁴. Em estudo realizado com 35 idosos participantes de projetos culturais de uma universidade, em Juiz de Fora/MG, foi observada uma prevalência de queixas auditivas em 31,4% da amostra, sendo as principais queixas as relacionadas à compreensão da fala durante atos comunicativos, dificuldade na compreensão da TV e/ou do rádio e a baixa tolerância a sons intensos ²⁵. Neste estudo, a maioria dos idosos da amostra relatou não possuir dificuldades em “atender ao ser chamado pelo nome”, entretanto, quase metade referiu “escutar televisão e rádio muito alto”. Entre os prejuízos causados pela redução da acuidade auditiva no idoso estão a perda de informação no contato interpessoal, as dificuldades em manter-se informado pelos meios de comunicação e de utilizá-los como instrumentos de lazer e recreação²⁶.

A maioria dos participantes do estudo relatava “falar alto ou gritando” e “ficarem roucos com frequência”, hábitos que podem acarretar alterações vocais importantes. A produção vocal realizada com esforço, sem harmonia e que limita o indivíduo na transmissão de sua mensagem verbal e emocional diz respeito a um transtorno vocal denominado disfonia ²⁷. No idoso, as pesquisas apontam que disfônias associadas, por exemplo, à formação de nódulos, podem ser atribuídas a abusos vocais, especialmente gritar, falar com esforço, falar em forte intensidade por períodos prolongados. Da mesma forma, pode-se observar que idosos que possuem famílias mais numerosas e vivem em ambiente familiar ruidoso, costumam ter mais alterações vocais. Falar com esforço e sem descansar, bem como falar em forte intensidade são hábitos vocais relacionados a uma dinâmica familiar que tende a promover ambiente ruidoso. Isso indica

que quanto mais alterada a qualidade vocal, maior o impacto na qualidade de vida relacionada à voz ²⁸. Em estudo realizado com 50 mulheres entre 60 e 87 anos, da zona rural de São Paulo, observou-se relação entre qualidade vocal e qualidade de vida, considerando parâmetros de funcionamento físico, vitalidade, saúde geral, saúde mental, dor corporal e papel físico na vida²⁹.

Na motricidade orofacial, parte dos idosos relatou “dificuldades na mastigação em geral” e “dificuldades para engolir os alimentos”. Alguns dos motivos de alterações na mastigação em idosos são a redução da qualidade neuromuscular do indivíduo e a perda de elementos dentários, que inviabilizam a boa oclusão e prejudicam a mastigação correta e/ou o uso de medicações capazes de alterar os sentidos do paladar e olfato, prejudicando, por exemplo, a salivação ³⁰. A qualidade da mastigação, com o equilíbrio no controle do bolo alimentar é fundamental, especialmente por tratar-se da fase que antecede a função da deglutição. A deglutição é uma função importante para a alimentação e manutenção da vida, mas com o envelhecimento pode-se desenvolver um quadro de disfagia, que se trata da dificuldade de engolir os alimentos, por ações motoras mais lentas ou descoordenadas. Além de reduzir o prazer de se alimentar, esse problema pode se tornar um risco grave para o idoso, que se torna sujeito à aspiração do alimento para as vias aéreas inferiores, podendo leva-lo ao óbito. Os problemas citados podem interferir fortemente na qualidade de vida do idoso, pois podem leva-los a isolar-se do convívio social ¹⁷.

O ronco também é um fator importante a ser discutido, visto que muitos idosos fizeram referência a tal problema neste estudo. Roncar ao dormir possibilita alterações na qualidade do sono, que podem acarretar problemas na qualidade de vida em geral. São muitas as consequências do ronco, como por exemplo, acordar cansado e de mau humor, sonolência durante o dia, engasgos, sono agitado, boca seca, déficit de atenção, memória e concentração, além de ocasionar transtornos conjugais ³¹. Segundo Oliveira et al (2010)

o padrão de sono se destaca como uma das mais frequentes queixas entre indivíduos idosos, sendo que a apnéia do sono (cessação do fluxo de ar por mais de dez segundos) é o segundo transtorno mais prevalente³². Um dos principais sintomas da apnéia é o ronco e tal síndrome tende a aumentar com a idade, devido às mudanças anatômicas no aparelho respiratório que se relacionam com a idade ³³.

A metodologia de amostragem utilizada para este estudo, amostra por conveniência, pode representar uma limitação no que se refere à extrapolação dos resultados para toda a comunidade onde foi feita a coleta de dados. Entretanto, a importância da elevada prevalência de algumas características negativas relacionadas à comunicação oral e escrita, memória, audição e respiração na amostra não deve ser ignorada.

Este estudo colaborou para a identificação de possíveis problemas nas funções relacionadas à fonoaudiologia, que podem exercer um impacto negativo na saúde física, mental, na sociabilidade e na qualidade de vida dos idosos. Sugere-se a realização de estudos mais apurados, utilizando métodos de triagem para que tais informações possam ser confirmadas.

É imperativo que se realize processos de capacitação das Equipes de Saúde da Família, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde, para que se proceda na escuta qualificada de queixas de saúde não limitadas a quadros de adoecimento. Tais queixas devem ser melhor investigadas, a fim de se modificar situações adversas de saúde dos idosos. Acredita-se no papel do fonoaudiólogo como um ator importante no processo de capacitação, desde que o profissional pautar suas práticas no conceito mais amplo e integral de saúde.

CONCLUSÃO

Neste estudo, observou-se uma grande parcela de idosos que referia dificuldades relacionadas às habilidades de linguagem, audição, fonação e mastigação, que são funções relacionadas à socialização, bem estar e manutenção da autonomia funcional, podendo interferir diretamente na sua qualidade de vida e saúde. Estes achados tornam-se ainda mais importantes, quando identificados em indivíduos que tiveram suas informações coletadas no domicílio que, teoricamente, não apresentavam queixas. Suspeita-se que as prevalências encontradas estejam subestimadas, acreditando-se que o problema possa ser ainda mais expressivo.

O reconhecimento das características de saúde dos idosos numa perspectiva fonoaudiológica é importante para subsidiar melhorias nas práticas de cuidado à saúde deste grupo populacional. Assim pode-se pensar em ações a serem realizadas pelos diferentes profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, como oferta de informações e orientações, oficinas e, até mesmo, terapia para que o impacto destes problemas seja atenuado.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão número 858. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf
2. World Health Organization (WHO). Men, ageing and health-achieving health across the life span. Genebra; Who, Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Department; 2001.
3. Gamburgro L JL, Monteiro MIB, Chun RYS. Questões sobre a atenção à saúde no envelhecimento no âmbito da fonoaudiologia. *Distúrb Comum*. 2006;18(1):111-7.
4. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54.
5. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):383-91.
6. Jefferson AL, Paul RH, Ozonoff A, Cohen RA. Evaluating elements of executive functioning as predictors of instrumental activities of daily living (IADLs). *Arch Neuropsychol*. 2006;21(4):311-20.
7. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793-8.
8. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
9. Alencar NA, Souza Júnior JV, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas E. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. *Fisioter Mov*. 2010;23(3):473-81.
10. Picollo GM. Os caminhos dialéticos do envelhecimento e sua relação com a educação física contemporânea. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(1):169-77.
11. Pegorari MS, Dias FA, Santos NMF, Tavares DMS. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. *Rev Educ Fís*. 2015;26(2):233-41.

12. Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(1):67-73.
13. Massi G, Torquato R, Guarinello AC, Berberian AP, Santana AP, Lourenço RC. Práticas de letramento no processo de envelhecimento. *Rev Bras Geriatria e Gerontologia*. 2010;13(1):59-71.
14. Nicollas R, Giovanni A, Triglia JM. Dysphonia in children. *Arch Pediatr*. 2008;15(6):1133-8.
15. Soares EB, Borba DT, Barbosa TK, Medved DM, Montenegro ACA. Hábitos vocais em dois grupos de idosos. *Rev CEFAC*. 2007;9(2):221-7.
16. Ribas A, Kozlowski L, Almeida G, Marques JM, Silvestre RAA, Mottecy CM. Qualidade de vida: comparando resultados em idosos com e sem presbiacusia. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):353-62.
17. Souza A, Oda AL. A importância do levantamento de queixas de idosos institucionalizados durante a entrevista para o planejamento da reabilitação fonoaudiológica. *O mundo da saúde*. 2008;32(2):157-69.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.528/2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*. 2006;237(20):4.
19. Monteiro I. Dificuldade de memorização e retenção na terceira idade. Disponível em: www.escrita.com.br/escrita/leitura.asp?Texto_ID=5242. Acesso em: 22/Out/2014.
20. Camarano AA, Beltrão KI, Pascom ARP, Medeiros M, Carneiro IG, Goldani, AM et al. Como vai o idoso brasileiro? Texto para discussão. 1999;10(2):1-63.
21. Oliveira M. Escolaridade dos idosos no Brasil é muito baixa. Disponível em: <http://www.cobap.org.br/capa/lenoticia.asp?ID=56306>. Acesso em: 04/Nov/2014
22. Mattos LC, Veras RP. A prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2007;73(5):654-9.
23. Meneses C, Peretti Mário MP, Marchori LLM, Melo JJ, Freitas ERF. Prevalência de perda auditiva e fatores associados na população idosa de Londrina, Paraná: estudo preliminar. *Rev. CEFAC*. 2010;12(3):384-92.
24. Valete-Rosalino CM, Rozenfeld S. Triagem auditiva em idosos: comparação entre auto-relato e audiometria. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(2):193-200.
25. Santiago LM, Novaes CO. A auto-avaliação da audição em idosos. *Rev. CEFAC*. 2009;11(Supl1):98-105.
26. Mansur LL, Viúde A. Aspectos Fonoaudiológicos no envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. p.284-95.
27. Teixeira MZM, Trezza EMC, Behlau M. Opinião dos pais sobre a voz de seus filhos de 5 a 12 anos. *Rev Paul Pediatría*. 2003;21(2):68-75.
28. Paixão CLB, Silvério KCA, Berberian AP, Mourão LF, Marques JM. Disfonia infantil: hábitos prejudiciais à voz dos pais interferem na saúde vocal de seus filhos?. *Rev. CEFAC*. 2012;14(4):705-13.
29. Costa HO, Matias C. O impacto da voz na qualidade da vida da mulher idosa. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(2):172-8.
30. Silva LG, Goldenberg M. A matisgação no processo de envelhecimento. *Rev. CEFAC*. 2001;3:27-35.
31. Soares EB, Pires JB, Menezes MA, Santana SKS, Fraga J. Fonoaudiologia x Ronco/Apneia do sono. *Rev. CEFAC*. 2010;12(2):317-25.
32. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade - Estudo PENSA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):851-60.
33. Ancoli-Israel S. Sleep disorders care guide to assessing 4 common sleep problems in geriatric patients. *Geriatrics*. 2004;59(1):37-40.