

Qualidade de vida e condições de saúde de idosos que buscam atendimento em uma clínica de fonoaudiologia

Quality of life and health conditions of elderly people looking for service in a phonoaudiology clinic

DOI:10.34117/bjdv7n4-376

Recebimento dos originais: 14/03/2021

Aceitação para publicação: 14/04/2021

Frances Tockus Wosiacki

Mestra em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Tuiuti do Paraná.
Universidade Tuiuti do Paraná
Endereço: Rua Bruno Filgueira,73, apto 43. CEP 80.240-220
E-mail: franceswosiacki@hotmail.com

Adrielle Barbosa Paisca

Mestranda em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Tuiuti do Paraná.
Universidade Tuiuti do Paraná
Endereço: Rua Oliveira Viana, 1060, apto 209. CEP: 81.630-070 Curitiba - PR
E-mail: dri.paisca@outlook.com

Ana Cristina Guarinello

Doutora em Linguística pela UFPR
Universidade Tuiuti do Paraná
Endereço: Rua Sydnei Antonio Rangel Santos, 238 - Santo Inacio, Curitiba - PR,
82010-330
E-mail: ana.guarinello@utp

Telma Pelaes de Carvalho

Doutora em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Tuiuti do Paraná.
Docente do Instituto Federal do Paraná – IFPR
Endereço: R. João Negrão, 1285 - Rebouças, Curitiba - PR, 80230-150
E-mail: telma.carvalho@ifpr.edu.br

Roberta Vetorazzi Souza Batista

Farmacêutica Industrial e graduanda em Fonoaudiologia
Universidade Tuiuti do Paraná
Endereço: Rua Sydnei Antonio Rangel Santos, 238 - Santo Inacio, Curitiba - PR,
82010-330
E-mail: robertavsbatista@gmail.com

Amanda dos Santos

Fonoaudióloga pela Universidade Tuiuti do Paraná
Universidade Tuiuti do Paraná
Endereço: Rua Sydnei Antonio Rangel Santos, 238 - Santo Inacio, Curitiba - PR,
82010-330
E-mail: a.mandasantos@yahoo.com

Ana Paula Hey

Mestrado em cirurgia

Docente da universidade tuiuti do Paraná

Endereço: Rua Alfredo heisler 216 - cep 82600-470- Curitiba PR

E-mail: anapaulahey@hotmail.com

Giselle Massi

Doutora em Linguística

Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação

Endereço: Benjamin Lins, 750, apto 61. CEP: 80.420-100

E-mail: giselle.massi@utp.br

RESUMO

Introdução: A Participação Social, a Autonomia e a Independência são considerados pilares no âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, capazes de sustentar a Qualidade de Vida da população que envelhece. A atuação fonoaudiológica voltada à promoção da saúde e à integração social deve considerar as singularidades dos sujeitos e suas histórias de vida. **Objetivo:** analisar aspectos relacionados à QV e as condições de saúde fonoaudiológica, na singular perspectiva de idosos que buscam atendimento clínico na área da Fonoaudiologia. **Método:** Participaram do estudo, vinte e uma pessoas idosas que buscavam atendimento fonoaudiológico, em uma clínica- escola, situada no Paraná. A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de questionário sobre o perfil sociodemográfico dos participantes e entrevista semiestruturada. Tal instrumento enfocou questões a respeito da opinião dos idosos sobre suas condições de saúde e qualidade de vida. Os dados constituídos pelo material linguístico- discursivo produzidos pelos participantes foram organizados e tratados por meio da Análise do Conteúdo. **Resultados:** os participantes apresentaram idades entre 61 e 84 anos, sendo a maioria formada por mulheres casadas, com escolaridade compatível com o ensino fundamental e com renda de até um salário mínimo. A principal queixa que apresentam vincula-se à perda auditiva. Entretanto, além de tal perda, atrelam o zumbido e dificuldades na deglutição como aspectos que intervêm negativamente na qualidade de vida, na medida em que prejudicam as relações interpessoais. **Conclusão:** para além de questões orgânicas, é necessário que o fonoaudiólogo considere o posicionamento do idosos, contribuindo para que se mantenham integrados à família e na comunidade em que estão inseridos. Além disso, esse profissional pode promover a participação ativa dos idosos na promoção da própria qualidade de vida.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Qualidade de Vida, Fonoaudiologia, Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Introduction: Social Participation, Autonomy and Independence are considered pillars within the scope of the National Health Policy for the Elderly, capable of sustaining the Quality of Life (QoL) of the aging population. Speech therapy activities aimed at health promotion and social integration must consider the subjects' singularities and their life histories. **Objective:** to analyze aspects related to QoL and speech-language health conditions, from the unique perspective of the elderly who seek clinical care in the field of Speech-Language Pathology. **Method:** Twenty-one elderly people who sought speech therapy in a clinic-school, located in Paraná, participated in the study. The data was obtained through the application of a questionnaire on the socio-demographic profile of the participants and semi-structured interviews. This instrument focused on questions about the opinion of the elderly about their health conditions and quality of life. The data which

consists of the linguistic-discursive material were organized and treated through Content Analysis. Results: the participants were between 61 and 84 years old, the majority were married women, with schooling compatible with elementary school and with an income about one minimum wage, in average. Their main complaint is linked to hearing loss. However, in addition to such loss, they link tinnitus and difficulties in swallowing as aspects that interfere negatively in quality of life, insofar as they harm interpersonal relationships. Conclusion: in addition to organic issues, it is necessary for the speech therapist to consider the positioning of the elderly, helping them to remain integrated with the family and the community in which they are inserted. In addition, this professional can promote the active participation of the elderly, then their own quality of life.

Keywords: Aging, Quality of Life, Speech, Language and Hearing Sciences, Health of the Elderly.

1 INTRODUÇÃO

A segunda metade da década de 80 foi marcada por importantes discussões vinculadas à proposta de descentralização dos recursos e mudanças no gerenciamento do sistema de saúde, no Brasil. O Movimento de reforma Sanitária foi constituído por atores sociais que firmaram a necessidade da democratização do atendimento de saúde em um cenário de efetiva mudança social e política, evidenciando a necessidade de revisão do modelo de saúde vigente, na época (COELHO,2012).

Após um longo período do estado ditatorial brasileiro, marcado pelo autoritarismo e tecnicismo, o Movimento Sanitário, que visava a redemocratização, reconheceu a necessidade de rever o modelo de saúde. E, nessa direção, ressaltou a importância de a população participar das decisões do Estado, aproximando-a de ações que envolvem o cotidiano dos cidadãos brasileiros (DALLARI, 2000).

A participação social foi fundamental para promover a Reforma Sanitária Brasileira que apontou, segundo a Lei Orgânica de Saúde, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (BRASIL, 1990). E, nesse contexto, a saúde passou a ser entendida como direito social, vinculado à cidadania e aos direitos humanos (CAMPOS, 2007). Com tal entendimento, a Reforma Sanitária instigou novas práticas de assistência e cuidado em saúde, as quais, para além de serviços ambulatoriais, passaram a integrar as reivindicações populares no sentido da descentralização do gerenciamento do sistema de saúde.

As novas propostas de atendimento à saúde buscaram torná-la mais acessível e, a partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, o acesso à saúde da população tornou-se gratuito, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

A criação do SUS ampliou a assistência à saúde para a população, possibilitando:

[...] um novo olhar às ações, serviços e práticas assistenciais. Sendo estas norteadas pelos princípios e diretrizes: Universalidade de acesso aos serviços de saúde; Integralidade da assistência; Equidade; Descentralização Político-administrativa; Participação da comunidade; regionalização e hierarquização (REIS, 2003 apud ROLIM, 2013, p. 139).

Além disso, o SUS enfatizou o protagonismo de seus usuários, ou seja, incentivou o envolvimento do sujeito no processo de cuidado em saúde, rompendo com a lógica de um cuidado mecanicista, própria da prática biomédica, que reconhece apenas as causas orgânicas da doença, em uma visão especializada e, muitas vezes, fragmentada. Além de buscar o protagonismo dos sujeitos, o SUS assumiu a função de promover ações que incentivassem a população a participar do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde.

Assim, a Participação Social deveria ser promovida nos serviços de saúde, para conduzir, de forma mais efetiva, a organização de diretrizes para a melhoria do atendimento voltado aos próprios sujeitos que fazem uso dos serviços públicos de saúde (PNPS, 2018). Nessa direção, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSPI (BRASIL, 2006) afirma que a participação social, a autonomia e a independência das pessoas mais velhas são pilares capazes de sustentar a sua Qualidade de Vida (QV). Em relação à saúde da população idosa, essa política aponta que as pessoas, com 60 anos ou mais, precisam manter-se participando da comunidade em que vivem, contribuindo com aspectos relacionados à saúde, educação, cultura, cidadania, entre outros.

Paschoal (2006) refere que a participação social auxilia na manutenção da saúde, contribuindo para o bem-estar daqueles que se mantêm ativos. Para Santos (2002), a participação social, juntamente com outros fatores, pode proporcionar bem-estar, saúde física e psíquica durante a velhice, além de viabilizar possibilidades para lidar com situações de âmbito social, financeiro e familiar.

Para a ampliação da participação social da população idosa e para a manutenção de suas relações sociais, segundo Zanin (2015), é importante que fonoaudiólogos atuem juntamente com a população em programas voltados ao uso da linguagem, da audição, da voz e suas interferências na fala, não só no diagnóstico e tratamento de acometimento de doenças. Mas, com foco em práticas de promoção e proteção da saúde, de maneira irrestrita, realizando visitas domiciliares, oferecendo assessoria, organizando grupos de promoção da saúde, contribuindo com a análise e entendimento da situação da área da saúde de maneira

ampla, no local que atuam, auxiliando na capacitação de agentes comunitários de saúde, bem como no diálogo com a população sobre hábitos e condições ambientais.

Portanto, para além de uma visão clínica, é possível identificar, no âmbito da fonoaudiologia, múltiplas possibilidades de atuações que operem no sentido de assegurar aos idosos a integração social. Massi (2016) refere que intervenções fonoaudiológicas que visam a promoção da saúde e que levam em conta as singularidades dos sujeitos, indicam ações capazes de promover a participação social de idosos na comunidade em que estão inseridos.

Pesquisas indicam que atuações fonoaudiológicas voltadas à promoção da saúde podem auxiliar a população que está envelhecendo a ter maior participação social. Essas pesquisas apontam para ações fonoaudiológicas que incentivam os idosos a refletirem sobre a possibilidade de reivindicarem seus direitos como cidadãos (SOUZA, MASSI, 2015; MASSI ET AL, 2018).

Nesse contexto, torna-se relevante conhecer a percepção de idosos, que buscam atendimento fonoaudiológico em uma Clínica Escola vinculada a uma universidade privada, localizada no Paraná, acerca de aspectos relacionados à sua QV e à sua saúde fonoaudiológica. Pois, esse conhecimento é imprescindível para aprimorar o atendimento voltado ao idoso, buscando a participação do idoso na melhoria de sua própria QV e no aperfeiçoamento dos serviços de saúde voltados a essa população. Dessa forma, o objetivo da presente pesquisa é analisar aspectos relacionados à QV e as condições de saúde fonoaudiológica, na perspectiva de idosos que buscam atendimento clínico na área da Fonoaudiologia.

2 METODOLOGIA

A pesquisa aqui apresentada foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, sob número de parecer 2.393.575. Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e de configuração quanti-qualitativa, realizado na Clínica de Fonoaudiologia de uma Universidade, situada no Paraná, que se vincula ao Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo um Serviço de Saúde de Alta Complexidade. Essa clínica-escola visa oferecer, sob forma de extensão universitária, serviços fonoaudiológicos à comunidade, incluindo aqueles voltados aos usuários do SUS. Dentre os serviços oferecidos, convém destacar a avaliação auditiva clínica, ocupacional e educacional, incluindo a realização de audiometria tonal e vocal; imitanciometria; emissões otoacústicas; potenciais evocados

auditivos de tronco cerebral (PEATE); indicação, seleção e adaptação de aparelho auditivo; avaliação e terapia de voz, de motricidade oral, de linguagem oral e escrita.

De forma geral, a clínica-escola vem apresentando um crescimento contínuo no número de atendimentos prestados à comunidade, nas áreas de audiologia, voz, motricidade oral, linguagem oral e escrita. No ano de 2019, prestou aproximadamente dez mil atendimentos, sendo que mais da metade deles voltou-se, especificamente, a pessoas com mais de 60 anos de idade, público alvo deste estudo.

A pesquisa em questão foi organizada por meio de amostragem aleatória simples. A amostra foi composta por idosos que apresentaram disponibilidade para responder aos instrumentos desse estudo, durante as terças, no período da tarde, e as sextas-feiras, pela manhã. A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto de 2018 e agosto de 2019.

Para a inclusão de idosos, na pesquisa, foram considerados os seguintes critérios: ter idade mínima de 60 anos, buscar atendimento fonoaudiológico por meio de encaminhamento do SUS. As pessoas que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas da pesquisa, pessoas impossibilitadas de estabelecer trocas dialógicas – orais e escritas – por motivos variados, tais como processos demenciais, doenças cerebrais degenerativas ou lesões neurológicas relacionadas ao uso da linguagem, como é o caso de diferentes afasias.

O material usado no estudo foi composto por um questionário estruturado, a partir do qual foram coletados os dados para caracterizar o perfil socioeconômico dos idosos. Também foi utilizada uma entrevista semiestruturada, voltada ao posicionamento dos participantes a respeito de sua opinião sobre suas condições de saúde e QV.

Os dados foram coletados de modo individualizado e as pesquisadoras, autoras deste trabalho, leram todas as questões dos instrumentos usados na pesquisa, cujas respostas foram dadas oralmente pelos participantes. As entrevistas foram gravadas em aparelho LGQ7 e depois foram transcritas, integralmente.

O material linguístico resultante da transcrição das entrevistas foi organizado e tratado por meio da Análise do Conteúdo (AC), conforme proposta desenvolvida por Bardin (2011). A AC é um recurso metodológico inferencial, que examina minuciosamente uma produção linguística e/ou suas partes. Esse recurso possibilita tratar os dados coletados com o rigor da objetividade, sem perder de vista a fecundidade própria da subjetividade, a qual está presente em toda e qualquer produção de linguagem.

Os participantes da pesquisa foram identificados com a letra P e números de 1 a 21, conforme apresentado abaixo, nos resultados do estudo.

3 RESULTADOS

Os resultados estão divididos em duas partes. Na primeira parte, está apresentada a caracterização sociodemográfica dos participantes e, na segunda, os relatos dos mesmos relacionados à percepção que têm acerca da própria QV e de suas condições de saúde fonoaudiológica.

Quadro 1 – Caracterização Sociodemográfica Dos Participantes

Participante	Idade	Gênero ¹	Estado Civil	Grau de Instrução ²	Fonte de Renda	Valorda Renda ³	Com Quem Reside
1	70	M	Viúvo	EF	Aposentado	0 a 1	Familiars/Outros
2	70	F	Casada	EF	Aposentada	Sem resposta	Cônjuge
3	78	M	Casado	EF	Aposentado	0 a 1	Cônjuge
4	82	M	Casado	EF	Aposentado	2 a 4	Familiars/Outros
5	70	M	Casado	EF	Aposentado	2 a 4	Familiars/Outros
6	72	F	Viúva	EF	Aposentada	0 a 1	Familiars/Outros
7	64	F	Solteira	EF	Sem Renda	0 a 1	Familiars/Outros
8	64	F	Casada	EF	Aposentada	5 ou mais	Familiars/Outros
9	72	F	Divorciada	ES	Pensionista	2 a 4	Sozinha
10	61	M	Divorciado	EF	Aposentado	0 a 1	Sozinho
11	84	M	Viúvo	EF	Aposentado	0 a 1	Sozinho
12	73	F	Casada	EM	Aposentada	2 a 4	Familiars/Outros
13	69	F	Casada	EF	Aposentada	2 a 4	Familiars/Outros
14	70	F	Viúva	EF	Pensionista	2 a 4	Familiars/Outros
15	79	M	Casado	EF	Aposentado	2 a 4	Cônjuge
16	75	M	Casado	EF	Aposentado	2 a 4	Cônjuge
17	70	F	Casada	EF	Aposentada	0 a 1	Cônjuge
18	75	F	Casada	EF	Aposentada	0 a 1	Cônjuge
19	83	F	Divorciada	EF	Aposentada	0 a 1	Sozinha
20	81	M	Viúvo	EF	Aposentado	0 a 1	Cônjuge
21	69	M	Casado	EF	Aposentado	2 a 4	Familiars/Outros

1 em Anos

2 M: masculino; F: feminino

3 EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio; ES: Ensino Superior

4 Número de salários mínimos; SR: Sem Renda

Conforme explicitado no Quadro 1, o presente estudo foi composto por 21 participantes com idade entre 61 e 84 anos. De acordo com os dados relacionados à caracterização sociodemográfica desses participantes, foi possível descrever percentualmente o perfil dos mesmos. Quanto ao gênero, 52,38% (n=11) são do gênero feminino e 47,61% (n=10) do gênero masculino. No que se refere ao estado civil, 57,14% (n=12) são casados, 23,80% (n=5) são viúvos, 14,28% (n=3) são divorciados e 4,76% (n=1) são solteiros. A maior parte dos participantes, ou seja, 47,61% (n=10), reside com

familiares, seguido de 33,33% (n=7) que moram com cônjuges e 19,04% (n=4) que moram sozinhos.

Quanto à escolaridade, prevalece massivamente o número de participantes que tem ensino fundamental, isto é, 90,47% (n=19). Apenas 4,76% (n=1) tem ensino médio e 4,76% (n=1) ensino superior. O salário de grande parte dos participantes deste é de 0 a 1 salário mínimo 47,61%(n=10), seguido de 42,85% (n=9) 2 a 4 salários mínimos. Somente 4,76% (n=1) recebe 5 salários ou mais e 4,76% (n=1) não respondeu essa pergunta. A maior parte dos participantes é aposentado, 90,47% (n=19), 4,76%(n=1) é pensionista e 4,76% (n=1) relatou não ter renda própria.

Na sequência, os relatos dos participantes, relacionados à percepção que têm acerca da própria QV e de suas condições de saúde fonoaudiológica, são apresentados de forma resumida no Quadro 2.

Quadro 2- Qualidade de Vida e Saúde Fonoaudiológica

Participante	Queixa Fonoaudiológica	Sgnificado atribuído à QV	Condições de saúde Fonoaudiológica	Envolvimento com a própria QV
P1	Audição	Bens materiais relacionados a subsistência básica	A baixa audição interfere na possibilidade de conversar com outros, fazendo com que evite de sair de casa	Ter cuidado com a alimentação, com a quantidade e com a escolha de alimentos
P2	Audição	Bens financeiros e lazer	Sente raiva por não conseguir ouvir a filha. Relata dificuldade na mastigação, por falta de dentes.	Não aponta possibilidades de melhoria
P3	Audição	Relacionament ointerpessoal	Sente-se magoado por não ouvir a esposa	Não aponta possibilidades vinculadas as próprias atitudes
P4	Audição	Virtude	O hábito de ler interfere positivamente	Não aponta possibilidades de melhoria
P5	Audição/ Zumbido	Bens financeiros e relacionamento interpessoal	A baixa audição e o zumbido interferem nas relações interpessoais. Não sente mais prazer ao cantar. Sente dificuldade na mastigação o que tira o prazer em se alimentar	Ampliar o contato com as pessoas com quem convive
P6	Audição/ Zumbido	Bens financeiros	O zumbido interfere nos relacionamentos interpessoais, dificultando o diálogo com os filhos	Não aponta possibilidades de melhoria

P7	Nódulos nas pregas vocais	Bens materiais relacionados a subsistência básica, relacionamento interpessoal e saúde	A voz rouca interfere nas relações interpessoais, em conseguir se fazer entender. Relata dor na boca e na garganta durante a mastigação, evitando eventos sociais relacionados à alimentação	“Não aponta possibilidades de melhoria vinculadas às próprias atitudes, em relato afirma:” Pra eu melhorar eu tenho que achar um médico que me dê o remédio certo”
P8	Audição/ Zumbido	Bens materiais relacionados a subsistência básica e de saúde	O barulho do zumbido é forte e atrapalha em alguns momentos, no dia adia	Não aponta possibilidades de melhoria
P9	Audição	Bens financeiros e relacionados a subsistência básica	A baixa audição causa desconforto, pois ao se reunir com a família sente-se confusa por não entender o que é dito, torna-se alvo de piadas e por isso evita ir a jantares com familiares	Não aponta possibilidades de melhoria
P10	Audição	Bens financeiros, lazer, relacionamento interpessoal	A baixa audição faz com que se isole, não entende o que as pessoas falam. Sente dificuldade na mastigação e por isso restringe a alimentação, deixando de comer alimentos que gosta	Não aponta possibilidades de melhoria
P11	Audição	Saúde, bens financeiros, lazer	A baixa audição interfere nas relações interpessoais. Não gosta de pedir para que as pessoas falem mais alto ou de perguntar mais de uma vez o que foi dito. A dificuldade na deglutição restringe a alimentação e por isso evita de sair para comer na casa de amigos ou em restaurantes	Não aponta possibilidades de melhoria
P12	Audição	Saúde, bens materiais relacionados a subsistência básica	A baixa audição interfere nas relações interpessoais, sente-se impaciente quando pede para as pessoas repetirem o que disseram e elas não repetem	Realizar consultas médicas
P13	Audição	Bens materiais relacionados a subsistência básica e relacionamento interpessoal	A sensação de falar com a voz fanha causa desconforto	Cuidar da alimentação e fazer caminhadas

P14	Audição	Autocuidado, relacionamento interpessoal	Sente que a voz vai sumindo enquanto fala; a baixa audição faz com que os vizinhos reclamem por escutar a televisão muito alta	Não aponta possibilidades de melhoria
P15	Audição	Bens materiais relacionados a subsistência básica	Sente-se nervoso por não conseguir ouvir a televisão	Não aponta possibilidades de melhoria
P16	Audição	Autocuidado	Percebe que ouve menos	Relata não sentir necessidade de melhoria
P17	Audição/ Zumbido	Lazer e relacionamento interpessoal	O zumbido dificulta nas relações interpessoais, não consegue entender quando está distante daqueles com quem conversa	Relata não sentir necessidade de melhoria
P18	Audição	Saúde	A baixa audição interfere nas relações interpessoais, pois percebe que fala baixo e o marido não ouve	Não aponta possibilidades de melhoria
P19	Audição	Bens materiais relacionados a subsistência básica e saúde	A baixa audição interfere nas relações interpessoais por sentir dificuldade em compreender as pessoas	Conseguir aparelho auditivo
P20	Audição	Bens materiais relacionados a subsistência básica	A baixa audição interfere nas relações interpessoais, por não conseguir ouvir em ambientes ruidosos e pela dificuldade em compreender a fala da esposa. Dificuldade em mastigar e engolir pelo uso de dentadura	Cuidar da alimentação e fazer caminhadas, buscar aparelho auditivo
P21	Audição	Relacionamento interpessoal e bens financeiros	A baixa audição interfere nas relações interpessoais, sente dificuldade em compreender o que as pessoas dizem, principalmente quando alternam o assunto tratado	Não aponta possibilidades de melhoria

Sobre os dados apresentados no Quadro 2, inicialmente, chama atenção o motivo que levou os participantes da pesquisa a buscarem atendimento fonoaudiológico. A maioria, representada por 95,23% (n=20), buscou atendimento com queixas relacionadas a perdas auditivas. Deste total, 19,04% (n=4) também referiu zumbido. E, somente, 4,76% (n=1) procurou atendimento com queixa vinculada a nódulos nas pregas vocais. Os depoimentos apresentados na sequência, ilustram as queixas apresentadas pelos participantes no momento da entrevista, relacionadas a três categorias: 1) Perda Auditiva; 2) Zumbido; e 3) Nódulos em Pregas Vocais.

Perda auditiva

[...] aqui olha, eu precisava de muita coisa ainda, mas hoje eu vim colocar o aparelho[...] (P3);

É porque eu não escuto muito, tem horas que falam comigo e eu não entendo (P8);

A surdez né e a falta de compreensão da fala, as vezes mesmo quando eu escuto eu não tô entendendo.(P12).

Zumbido

A minha motivação é o problema do ouvido, que tem uma chiadeira grande no ouvido[...] (P5);

[...] porque tô surda, quando vou dormir fica um barulhão direto e quando as crianças gritam, o barulho parece que entra na cabeça.[...] (P6).

Nódulos nas pregas vocais

[...] motivo da dor da garganta que eu vim, que eu tenho nódulos na garganta[...] relato (P7).

Ainda referente ao Quadro 2, cabe explicitar que as respostas dadas pelos participantes sobre o que é QV, foram organizadas em 5 categorias: 1) Bens Materiais, com 53,57% (n=15) das respostas; 2) Relacionamentos Interpessoais, com 28,57% (n=8) das respostas; 3) Saúde, com 21,42% (n=6) das respostas; 4) Lazer, com 14,28%(n=4) das respostas; 5) Virtude, com 7,14% (n=2) das respostas. Para exemplificar essas categorias, na sequência, estão apresentados partes de depoimentos elaborados pelos participantes.

Bens materiais

Subsistência básica

[...]Qualidade de vida é quando a gente não passa por necessidade[...] (P7);É ter uma boa alimentação[...] (P13);

Possibilidade Financeira

Um mal necessário é o dindin.[...] (P10);

[...] Como diz o ditado, dinheiro não traz felicidade, mas você tem que ter o mínimo pra estar bem com a sua família[...] (P21).

Relacionamentos interpessoais

Boa qualidade de vida é quando uma pessoa tem como viver no meio da sociedade[...] (P5);

[...] ter um bom relacionamento com os vizinhos, com os filhos, com o esposo. (P13).

Saúde

[...] Qualidade de vida, em primeiro lugar é saúde[...] (P11);

É estar bem de saúde, em harmonia, é se sentir bem[...] (P12).

Autocuidado

[...] A boa qualidade de vida no caso, eu acho, que nem, eu faço exercício, natação, eu faço a minha caminhada todo dia de manhã, eu faço meu serviço de casa tranquilo, é uma qualidade de vida que eu levo[...] (P14).

Lazer

[...] poder ir pra toda parte, sair, se divertir[...] (P2);

[...] Poder ir num baile, ir num bingo de igreja[...] (P10).

Virtude

[...] Qualidade de vida é a vivência da pessoa, é ser compreensível, é ser honesto[...] (P4).

No que se refere às condições de saúde fonoaudiológica e sua interferência na QV, a maioria dos participantes da pesquisa, ou seja, 71,42% (n=15) relatam que a audição interfere no modo de interagir com o outro, ou seja, nas relações interpessoais. Outros 9,52% (n=2) mencionam que a perda auditiva ocasiona dificuldade para ouvir televisão; 14,28% (n=3) percebem um desconforto diário vinculado a falta de audição, ao zumbido e à voz anasalada relacionada a audição; 4,76% (n=1) relata não sentir mais prazer em cantar. Concomitante à queixa auditiva, 28,57% (n=6) relatam dificuldades relacionadas a deglutição;

Destaca-se que 4,76% (n=1) dos participantes relata que, embora apresente perda auditiva, o hábito da leitura interfere positivamente na QV. Ainda, no que se refere às condições de saúde fonoaudiológica, chama a atenção o fato de alguns participantes relatarem dificuldades na alimentação, por problemas dentários, por má adaptação com

prótese ou por não fazer uso da mesma. Eles mencionam dificuldade para deglutir, alteração na gustação e falta de prazer em se alimentar, em situações sociais mais amplas.

Para melhor organizar os depoimentos dos participantes, quanto à influência das condições de saúde fonoaudiológica na QV, os mesmos foram organizados em duas categorias: 1) Influência negativa da perda auditiva nas relações interpessoais; 2) Dificuldades relacionadas à deglutição, conforme apresentado na sequência.

Influência negativas nas relações interpessoais

No que se refere mais especificamente a essa categoria, os participantes frequentemente afirmam que dificuldades auditivas interferem na comunicação com familiares e pessoas que fazem parte do convívio diário, de acordo com os relatos que estão abaixo.

[...] e eu falo pra minha filha que eu não escutei, ela não gosta, eu fico com raiva. Então, às vezes, eu finjo que escutei, mas não escutei. É complicado(P2);

[...] não poder ir num jantar com a família toda falando e eu tô quieta, porque é uma confusão. Eu não entendo o que eles dizem [...] é horrível. Eu pensava que um ouvido iria suprir o outro, mas não supre de jeito nenhum. E a convivência é muito ruim, você escutar e não entender, e o que é pior, você vira motivo de chacota, porque você entende tudo errado e daí é aquela gozação, todo mundo dá risada, me sinto mal[...] (P9).

2) Dificuldades relacionadas à deglutição

[...] tá ruim, tá faltando dente, interfere (na qualidade de vida) tenho dificuldade, não consigo comer de tudo[...] (P2);

[...] Pra mastigar eu tenho dificuldade por causa das próteses, mas mastigo, mas não é mais como era antes. Interfere (na qualidade de vida), porque a gente não tem mais aquele prazer de comer como tinha antes.[...] (P5);

[...] Pra engolir também é ruim, é difícil por causa da dentadura, a comida fica muito tempo na boca e parece que não vai e perde o gosto. (P10);

[...] As vezes eu vou na casa de um amigo e servem almoço lá e eu tenho que comer um pouquinho, porque eu não vou falar pra ele trazer uma comida mais macia, aí todo mundo come e sai da mesa, e eu comi só um pouquinho, então a qualidade de vida não tá lá grandes coisas não.(P11).

Quando questionados a respeito do que é possível fazer para melhorar sua QV, das 22 respostas elaboradas, 68,18%(n=15), ou seja, uma parte significativa dos depoimentos mostra que os participantes entendem que nada podem fazer, indicando ausência de envolvimento com questões vinculadas à própria QV. Outros 18,18% (n=4) relatam atitudes relacionadas ao autocuidado, 9,09% (n=2) referem atitudes que envolvem o relacionamento interpessoal e, por fim, 4,54% (n=1) vincula QV à aquisição de um aparelho auditivo, como foi possível verificar nos depoimentos que seguem organizados em quatro categorias: 1) Ausência de envolvimento com a própria QV; 2) Autocuidado; 3) Relações Interpessoais; 4) Busca por aparelho auditivo.

Ausência de envolvimento com a própria QV

[...]Aí, agora você me pegou tinha que ganhar mais né, no mais não tem jeito porque eu tenho problema na coluna, não posso fazer nada, nem em casa eu faço as coisas, tenho muita dor nas costas.[...](P06);

[...] Não sei se é o certo, mas continuar como eu estou tá bom viu[...](P16);

[...]Eu acho que pra mim tá bom, eu e o meu marido somos aposentados, mas não nos falta nada[...] (P17).

Autocuidado

[...] A gente com a idade que tem, tem que cuidar no alimento, tem que saber o que vai comer, a quantidade não pode abusar na gordura[...] (P01);

alimentação...caminhar, caminho quatro quadras por dia, eu caminho todo o dia[...](P13).

Relações interpessoais

[...]Ah, ter mais contato com as outras pessoas né, com quem a gente convive, isso eu acho que ajuda na qualidade de vida[...] (P05).

Busca por aparelho auditivo

[...] o melhor que eu penso é o aparelho que se eu pudesse ter um aparelho melhor, né? Pra mim ouvir melhor. (P 19).

4 DISCUSSÃO

Referente a caracterização sociodemográfica, a presente pesquisa teve mais participantes do gênero feminino, o que corrobora com o fenômeno mundial da feminização da velhice. No Brasil, essa feminização pode ser verificada no perfil estatístico feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE,2015)

Além disso, cabe ressaltar que é maior o número de mulheres que buscam serviços de saúde. Esse fato ocorre devido às expectativas sociais distintas que recaem sobre homens e mulheres. Espera-se que homens sejam fortes e invulneráveis. E, para responder a tal expectativa, eles não buscam serviços de saúde com a mesma frequência que as mulheres (ALVES ET AL, 2011)

Em relação ao nível de escolaridade dos participantes, este é predominantemente baixo, reafirmando o que foi observado em outros estudos sobre a escolarização dos idosos brasileiros (LIMA GUIMARÃES 2008; GIRARDI 2012). Para Camarano et al (1999), o tempo de estudo formal de idosos é consideravelmente baixo. Mas essa condição tende a melhorar em relação aos futuros idosos, devido ao aumento gradativo da escolarização da população jovem, no Brasil, que demonstra avanços se comparado com as gerações passadas.

Referente a fonte de renda, grande parte recebe aposentadoria, com exceção de uma participante pensionista e outra que declarou não ter renda. A maioria afirma receber mensalmente valores de até 1 salário mínimo, seguido de 2 a 4 salários mínimos. Apenas uma participante declarou ganhar 5 ou mais salários mínimos. Percebe-se, a partir dos relatos dos participantes, que o valor recebido pela maioria atende as suas necessidades básicas de modo restrito, como pôde ser verificado nas definições de QV para os próprios participantes

Segundo Willig (2012), a pessoa idosa, que é provedora da casa, não consegue se manter apenas com o valor da aposentadoria. Tal condição vai na contramão da constituição brasileira que afirma que o salário, mínimo fixado em lei e nacionalmente unificado, deve ser capaz de atender às necessidades vitais básicas da pessoa idosa e de sua família. Essas necessidades abrangem “moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, reajustado periodicamente, de modo a preservar o poder aquisitivo” (Constituição da República Federativa do Brasil, capítulo II, Dos Direitos Sociais, artigo 7º, inciso IV).

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes é casada, seguido de viúvos, divorciados e apenas uma participante é solteira. Dentre os viúvos, a maioria

são homens, sendo que um vive com uma nova parceira. Motta (2004) verificou que historicamente o homem vivencia melhor a viuvez, pois a mulher enfrenta uma maior cobrança social, sofrendo com censuras e preconceitos que acabam por interferir, também, na busca de novos relacionamentos (MOTTA,2004). Dentre os participantes, há os divorciados, indicando que processos de separação e divórcio vêm se tornando uma realidade, não só entre casais jovens. Para Karsh (2003), tais mudanças apontam para a necessidade de encontrar novos modos de construir laços de amizade entre familiares, a partir dos quais seja possível um processo de envelhecimento com apoio familiar e social.

Os idosos, integrantes da presente pesquisa, que moram sozinhos, relatam que a dificuldade auditiva interfere nas relações interpessoais. Dentre os seus relatos, foram ressaltados o auto isolamento devido à dificuldade de entender o que os outros falam e o desconforto em reuniões familiares pelo fato de a dificuldade de ouvir ser usada como motivo de deboche. De forma geral, no âmbito familiar, é possível ter amparo e cuidado. Entretanto, a depender da organização familiar, conflitos podem ocasionar disputa de poder e quando não existem condições estruturais intrafamiliares, que proporcionem acolhimento e amparo aos seus membros, as pessoas mais velhas podem tornar-se mais vulneráveis, rompendo a relação com a família (Debert, 1999; Qualls e Zarit, 2009). Em se tratando de pessoas idosas, para Pereira (2011), a realidade de afastar-se da família e/ou de morar sozinho é algo que afeta diretamente a sua QV.

Referente às considerações acerca dos sentidos atribuídos à QV, nos depoimentos dos participantes, foram mencionadas algumas temáticas que vinculam a qualidade de vida a bens materiais, a relacionamentos interpessoais, à saúde, ao autocuidado, ao lazer e à virtude. A temática mais mencionada foram os bens materiais, indicando uma projeção de que QV, para parte significativa dos participantes, tem a ver com a necessidade de suprir as condições básicas de subsistência como moradia e alimentação.

Para Duchiate (1995), o bem viver não está diretamente vinculado a renda. Contudo, é necessário compreender que é por meio de bens materiais que se tem acesso a condições de subsistência. Para a população brasileira, segundo Neri (2007), a velhice representa à chegada da aposentadoria, correspondendo, muitas vezes, a perdas materiais e financeiras. Portanto, nos relatos dos idosos, é possível acompanhar a importância, para eles, da emancipação financeira como um condicionante para o bem viver.

Na sequência, alguns idosos relacionam QV a saúde e aos relacionamentos interpessoais. Entende-se a relevância atribuída a saúde, pois a mesma é considerada basilar na manutenção da vida. Para Caldas (2007), a saúde está vinculada ao bem-estar

físico, psíquico e mental. Referente aos relacionamentos interpessoais, a possibilidade de participar das relações estabelecidas com as pessoas com quem convivem é relevante na ampliação da QV, pois é um dos pilares da mesma, constituído pelas relações sociais.

Chama atenção o fato de parcela significativa dos participantes afirmar que nada podem fazer em prol de si mesmos, no que se refere à melhoria de sua própria QV. Diante dessas respostas é possível inferir que há uma falta de protagonismo da população que envelhece, mostrando a necessidade de se promover o engajamento social e o empoderamento de cada sujeito. Pois, é partir disso que podem participar ativamente de transformações sociais e de políticas públicas.

Para tanto, é necessário que não apenas os idosos ampliem seu protagonismo e participação social, mas que profissionais da saúde desenvolvam trabalhos de escuta que propiciem o empoderamento desta população, considerando as histórias de vida do idoso e de sua coletividade. É urgente que os profissionais se distanciem de um modelo hegemônico em que o usuário é visto como mero receptor de orientações, incapaz de participar de escolhas relevantes para melhorar suas condições de vida (MITRE, ANDRADE, COTTA 2012; CAVALCANTE, VASCONCELOS, CECCIM 2009).

Sobre a queixa que motivou a procura dos participantes da pesquisa a buscar serviços fonoaudiológicos, destaca-se a perda auditiva, a qual, em alguns casos somou-se ao zumbido. De acordo com Holmes (2009), o zumbido é a segunda queixa otológica mais comum. Trata-se da percepção da pessoa sobre a presença de um som que é ouvido na cabeça ou nos ouvidos, sem ter uma origem externa. Geralmente, causa sensações desagradáveis, que afetam o bem-estar, dificultando a participação social, pela falta de entendimento do que é dito em situação de diálogo. Na presente pesquisa, os participantes relataram que a perda auditiva e o zumbido interferem em suas possibilidades de manter diálogo com o outro, incidindo negativamente em sua QV.

Apenas uma participante não mencionou problemas auditivos. Sua queixa vincula-se a nódulos nas pregas vocais. Tal dado não coincide com estudo nacional, (CASSOL ET AL, 2012) que aponta a área da motricidade orofacial como a mais procurada pela população idosa devido a queixas relacionadas a deglutição. O resultado verificado pode ser explicado pelo fato de que grande parte dos participantes terem sido encaminhados a clínica em que a pesquisa foi desenvolvida, para realizar exames de audiometria, o que contribuiu para que a maioria apresente queixa relacionada a audição. Os participantes da pesquisa, com perda auditiva, relataram afastar-se dos familiares e demais vínculos sociais. Eles referem que esse afastamento ocorre por dois motivos. Um

deles, pelo fato de a pessoa idosa perceber dificuldade para se fazer entender; e o outro motivo pela percepção dos participantes de que os familiares não lidam bem com a situação.

Esses dados corroboram com estudo (BRAGA, 2017), que afirma que idosos acometidos por perda auditiva tendem a abandonar suas atividades rotineiras. De forma geral, restringem suas relações interpessoais, com consequentes sentimentos de tristezas e de falta de perspectivas, culminando com relatos de solidão, na medida em que buscam lugares silenciosos. Alguns idosos também referiram outras queixas fonoaudiológicas, além da perda auditiva. Dentre elas, queixas no processo mastigatório e na deglutição, geralmente ocasionadas por ausência ou má adaptação da prótese dentária. No caso da participante com nódulos, ela também relata que sente dor ao engolir.

Cabe ressaltar que a alimentação, para além de suprir as necessidades básicas, também é fonte de prazer e de socialização. Diversos tipos e formas de preparação de alimentos fazem parte do contexto cultural de cada comunidade. Nesse sentido, tendo em vista que a alimentação representa a afetividade, para Miranda (2004), o ato de alimentar-se é um fator com relevante impacto na QV das pessoas. Entendendo que ela está diretamente vinculada à nutrição, é preciso ter atenção especial aos idosos que apresentam alterações miofuncionais. Os resultados do presente estudo indicam que dificuldades na mastigação e deglutição são fatores que contribuem para o isolamento social dos idosos participantes. Pesquisas indicam a necessidade de a fonoaudiologia considerar a qualidade alimentar dos idosos, na medida em que queixas relacionadas à deglutição são mais comuns em pessoas mais velhas. (ROCHA 2010; MARCOLINO, 2009).

Outro dado que chama a atenção, é o relato do participante 4, que ao discorrer sobre as suas condições de saúde fonoaudiológica, embora apresentasse a queixa de perda auditiva, referiu que a leitura tem uma influência positiva em sua QV. Trata-se de um relato que corrobora com estudos que alertam para a importância de atividades que envolvem o letramento na integração de idosos em uma sociedade letrada (MASSI ET AL 2015). Tal relato pode indicar caminhos possíveis para que o trabalho fonoaudiológico possa ampliar seus recursos no atendimento de idosos, no sentido de promover a QV da população que está envelhecendo por meio de trabalhos com a leitura, pois o resgate do papel da linguagem é constitutivo do sujeito e promove condições para que seja possível participar ativamente dos diversos âmbitos da sociedade(SOUZA,MASSI;2011) .

5 CONCLUSÃO

A partir dos relatos dos participantes da presente pesquisa, foi possível entender que eles buscam atendimento clínico fonoaudiológico por questões que incidem, principalmente, nas perdas auditivas, as quais, em conjunto com dificuldades na deglutição, prejudicam as relações interpessoais. São depoimentos que indicam que, para além de questões orgânicas, o fonoaudiólogo precisa considerar a necessidade de escutar os idosos, contribuindo para que se mantenham integrados à família e à comunidade em que vivem. Pois, é por meio da interação social, que podem participar das relações estabelecidas com as pessoas com quem convivem, evidenciando que, para além do funcionamento fisiológico que envolve a audição e a motricidade orofacial, é importante promover QV, no sentido de potencializar as condições de inserção social dos idosos.

O presente estudo também indica a relevância de desenvolver trabalhos que promovam a autonomia e a participação ativa dos idosos, implicando-os na melhoria de sua própria QV.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R.F.; SILVA, R.P.; ERNESTO, M.V.; BARROSA, G.L.; SOUZA, F.M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teor Prat.* 2011;13(3): 152-66
- BARDIN, L. (2011). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSPI 2006. Ministério de Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Brasília; 2006.
- BRAGA, M.; et al. Depressive symptoms in elderly living only or accompanied: the impact of hearing protection. *MOJ Gerontology & Geriatrics.* 2017; 2(1): 37-41.
- CALDAS, C. P.; VERAS, R.P. Promovendo a saúde do idoso na comunidade. *Biblioteca Lascasas*,v.3,n. 4,p. 773-781,2007.
- CAMARANO, A.A.; BELTRÃO, K.I.; PASCUM, A.R.P.; MEDEIROS, M.; CARNEIRO, I.G.; GOLDANI, A.M., et al. Como vai o idoso brasileiro? Texto para discussão 1999; 10 (2): 1-63
- CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 301-306, Abril. 2007.
- CASSOL, K.; GALLI, J.F.M., ZAMBERLAN, N.E.; DASSIE-LEITE, A.P. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2012.
- CAVALCANTE FILHO, J. B.; et al . Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 13, n. 31, p. 315-328, Dec. 2009 .
- CHIOSSI, J.S.C.; ROQUE, F.P.; GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. Impacto das mudanças vocais e auditivas na qualidade de vida de idosos ativos. *Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]*. No prelo2013.
- COSTA, R.G.; SOUZA, L.B.R.S. Perfil dos usuários e da demanda pelo serviço da clínica-escola de fonoaudiologia da UFBA. *Rev Cien Méd Biol.* 2009;8(1):53-9
- DALLARI, D. A. Sociedade, Estado e direito: caminhada brasileira rumo ao século XXI. In: MOTA, Carlos Guilherme. (org.) *Viagem incompleta – a experiência brasileira (1500-2000): a grande transação.* São Paulo: SENAC, 2000.

DEBERT, G. G. A reinvenção da velhice: sociabilização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EdUSP, 1999.

DUCHIADE, M.P. População brasileira um retrato em movimento, In: MINAYO M.C.S., org Os muitos Brasis. Saúde e população na década de 80. São Paulo, Rio de Janeiro, Editora Hucitec-ABRASCO, 1995 P.34

FAZITO, L.T.; Perim, J.V.; Di Ninno, C.Q.M.S. Comparação das Queixas Alimentares de Idosos Com e Sem Prótese Dentária. Rev CEFAC. 2004;6(2):143-50.

GIRARDI, G.S.; GUARINELLO, A.C.; BERBERIAN, A.P.; MASSI, G.; MARQUES, J.M. Atendimento em fonoaudiologia: estudo de uma clínica-escola na cidade de Curitiba – Paraná. Rev Bras de Ciên da Saúde. 2012;10(34):24-30.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudanças demográficas no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE, 2015.

JACOBI, P. Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 130-131, Mar. 1994.

KARSH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3.p 861-863,2003

LIMA, B.P.S.; GUIMARÃES, J.A.T.L.; Rocha M.C.G. Características epidemiológicas das alterações de linguagem em um centro fonoaudiológico do primeiro setor. Ver Soc Bras Fonoaudiol. 2008;13(4):376-80.

MARCOLINO, J. Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati - Paraná. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 193-200, Aug. 2009.

MASSI, G.; et al . Envelhecimento ativo: um relato de pesquisa- intervenção. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 5-12, Feb. 2018.

MASSI, G.; et al. Impacto de atividades dialógicas intergeracionais na percepção de crianças, adolescentes e idosos. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 399-407, Abril. 2016.

MASSI, G.; et al . Linguagem e envelhecimento: práticas de escrita autobiográfica junto a idosos. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 17, n. 6, p. 2065- 2071, Dec. 2015 .

MATTA, G.C.; Lima, J.C.F. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Fund Fiocruz. 2009;25(10):410- 22.

MIRANDA, M. P. B. V. B. Amarras do mundo rural: implicações de isolamento social na saúde e nos projetos jovens. Dissertação (Mestrado em Sociologia da Saúde). 164p. Universidade do Minho. Braga - Portugal, 2004.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 8, p. 2071-2085, Aug. 2012 .

MOTTA, A. B. Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In: PEIXOTO C. E. (Org.). Família e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. p. 109-144.

NERI, M. C. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, A. L. (Org.). Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007. p. 91-107.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. (Org.). Geriatria. Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2006

PEREIRA, K.C.R.; ANGELA, M.A.; JEFFERSON L.T. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. Rev. bras. geriatr. gerontol 14.1 (2011): 85-95.

QUALLS, S. H.; ZARIT, S. H. (Ed.). Aging families and caregiving. Hoboken: John Wiley & Sons, 2009

ROCHA M.A.S.; Lima M.L.L.T. Caracterização dos distúrbios miofuncionais orofaciais de idosos institucionalizados. Geriatria & Gerontologia. 2010; 4(1):21-

ROLIM, L. B.; BARRETO, R. S.; CRUZ, L. C.; Sampaio, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan. / mar. 2013.

REIS, E. P. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, fev. 2003.

SANTOS, S. R.; et al . Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 10, n. 6, p. 757-764, Dez.2002.

SOUZA, I. A. L.; MASSI, G. A saúde fonoaudiológica a partir do discurso do idoso institucionalizado. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 300-307, Feb. 2015 .

SOUZA. P.; Massi, G. A influência da estrutura de um grupo na linguagem escrita de idosos: um estudo de caso. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2011;16(3):350-5

WILLIG, Mariluci Hautsch. As histórias de vida dos idosos longevos de uma comunidade: o elo entre o passado e o presente. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2012.

ZANIN, L. E.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; MELO, D. H. Fonoaudiologia e estratégia de saúde da família: o estado da arte. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 17, n. 5, p. 1674-1688, Oct. 2015.