

# Questões sobre a atenção à saúde no envelhecimento no âmbito da fonoaudiologia

Lílian J. L. de Gamburgo\*

Maria Inês B. Monteiro\*\*

Regina Y. S. Chun\*\*\*

## Introdução

O objetivo desta comunicação é rever alguns aspectos sobre a atenção à saúde na terceira idade, no âmbito da Fonoaudiologia, visando apontar a importância da linguagem na promoção da saúde do idoso. Para tanto, inicia-se pela discussão sobre o envelhecer e a conseqüente demanda para a Saúde Pública/Coletiva, seguida de breve revisão dos conceitos de saúde e de qualidade de vida e suas implicações nas políticas de saúde do idoso. Tais referenciais servem como subsídios para a discussão sobre o papel da linguagem como fator de Promoção da Saúde no envelhecimento.

A preocupação com esse tema justifica-se, dentre outros fatores, pois, ao mesmo tempo em que envelhecer é uma das maiores conquistas da humanidade, o envelhecimento da população mundial é considerado também um dos maiores desafios da Saúde Pública, como colocam Lima-Costa e Veras (2003). O acelerado aumento do número de idosos no Brasil e no mundo implicou maior atenção às demandas dessa população. Minayo e Coimbra (2002, p. 12) indicam que:

O Brasil dobrou o nível de esperança de vida ao nascer em relativamente poucas décadas, numa velocidade muito maior que os países europeus, os quais levaram cerca de 140 anos para envelhecer.

Os brasileiros testemunham o aumento da longevidade e do impacto causado na sociedade, que provoca a necessidade de políticas sociais indispensáveis a essa nova realidade. Segundo Gordilho, Sérgio e Silvestre (2000), embora se possa avaliar que o Ministério da Saúde, em nosso país, estivesse fortemente interessado e bem intencionado quanto à necessidade de elaborar políticas destinadas ao bem-estar do idoso, ao promulgar a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), em 1999, esse órgão mostrou-se muito lento na implementação das diretrizes de programas e projetos de atenção à saúde para a terceira idade.

Os autores assinalam que, além da lentidão na implantação de ações governamentais, encontra-se outra problemática: a falta de espaço para que o próprio sujeito possa dizer o que precisa e o que pensa, o que constitui um obstáculo para a realização dos programas do Ministério.

Quem tem falado dos e pelos idosos são outros atores, geralmente pessoas mais jovens, que tendem a focalizar aspectos vistos sob suas óticas e que provavelmente diferem do ponto de vista do idoso. Vários desses discursos acabam por associar a velhice com as idéias de *problema* e *doença*. Minayo e Coimbra (2002) referem que o tema da velhice, entre outras questões na nossa sociedade, foi “estatizado” e “medicalizado”, tornando-se pro-

\* Graduada em Fonoaudiologia pela PUC-Campinas; licenciada em Sociologia pela Universidad Nacional de Mar Del Plata, Argentina. Mestranda em Educação na Universidade Metodista de Piracicaba – Unimep, Piracicaba. \*\* Fonoaudióloga; mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos e doutora em Psicologia pela USP; docente dos cursos de graduação em Fonoaudiologia e do Programa de Mestrado em Educação da Universidade Metodista de Piracicaba – Unimep, Piracicaba (SP). \*\*\* Fonoaudióloga; mestre em Linguística pela FFLCH-USP e doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela PUC-SP; docente dos cursos de graduação e de mestrado em Fonoaudiologia da Unimep (Piracicaba, SP), na época de realização deste estudo e docente do curso de Fonoaudiologia da Unicamp, Campinas (SP).

blema político ou problema de saúde, com o intuito de ser regulado por normas ou de ser objeto de estratégias preventivas. E acrescentam:

É complexo o tema do envelhecimento, pois complexos são todos os processos vitais experimentados desde o nascimento, a infância e adolescência até a vida adulta. Recusamo-nos não a reconhecer a complexidade, mas sim a colocar como farinha do mesmo saco envelhecimento, doença, privação, dependência, tristeza e frustração. (Id., p. 13)

Freqüentemente, a velhice e o envelhecimento são comparados, tanto pelos políticos como pelos profissionais da saúde e pela população em geral, à doença, à solidão, à inutilidade e ao problema. Mas hoje já é sabido que pode existir uma outra experiência de velhice, aquela vivenciada por um contingente de pessoas que chegam à idade de 60 anos ou mais em boas condições de saúde geral, exercendo o controle de suas vidas, interessadas e participantes na vida familiar e comunitária. É a chamada velhice “normal” ou saudável.

Nesse processo, a linguagem se constitui como um fator primordial para a promoção da saúde e favorecimento da qualidade de vida, para que o idoso se mantenha socialmente ativo e longe do isolamento e, portanto, da doença.

### **Mas, o que é a velhice, o que é o envelhecimento?**

A maioria dos autores que tratam do tema afirma que a velhice é uma etapa da vida caracterizada pelo comprometimento do equilíbrio do meio interno do organismo (homeostase), que fragiliza o indivíduo, deixando-o vulnerável diante de uma eventual sobrecarga fisiológica (Gordilho, Sérgio e Silvestre, 2000).

Para outros autores, a velhice é considerada uma categoria social e culturalmente construída (Minayo e Coimbra, 2002). O ciclo biológico do homem é, de fato, semelhante ao dos outros seres vivos, na medida em que todos nascem, crescem e morrem, mas as sociedades atribuem às etapas da vida significados diferentes, e o mesmo acontece com a velhice. O processo biológico é um fato real e pode ser percebido nas mudanças do corpo de quem envelhece, mas esse processo é “apropriado e elaborado simbolicamente por meio de rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social” (id., p. 15). O

envelhecimento é, portanto, um fenômeno ao mesmo tempo biológico e social.

O velho é culturalmente discriminado como um *peso social*. Essa visão é alimentada por uma generalização na sociedade, segundo a qual quem não produz vale pouco para a comunidade. O envelhecimento tem sido visto como um problema de Saúde Pública/Coletiva: o acelerado aumento da população idosa sobrecarrega o Sistema de Saúde, pois o aumento da esperança de vida acompanha o aumento das doenças crônicas não infecciosas (problemas cardiovasculares, articulares e respiratórios, diabetes melito, depressões, demências senis, etc.). “Por isso, em geral, os formuladores de políticas no Brasil referem-se ao ‘custo social da população idosa’...” (Minayo e Coimbra, 2002, p. 17). Para tais autores, essa idéia dos velhos como problema social é alimentada pelo Estado, na medida em que são divulgados – em tom catastrófico – os déficits da Previdência Social, que seriam produto, entre outros fatores, do direito universal à aposentadoria.

A velhice, entendida como categoria social, coloca em evidência um “novo ator individual e coletivo” (id.) que influi na redefinição das relações familiares e sociais e nos rumos da política (como a formação do movimento dos aposentados brasileiros), e, em conseqüência, na criação de uma nova imagem cultural e um novo lugar na sociedade, com poder para provocar mudanças pela sua significação qualitativa e quantitativa. Nas palavras de Minayo e Coimbra (2002, p. 23): “não sem dor e conflitos, os papéis sociais estão mudando e podem mudar mais, à medida que os idosos se coloquem como atores das transformações com que sonham”.

### **De que saúde se fala?**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a *saúde* como uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Apoiando-se em conceitos tomados da psicanálise, Segre e Ferraz (1997) discutem a propriedade dessa definição, embora reconheçam que tenha sido avançada para a época em que foi formulada. Esses autores afirmam que, atualmente, esta definição mostra-se “irreal, ultrapassada e unilateral”. Irreal, pois alcançar um “perfeito bem estar” é utópico, na medida em que a perfeição e o bem-estar somente são definíveis subjetivamente ou dentro de um contexto determinado. A definição da OMS está ultrapassada segundo



os autores, pois ela faz distinção entre o físico, o mental e o social, enquanto estudos recentes rejeitam essa fragmentação entre o psíquico e o corporal, além de contemplarem também o social para uma compreensão integral do sujeito.

Segre e Ferraz (1997) recorrem ao conceito de qualidade de vida para discutir a unilateralidade da definição da OMS. Do ponto de vista da Bioética, qualidade de vida seria “algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito”, dando prioridade à subjetividade; e finaliza com um questionamento provocativo: “não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?” (pp. 541-42).

Ramos considera o conceito de saúde da OMS inadequado para descrever as condições gerais de saúde dos idosos, uma vez que a “ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças” (2003, p. 794). O autor esclarece que, embora a maioria da população idosa sofra de pelo menos uma doença crônica, muitos levam uma vida normal, sem limitações, podendo ser considerados idosos saudáveis.

Para esse autor, na verdade, “o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios” (ibid., p. 794). Acrescenta que qualquer pessoa de 80 anos, independentemente de apresentar alguma doença, e que possa gerenciar sua própria vida autonomamente, decerto será “considerada uma pessoa, saudável”. Por outro lado, uma outra pessoa da mesma idade e com as mesmas doenças, porém sem o controle de suas condições de saúde, tenderá a outros problemas como a depressão, o isolamento social e o agravamento das próprias doenças, comprometendo a capacidade funcional para as atividades da vida diária. Nesse contexto, a *capacidade funcional* surge como novo paradigma de saúde, especialmente importante para o idoso (Fillenbaum, 1984; Kane e Kane, 1981, apud Ramos, 2003). Portanto, de acordo com os conceitos modernos da Gerontologia, o idoso capaz de tomar suas próprias decisões e de gerir sua vida de forma independente deve ser considerado um *idoso saudável*, capaz de exercer suas habilidades físicas e mentais e, assim, manter uma vida com autonomia: “Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental,

independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica” (ibid., p. 794).

Por conseguinte, como aponta esse autor (op.cit., p. 794), a saúde entendida em um sentido mais amplo, “seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões”.

Nessa direção, a proposta da Promoção da Saúde tem sido considerada como uma das estratégias mais relevantes do setor Saúde para promover o diálogo intersetorial e evitar esse reducionismo médico (Minayo, Hartz e Buss, 2000). Portanto, fazemos, a seguir, uma breve retomada dos pressupostos da Promoção da Saúde, que não podem ser dissociados do debate sobre qualidade de vida.

### Promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento

Nas duas últimas décadas, a Promoção da Saúde tem sido apontada como marco para as políticas de saúde no mundo. A idéia subjacente a esse conceito é que a saúde está intimamente relacionada a fatores tais como boas condições de vida e trabalho, educação, lazer, descanso, entre outros (Assis, Pacheco e Menezes, 2002).

Segundo Buss (2000, p. 165), a Promoção da Saúde, tal como é entendida desde os anos de 1980, “representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos”. O autor propõe “a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução”.

A atual conceituação de Promoção da Saúde se desenvolveu a partir das conferências internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas desde 1986. Buss (2000) relata que Sigerist, em 1946, foi um dos primeiros a referir-se a esse conceito, ao definir as tarefas essenciais da Medicina para promover saúde: oferecer condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física, lazer e descanso.

Segundo esse autor, Leavell e Clark, em 1976, utilizaram um conceito de promoção da saúde centrado no indivíduo, na família ou nos grupos, mas que se mostrou insuficiente quando se pensava em doenças crônicas não-transmissíveis. Com o come-

ço do movimento de prevenção das doenças crônicas, a Promoção da Saúde “passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, e não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias” (Buss, 2000, p. 166).

Em contrapartida, o que tem caracterizado recentemente a Promoção da Saúde é o papel protagonista dos “determinantes gerais” sobre as condições de saúde que, nas palavras de Buss (2000, p. 167):

(...) é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde.

As ações de Promoção da Saúde estariam voltadas para o conjunto de indivíduos e o ambiente – físico, social, político, econômico e cultural.

A Carta de Ottawa, resultado da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de 1986 (Ministério da Saúde, 2001), define *Promoção da Saúde* como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, reforçando, dessa maneira, os direitos e responsabilidades dos indivíduos e da comunidade pela sua saúde.

Os pressupostos de Promoção da Saúde, a partir da Carta de Ottawa, se associam a valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria. Também se referem a uma combinação de ações dos indivíduos, da comunidade, do Estado e do sistema de saúde, visando uma múltipla responsabilidade pelos problemas e soluções. Conforme Buss, nesse documento a saúde é apresentada como “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (2000, p. 170). O autor afirma, ainda, que “dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de formas sadias de vida, a promoção da saúde transcende o setor saúde” (ibid., p.170).

Embora a discussão sobre as ações promotoras de saúde em Fonoaudiologia tenha avançado de modo significativo nas últimas décadas, ainda

se encontra restrita aos profissionais e pesquisadores da área de saúde pública/coletiva. Não se trata, portanto, de uma visão majoritária, conquanto seja bastante expressiva no meio profissional (Chun, 2004).

Ao refletir sobre o envelhecimento e os idosos, é válido pensar que a Promoção da Saúde, assim como em qualquer fase da vida, requer ações combinadas, tanto dos idosos quanto da comunidade e do governo, e é necessário que os próprios idosos, como atores interessados, tomem para si a responsabilidade de sua saúde e qualidade de vida, assumindo o papel de porta-vozes de seus interesses e necessidades e agentes de sua própria saúde.

A frase “saúde não é doença, é qualidade de vida”, embora muito frequentemente usada no setor da saúde, mostra-se desprovida de significado e com dificuldade para encontrar sentido fora do marco referencial médico (Minayo, Hartz e Buss, 2000, p. 7). Esses autores estabelecem a relação entre saúde e qualidade de vida como:

(...) uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), e também objetivos, cujos referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.

A noção de qualidade de vida se refere ao grau de satisfação que o indivíduo é capaz de encontrar nos diversos aspectos que compõem sua existência: família, relações sociais, ambiente, e “pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar” (ibid., p. 8). É, pois, um conceito polissêmico, que remete a três esferas: (i) histórica: os parâmetros de qualidade de vida estão vinculados ao tempo em que são formulados; (ii) cultural: os diferentes povos constroem e organizam seus valores e necessidades de modo diferente uns dos outros e (iii) classe social: os conceitos de bem-estar também são definidos de acordo com a inserção nas diversas classes sociais.

Os autores alertam para o fato de que o modelo preconizado pelo mundo ocidental e rico está adquirindo repercussão planetária, propagando como desejáveis para se ter qualidade de vida valores como conforto, prazer, viagens, bens diversos e uso de tecnologia, por exemplo.



O crescimento do movimento ambientalista dos anos de 1970 colocou em discussão os modelos de bem-estar predatórios, trazendo a perspectiva de ecologia humana e questionando as condições reais para se manter uma qualidade de vida baseada no consumismo e no abuso da natureza (Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Ainda segundo esses autores, a relação entre qualidade de vida e saúde se estende ao longo da história da medicina social. O conceito de Promoção da Saúde, atualmente, é a estratégia central para discutir a conceituação de qualidade de vida, que inclui, também, valores não materiais como amor, solidariedade, felicidade e realização pessoal.

A temática da qualidade de vida pode ser compreendida de diferentes pontos de vista. No campo da Saúde, o aspecto central é a capacidade de viver sem doenças ou poder superá-las. Mas nem tudo se relaciona às questões médicas e de Saúde. Assim, nos termos desses autores, é possível dizer que

(...) a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde. (Minayo, Hartz e Buss, 2000, p. 16)

Portanto, o que é qualidade de vida no envelhecimento?

Uma das principais diretrizes da Política Nacional do Idoso é a promoção do envelhecimento saudável, para a qual são necessárias ações integradas em diversas áreas. Pressupõe ter acesso aos conhecimentos e às informações relativas à saúde – alimentação, atividade física, estresse, relacionamentos, doenças; acesso aos serviços e instituições que facilitem lidar com as questões relativas a essa condição; possibilidade de conquistar uma boa qualidade de vida, ampliação da consciência sobre o que é saúde, mas também sobre quais papéis sociais o idoso pode ocupar para exercer seu direito de justiça e cidadania (Assis, Pacheco e Menezes, 2002).

Considerar os conceitos de qualidade de vida e de envelhecimento saudável de modo mais abrangente, como exposto anteriormente, implica:

- posicionamento dos diversos setores da sociedade contra os preconceitos e a favor da for-

mulação de novos conceitos para pensar e se referir aos idosos. Não lhes cabe culpa pela falta de visão e previsão do setor público diante das necessidades e dos desafios próprios às suas demandas;

- reflexão sobre a riqueza que pode advir do diálogo intergeracional como caminho para a valorização da velhice e dos idosos. Pensar nos benefícios resultantes para todos os atores, das trocas entre grupos de pessoas de diferentes idades e gerações, como forma de romper com os preconceitos e de promover novas atitudes (Silveira, 2002);
- reconhecimento pela sociedade do direito de o idoso conservar sua autonomia e dignidade;
- compreensão de que o sentimento de pertencer a um grupo fortalece a identidade. A aposentadoria é um momento de mudança radical no estilo de vida e nas relações: a identidade tende a enfraquecer e tornar-se indefinida devido à perda dos papéis sociais;
- valorização do grupo como fator favorecedor da sociabilidade, do apoio social, da afetividade e da identidade. O apoio social ajuda na prevenção de doenças, na manutenção e recuperação da saúde. Manter e aprimorar os vínculos afetivos e sociais e promover a celebração da amizade são, pois, fatores de qualidade de vida;
- reconhecimento do lugar que corresponde ao idoso na sociedade por direito, promovendo a expressão e a valorização de suas experiências de vida e do seu acúmulo de sabedoria;
- compreensão de que o idoso, quando inserido na família e na comunidade, percebe sua vida produtiva e cheia de sentido. A chegada da velhice é marcada por uma tendência natural ao enfraquecimento dos vínculos (pela aposentadoria, o afastamento físico dos filhos e netos, a morte de cônjuges e amigos) e, conseqüentemente, à solidão. Mesmo em situações em que convive com filhos e netos, o idoso muitas vezes refere sentir-se só;
- valorização da auto-estima, dimensão essencial para o autocuidado: um maior conhecimento do próprio corpo e das emoções é desejável, e para isso é necessário que o idoso esteja rodeado de pessoas bem-intencionadas. O autocuidado de modo ativo ajuda a romper com o papel passivo que a sociedade reserva ao idoso e a manter a motivação para a vida.



- promoção do acesso aos conhecimentos e informações, como meios de preservar e melhorar a própria saúde, mantendo-se atualizados e participantes no mundo dinâmico em que vivem;
- promoção de grupos educativos e espaços de capacitação que propiciem maior autonomia para preservar e melhorar a saúde no envelhecimento;
- desenvolvimento do *empowerment*: mobilização e participação ativa, por exemplo, em associações de aposentados e pensionistas, em centros de convivência, em partidos políticos, enfim, em quaisquer espaços propícios para mostrar sua força política e de organização, favorecerão o movimento de resistência às ações políticas que ameaçam cassar os direitos conquistados.

Nesse contexto, a linguagem assume importante papel como fator de Promoção da Saúde e favorecimento da qualidade de vida para os idosos.

Penteado (2002) mostra a importância da linguagem para a saúde e a qualidade de vida, ao abordar a Promoção da Saúde na clínica fonoaudiológica, e entende a linguagem como uma atividade constitutiva do sujeito. A linguagem é instrumento de organização e desenvolvimento das funções mentais superiores, do pensamento e da consciência. Por meio dela o indivíduo interage, se expressa, planeja sua ação, compreende, aprende, constrói suas experiências e se constitui como sujeito. Sujeito social, histórico e cultural como coloca Vigotski (1984).

Vista dessa maneira, fica evidente a importância da linguagem para um envelhecimento saudável. Dificuldades específicas de linguagem ou a falta de oportunidades para a autonomia e as vivências de experiências que permitam a interação social constituem, sem dúvida, obstáculos para a qualidade de vida do idoso.

Vigotski descreveu os mecanismos pelos quais a cultura torna-se parte da natureza da pessoa e explicitou as origens sociais da linguagem e do pensamento. No transcurso do desenvolvimento, a cultura transforma as condições inatas do sujeito. O substrato biológico está vinculado, nessa abordagem, às condições socioculturais em que esse sujeito está inserido (1984).

Segundo Vigotski, o ser humano se constitui enquanto tal ao longo de sua história, nas relações com o outro social e com os objetos (Oliveira,

1992). Suas capacidades e habilidades estão subordinadas à apreensão que ele faz da cultura. Os modos de ação do homem sobre o meio ocorrem de maneira mediada por signos e instrumentos pertencentes à cultura. O signo por excelência é a linguagem, considerada o salto qualitativo na evolução da espécie. A linguagem ocupa um lugar de extremo valor, pois todas as esferas de atividade humana pressupõem o uso da linguagem.

## Considerações finais

As profundas transformações nos papéis sociais característicos da velhice podem dar origem a dificuldades nas relações dialógicas no âmbito social e familiar. Geralmente, embora não de modo homogêneo, ocorrem mudanças em várias funções superiores como a memória, a atenção, a concentração. As dificuldades de audição e, conseqüentemente, de compreensão durante a comunicação verbal ocasionam, em muitas situações, a paulatina interrupção das interações sociais. Mesmo que essas mudanças não sejam impeditivas da interação e da comunicação, a associação da velhice com a doença pode alterar e interferir negativamente na qualidade de vida do idoso.

As relações sociais e a comunicação estão intimamente relacionadas com a concepção de saúde que se tenha. Preservar, reabilitar e/ou aprimorar a linguagem dos idosos ajudam a promover a saúde, o que favorece um envelhecimento saudável desses sujeitos. A linguagem é fundamental para a qualidade de vida. Por meio da linguagem o sujeito significa a si e ao mundo, assim como é por meio da linguagem que o sujeito é significado e constituído. Esse processo de constituição e significação é contínuo ao longo de todo o curso de vida. A velhice, por ser uma fase desse processo, nada mais é do que uma continuação na construção desse sujeito que detém as marcas do social, do histórico e do cultural na sua longa história de vida.

A Fonoaudiologia tem na linguagem seu objeto privilegiado de estudo. É necessário pautar os estudos e a atuação junto aos idosos no compromisso com a qualidade de vida e a Promoção da Saúde desses sujeitos. Otimizar usos e funcionamento da linguagem favorece as relações interpessoais e a participação social e comunitária. É indispensável compreender as características de linguagem e de condições de vida na velhice e promover



ações e políticas que garantam essas condições para que o idoso permaneça um sujeito ativo, autor de sua própria história, agente de sua própria saúde e, assim, possa usufruir o bem-estar necessário para uma boa qualidade de vida e inserção social, e envelhecer de modo saudável. Tarefa em que a Fonoaudiologia tem um importante papel a cumprir na atenção à saúde do idoso.

**Recebido em** fevereiro/05; **aprovado em** fevereiro/06.

**Endereço para correspondência**

Lílian J. L. de Gamburgo  
Rua 14 de dezembro, 504, ap. 81, Campinas, SP  
CEP 13015-130

**E-mail:** [gamburgo@mpc.com.br](mailto:gamburgo@mpc.com.br)

**Referências**

Assis M, Pacheco L, Menezes IS. Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. *Textos Envelhecimento* [periódico online]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002 - [citado em 2005 Nov 27];4(7):[cerca de 23 telas]. Disponível em: <[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282002000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000100005&lng=pt&nrm=iso)> Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da saúde. Brasília (DF): MEC; 2001.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ci Saude Col* 2000;(5)1:163-77.

Chun RYS. Promoção da saúde e as práticas em fonoaudiologia. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 2004. p.538-44.

Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UNATI; 2000.

Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Pub* 2003;19(3):700-1.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ci Saude Col* 2000;(5)1:7-18.

Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo MCS, organizador. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.11-24.

Oliveira MK. Vygotsky e o processo de formação de conceitos. In: De La Taille Y, Oliveira MK, Dantas H. Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus; 1992. p.23-34.

Peixoto C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: Barros MML, organizador. *Velhice ou terceira idade?*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1998. pags

Penteado RZ. Subjetividade e promoção da saúde na clínica fonoaudiológica. *Pro Fono* 2002;14(1): pags art

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso. *Cad Saude Pub* 2003;19(3):793-8.

Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saude Pub* 1997;31(5):538-42.

Silveira TM. Convívio de gerações: ampliando possibilidades. *Textos Envelhecimento* [periódico online]. 2002. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002 [citado em 2005 Nov 27];4(8): [n. pags ou telas] Disponível em: <[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_issueepid=1517-5928&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_issueepid=1517-5928&lng=pt&nrm=iso)> [2005 Nov 27].

Vygotsky LS. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes; 1984.



