

Perfil fonoaudiológico de idosos participantes de grupos de convivência desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde

Speech therapy profile of elderly participants in social groups developed in Primary Health Care

Perfil de terapia del habla de participantes de edad avanzada em grupos sociales desarrollados em Atención Primaria de Saude

*Sâmea Gabrielly Martins da Silva**
*Alexsandra Nunes de Assunção**
*Vanessa Fernandes de Almeida Porto**

Resumo

Introdução: O envelhecimento é um fenômeno complexo, multidimensional, com alterações físicas, psicológicas, sociais e econômicas. Estas influenciam na redução da capacidade funcional do indivíduo neste período da vida, podendo ser desenvolvidos distúrbios da comunicação e alterações do sistema estomatognático, sendo necessária a atuação fonoaudiológica na saúde do idoso. Os profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde (APS) podem e devem desenvolver ações que busquem minimizar fragilidades com a pessoa idosa. **Objetivo:** Identificar o perfil sociodemográfico e fonoaudiológico de idosos participantes de grupos de convivência. **Método:** Estudo transversal, quantitativo com idosos de idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, participantes de grupos de convivência, assistidos pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) do II Distrito Sanitário de Maceió/Alagoas. Foram aplicados questionários adaptados de instrumentos validados, sobre características sociodemográficas, aspectos clínicos gerais

* Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – Uncisal – Maceió, Alagoas, Brasil

Contribuição dos autores:

SGMS responsável pela coleta de dados, tabulação dos resultados, análise e organização do manuscrito.

ANA co-orientadora, responsável pela revisão de todas as etapas do manuscrito.

VFAP orientadora, responsável pelo delineamento do estudo e revisão de todas as etapas do manuscrito.

E-mail para correspondência: Sâmea Gabrielly Martins da Silva - sameagmartins@hotmail.com

Recebido: 21/02/2020

Aprovado: 08/5/2020

e fonoaudiológicos aos idosos e analisadas descritivamente. **Resultados:** Participaram 54 idosos, sendo 90,7% mulheres, viúvas (44,4%), com 1 a 4 anos de escolaridade (42,6%) e aposentadas (72,2%); hipertensas (74,1%), com doenças osteoarticulares (63,0%) e praticantes de atividade física (37,0%). Apresentaram alterações nos aspectos fonoaudiológicos: 64,8% mastigação; 66,7% deglutição; 55,6% voz; 98,1% fala e linguagem; e 85,2% audição. **Conclusão:** As alterações fonoaudiológicas foram recorrentes nos idosos, reforçando a necessidade de ações pautadas na promoção e prevenção da saúde, sendo prestada uma assistência integral e mais próxima aos usuários adstritos a sua área.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Atenção Primária à Saúde; Idoso; Educação em Saúde.

Abstract

Introduction: Aging is a complex, multidimensional phenomenon, with physical, psychological, social and economic changes. These influence the reduction of the functional capacity of the individual in this period of life, and communication disorders and alterations of the stomatognathic system can be developed, requiring speech therapy in the elderly. Professionals inserted in Primary Health Care (PHC) can and should develop actions that seek to minimize frailties with the elderly. **Objective:** To identify the sociodemographic and speech therapy profile of elderly participants in social groups. **Method:** A cross-sectional, quantitative study with elderly people aged 60 years or older, of both sexes, participants of coexistence groups, assisted by the Family Health Strategy (FHS) teams and the Extended Center for Family Health and Primary Care (NASF - AB) of the II Health District of Maceió/Alagoas. Questionnaires adapted from validated instruments on sociodemographic characteristics, general clinical and speech therapy aspects were applied to the elderly and analyzed descriptively. **Results:** Participants were 54 elderly, 90.7% women, widows (44.4%), with 1 to 4 years of schooling (42.6%) and retired (72.2%); hypertensive (74.1%), with osteoarticular diseases (63.0%) and physical activity practitioners (37.0%). They presented alterations in speech-language pathology aspects: 64.8% chewing; 66.7% swallowing; 55.6% voice; 98.1% speech and language; and 85.2% hearing. **Conclusion:** Speech-language alterations were recurrent in the elderly, reinforcing the need for actions based on health promotion and prevention, and comprehensive and closer care must be provided to users enrolled in their area.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Primary Health Care; Aged; Health Education.

Resumen

Introducción: El envejecimiento es un fenómeno complejo y multidimensional, con cambios físicos, psicológicos, sociales y económicos. Estos influyen en la reducción de la capacidad funcional del individuo en este período de la vida, y pueden desarrollarse trastornos de la comunicación y cambios en el sistema estomatognático, que requieren terapia del habla en la salud de los ancianos. Los profesionales en atención primaria de salud (APS) pueden y deben desarrollar acciones que busquen minimizar las debilidades con los ancianos. **Objetivo:** Identificar el perfil sociodemográfico y del habla y el lenguaje de los participantes de edad avanzada en grupos sociales. **Método:** Estudio cuantitativo transversal con personas mayores de 60 años o más, de ambos sexos, que participan en grupos sociales, con la asistencia de los equipos de la Estrategia de Salud Familiar (FHS) y el Centro de Salud y Atención Familiar Extendida (NASF - AB) del II Distrito de Salud de Maceió/Alagoas. Se aplicaron cuestionarios adaptados de instrumentos validados, sobre características sociodemográficas, aspectos clínicos generales y de habla y lenguaje a los ancianos y se analizaron descriptivamente. **Resultados:** Participaron 54 personas mayores, siendo 90.7% mujeres, viudas (44.4%), con 1 a 4 años de escolaridad (42.6%) y jubilados (72.2%); hipertensos (74.1%), con enfermedades osteoarticulares (63.0%) y practicantes de actividad física (37.0%). Presentaron cambios en los aspectos del habla y el lenguaje: 64.8% de masticación; 66.7% deglución; 55.6% de voz; 98.1% habla y habla; y 85.2% de audiencia. **Conclusión:** Los trastornos del habla y el lenguaje fueron recurrentes en los ancianos, lo que refuerza la necesidad de acciones basadas en la promoción y prevención de la salud, con una asistencia integral más cercana a los usuarios en su área.

Palabras clave: Fonoaudiología; Atención Primaria de Salud; Anciano; Educación en Salud.

Introdução

O processo de envelhecimento populacional constitui um fenômeno complexo, multidimensional, natural, compreendendo alterações físicas, como também mudanças psicológicas, sociais e econômicas que influenciam numa redução da capacidade de adaptação do indivíduo¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento ativo parte do pressuposto de que a melhora na qualidade de vida aconteça de forma segura, a partir de um aprimoramento dos aspectos relacionados à saúde da pessoa idosa².

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional ocorre de forma rápida, em condições econômicas, sociais e de saúde desfavoráveis. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população de pessoas acima dos 60 anos, em 2010 equivaleu a 6,1% da população total do país, em 1980 correspondia a 6,1%, em 2010 a 10,8% e as estimativas para 2020 e 2050 apontam para 14,0% e 30,0%, respectivamente³. Em virtude desse aumento, as fragilidades e a exposição a fatores patológicos exigem um olhar diferencial e qualificação profissional para uma intervenção da forma adequada⁴.

É no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) que são possíveis intervenções que favorecem o cuidado integral, longitudinal ao usuário, sua família e comunidade. As equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) configuram um modelo de reordenação da atenção à saúde, com atuação no fortalecimento da APS. Para a efetiva resolutividade, as equipes de ESF podem contar com o apoio técnico-pedagógico e assistencial estabelecido pelo Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF-AB), um dispositivo estratégico essencial para o cuidado às pessoas. Tanto a ESF como o NASF-AB buscam a integralidade no atendimento da população, além da utilização de tecnologias leves, do acolhimento e escuta qualificada, construindo um vínculo com os usuários, evitando uma prática focada no modelo assistencial biomédico curativista⁴⁻⁵.

Dentre os profissionais que podem compor o NASF-AB, destaca-se o fonoaudiólogo e, dentre sua atuação, ressalta-se a direcionada à pessoa idosa, tendo como foco as intervenções sobre os distúrbios da comunicação humana e das funções envolvidas na alimentação, por sofrerem modificações ao longo dos anos. As alterações na mastigação, deglutição, voz, fala, linguagem e audição

são aspectos que influenciam na participação das atividades, tanto individuais quanto coletivas. Esse profissional possibilita juntamente com o idoso condições para obter recursos comunicativos favoráveis e adaptações às suas necessidades, com segurança e eficiência⁶.

Além disso, o fonoaudiólogo e os demais profissionais que fazem parte do NASF – AB e da equipe de ESF podem e devem desenvolver um cuidado pautado em promover ações que busquem minimizar suas fragilidades e também atividades que permitam uma relação dialógico-reflexiva, resultando em conscientização dos idosos sobre sua saúde, além de percepção de sua autonomia e independência relacionadas à vida⁷. Proporcionar aos idosos qualidade de vida permite a vivência de experiências positivas que favoreçam a longevidade, possibilitando o alcance de um envelhecimento satisfatório⁸, sendo ativo socialmente, reduzindo, assim, gastos com tratamentos médicos e farmacológicos⁹. Apesar das alterações naturais que o envelhecimento possa apresentar, o idoso ativo é aquele capaz de realizar suas atividades de vida diária por seus próprios meios e de forma autônoma⁵.

Segundo Vecchia et al¹⁰, a qualidade de vida relaciona-se com a autoestima, o bem-estar pessoal, envolvendo também a capacidade funcional, emocional, interação social, nível socioeconômico, estado de saúde e estilo de vida. Para Horikawa e Baraldi⁶, uma velhice saudável depende da minimização das consequências de doenças crônico-degenerativas e assim viabilizar dignidade até os últimos dias de vida.

Os dispositivos como os espaços de grupos de convivência e as ações de promoção à saúde, comumente utilizados pelas equipes na APS, permitem uma melhora significativa em relação à saúde coletiva e individual repercutindo nos aspectos relacionados ao social, cultural, econômico e, principalmente, na qualidade de vida¹¹. O usuário que participa destas atividades passa a ser um transformador, operador de mudanças, e a lidar melhor com os problemas de saúde¹¹.

Os momentos de educação em saúde têm potencial para suprir as necessidades que os indivíduos expressam, sendo uma troca de saberes entre os profissionais e os usuários, priorizando as medidas preventivas e de promoção à vida, organizando uma prática de atuação dos profissionais que atuem com a realidade e necessidade na sua unidade de saúde. Assim, os profissionais podem

dimensionar, dentro de seus grupos de convivência, aspectos do desenvolvimento global que algumas vezes impossibilita o idoso de participar e interagir com os demais⁵.

O estudo teve como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e fonoaudiológico de idosos participantes de grupos de convivência fornecendo subsídios para que as equipes de ESF e NASF-AB aperfeiçoem suas atividades e ações com prioridade à promoção e prevenção de agravos à saúde, de modo a prestar uma assistência integral e mais próxima aos usuários adstritos a suas áreas.

Método

Trata-se de um estudo do tipo transversal, quantitativo com 54 idosos (idade igual ou superior a 60 anos), de ambos os sexos, que compõem grupos de convivência nas Unidades de Saúde da Família (USF) do II Distrito Sanitário de Maceió/Alagoas (AL), as quais são assistidas pelas equipes da ESF e do NASF-AB. Fazem parte desse distrito, cinco USF, porém em decorrência da quantidade de equipes de ESF, o NASF-AB atua no território com apenas quatro dessas unidades. Foram excluídos os idosos com déficit cognitivo ou sofrimento psicossocial autorreferidos que os impossibilitassem de responder aos questionários, bem como aqueles que não estavam presentes no dia da coleta. O período de coleta compreendeu de junho a agosto de 2019.

Inicialmente ocorreu o contato com a direção administrativa das Unidades de Saúde e a coordenação de cada grupo, sendo realizado o levantamento daqueles que mantinham participação ativa nas atividades e agendadas visitas aos grupos. Os idosos presentes no dia da realização do grupo foram convidados a participar do estudo e, aqueles que aceitaram foram levados a uma sala à parte, recebendo informações orais e por escrito quanto aos objetivos da pesquisa e da metodologia, sendo adotada uma linguagem acessível e, também, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ainda nesta visita, foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)¹² com o objetivo de rastrear os processos cognitivos de orientação,

memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem, bem como realizar a triagem para participação da pesquisa. A pontuação no MEEM varia de zero a 30 pontos, considerando o nível de escolaridade, sendo definido como ponto de corte: ≥ 13 pontos para analfabetos, ≥ 18 pontos para menos de oito anos de escolaridade e ≥ 26 pontos para indivíduos com mais de oito anos de estudo.

Em seguida, foi realizada uma entrevista estruturada composta a partir dos questionários referentes às características sociodemográficas (adaptado da Ficha E-SUS¹³) [Figura 1], aos aspectos clínicos gerais (adaptado da Avaliação Geriátrica Ampla da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (AGA-SBGG)¹⁴) [Figura 2] e fonoaudiológicos (adaptado de Lima et al¹⁵ e Behlau et al¹⁶) [Figura 3], de modo que se tornou com base o autorrelato dos participantes. Sua aplicação ocorreu em local reservado, sendo as perguntas feitas oralmente e marcadas em formulário próprio, evitando constrangimentos aos não alfabetizados ou alfabetizados funcionais.

Os dados foram coletados em um formulário padronizado e os mesmos armazenados em uma planilha eletrônica de dados (Microsoft Excel® 2013. Redmond, WA, EUA). Nessa planilha, cada linha correspondeu a um sujeito de pesquisa/formulário e cada coluna às informações obtidas na coleta.

As informações foram analisadas por meio de estatística descritiva com frequência absoluta e percentuais, considerando-se as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, ocupação e renda familiar; as variáveis de comorbidades e uso de medicamentos: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, osteoarticulares, pulmonares, refluxo gastroesofágico e uso de medicamentos; e as variáveis fonoaudiológicas: mastigação, deglutição, voz, fala, linguagem, audição e equilíbrio.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) no Sistema CEPs/CONEP e aprovado sob o protocolo de número CAAE 10711019.7.0000.5011.

Nº do questionário			
Idade:		Não desejo responder ()	
Data de Nascimento:		____/____/____ Não desejo responder ()	
Sexo:		Feminino () Masculino () Não desejo responder ()	
Participa do (s) grupo (s):			
Assistido por equipe de Saúde da Família:		Sim () Não () Não desejo responder ()	
Se sim, qual o ACS?			
Data da entrevista:		____/____/____	
USF:			
(1) Durval Cortez (2) Hélio Auto (3) Caic – Virgem dos Pobres (4) Tarcísio Palmeira			
Escolaridade:	Situação conjugal	Ocupação	Renda
Analfabeto ()	Casado ou união consensual ()	Aposentado com outra ocupação ()	Aposentadoria ()
1-4 anos ()	Desquitado/ separado judic/ ()	Aposentado sem outra ocupação ()	Pensão ()
5-8 anos ()	Divorciado ()	Trabalhos domésticos ()	Mesada dos filhos ()
>8 anos ()	Viúvo ()	Trabalho fora do domicílio ()	Aluguel ()
Não desejo responder ()	Solteiro ()		Trabalho ()
	Separado ()		Outras _____
	Não desejo responder ()		Não desejo responder ()
		Não desejo responder ()	
Local de residência	Residência	Religião	Atividades sociais
Casa térrea ()	Sozinho ()	Católica ()	Sim () Não ()
Casa duplex ()	Filhos ()	Evangélica ()	Quais? _____
Apartamento ()	Outros familiares ()	Espírita ()	_____
ILP ()	Empregada doméstica ()	Budista ()	Não desejo responder ()
Outros ()	Cuidadores ()	Outra ()	
Não desejo responder ()	Outros ()	Não desejo responder ()	
	Não desejo responder ()		

Adaptação criada a partir da Ficha E-SUS¹³

Figura 1. Questionário sociodemográfico

Inventário de doenças prévias

Teve ou tem alguma doença?	Sim () Não () Não desejo responder ()
Qual (is)?	
Faz uso de medicamentos?	Sim () Não () Não desejo responder ()
Qual (is)?	

Dimensão clínica

Visão normal () Não desejo responder ()	Hipertenso: Sim () Não () Não desejo responder ()
Déficit visual () Não desejo responder ()	Refluxo gastroesofágico: Sim () Não () Não desejo responder ()
Usa corretores ()	Diabético: Sim () Não () Não desejo responder ()

Não desejo responder ()	Doença Pulmonar: Sim () Não () Não desejo responder ()
--------------------------	---

Doenças cardiovasculares: Sim () Não () Não desejo responder ()	Uso de órteses: _____ Não desejo responder ()
Doenças osteoarticulares: Sim () Não () Não desejo responder ()	Uso de próteses: _____ Não desejo responder ()

Polifarmácia Sim () Não () Não desejo responder ()	Fumante ()	Uso seguro do álcool ()	Não faz atividade física ()
	Não fumante ()	Uso nocivo do álcool ()	Caminhadas ()
	Ex-fumante ()	Dependência do álcool ()	Musculação ()
	Parou há quanto tempo? _____ Não desejo responder ()	Não bebe ()	Hidroginástica ()
		Se parou, há quanto tempo? _____ Não desejo responder ()	Outras _____ Quantas vezes/semana? _____ Não desejo responder ()

Adaptação criada a partir da Avaliação Geriátrica Ampla da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (AGA-SBGG)¹⁴

Figura 2. Questionário referente aos aspectos clínicos

Dados sobre Alimentação Atual	
Tipo de alimento ingerido:	Sólido () Pastoso () Líquido ()
	Líquido engrossado () Todas as consistências ()
	Não desejo responder ()
Dados Relacionados à Mastigação	
Presença de dificuldade em mastigar algum alimento	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()
Presença de dor durante a mastigação	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()
Presença de cansaço para mastigar algum alimento	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()
Dados Relacionados à Deglutição	
Presença de engasgo durante as refeições	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()
Presença de tosse durante as refeições	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()
Presença de cansaço durante as refeições	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()
Sensação de comida "parada" na garganta	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()
Ardor na garganta durante ou após a refeição	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()
Auxílio de líquido para descida do alimento	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()
Sensação constante de boca seca	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()
Dados Relacionados à Voz	
Presença de rouquidão	Não () Sim () Não desejo responder ()
Presença de pigarro	Não () Sim () Não desejo responder ()
Cansaço no uso da voz	Não () Sim () Não desejo responder ()
Sensação de corpo estranho na garganta	Não () Sim () Não desejo responder ()

Dados Relacionados à Fala e a Linguagem				
Sente alguma dificuldade em falar alguma palavra	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()			
Percebe sua fala mais lenta	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()			
Percebe sua fala mais rápida	Não () Às vezes () Sim () Não desejo responder ()			
Dificuldade em entender algo	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Apresenta dificuldade em expressar algo	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Apresenta dificuldades de memória	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Se sim, qual tipo	Curto prazo () Médio prazo () Longo Prazo ()			
Apresenta dificuldades para ler	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Apresenta dificuldades para escrever	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Dados Relacionados à Audição				
Apresenta perda auditiva	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Se sim, qual ouvido	Direito () Esquerdo () Ambos ()			
Presença de Tontura	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Presença de Zumbido	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Uso de AASI	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Tempo de Uso de AASI:				
Pede para repetir várias vezes o que o outro fala	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Aumenta o volume da televisão, rádio, etc?	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Os outros se queixam que você fala alto?	Não () Sim () Não desejo responder ()			
Sente mais dificuldade em ouvir	OD () OE ()			
Mastigação	Deglutição	Voz	Fala e Linguagem	Audição
Presença de um ou mais aspectos alterados ()	Presença de um ou mais aspectos alterados ()	Presença de um ou mais aspectos alterados ()	Presença de um ou mais aspectos alterados ()	Presença de um ou mais aspectos alterados ()
Normal ()	Normal ()	Normal ()	Normal ()	Normal ()

Adaptação criada a partir de Lima et al¹⁵ e Behlau et al¹⁶

Figura 3. Questionário dos aspectos fonoaudiológicos

Resultados

Foram realizadas 56 entrevistas, contudo dois participantes foram excluídos da pesquisa por não terem obtido a pontuação mínima no MEEM. A idade dos participantes variou de 60 a 88 anos,

com média de 70 anos (desvio padrão = 7 anos). Houve predominância do sexo feminino (90,7%), nível de escolaridade de um a quatro anos e aposentados (72,2%), sendo a aposentadoria a única renda familiar (66,7%), como descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas referentes aos idosos participantes de grupos de convivência desenvolvidos na APS. Maceió/AL; 2019 (N=54)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	49	90,7
Masculino	5	9,3
Escolaridade		
Analfabeto	11	20,4
1 a 4 anos de estudo	23	42,6
5 a 8 anos de estudo	10	18,5
Mais de 8 anos de estudo	10	18,5
Situação conjugal		
Casado	15	27,8
Solteiro	8	14,8
Viúvo	24	44,4
Divorciado	7	13
Ocupação		
Aposentado sem ocupação	39	72,2
Aposentado com ocupação	3	5,6
Trabalhos Domésticos	10	18,5
Outros	2	3,7
Renda		
Aposentadoria	36	66,7
Pensão	10	18,5
Outras	6	11,1
Nenhum	2	3,7
TOTAL	54	100

Na Tabela 2, constam dados referentes à dimensão clínica. Ressalta-se que apenas 37% fazem atividades físicas, com predomínio das caminhadas (27,7%).

Com relação às características fonoaudiológicas, observa-se na Tabela 3 discriminadas as

principais alterações encontradas nas funções de mastigação, deglutição, voz, fala e linguagem, audição e equilíbrio; e também o percentual dos aspectos fonoaudiológicos normais e os alterados. Além disso, 83,3% relataram ingerir todas as consistências de alimentos.

Tabela 2. Achados clínicos referentes aos idosos participantes de grupos de convivência desenvolvidos na APS. Maceió/AL; 2019 (N=54)

Variáveis	N	%
Uso de medicação		
Sim	47	87
Não	7	13
Déficit visual		
Sim	44	81,5
Não	10	18,5
Hipertensão Arterial		
Sim	40	74,1
Não	13	24,1
Não informado	1	1,9
Doenças osteoarticulares		
Sim	34	63
Não	20	37
Diabetes Mellitus		
Sim	19	35,2
Não	35	64,8
Refluxo gastroesofágico		
Sim	8	14,8
Não	46	85,2
Doenças pulmonares		
Sim	6	11,1
Não	48	88,9
Doenças cardiovasculares		
Sim	11	20,4
Não	42	77,8
Não informado	1	1,9
TOTAL	54	100

Tabela 3. Características fonoaudiológicas alteradas referentes aos idosos participantes de grupos de convivência desenvolvidos na APS. Maceió/AL; 2019 (N=54)

Variáveis	N	%	Aspectos Fonoaudiológicos	
			Normal (N %)	Alterado (N %)
Mastigação				
Dificuldades	12	63,2	35 64,8	19 35,2
Dor	10	52,6		
Cansaço	7	36,8		
Deglutição				
Engasgo	26	72,2		
Auxílio de líquido durante as refeições	21	58,3	18 33,3	36 66,7
Sensação de boca seca	26	72,2		
Tosse	15	41,7		
Voz				
Pigarro	23	76,7		
Rouquidão	18	60	24 44,4	30 55,6
Cansaço no uso da voz	14	46,7		
Fala e linguagem				
Expressão	20	37,7		
Compreensão	33	62,3		
Fala lentificada	15	28,3		
Dificuldade em falar alguma palavra	22	41,5	1 1,9	53 98,1
Leitura	32	60,4		
Escrita	32	60,4		
Memória de curto prazo	36	67,9		
Audição e Equilíbrio				
Perda auditiva bilateral	11	23,9		
Tontura	31	67,4		
Zumbido	26	56,5	8 14,8	46 85,2
Aumentar volume de televisão, rádio	26	56,5		
Queixas de outros por falar alto	20	43,5		

Discussão

Com relação ao perfil sociodemográfico, o predomínio do sexo feminino, sendo em sua maioria viúvas, aposentadas, com níveis baixos de escolaridade e também de renda, assemelham-se a outros estudos^{5,17}, sugerem que as mulheres preocupam-se mais com a saúde e buscam com maior frequência os serviços de saúde, levando assim a participarem dos grupos de convivência⁵, buscando companhias e outros espaços fora do ambiente de seu lar. Além do mais, dados apontam que os idosos viúvos apresentam uma maior resistência em participar de atividades após a sua aposentadoria¹⁷. No que se refere aos idosos casados, o suporte e apoio do parceiro possibilita mais segurança e incentivo aos cuidados com a saúde⁵.

O baixo nível de escolaridade relaciona-se diretamente com a renda e podem influenciar no

desempenho das atividades desenvolvidas individualmente ou coletivamente, na capacidade de independência funcional, além de limitar o acesso aos próprios direitos e uma carreira profissional¹⁸, levando a se sustentarem apenas com o valor atribuído à aposentadoria e inclusive ser o provedor do lar. Uma ocupação vinculada à aposentadoria poderia proporcionar uma melhora na qualidade de vida, tornando o idoso mais ativo e independente¹.

Este estudo revelou o já referido em outros: com o passar dos anos, ocorre um aumento das comorbidades, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis¹⁷ e, conseqüentemente, uso elevado de medicações¹⁸. Um estudo apresentou que 94,8% dos idosos relataram possuírem Hipertensão Arterial e 44,8% a Diabetes, sendo atribuído a estes agravos o acesso restrito a informações e a hábitos pouco saudáveis¹⁷. Diante disto, estratégias e incentivos a ações de promoção e prevenção são necessários para mudança dessa realidade, em que

as equipes de ESF e do NASF-AB possam ofertar um acompanhamento diferencial aos usuários e maior assistência a este público.

Outras comorbidades presentes na população idosa referem-se a déficits visuais e às doenças cardiovasculares e pulmonares. No que se refere aos déficits visuais, estes podem gerar eventos de quedas, levando a fraturas e assim diminuindo a função sensorial¹⁹. Já em relação às doenças cardiovasculares, apesar dos dados apresentados neste estudo serem pouco significativos, estas podem associar-se a dificuldades e/ou dor ao engolir e ocasionar uma diminuição do trânsito faríngeo²⁰. Por sua vez, em relação às doenças pulmonares estas podem apresentar relação com uma incoordenação da deglutição e ocasionamento de pneumonias²¹.

As doenças osteoarticulares também foram frequentes neste estudo, evidenciando que são prevalentes em idosos, principalmente os do sexo feminino e que podem ocasionar um aumento de quedas e fraturas, acarretando dependência nas atividades de vida diária e diminuição do desempenho físico²². O incentivo à prática de atividade física deve ser primordial; o Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil) realizado em alguns municípios evidenciou que quanto menor o grau de escolaridade e o aumento da idade, menor serão os níveis de atividade física²³. A pessoa idosa apresenta-se mais sedentária, o que pode acarretar numa redução na mobilidade²². Os grupos de convivência são ideais para que a pessoa idosa possa ter um melhor e mais saudável estilo de vida, prevenindo e controlando os agravos¹⁷, tendo como principal prática as caminhadas para serem realizadas no território da comunidade.

A comunicação é essencial para se relacionar, entretanto com a idade avançada essa função pode ser afetada negativamente, influenciando na qualidade de vida, na independência e até a uma restrição ou perda da participação social²⁴. As alterações fonoaudiológicas mais frequentes neste estudo foram relacionadas ao sistema estomatognático, lentificação nos processos de fala, fonação, dificuldades de audição e do equilíbrio corporal, e corroboram com outras pesquisas^{24,25}, evidenciando a importância de dados referentes ao envelhecimento no âmbito fonoaudiológico da atenção à saúde do idoso²⁵.

Algumas alterações encontradas na função mastigatória corroboram com outro estudo que evidencia dificuldades para mastigar, presença de tosse

e/ou engasgo, perda dentária e uso de prótese²⁶. O processo de mastigação na pessoa idosa necessita de um cuidado especial, já que a desorganização miofuncional pode acarretar complicações na mobilidade, tonicidade, na funcionalidade dos órgãos e também afetar a deglutição²⁶. Ademais, o refluxo gastroesofágico, frequentemente encontrado em idosos, pode ser a causa de dificuldades para deglutir, levando consequentemente a sensação de alimentos parados na garganta e a pigarros²⁰.

Um estudo realizado em São Paulo evidenciou que dificuldades como engasgos, o auxílio de líquido para engolir e sensação de boca seca são aspectos recorrentemente relatados por idosos e que podem estar relacionados à diminuição da capacidade funcional, sendo risco para surgimento de presbifagia e disfagia²⁰. Intervenções de promoção à saúde das funções orofaciais são necessárias e podem ser realizadas em espaços coletivos buscando minimizar o declínio fisiológico e funcional do sistema estomatognático causado pelo envelhecimento²⁷.

A qualidade vocal também sofre alterações no decorrer do processo de envelhecimento, transformando as estruturas e as suas funcionalidades e, consequentemente, implicando negativamente na interação, socialização, expressividade e qualidade de vida. Além da presbifonia (envelhecimento natural da voz), os abusos vocais, como gritar e falar com esforço, também são influentes na saúde vocal¹⁸.

Alterações nas funções comunicativas são comuns na terceira idade, ocasionando dificuldades em se expressar e compreender a fala, de memória de curto e longo prazo, de leitura e escrita e que podem dificultar a integração social, evidenciando o isolamento social, estresse e restrição na autonomia^{18,28}. Estudo apontou que o baixo nível de escolaridade também é fator para o aumento de dificuldades de leitura e escrita, em decorrência de suas relações sociais e as oportunidades às quais os indivíduos foram expostos ao longo da vida¹⁸. Essas dificuldades interferem nos aspectos linguísticos e cognitivos refletindo no seu desempenho das atividades.

Em relação aos aspectos auditivos, um estudo em Florianópolis apontou que a diminuição da acuidade auditiva gera impactos no convívio social e na comunicação²⁹. As queixas relatadas no presente estudo assemelham-se a uma pesquisa que apontou quase metade dos indivíduos referindo “escutar te-

levisão e rádio muito alto”, apresentando prejuízos na absorção de informações pelos meios de comunicação e até perdas nos contatos interpessoais¹⁸.

Diante desses achados, pode-se dizer que é necessária a abordagem fonoaudiológica com os idosos na APS; a participação da Fonoaudiologia neste nível de atenção à saúde possibilita a ampliação do cuidado a esta população. As alterações nos aspectos que envolvem o sistema estomatognático e a comunicação interferem no desempenho comunicativo verbal e não verbal e nas relações pessoais³⁰. Assim, faz-se necessário a minimização de quaisquer dificuldades para inserção dos idosos nas atividades cotidianas (de vida diária), comunitárias e nos grupos de convivência/educação em saúde.

A propósito dos grupos, sua periodicidade também deve ser analisada, já que o vínculo estabelecido entre as equipes da APS e os usuários pode ser “quebrado” com intervalos maiores entre os encontros, podendo ser um dos motivos que ocasionou o encerramento de um deles em uma das Unidades de Saúde pesquisada (nas outras, dois grupos ocorrem quinzenalmente e, em outro, mensalmente), como também pode ser uma das causas de baixa adesão dos usuários. Lembrando-se que o modelo de atuação previsto nas políticas pelas equipes de ESF, e também pelas do NASF-AB, implica longitudinalidade do cuidado, respondendo às necessidades dos indivíduos¹⁷ e mantendo com essa prática o vigor do vínculo e com o usuário e a comunidade, de modo que é fortalecida a qualidade de vida dos mesmos.

Conclusão

No perfil sociodemográfico e clínico dos idosos participantes de grupos de convivência houve predomínio de mulheres, com idade média de 70 anos, viúvas, com escolaridade entre um a quatro anos e aposentadas. Em relação aos dados de saúde predominou idosas hipertensas, com doenças osteoarticulares e que realizavam alguma atividade física.

Em relação às condições fonoaudiológicas, as mais frequentes foram: dificuldade, dor e cansaço ao mastigar algum alimento; engasgo, auxílio de líquido durante as refeições, sensação de boca seca e tosse; pigarro, rouquidão e cansaço no uso da voz; dificuldades de compreensão e expressão, ler e escrever, falar alguma palavra, dificuldades de memória de curto prazo e fala lentificada; perda

auditiva bilateral, tontura, zumbido, necessidade de aumentar o volume da televisão, rádio e o fato dos outros se queixarem por falar alto.

As alterações fonoaudiológicas foram recorrentes nos idosos, reforçando a necessidade de ações pautadas na promoção e prevenção da saúde, sendo prestada uma assistência integral e mais próxima aos usuários adstritos a sua área. Além disso, possibilita também mudanças nos aspectos comunicativos dos idosos, que refletem nas suas atividades de vida diária e no convívio social. Assim, o estudo pode contribuir para que os profissionais das equipes de ESF e do NASF-AB possam usufruir e promover a autonomia e participação dos idosos no território, proporcionando um envelhecer ativo.

Referências Bibliográficas

1. Silva LM. Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representações sociais [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde; 2011.
2. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). 2005.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Sinopse do censo demográfico 2010 [acesso em 27 out 2019]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
4. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013. 29 (8): 1631-43.
5. Coutinho ATQ, Vilela MBR, Lima MLLT, Silva VL. Comunicação social e independência funcional em idosos de comunidade coberta pela estratégia saúde da família. *Rev. CEFAC*. 2018; 20(3): 363-373.
6. Horikawa D, Baraldi GS. Estratégia e práticas no atendimento em diferentes campos de atuação: domicílio, ambulatórios e residenciais. In: Venites J, Soares L, Bilton T. *Disfagia no idoso*. 1 ed. Ribeirão Preto: Book Toy; 2018.
7. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2015. 20 (6): 1763-72.
8. Valcarenghi RV, Lourenço LFL, Siewert JS, Alvarez AM. Nursing scientific production on health promotion chronic condition, and aging. *Rev Bras Enferm*. 2015. 68 (4): 618-25.
9. Rodrigues CM, Fontes PBM. Qualidade De Vida Na Velhice. In: Manso MEG, Biffi ECA. *Geriatrics: Manual da LEPE – Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo: Martinari; 2015.
10. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005. 8 (3): 246-52.

11. Brasil. Portaria n. 2446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Ministério da Saúde. 11 nov 2014.
12. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O minixame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994. 52 (1): 1-7.
13. Brasil. Diretrizes Nacionais de Implantação da Estratégia E-sus AB. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2014.
14. Souza CSSC. Avaliação geriátrica ampla (AGA). [cited 2012]. Available from: <http://www.redepsi.com.br/porta>.
15. Lima RMF, Amaral AKFJ, Aroucha EBL, Vasconcelos TMJ, Silva HJ, Cunha DA. Adaptações na mastigação, deglutição e fonarticulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev. Cefac*. 2009. 11 (3): 405-422.
16. Behlau M, Madazio G, Pontes P. Disfonias organofuncionais. In: Behlau M. *Voz: o livro do especialista*. São Paulo: Revinter; 2001. p 297.
17. Mafra GM, Vianna KMP. O cuidado ao idoso do ponto de vista fonoaudiológico na rede assistencial em saúde de Florianópolis: uma ação de vigilância em saúde. *CoDAS*, São Paulo. 2017. 29 (5): 1-7.
18. Santiago LM, Graça CML, Rodrigues MCO, Santos GB. Caracterização da saúde de idosos numa perspectiva fonoaudiológica. *Rev. CEFAC*, São Paulo. 2016. 18 (5): 1088-96.
19. Smith AA, Silva AO, Rodrigues RAP, Moreira MASP, Nogueira JA, Tura LFR. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. *Rev. Latino – Am. Enfermagem*. 2017; 25: 1-9.
20. Mourão LF, Xavier DAN, Neri AL, Luchesi KF. Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. *Audiol., Commun. Res*, São Paulo. 2016. 21: 1-8.
21. Furkim AM, Duarte ST, Hildebrandt PT, Rodrigues KA. A instituição asilar como fator potencializador da disfagia. *Rev. CEFAC*. 2010. 12 (6): 954-963.
22. Santos VR, Gobbo LA, Christofaro DGD, Gomes IC, Mota J, Gobbi S, et al. Osteoarticular diseases and physical performance of Brazilians over 80 years old. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2016. 21 (2): 423-430.
23. Peixoto SV, Mambrini JVM, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Souza Junior PRB, Andrade FB, et al. Physical activity practice among older adults: results of the ELSI-Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2018. 52 (Suppl 2): 1-9.
24. Moraes GI, Couto EAB, Cardoso AFR, Labanca LM. Perfil fonoaudiológico dos idosos atendidos em um centro de referência. *Distúrbios Comum*, São Paulo. 2016. 28(1): 82-92.
25. Reis RM, Costa FM, Carneiro JA, Vieira MA. O papel do fonoaudiólogo frente a alterações fonoaudiológicas de audição, equilíbrio, voz e deglutição: uma revisão de literatura. *Rev. CEFAC*, São Paulo. 2015.17 (1): 270-6.
26. Souza IAL, Massi G. A saúde fonoaudiológica a partir do discurso do idoso institucionalizado. *Rev. CEFAC*, São Paulo. 2015. 17 (1): 300-7.
27. Felício CM, Lima MRF, Medeiros APM, Ferreira JTL. Orofacial Myofunctional Evaluation Protocol for older people: validity, psychometric properties, and association with oral health and age. *CoDAS*, São Paulo. 2017. 29 (6): 1-12.
28. 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.
29. Paiva KM, Hillesheim D, Haas P. Atenção ao idoso: percepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em uma capital do sul do Brasil. *CoDAS*, São Paulo. 2019. 31 (1): 1-6.
30. Paula MC, Vianna KMP. Agravos fonoaudiológicos sob a ótica do agente comunitário de saúde. *Rev. CEFAC*, São Paulo. 2017.19 (2): 221-232.