

Qualidade de vida de idosos em atendimento clínico fonoaudiológico: uma análise quantitativa

Quality of life of elderly in speech language clinical care: a quantitative analysis

Calidad de vida de las personas mayores en la atención clínica fonoaudiológica: un análisis cuantitativo

Recebido: 08/02/2022 | Revisado: 19/02/2022 | Aceito: 28/02/2022 | Publicado: 08/03/2022

Claudia da Silva Souza Peres

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0610-7661>
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
E-mail: claudia.souza@utp.edu.br

Karina de Fatima Portela de Oliveira Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5626-8020>
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
E-mail: kari.portela@gmail.com

Débora Lüders

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-0734>
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
E-mail: debora.luders@utp.br

Ana Cristina Guarinello Barusso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6954-8811>
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
E-mail: Ana.guarinello@utp.br

Giselle Aparecida de Athayde Massi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3017-3688>
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
E-mail: giselle.massi@utp.br

Resumo

O Sistema Único de Saúde oferece atendimento em rede no Brasil, incluindo os serviços fonoaudiológicos, que abrangem tanto ações clínicas como de Promoção da Saúde, envolvendo a Qualidade de Vida de usuários. O objetivo desse trabalho foi analisar a Qualidade de Vida de idosos atendidos em uma clínica fonoaudiológica vinculada ao Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, realizado entre junho de 2018 e junho de 2019, com 105 idosos, que responderam a dois instrumentos: o *World Health Organization Questionnaire of Quality of Life (WHOQOL-bref)*, no qual constam 26 questões, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; e um questionário estruturado, a fim de levantar as razões da procura por atendimento fonoaudiológico, e ainda, aspectos sociodemográficos. Os resultados demonstram maior prevalência de homens (51,4%), entre 70 e 79 anos (48,6%), com grau de instrução de Ensino Fundamental (78,1%), que buscaram atendimento por problemas auditivos (98,2%). Com relação à Qualidade de Vida, o domínio psicológico foi melhor avaliado e o domínio físico o pior. Não foi encontrada diferença significativa entre faixa etária, gênero e grau de instrução. A percepção da Qualidade de Vida foi significativamente melhor avaliada pelos idosos do que a percepção acerca da própria saúde. Os idosos participantes tendem a focar a saúde a partir de suas condições físicas, principalmente, no que se refere à perda auditiva associada à idade, a qual pode interferir negativamente em suas relações sociais, embora apresentem boa percepção de sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Política de saúde; Idoso; Qualidade de vida; Atenção à saúde.

Abstract

The Brazilian Unified Health System offers networked care, including speech therapy services, which encompass both clinical and health promotion actions, involving the Quality of Life of users. The aim of this study was to analyze the Quality of Life of elderly people assisted in a speech therapy clinic linked to the Unified Health System. This is a descriptive and quantitative study, carried out between June 2018 and June 2019, with 105 elderly, who answered two instruments: the *World Health Organization Questionnaire of Quality of Life (WHOQOL-bref)*, which contains 26 questions, divided into four domains: physical, psychological, social relations and environment; and a structured questionnaire, in order to raise the reasons for seeking speech therapy, and also sociodemographic aspects. The results show a greater prevalence of men (51.4%), between 70 and 79 years of age (48.6%), with Elementary School education (78.1%), who sought care for hearing problems (98.2%). Regarding Quality of Life, the psychological domain was better evaluated and the physical domain was the worst. No significant difference was found between

age, gender, and level of education. The perception of Quality of Life was significantly better evaluated by the elderly than the perception about their own health. The elderly participants tend to focus on health based on their physical conditions, especially regarding the hearing loss associated with age, which can negatively interfere in their social relationships, although they have a good perception of their quality of life.

Keywords: Speech therapy; Health policy; Elderly; Quality of life; Attention to health.

Resumen

El Sistema Único de Salud en Brasil, incluye servicios de logopedia, que abarcan acciones clínicas e de Promoción de la Salud, involucrando la Calidad de Vida de los usuarios. El objetivo de este estudio fue analizar la Calidad de Vida de ancianos atendidos en una clínica de logopedia vinculada al Sistema Único de Salud. Se trata de un estudio descriptivo y cuantitativo, realizado entre 2018 y 2019, con 105 ancianos, que respondieron a dos instrumentos: el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, que contiene preguntas, divididas en cuatro dominios: físico, psicológico, de relaciones sociales y de entorno; y un cuestionario estructurado, con el fin de plantear los motivos por los que acuden a la logopedia, y aspectos sociodemográficos. Los resultados muestran una mayor prevalencia de hombres, entre 70 y 79 años de edad, con estudios primarios, que acuden a la consulta por problemas de audición. En cuanto a la calidad de vida, el ámbito psicológico fue el mejor evaluado y el físico el peor. No se encontraron diferencias significativas entre el rango de edad, el género y el nivel de educación. La percepción de la calidad de vida fue significativamente mejor valorada por los mayores que la percepción sobre su propia salud. Los ancianos tienden a centrarse en la salud a partir de condiciones físicas, especialmente en lo que respecta a la pérdida de audición, que puede interferir negativamente en sus relaciones sociales, aunque tienen una buena percepción de su calidad de vida.

Palabras clave: Terapia del habla; Política de salud; Anciano; Calidad de vida; Cuidado de la salud.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal, vinculou a saúde a uma visão mais ampliada, considerando-a não apenas em oposição à doença, mas em função de determinantes sociais que interferem na Qualidade de Vida (QV) das pessoas. Desde então, todo cidadão que vive no Brasil tem acesso ao SUS e aos serviços que este oferece, de forma gratuita e integral, sendo dever do Estado suprir financeiramente esse sistema (Brasil, 2017). A Lei Orgânica nº8.080/90, de 19 de setembro de 1990, esclarece em seu Art.2º, que a “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990)

Conforme o Ministério da Saúde (2020), pautado nesse direito fundamental, o SUS oferece atendimento em rede, priorizando três níveis de atenção à saúde: a atenção primária ou básica, a secundária ou de média complexidade e a terciária, também, conhecida como sendo de alta complexidade. A atenção básica desenvolve ações que englobam prevenção, proteção, intervenção, bem como promoção da saúde e da QV. O nível secundário volta-se ao atendimento de usuários em situações de urgências e emergências, fazendo uso de equipamentos mais avançados. Esses atendimentos, que envolvem a atenção secundária, ocorrem diariamente em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Clínicas e Laboratórios, durante 24 horas. Já, o nível terciário volta-se aos procedimentos de alta complexidade, em que tecnologias de ponta são indispensáveis, acarretando um alto custo para o setor da saúde (Brasil, 2020).

De acordo com o Ministério da saúde, a criação do SUS, embasada em princípios doutrinários, da universalidade, integralidade e equidade, bem como em princípios organizacionais, como a regionalização, a hierarquização, a descentralização e a participação social, constitui-se como um marco na história da área da saúde brasileira (Brasil,1990). Ao longo do tempo, tais princípios também fundamentaram outras políticas públicas, que foram elaboradas para atender os usuários do sistema em conformidade com características mais específicas, como é o caso da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) instituída pela portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006 (Brasil, 2006).

É preciso destacar que cada pessoa idosa é singular, mesmo que ela faça parte de um grupo, classificado por faixa etária. E com essa singularidade, sentimentos, crenças, valores, desejos e costumes variam entre as pessoas que têm idade igual ou acima de 60 anos. Tal variação altera a compreensão que as pessoas têm do mundo e da própria velhice (Santos & Massi, 2017).

Assim, em conformidade com Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), há pessoas idosas que vivem em abrigos, outras com as famílias, outras vivem sozinhas, há também aqueles em estado de vulnerabilidade, outros que apresentam uma excelente QV, outros têm doenças crônicas, com importantes incapacidades funcionais ou mentais, outros são independentes e autônomos, uns vivem no campo, outros na cidade, entre tantas outras diferenças que fazem com que não seja possível padronizar a população idosa a partir de generalizações fato que, conforme a idade avança, várias mudanças orgânicas são visíveis, inegáveis e naturais. Entretanto, convém enfatizar que independentemente das mudanças que acompanham o processo biológico do envelhecimento, as pessoas idosas podem ter QV, especialmente, se permanecerem integradas às comunidades nas quais convivem, incluindo a família, que deve ajudá-las a manter, recuperar e promover a sua autonomia, independência e participação social. A QV e a saúde das pessoas de todas as idades, inclusive daquelas com mais de 60 anos, são fortemente influenciadas por determinantes sociais, como o acesso à educação, a habitação digna, a alimentação saudável, o transporte público de qualidade, o saneamento básico, o lazer e os esportes. E, além desses fatores, para que seja possível equalizar a QV, é preciso considerar a subjetividade de cada sujeito, relacionada aos seus objetivos de vida, à autorrealização, à rotina diária e a relação que estabelece com o seu entorno (Brasil, 2006).

Ainda, sobre a QV, cabe apontar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída no ano de 2006 e revista em 2014, pela portaria MS/GM N°.687, de 30 de março de 2006, pelo fato dessa política destacar a equidade, a participação social, a autonomia e o empoderamento, como princípios capazes de potencializar a QV de todos os brasileiros e brasileiras (Brasil, 2015). Com essa compreensão, direcionada à saúde em sentido amplo, de acordo com a proposta da PNPS, a Fonoaudiologia está integrada ao SUS, desenvolvendo ações na atenção básica, na média e alta complexidade. Trata-se de uma profissão que vem ampliando seu espaço de atuação e ganhando visibilidade, com inserção em diversas Políticas Públicas (Guckert et al., 2020).

No que se refere ao trabalho voltado à população idosa, a Fonoaudiologia, fundamentada na PNSPI, pode contribuir com ações desenvolvidas na atenção básica, por meio da escuta qualificada e do encorajamento à participação social de pessoas mais velhas. Tal política aponta que é por meio da escuta e da interação com o outro que a QV pode ser trabalhada junto a grupos de pessoas. Convém esclarecer que instrumentos que avaliam a QV têm proporcionado maior possibilidade de os profissionais da saúde, incluindo fonoaudiólogos, considerarem fatores que influenciam o modo de viver das pessoas, promovendo seu bem-estar.

Dentre os instrumentos utilizados para analisar a QV das pessoas, destaca-se o *The World Health Organization Quality of Life (Whoqol)*, ou seja, A Organização Mundial de Saúde Qualidade de Vida (The WHOQOL Group, 1995). Esse questionário, sob uma perspectiva transcultural e internacional, é pautado na visão de que a QV está diretamente relacionada ao modo como o indivíduo se posiciona no meio em que vive, considerando sua subjetividade, desejos, sonhos e preocupações. Nessa direção, considerando a relevância de a Fonoaudiologia promover ações de saúde capazes de contribuir com a melhoria da QV da população que envelhece, o estudo em tela objetiva analisar a qualidade de vida de idosos atendidos em uma clínica fonoaudiológica vinculada ao SUS.

2. Metodologia

O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo de número 2.393.575. Ele está pautado em uma análise descritiva de dados quantitativos, relacionados à QV de pessoas idosas, atendidas em uma Clínica Fonoaudiológica credenciada ao SUS como um serviço de média e alta complexidade.

E tal serviço se apoia na Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), instituída pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 2.073, de 2004, que prevê ações de avaliação e diagnóstico audiológico, como também a concessão de aparelhos de amplificação sonora individuais (Brasil, 2004).

A pesquisa ocorreu em uma clínica vinculada a uma Universidade, localizada no estado do Paraná, a qual atende, primordialmente, usuários do SUS, que buscam cuidados voltados à linguagem oral, escrita, audição, motricidade orofacial, voz e disfagia. Os atendimentos acontecem de forma progressiva, partindo de uma entrevista inicial, avaliação, parecer e consecutivamente um acompanhamento contínuo por meio de terapias, se necessário. Além disso, atende demandas de estágios obrigatórios dos discentes de graduação em Fonoaudiologia e, também, alunos de pós-graduações dessa mesma área de formação.

A coleta de dados foi realizada entre junho de 2018 e junho de 2019, totalizando um ano de pesquisa, em uma sala da própria Clínica de Fonoaudiologia, especificamente direcionada para tal coleta. Teve como alvo, usuários do SUS, com mais 60 anos. Contou com a participação de 105 idosos, escolhidos por conveniência. Assim, aqueles usuários que estavam presentes, na Clínica de Fonoaudiologia em questão, nas terças à tarde e às sextas pela manhã, para consulta otorrinolaringológica ou acompanhamento de uso de seus aparelhos auditivos, foram convidados a participar da pesquisa. Pessoas que tinham quaisquer distúrbios cognitivos ou de linguagem, que as incapacitassem de responder aos instrumentos do estudo, foram excluídas.

Aqueles que aceitaram participar, primeiramente assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, que continha informações sobre a pesquisa, seus objetivos, procedimentos, riscos e benefícios. Essas informações foram lidas para todos os participantes e explicadas oralmente para aqueles que ficaram com dúvidas. Em um segundo momento, foi aplicado pelos pesquisadores um instrumento para caracterizar os participantes, por meio de questões relacionadas à idade dos participantes, sexo, estado civil, grau de instrução, fontes e valor da renda, bem como os motivos pela busca de atendimento clínico fonoaudiológico.

Logo em seguida, foi aplicado o *WHOQOL-BREF*, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), constituído de 26 perguntas, sendo a pergunta número um (Q1) sobre percepção da qualidade de vida geral e a pergunta número dois (Q2) sobre a satisfação quanto à saúde. As outras 24 questões são divididas em quatro domínios: o domínio Físico é composto por sete questões (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); o Psicológico conta com mais seis questões (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); o domínio das Relações Sociais tem mais três questões (Q20, Q21, Q22); e o do Meio Ambiente é composto por oito questões (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25). As respostas seguem uma escala de Likert, de 1 a 5, e quanto maior a pontuação, melhor a percepção que o idoso tem de sua qualidade de vida.

Para a análise estatística dos dados, utilizou-se de métodos descritivos, envolvendo tabelas de frequências, média, valores mínimos, valores máximos e desvio padrão. Também foram usados métodos inferenciais, tais como o coeficiente de correlação de Spearman, ANOVA de Friedman, teste de Kruskal-Wallis, teste de Mann-Whitney e teste de Wilcoxon, considerando-se o nível de significância de 0,05. Como os dados dos escores não satisfizeram as condições para uso de testes paramétricos, foram utilizados testes não-paramétricos, de acordo com o número de grupos comparados, bem como a independência ou dependência dos dados. Toda a análise foi realizada com uso dos softwares *Sphinx iQ2* e *Statistica 13.5.0.17*.

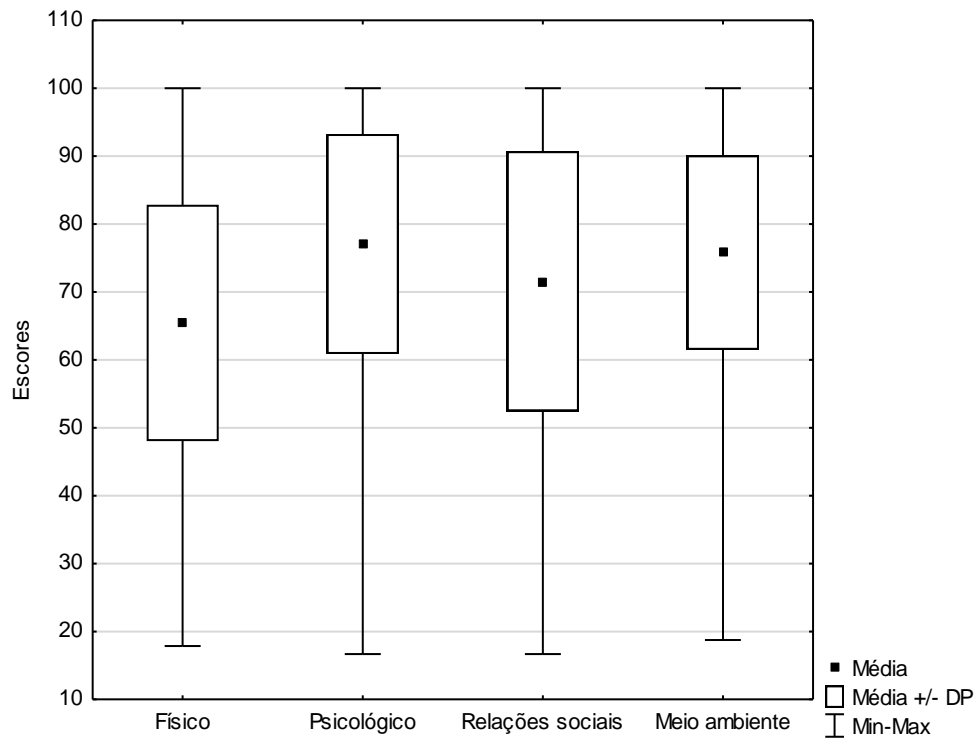
3. Resultados e Discussão

Inicialmente, no que se refere à caracterização dos participantes, 51,4% são do gênero masculino, 48,6% têm idade entre 70 e 79 anos e 78,1% apresentam grau de instrução compatível com o ensino fundamental, sendo que parcela significativa desse total não completou esse nível de ensino. A maior parte dos idosos, ou seja, 51,4% residem com familiares e 34,3 % são casados.

Com relação aos motivos pela busca de atendimento clínico fonoaudiológico, a maioria dos participantes, ou seja, 98,2% relatam dificuldades relacionadas à audição. Na sequência, no gráfico 1 e nas tabelas de 1 a 4, são apresentados os

dados relacionados à QV dos participantes. Em relação às 24 questões do *WHOQOL-BREF*, divididas em 4 domínios, obteve-se um escore médio de 70, indicando que, de forma geral, a QV, em seus diferentes domínios, foi bem avaliada pelos participantes do presente estudo, conforme é possível verificar no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Box-plot dos escores das avaliações do *WHOQOL-BREF*, por domínio (N=105).



Fonte: Elaborado pelos autores.

Observa-se no Gráfico 1, quando comparados os 4 domínios, que o domínio Psicológico foi o melhor avaliado, seguido do Meio Ambiente, depois das Relações Sociais, sendo o domínio Físico, o pior avaliado. Para melhor entendimento do Gráfico 1, convém ressaltar a descrição de seus diferentes domínios, por meio da explicitação das avaliações elaboradas para as diferentes questões do *WHOQOL-BREF*. As questões relacionadas ao domínio Físico alcançaram os piores escores, sendo as perguntas Q4, Q3 e Q17, que abordavam aspectos relacionados à necessidade de tratamento médico, dores físicas, desempenho e energia em atividades diárias foram as que atingiram os escores 39,52; 60,71 e 69,05, respectivamente. Ressalta-se que a Q4, especificamente, voltada à necessidade de atendimento médico, foi a pior avaliada dentre as questões de todo o instrumento.

Em direção oposta, o domínio Psicológico foi o melhor avaliado. Esse aborda, entre outros aspectos, a satisfação do idoso consigo mesmo, aceitação de sua aparência e atribuição de sentido à sua vida, por meio das perguntas Q19, Q11 e Q6, as quais obtiveram os melhores escores, atingindo 80,24; 79,52 e 83,10, respectivamente. Com relação ao domínio voltado às Relações Sociais, a Q20, vinculada à satisfação com as relações pessoais, incluindo amigos e parentes, foi a mais bem avaliada, com um escore de 81,43. A Q22, atrelada ao apoio recebido dos amigos, alcançou uma média de 75,95. Entretanto, a Q21, relacionada à satisfação com a vida sexual, foi avaliada abaixo da média, perfazendo um escore total de 57,38.

Por fim, quanto ao domínio do Meio Ambiente, a Q23, voltada às condições do local de moradia, alcançou o mais alto escore de todo o instrumento, totalizando uma média de 86,67. E a Q12, vinculada às possibilidades financeiras para dar conta das próprias necessidades, alcançou a pior avaliação deste domínio, alcançando o escore de 64,52.

Para verificar as médias dos domínios e as relações que podem estabelecer com as diferentes faixas etárias, com o gênero e com a escolaridade dos idosos, foram elaboradas as tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 – Média dos escores nos quatro domínios do WHOQOL-BREF de acordo com a faixa etária dos idosos (N=105).

DOMÍNIO	60 a 69 anos (n = 26)		70 a 79 anos (n = 51)		80 anos ou mais (n = 28)		P
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Físico	67,45	18,64	65,41	18,45	63,65	14,42	0,7543
Psicológico	77,56	14,24	78,35	16,89	74,26	16,82	0,5424
Relações sociais	75,96	16,02	72,55	20,84	65,77	17,76	0,0915
Meio ambiente	73,79	17,25	75,98	13,37	77,34	13,33	0,6855

Teste de Kruskal-Wallis ao nível de significância de 0,05. DP: desvio padrão. Fonte: Elaborado pelos autores.

Verifica-se, na Tabela 1, que não existe diferença significativa ($p > 0,05$) entre os escores das faixas etárias, por domínio. Nota-se que os piores escores, nas três faixas etárias, estão relacionados ao domínio Físico, seguido de menores escores acerca das Relações Sociais. Nota-se, também, uma diminuição dos escores com o avançar da idade nos domínios físico, psicológico e relações sociais, mas um aumento nos escores voltados a aspectos do meio ambiente, entre o idosos com 80 anos ou mais.

Tabela 2 – Média dos escores nos quatro domínios do WHOQOL-BREF de acordo com o gênero dos idosos (N=105).

DOMÍNIO	FEMININO (n = 51)		MASCULINO (n = 54)		P
	Média	DP	Média	DP	
Físico	63,73	17,85	67,06	16,99	0,3100
Psicológico	73,37	18,26	80,56	13,23	0,0593
Relações sociais	73,04	18,53	70,22	19,80	0,6949
Meio ambiente	76,29	15,07	75,35	13,72	0,5098

Teste de Mann-Whitney ao nível de significância de 0,05. DP: desvio padrão. Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Tabela 2, é possível verificar que não existe diferença significativa ($p > 0,05$) entre os resultados dos escores com relação ao gênero em nenhum dos domínios. Apesar de não haver diferenças significativas, o resultado descritivo mostra tendência de aumento dos maiores escores médios nos domínios Físico e Psicológico para o gênero masculino. E para o gênero feminino, em relação ao masculino, pode-se visualizar uma melhora nos maiores escores médios para os domínios: Relações Sociais e Meio ambiente.

Tabela 3 – Média dos escores obtidos nos quatro domínios do WHOQOL-BREF de acordo com o grau de instrução dos idosos (N=105).

DOMÍNIO	Sem escolarização (n = 3)		Ensino Fundamental (n = 82)		Ensino Médio (n = 16)		Ensino Superior (n = 4)		P
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Físico	64,29	16,37	64,33	18,06	68,30	15,09	77,68	10,26	0,3734
Psicológico	70,83	7,22	76,98	16,87	78,65	13,34	77,08	20,83	0,7621
Relações sociais	58,33	14,43	72,05	20,05	71,35	16,66	72,92	12,50	0,5007
Meio ambiente	71,88	14,32	75,04	14,49	77,93	14,18	85,94	10,67	0,4102

Teste de Kruskal-Wallis ao nível de significância de 0,05. DP: desvio padrão. Fonte: Elaborado pelos autores.

A Tabela 3 mostra que não existe diferença significativa ($p > 0,05$) entre os escores, de acordo com o grau de instrução, por domínio. Analisando os escores médios, é possível observar que o maior valor (85,94) está relacionado ao Meio Ambiente, entre os sujeitos com Ensino Superior e o menor resultado para o domínio Relações sociais (58,33), para os sujeitos sem escolarização. Apesar de não haver diferenças significativas entre grau de escolaridade e melhoria da QV, pode-se visualizar, no quadro acima, que há uma tendência de melhoria em todos os domínios para os idosos que possuem um grau de escolarização mais avançado.

Por último, desvinculado dos 4 domínios, na Tabela 4, apresentada na sequência, é possível observar as médias alcançadas na pesquisa com os 105 idosos, em relação às perguntas Q1, a qual questiona como cada participante avalia a qualidade de vida, e Q2 que quer saber quanto satisfeito o respondente está com a sua saúde.

Tabela 4 – Comparação entre a percepção dos idosos quanto à sua qualidade de vida (Q1) e sua saúde (Q2) (N=105).

QUESTÕES	N	MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	DP	P
Q1	105	76,90	0,00	100,00	23,69	0,0002
Q2	105	65,48	0,00	100,00	28,03	

Teste de Wilcoxon ao nível de significância de 0,05. DP: desvio padrão. Fonte: Elaborado pelos autores.

A Tabela 4 mostra diferença significativa ($p = 0,0002$) entre os escores das questões Q1 (percepção da qualidade de vida) e Q2 (percepção da saúde), sendo que a percepção da QV tem uma avaliação significativamente melhor que a percepção da saúde.

Os resultados desta pesquisa, no que se refere a busca por atendimento clínico fonoaudiológico, indicaram maior prevalência de homens, sendo que a maioria apresenta mais de 70 anos de idade. Essa procura por cuidados da saúde, na velhice, ocorre porque, frequentemente, os homens não buscam atendimento médico enquanto jovens e adultos. Soma-se a isso o fato de eles não se envolverem em ações de prevenção e de promoção da saúde, por assumirem, de forma geral, um padrão socialmente imposto, que cobra do homem coragem e vigor, inibindo-o de expor suas fragilidades. Dessa forma, quando as doenças se agravam, na velhice, é visível o aumento no número de homens que procuram atendimento em várias áreas da saúde, incluindo a fonoaudiológica, como foi apontado nos resultados desta pesquisa (Lemos et al., 2017).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, aponta que a busca tardia por atendimentos voltados à saúde faz com que os homens necessitem de maior atenção secundária e terciária, elevando os custos para o SUS (Brasil, 2009). Essa situação pode ser

evitada, na medida em que os profissionais da saúde, em conjunto com a sociedade, trabalhem para que os homens busquem mais precocemente os serviços de atenção primária, viabilizando uma longevidade masculina com melhor QV (Silva et al., 2021).

Em direção oposta, de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral a Mulher (PNASIM), a busca por atendimento no SUS é feita principalmente por mulheres, que utilizam mais os serviços da atenção primária. Elas fazem consultas e realizam exames rotineiros, prevenindo ou amenizando impactos de possíveis doenças que, com o passar dos anos, podem afetá-las na velhice, como é o caso da perda auditiva, diabetes, hipertensão arterial, entre outras. Entretanto, a PNASIM indica que as mulheres ficam doentes mais cedo do que os homens porque assumem maior carga de responsabilidade familiar, como o cuidado do lar, dos filhos e dos entes próximos, sendo que parcela significativa de mulheres trabalha fora de casa e assume uma dupla jornada de trabalho. Além disso, elas sofrem maior preconceito racial e desigualdade socioeconômica (Brasil, 2004).

Por outro lado, independentemente das diferenças próprias de gênero, os resultados apresentados na Tabela 1 mostram que tanto os homens quanto as mulheres apresentam um decréscimo na avaliação do domínio físico, à medida em que envelhecem. E, no caso específico desta pesquisa, a diminuição da acuidade auditiva, que se caracteriza como uma alteração relacionada ao domínio físico, parece ter motivado a maioria dos participantes a buscar por atendimento fonoaudiológico. Nesse contexto, convém explicitar que a presbiacusia ocorre de forma natural e gradativa no processo de envelhecimento, alterando as funções auditivas e, como consequência, as relações sociais podem ficar comprometidas (Rocha & Martinelli, 2020).

Os idosos que integraram este estudo procuraram a clínica fonoaudiológica com a intenção de realizar exames audiológicos e, se necessário, receber Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), por meio do SUS, buscando melhora da acuidade auditiva e maior interação com os outros com quem convivem. Sabe-se que o uso de AASI, somado a reabilitação auditiva, amplia a possibilidade de se ouvir sons ambientais, bem como a voz e a fala das pessoas. Dessa forma, os resultados deste estudo indicam a necessidade de a Fonoaudiologia se ocupar com o trabalho de reabilitação auditiva de pessoas com perda auditiva, na medida em que, por meio de tal reabilitação, elas podem estabelecer interações efetivas, mantendo relações pessoais com amigos, parentes ou outras pessoas e, conseqüentemente, apresentando melhoria da percepção da própria QV (Souza & Lemos, 2021). A análise dos dados mostra que os participantes avaliam bem o domínio das Relações Sociais em função das questões vinculadas ao apoio que recebem de amigos e a satisfação que têm quanto às relações estabelecidas com pessoas próximas foram bem avaliados, alcançando os melhores escores de todo o instrumento.

Além disso, outro aspecto que indica a importância de a Fonoaudiologia investir na reabilitação auditiva de pessoas idosas é que as questões do domínio das Relações Sociais parecem ter sido melhores avaliadas por participantes que residem com familiares e que são casados, mostrando o vínculo que há entre possibilidades interativas, mediadas pela escuta, e boa avaliação da qualidade de vida, no domínio das relações sociais. De acordo com estudo realizado recentemente com idosos, no Sudeste do Brasil, Bolina et al. (2021) idosos que moram acompanhados, principalmente do cônjuge, tendem a apresentar uma melhor percepção da QV. Esse estudo indica que eles são menos vulneráveis do que aqueles que vivem sozinhos, pois recebem mais apoio social e estabelecem relações pessoais mais amplas.

Ainda sobre o domínio das Relações Sociais, na tabela 2, é possível verificar que os homens tiveram um escore mais baixo do que das mulheres. Para compreender esses dados, ressalta-se uma pesquisa realizada no interior da Bahia, com 134 idosos, que indica que as mulheres investem mais no fortalecimento das relações pessoais, principalmente dentro do seio familiar, por consequência de costumes culturais da própria sociedade contemporânea. Pois, habitualmente, elas assumem o papel de cuidadora dos filhos, do lar, do esposo, dos netos, fortalecendo os vínculos e as trocas de experiências intrafamiliares. Em contrapartida, os homens assumem mais o papel de provedores, mantendo-se, em geral, mais distantes das relações

familiares (Silva & Rabelo, 2017). Desse modo, sugere-se ações fonoaudiológicas de promoção da linguagem, capazes de fortalecer trocas dialógicas heterogêneas, contribuindo para alargar as possibilidades relacionais das pessoas idosas com membros da família e da comunidade em que estão inseridas.

Contudo, para além das relações interpessoais e da participação social, convém ressaltar que questões como a de número 21, relacionada à satisfação com a vida sexual, inserida no domínio das Relações Sociais, contribuiu para escores mais baixos, relacionados à análise integral da QV. E, sobre tal questão, sabe-se que várias são as condições que influenciam para que a vida sexual dos idosos seja percebida de forma negativa. Dentre essas condições, as mudanças hormonais, redução da libido, alterações na potência sexual, dores, limitações físicas, falta de privacidade, morte do cônjuge e preconceito social, que atrela velhice com incapacidade de práticas sexuais, são as mais citadas pela literatura (Soares et al., 2021). Nesse sentido, estudos sugerem a relevância de profissionais da saúde viabilizarem rodas de conversas para tratar desse assunto com a sociedade e com os próprios idosos, promovendo o entendimento de que as práticas sexuais ocorrem durante todo o curso da vida, inclusive na velhice (Nunes et al., 2021). Portanto, apesar de a sexualidade não ser foco de uma atuação fonoaudiológica, cabe enfatizar que a comunicação humana é objeto central da Fonoaudiologia e, por isso, essa profissão pode e deve se ocupar da implementação de processos comunicacionais interdisciplinares capazes de promover trocas de informações e conhecimentos em torno de temáticas voltadas à melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas.

A tabela 3 mostra que idosos sem escolarização apresentaram piores resultados em todos os domínios, quando comparados com os demais participantes que têm uma escolaridade mais avançada. Em conformidade com Jesus et al. (2017) a baixa escolaridade pode acarretar exclusão social, interações comprometidas, desconhecimento dos próprios direitos, além de exposição a determinantes sociais, que acarretam precárias condições de saúde e de QV. Marmol e Viana (2018) afirmam que há necessidade de ações voltadas ao incentivo de práticas de leituras para a pessoa idosa. Segundo a autora, tais atividades colaboram com a sua saúde cerebral, na medida em que ativam sinapses e, ao mesmo tempo, evitam doenças que afetam o estado psicológico e cognitivo das pessoas mais velhas. Nesse segmento, o fonoaudiólogo, ciente da realidade de pessoas que buscam atendimento clínico, pode promover atividades de letramento, com grupos de idosos, inserindo-os em contextos comunitários que fazem uso de leitura e escrita.

Por fim, a Tabela 4 mostra que a percepção sobre a QV foi melhor avaliada do que a percepção que os idosos entrevistados têm sobre a saúde. Sentimento de dependência do outro, doenças crônicas e perda da autonomia são fatores decisivos para determinar uma visão negativa sobre a saúde (Barbosa et al., 2019). Já em relação à percepção da qualidade de vida, essa depende mais da visão singular que o próprio sujeito tem sobre a sua situação e história de vida (Costa et al., 2018).

Nessa perspectiva, observou-se que dentre os 4 domínios: físico, relações sociais, psicológico e meio ambiente, os escores das 26 questões aplicadas aos 105 idosos variaram tanto para positivo, quanto para negativo, tendo como o menor escore 39,52, no domínio físico, bem como com média mais alta, um escore de 86,67, presente no domínio meio ambiente, indicando que QV e saúde dos idosos são afetadas por fatores externos e pela própria percepção da pessoa em relação à sua história e aos seus anseios.

E o fonoaudiólogo é um profissional da área da saúde que pode produzir mudanças nessa percepção, por meio de atividades dialógicas, capazes de promover a reelaboração de histórias e a organização de projetos futuros de pessoas idosas (Massi et al., 2019). Ações de promoção da saúde, focadas em atividades dialógicas, favorecem a participação social das pessoas idosas, levando-as a ter uma vida diária com mais autonomia e independência (Santos & Massi, 2017).

A esse respeito, uma pesquisa realizada em uma clínica fonoaudiológica, situada no sul do Brasil demonstrou significativa falta de envolvimento de pessoas idosas com a melhoria da sua QV, indicando a necessidade de o Fonoaudiólogo atuar em duas dimensões interdependentes: a) no investimento em práticas interacionais, que empoderem essas pessoas levando-as a reconhecer as potencialidades que têm para enfrentar os desafios da vida; e b) na implementação de ações que

favoreçam processos comunicacionais, por meio de práticas dialógicas grupais, que gerem impactos positivos na saúde e da QV das pessoas idosas (Wosiacki et al., 2021).

O investimento em atividades comunicacionais possibilita a reelaboração de sentidos existenciais e, por isso, contribui com a promoção da QV, por meio de fortalecimento das relações sociais e intergeracionais, o qual amplia o acesso a informações e as condições de cidadania que cada pessoa deve exercer, durante todo o curso da vida, a partir do reconhecimento de que tem deveres para com o outros e, ao mesmo tempo, direitos que precisam ser reivindicados (Massi et al., 2018).

4. Conclusão

A QV dos participantes foi pior avaliada no domínio físico, seguido das relações sociais, sendo que, questões que evoluíram essa avaliação se agravaram na medida em que a idade aumentou, porém sem diferença significativa, ou seja, os participantes mais velhos parecem apresentar uma gradativa piora na avaliação desses dois domínios. Os escores vinculados às relações sociais dos participantes revelaram um impacto mais negativo para homens do que para mulheres e, também, entre aqueles com menor tempo de escolarização, mas sem diferença significativa. E os domínios voltados a aspectos psicológicos e de meio ambiente foram mais bem avaliados.

Houve diferença significativa entre os escores relacionados à percepção de QV e à percepção da saúde, e tal constatação permite inferir que os participantes tendem a focar a saúde a partir de suas condições físicas, principalmente, no que se refere às suas mudanças, em especial, à perda auditiva por idade, a qual pode interferir nas suas relações sociais.

Os dados desta pesquisa apontam para a relevância de os profissionais da saúde, sobretudo, os fonoaudiólogos desenvolverem práticas voltadas ao processo de envelhecimento, com foco na atenção integral e na escuta qualificada, desde a atenção primária até a terciária. Assim, pautados nas políticas públicas da saúde, esses profissionais, para além do envelhecimento físico, podem atuar em prol da promoção da saúde, da autonomia e da participação social das pessoas em todo o curso de vida, na medida em que elas forem efetivamente tratadas como beneficiárias e contribuintes da sociedade em que se inserem.

Por fim, sugerimos para trabalhos futuros, dar ênfase em discussões que envolvam a Fonoaudiologia voltada para as suas práticas na promoção de saúde e qualidade de vida dos idosos, considerando ter sido a principal dificuldade neste trabalho.

Referências

- Barbosa, K. T. F., Oliveira, F. M. R., & Fernandes, M. G. M. (2019). Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 352-360.
- Bolina, A. F., Araújo, M. C., Hass, V. J., & Tavares, D. M. S. (2021). Association between living arrangement and quality of life for older adults in the Community. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 29.
- Brasil, (1988). Constituição da república federativa do Brasil de 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Brasil, (2017). Fundação Nacional de Saúde. Cronologia Histórica da Saúde Pública. <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>.
- Brasil, (1990). Presidência da República- Casa Civil. 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. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=Art.,de%20direito%20P%C3%BAblico%20ou%20privado.
- Brasil, (2019). Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona. <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.
- Brasil, (1990). Ministério da saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-128182>.
- Brasil, (2015). Ministério da saúde. Revisão da portaria MS/GM N°.687, de 30 de março de 2006, institui a Política nacional de promoção da saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf.

- Brasil, (2006). Ministério de Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006, institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
- Brasil, (2004). Ministério da Saúde. Portaria MS n.º 2.073, 28 de setembro de 2004, institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva- PNAS 2004. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html.
- Brasil, (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.
- Brasil, (2009). Ministério da saúde. Portaria n.º 1.944, de 27 de agosto de 2009, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html.
- Brasil, (2020). Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>.
- Costa, T. R. A., Valeti, G. C., Piola, T. S., Silva, M. P., Pacífico, A. B., Bozza, R., Oliveira, V., & de Campos, W. (2018). Comparação da percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes do Método Pilates. *Caderno saúde coletiva*, 26(03).
- Guckert, S. B., Souza, C. R. S., & Belaunde, A. M. A. (2020). The role of speech-language therapist in primary healthcare from the perspective of professionals in family health support centers. *Revista CoDAS*, 32(5).
- Jesus, I. T. M., Orlandi, A. A. S., Graziano, E. S., & Zazzetta, M. S. (2017). Frailty of the socially vulnerable elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(6), 614-20.
- Lemos, A. P., Ribeiro, C., Fernandes, J., Bernardes, K., & Fernandes, R. (2017). Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *Revista de enfermagem UFPE online*, 11(11), 4546-4553.
- Marmol, R. F. M., & Viana, F. V. (2018). A inserção do idoso em práticas leitoras. *Linha mestra- Associação de leitura do Brasil (ALB)*, 36, 651-655.
- Massi, G., Chaves, M. C. M., Wosiacki, F. T., Paisca, A., Lima, R. R., Tonocchi, R., & Hey, A. P. (2019). Autonomy and participatory aging: a dialogical practice. *Revista CEFAC*, 21(6).
- Massi, G., Wosiacki, F. T., Garinello, A. C., Lacerda, A. B. M. L., Carvalho, T. P., Wanderbrooke, A. C., Cairo, N. G., & Lima, R. R. (2018). Active aging: an intervention-research report. *Revista CEFAC*, 20(1), 5-12.
- Nunes, S. M. F., Bueno, G. R., Nishida, F. S. & Antunes, M. D. (2021). Percepções de idosos acerca da sexualidade e possíveis limitações. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 9(1).
- Rocha, L. V., & Martinelli, M. C. (2020). Cognition and benefit obtained with hearing aids: a study in elderly. *CoDAS*, 32(2).
- Santos, D. C., & Massi, G. (2017). Qualidade de vida no processo de envelhecimento ativo. Intervenção fonoaudiológica na velhice. *TUIUTI- Ciência e Cultura*. 139-151.
- Silva, P. L. N., Silva, E. L. G., Santos, V. M., Galvão, A. P. F. C., Oliveira, V. V., & Alves, C. R. (2021). Motivation of men in search of assistance provided by the family health strategy. *Edição brasileira Nursing*. 24 (274): 5383-5388.
- Silva, L. L. N. B., & Rabelo, D. F. (2017). Afetividade e conflito nas díades familiares, capacidade funcional e expectativa de cuidado de idosos. *PePSIC- Periódicos eletrônicos em Psicologia*. 21(1): 80-91.
- Soares, K. G., & Meneghel, S. N. (2021). The silenced sexuality in dependent older adults. *Ciências Saúde coletiva*. 26 (1).
- Souza, V. C., & Lemos, S. M. A. (2021). International classification of functioning, disability, and health in adult and older users of audiology services. *Revista CEFAC*. 23(4).
- The Whoqol Group, (1995a). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41, 1403.
- Wosiacki, F. T., Paisca, A. B., Guarinello, A. C., Carvalho, T. P., Batista, R. V. S., Santos, A., Hey, A. P., & Massi, G. (2021). Qualidade de vida e condições de saúde de idosos que buscam atendimento em clínica de fonoaudiologia. *Revista Brazilian Journal of Development*. 7(4): 38845-38866.