

A importância do levantamento de queixas de idosos institucionalizados durante a entrevista para o planejamento da reabilitação fonoaudiológica

Andréa de Souza¹; Adriana Leico Oda²

¹Fonoaudióloga, Especialista em Gerontologia pela UNIFESP, Fonoaudióloga Clínica, Instituição Assistencial Nosso Lar.

² Fonoaudióloga; Doutoranda em Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP); Docente do Centro Universitário São Camilo, do CEFAC (Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica) e do Setor de Investigação em Doenças Neuromusculares da UNIFESP-EPM. Coordenadora do Curso de Especialização “Reabilitação em Neurologia” (UNIFESP) e sócio-proprietária da Neurone – Clínica, Ensino e Pesquisa em Fisioterapia e Fonoaudiologia.

Endereço para envio de correspondência:

Andréa de Souza

Endereço: Rua Campeche, 254 Parque Erasmo Assunção, Santo André, São Paulo – CEP: 09271-450

RESUMO

Objetivo: caracterizar as queixas relatadas por idosos institucionalizados durante entrevista fonoaudiológica, ressaltando a sua importância para o processo de reabilitação. **Método:** Foram avaliados 28 idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência Para Idosos (ILPIs) filantrópica no Município de Santo André – SP, sendo 18 (64,3%) do sexo masculino e 10 (35,7%) do sexo feminino; com idade média de 66,86 (+/- 0.95) anos. A obtenção de dados foi realizada através do levantamento de queixas fonoaudiológica coletado na forma de entrevista, auxiliada por um questionário que contemplou informações sobre dados pessoais, queixas referentes à saúde geral, audição, voz, fala, alimentação, linguagem e cognição. **Resultados:** Foram encontradas queixas fonoaudiológicas, referentes à cognição (96,4%), linguagem (78,6%), motricidade oral / alimentação (53,6%), audição (46,4%), voz (35,7%) e fala (3,6%), podendo estar vinculadas ao envelhecimento ou a patologias. Para diferenciá-las, o fonoaudiólogo proporcionará apoio em diagnóstico, tratamento e reabilitação. **Conclusão:** As entrevistas revelaram um alto índice de queixas fonoaudiológicas de idosos institucionalizados, havendo necessidade do profissional configurá-la como um espaço de escuta e acolhimento ao paciente, possibilitando durante toda a reabilitação, confiança e credibilidade no profissional que agora, após escutar irá direcionar o foco terapêutico, construindo um planejamento individualizado ao quadro clínico e moldado pelos interesses e necessidades do paciente.

DESCRITORES: Idoso, Anamnese, Reabilitação, Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Abstract

Objective: Characterize the complaints reported by institutionalized elderly during phono-audiological interview, pointing out its importance to the process of rehabilitation. **Method:** Twenty-eight elderly, being eighteen (64.3%) men and 10 (35.7%) women, with an average age of 66.86 (+/- 0.95) years old, who live in a philanthropic Long Stay Institution for Aged People (LSIAP), in Santo André, SP, were assessed. The data elicitation happened through a survey of phono-audiological complaints reported in interviews, with the help of a questionnaire about personal information, general health complaints, hearing, voice, speaking, eating habits, language and cognition. **Results:** There were found phono-audiological complaints related to cognition (96.4%), language (78.6%), oral movability / eating habits (53.6%), hearing (46.4%), voice (35.7%) and speaking (3.6%), which may be connected to aging or diseases. To tell them apart, the phono-audiologist will provide support in diagnosis, treatment and rehabilitation. **Conclusion:** The interviews revealed a high rate of phono-audiological complaints from institutionalized elderly, there being the need for the professional to have them as a hearing and welcoming tool toward the patients, making it possible throughout the rehabilitation, reliability and trustworthiness in the professional that now, after hearing, will direct the therapeutical focus, building up a personalized clinical picture which was outlined by the patient's interests.

KEY WORDS: Aged, Medical History Taking, Rehabilitation, Homes for the Aged.

Introdução

As entrevistas terapêuticas são partes essenciais para a formulação diagnóstica e para o estabelecimento das condutas fonoaudiológicas que irão beneficiar o paciente. É através da entrevista que se inicia uma importante relação interpessoal.

O objetivo da entrevista consiste em formular simultaneamente um diagnóstico, um prognóstico e um plano de reabilitação (tratamento), e guia-se pela ética profissional do terapeuta, buscando resgatar todas as informações importantes para a reabilitação de seu paciente, integrando-o no diagnóstico, aumentando sua satisfação, sua aceitação do tratamento e contribuindo para o quadro geral de sua saúde¹.

No momento da entrevista o paciente sente-se como parte integrante no processo de sua saúde. Apresentando suas queixas, suas necessidades e suas vontades. Ao oferecer a escuta ao paciente, a entrevista passa a ter um efeito psicológico positivo e terapêutico sobre a recuperação do doente², modificando o papel do paciente, de “aquele que aguarda” para aquele que “faz parte de”. Além de oferecer ao paciente um momento individualizado e personalizado.

Este momento único ao paciente é de suma importância para a aderência do paciente em terapias individuais e/ou em grupos de reabilitação³, principalmente quando se trata do trabalho fonoaudiológico realizado em instituições de longa permanência para idosos, pois muitas vezes a rotina da instituição e os horários estipulados diminuem a individualidade e a autonomia do idoso. Algumas instituições para idosos, longe de proporcionarem uma integração dos mesmos, podem condená-los a uma vida isolada, silenciosa e introspectiva, voltada ao descanso. Os diálogos podem ser escassos, assim como as oportunidades de aprendizagem, de transformação comportamental e participação sociocultural⁴.

Em uma instituição asilar, o fonoaudiólogo tem o importante papel de resgatar a identidade do idoso através da linguagem e da comunicação⁵. Na Fonoaudiologia existe uma preocupação quanto às condições do idoso no que diz respeito à audição, à voz, à motricidade oral, principalmente relacionada à alimentação, e à linguagem, tendo em vista as modificações frente ao envelhecimento natural e o patológico⁶.

Durante a entrevista, as informações e queixas referentes à comunicação, linguagem e cognição estão associadas à possibilidade de os idosos desenvolverem distúrbios da comunicação em consequência da redução dos níveis de consciência, atenção seletiva, memória, raciocínio, resolução de problemas, linguagem e fala, funções sensoriais integradoras e funções motoras

integradas⁴. Tais comprometimentos podem levar o idoso a ter queixas específicas ou não em relação à comunicação e aos aspectos envolvidos.

A importância dada às queixas relatadas pelo paciente é vista como um elo entre o paciente e o profissional. De acordo com a visão hipocrática não há doenças, mas apenas doentes⁷. Caso não seja dado o espaço necessário para o doente-paciente colocar-se frente às suas dificuldades e angústias, a relação médico-paciente pode ser deficiente, já que não atende às necessidades de um sujeito e sim de um corpo doente⁸.

Por outro lado, quando o paciente se reconhece atendido, aceito, respeitado, pode sentir-se mais confiante e com recursos renovados para melhor se aceitar e se cuidar. Existe uma necessidade intrínseca ao ser humano de ser escutado. A comunicação pessoal e subjetiva, não é uma mera possibilidade humana, mas uma necessidade vital do homem⁸.

Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar as queixas relatadas por idosos institucionalizados durante entrevista fonoaudiológica, ressaltando a sua importância para o processo de reabilitação.

MÉTODOS

Esta pesquisa refere-se a um estudo observacional, descritivo, de delineamento transversal em base populacional.

Este estudo incluiu 28 sujeitos residentes em uma Instituição de Longa Permanência Para Idosos (ILPIs) filantrópica no Município de Santo André – SP, sendo 18 (64,3%) do sexo masculino e 10 (35,7%) do sexo feminino. Esta amostra representa 30,11% do número total de idosos residentes nesta ILPI.

A idade média dos entrevistados foi de 66,86 anos, com desvio padrão de 0,95. A idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 77 anos.

Os critérios de inclusão para participação nesta pesquisa foram: pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos, residentes na referida instituição, que apresentassem condições físicas, mentais e cognitivas para responder às questões abordadas em entrevista.

Foram excluídos deste estudo os idosos que tinham em seus relatórios médicos diagnósticos de Alterações Neurológicas, que levassem a prejuízos de julgamento, linguagem e/ou de cognição, Demências e Depressão.

A obtenção de dados foi realizada através do levantamento de queixas fonoaudiológicas coletado na forma de entrevista, auxiliada por um questionário fechado construído pelos pesquisadores e aplicado pelos mesmos. O questionário contemplou informações sobre dados pessoais, queixas referentes à saúde geral, audição, voz, fala, alimentação, linguagem e cognição.

Em dados pessoais, foram feitas anotações quanto ao gênero, idade, tempo de escolaridade, estado civil, tempo de institucionalização, histórico pessoal antes da institucionalização e percepção da saúde geral.

Quanto à questão auditiva, foram pontuadas as queixas referentes à percepção de perda de acuidade auditiva, presença de zumbido e tontura.

Em relação às funções de fala e voz, foram questionadas percepções de eventuais alterações, classificação vocal em “Agradável” e “não agradável” e percepção da qualidade vocal, seguindo a classificação da voz através da Qualidade Vocal, utilizando a definição de Behlau e Dragone⁹. As queixas foram divididas em Neutra ou Normofônica, agrupando a classificação de voz normal e voz sadia, “Neutra com Desvio de Ressonância”, agrupando a terminologia: voz nasal, voz laríngea, voz abafada e voz fraca, e, “Não-Neutra” ou “Alterada”, agrupando as queixas de rouquidão, aspereza e sopro.

Em relação à alimentação, foi pontuada a presença de queixa geral e de queixas específicas de mastigação, deglutição, presença de tosse e engasgos durante as refeições, sensação de alimento parado na garganta e queixas gastro-intestinais (azia, queimação e histórico de doença do refluxo gastroesofágico).

Às funções executivas, foram questionados: Percepção do Pensamento (respostas classificadas como “Bom”, “Confuso” ou “Ruim”); Percepção da Memória (respostas classificadas, como “Bom”, “Falha” ou “Ruim”); desmembrada em Facilidade para Memorizar Acontecimentos, por exemplo, o que almoçou ontem, Facilidade para Memorizar Datas, por exemplo, datas de aniversários e datas comemorativas. Além disso, Capacidade de Manter a Atenção, Realização de Cálculos, por exemplo, contar e verificar troco; Capacidade de Planejamento, como por exemplo, planejar seu dia, organizar algum evento interno.

Quanto à linguagem, foram questionadas suas percepções acerca da Capacidade de Analisar Fatos, por exemplo, discutir e refletir algum acontecimento apresentado no noticiário; Facilidade para Nomeação, por exemplo, objetos, lugares e pessoas; Capacidade de Narrar ou Contar Fatos e Compreensão da Comunicação Verbal.

À medida que o questionário foi aplicado, foi realizado o preenchimento das respostas, em um roteiro, representadas por suas variáveis.

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/EPM em 2004, protocolo no. 01642/04. Possibilitou-se ao sujeito da pesquisa o direito de recusa ou desistência em qualquer momento do estudo. Garantiu-se ao participante a possibilidade de evitar responder qualquer pergunta do questionário que julgasse incompatível com suas crenças ou princípios. As informações obtidas foram utilizadas para finalidades científicas preservando-se o sigilo quanto à identidade dos participantes.

RESULTADOS

Após a aplicação do questionário, foram realizadas as marcações das respostas no roteiro, as quais serão analisadas e discutidas.

Os analfabetos representavam três indivíduos (10,7%), os com escolaridade inferior a oito anos, 18 idosos (64,3%) e os demais com escolaridade superior a oito anos (25%).

Neste grupo de idosos, 14 idosos eram solteiros (50%), 3 eram casados (10,7%), 4 viúvos (17,9%) e 6 idosos eram separados, divorciados ou desquitados (21,4%). Fazendo uma breve análise social, quatro idosos (14,8%) são ex-moradores de rua, 11 (39,2%) têm histórico de alcoolismo e 19 (67,5%) apresentam dificuldade no convívio familiar.

A média de tempo de institucionalização foi de 72,82 meses (com desvio padrão de 12,3). A mediana foi de 54,5 meses. O período mínimo de moradia do idoso entrevistado foi de 06 meses e o máximo de 256 meses, ou seja, mais de 21 anos de institucionalização.

Ao questionamento sobre sua condição de saúde geral, 23 (82,1%) dos idosos referiram considerar a sua Saúde Geral Ótima ou Boa. Os demais consideraram sua Saúde Ruim ou Péssima (18,9%).

Com relação às queixas fonoaudiológicas, todos os itens sobre a fala, a voz, a audição, a linguagem, a cognição e a alimentação receberam queixas dos idosos. Sendo as queixas relacionadas à cognição e linguagem mais apontadas pelos idosos, seguidas pelas queixas de motricidade oral (alimentação) e audição.

A Figura 1 apresenta a quantidade de idosos que apresentaram queixas fonoaudiológicas.

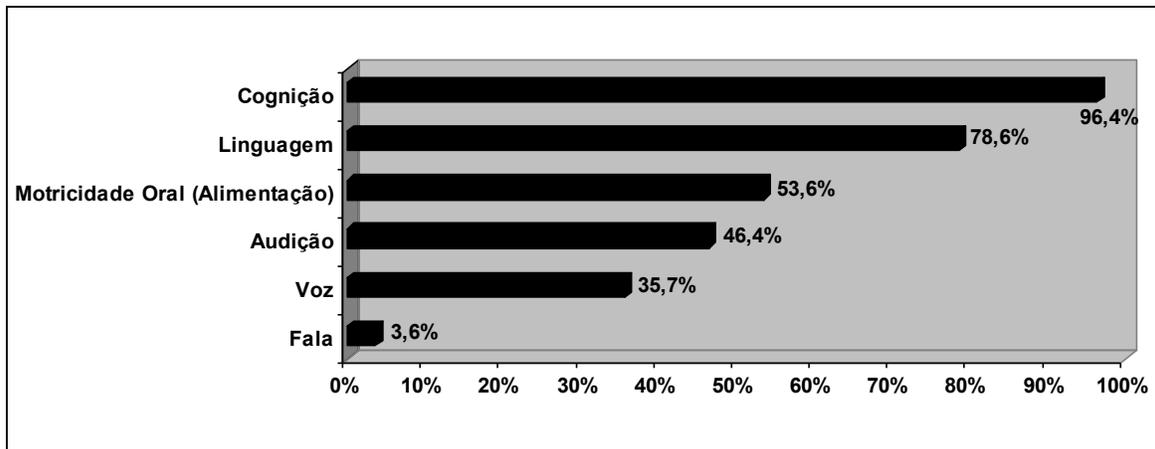


Figura 1. Caracterização e Ocorrência das queixas fonoaudiológicas (Instituição Assistencial Nosso Lar, 2005).

As queixas relatadas acima foram particularizadas e distribuídas em gráfico para melhor visibilizar os dados.

Cognição

O número de idosos que considerou seus Pensamentos como Bom foi de 24 (85,7%), e dos 4 (14,3%) restantes consideram seus pensamentos “Confusos” ou “Ruim”.

A Memória foi relatada como “Boa” por 15 (53,6%) e considerada “Falha” ou “Ruim” por 12 (46,4%) dos indivíduos.

Questionado sobre a capacidade de memorizar acontecimentos, como por exemplo, o que almoçou ontem. Dos 28 entrevistados, 22 (78,6%) relataram ter dificuldade para lembrar tais acontecimentos.

A maioria dos entrevistados, 23 (82,1%) idosos, disse ter facilidade em lembrar datas. Desses, 13 (46,4%) disseram ter sempre facilidade para lembrar datas e 10 (35,7%) disseram que às vezes esquecem. E 5 (17,9%) entrevistados disseram ter dificuldades para lembrar datas.

Questionados sobre a capacidade de manter a atenção em um único foco, 19 (67,9%) disseram que às vezes se distraem e 2 (7,1%) disseram não ter capacidade de manter a atenção em somente um foco. Sete (25%) disseram ter capacidade de atenção.

Foi perguntado a respeito da capacidade de realizar cálculos, por exemplo, manipular dinheiro, dar troco e verificar troco. Dos 28 entrevistados, 6 (21,4%) disseram que teriam dificuldade para realizá-los e 5 (17,9%) disseram não fazer cálculos de espécie alguma.

Questionado sobre a capacidade de planejar ou seqüencializar atividades do cotidiano, por exemplo, planejar seu dia, programar suas atividades neste dia ou organizar algum evento interno. A maioria dos entrevistados, 16 (57,1%) idosos, relatou não ter capacidade de planejamento ou execução de seqüências.

Foi questionado sobre a capacidade de analisar e opinar sobre diversos temas, por exemplo, discutir e refletir algum acontecimento apresentado no noticiário. Dos 28 entrevistados, 20 (71,4%) disseram sentir dificuldade para analisar e opinar. Desses, 8 (28,6%) disseram sentir às vezes dificuldade e 12 (42,9%) disseram sempre sentir dificuldade.

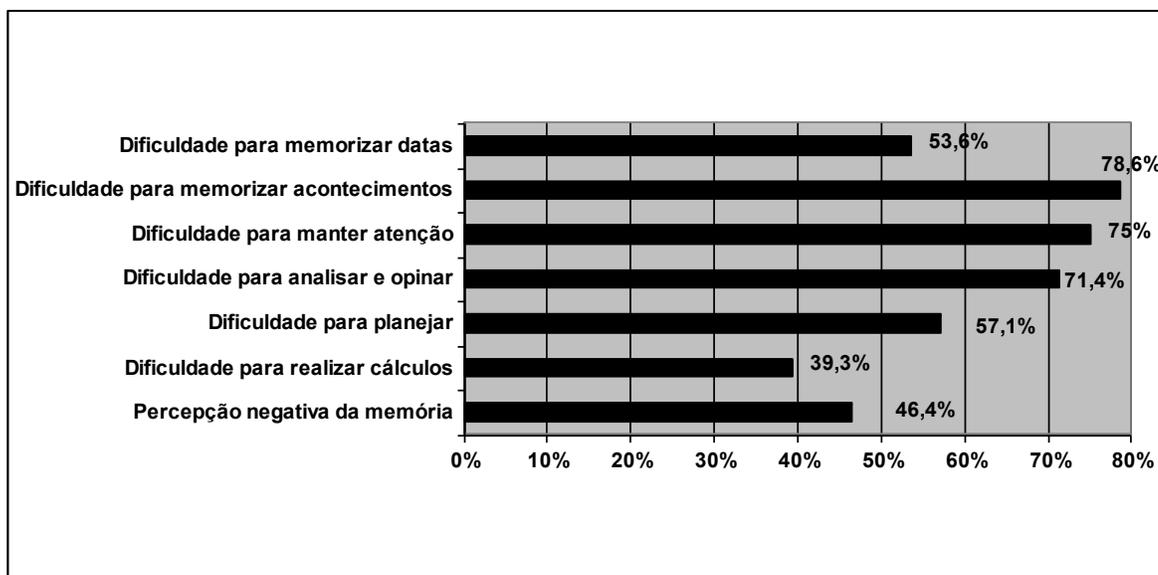


Figura 2. Caracterização e Ocorrência das queixas de cognição (Instituição Assistencial Nosso Lar, 2005).

Linguagem

A maioria dos entrevistados (21 idosos) relatou ter dificuldade para nomear objetos, lugares e pessoas (75%). Desses, 12 (42,9%) relataram que raramente esquecem o nome de objetos, lugares e pessoas e 9 (32,1%) relataram esquecer freqüentemente o nome de objetos, lugares e pessoas.

Foi questionado sobre a capacidade de narrar ou contar fatos. Dos 28 entrevistados, a maioria, 19 entrevistados, disse não ter capacidade de narração (67,9%). Desses, 5 (17,9%) disseram sentir sempre dificuldade para narrar ou contar fatos e 14 (50%) disseram sentir às vezes dificuldade de narração.

A respeito da compreensão da comunicação verbal, 7 (25%) dos entrevistados relataram ter dificuldades para compreender a comunicação verbal.

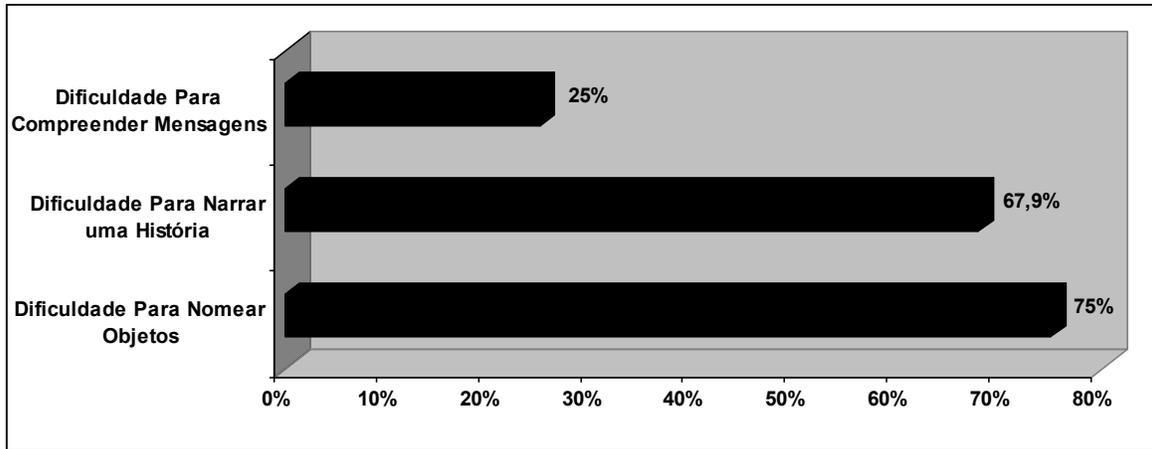


Figura 3. Caracterização e Ocorrência das queixas de linguagem (Instituição Assistencial Nosso Lar, 2005).

Motricidade Oral (Alimentação)

Quanto às queixas na alimentação, foram observados os seguintes relatos: dificuldade de mastigação (28,6%) e deglutição (25%), presença de tosse e engasgos durante as refeições (17,9%), sensação de algo parado na garganta (28,6%) e presença de queixas gastrointestinais (28,6%) que englobaram queixas relativas a ardor na região da garganta durante a deglutição, azia, queimação e refluxo gastroesofágico.

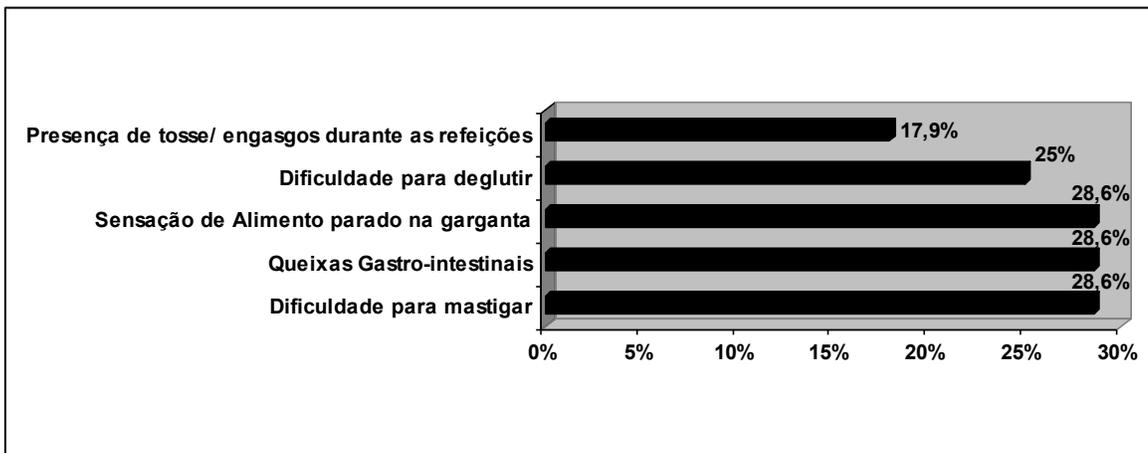


Figura 4. Caracterização e Ocorrência das queixas de motricidade oral, referentes à alimentação (Instituição Assistencial Nosso Lar, 2005).

Audição

A Figura 5 apresenta as queixas auditivas que foram relatadas por 13 (46,4%) entrevistados. Estas queixas referiram-se a percepção de perda auditiva, zumbido e/ou tontura presentes. Consideramos percepção de perda auditiva, pois os entrevistados não tinham realizado exames auditivos que diagnosticassem a mesma, sendo as mesmas relatadas por 11 (39,3%). Foram encontrados também 6 (21,4%) idosos com queixas de zumbido e 8 (28,6%) com queixas de tonturas.

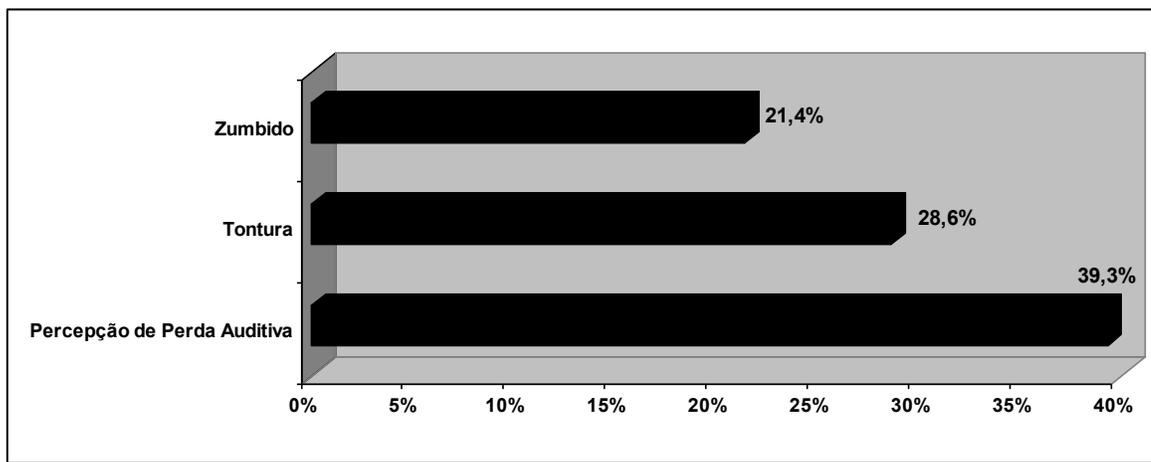


Figura 5. Caracterização e ocorrência das queixas auditivas (Instituição Assistencial Nosso Lar, 2005).

Voz

Dos 28 entrevistados, 10 (35,7%) apresentaram queixas referentes à Voz. Conforme o questionário aplicado, os entrevistados poderiam classificar sua voz como Agradável ou como Não Agradável.

O percentual encontrado foi de 16 (57,1%) indivíduos entrevistados relataram considerar sua voz Normal/Neutra. Três indivíduos (10,7%) relataram considerar algum desvio de ressonância em

sua voz de Neutra com desvio de Ressonância, 9 indivíduos (32,1%) de Não-Neutra/ Alterada e 4 (14,3%) dos entrevistados não souberam dizer sobre sua própria voz.

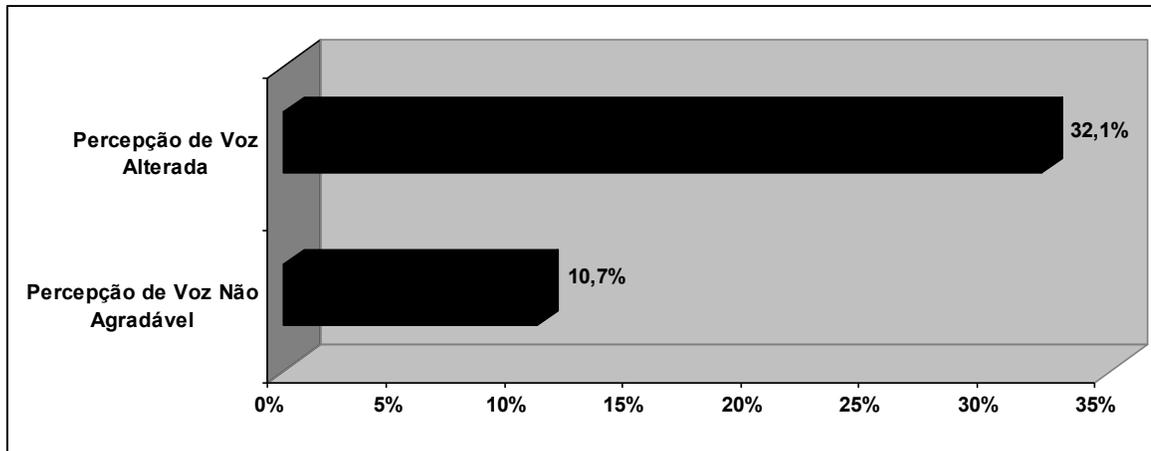


Figura 6. Caracterização e ocorrência das queixas vocais (Instituição Assistencial Nosso Lar, 2005).

Fala

Apenas um entrevistado (3,6%) se queixou de dificuldades para falar, cujo sujeito relacionou fala quanto ao padrão articulatório dada pela prótese dentária não adaptada.

Discussão

Foi possível observar nesta pesquisa um discreto predomínio de idosos do sexo masculino, na proporção de um homem para cada 0,55 mulher (1 : 0,55), idade média de 66,8 anos. A maior parte da amostra apresentou grau de escolaridade inferior a oito anos de estudo. O período médio de institucionalização foi de 72,8 meses, ou seja, aproximadamente 21 anos.

As mudanças na constelação familiar (casamento dos filhos, viuvez ou morte de algum membro da família) estão, muitas vezes, relacionadas à condição de institucionalização⁶. Metade da presente amostra é constituída por idosos solteiros, ou seja, que não relataram ter constituído vida conjugal formal ou informal; seguidos por separados, divorciados ou desquitados.

Um fator que se destaca é o longo período de institucionalização dos idosos, muitas vezes, sem retorno à sociedade e a família. Este longo período de permanência pode contribuir para um processo gradual de perda de autonomia civil, à medida que as instituições assumem um caráter de custódia sobre os residentes, sendo uma das grandes problemáticas existentes nas instituições

asilares¹⁰. Assim, quanto maior o período de institucionalização, maior poderá ser o grau de comprometimento de sua comunicação⁵.

Os resultados encontrados nesta pesquisa e apresentados na Figura 1 revelam que há um alto índice de queixas fonoaudiológicas relatadas por idosos institucionalizados durante entrevista, nos diversos campos, a saber, por ordem de maior freqüência: cognição, linguagem, motricidade oral / alimentação, audição, voz e fala.

Tais queixas podem estar vinculadas ao envelhecimento ou a patologias, o que necessitará de uma avaliação e diagnóstico diferencial. Este percentual expõe a necessidade do fonoaudiólogo como integrante de uma equipe gerontológica de uma ILPI. Na ausência deste profissional na instituição, tal demanda implicará no encaminhamento destes idosos aos serviços de fonoaudiologia, seja em unidades de saúde da rede pública, convênios de saúde ou ainda serviços privados. Este processo pode se tornar oneroso para a instituição, considerando-se toda a logística, que envolve ainda transporte, tempo, além da necessidade de acompanhante que, muitas vezes, pode não ser disponibilizado pela instituição, para atividades externas.

O fonoaudiólogo presente na equipe proporcionará apoio em diagnóstico, tratamento e reabilitação; abordará os aspectos gerais do envelhecimento e as necessidades específicas da senilidade, promovendo ações preventivas e de reabilitação dos distúrbios fonoaudiológicos, principalmente relacionados à comunicação e à alimentação, freqüentes no idoso devido a sua perda esperada de capacidade funcional geral e específica¹¹.

Ao questionamento sobre sua condição de saúde geral, a maioria dos idosos referiu considerar a sua Saúde Geral Ótima ou Boa. Durante a entrevista, ao responderem tal pergunta, alguns idosos consideraram sua saúde geral boa, pois em seus relatos, comparavam-na com ao estilo de vida e de saúde que tinham antes de ingressarem na ILPI. Por se tratar de uma instituição filantrópica, muitos idosos são ex-moradores de rua ou apresentam histórico de alcoolismo e rompimento de vínculos – previamente à institucionalização –, por dificuldade no convívio familiar.

Tais relatos foram possíveis de ser coletados, principalmente por se tratar de uma situação mais informal de entrevista aberta, em que os idosos tiveram liberdade para fazerem relatos, dar opiniões e ou explicações sobre suas respostas.

A anamnese é essencial para a formulação diagnóstica e para o estabelecimento das condutas que beneficiarão o paciente. Ela própria em si tem um efeito psicológico positivo e terapêutico sobre a recuperação do paciente².

Saindo de um plano predominantemente biológico, a história clínica se desenvolve dentro de uma perspectiva histórico-biográfica. A partir da descrição da importância dos fenômenos de transferência e contra-transferência na relação terapêutica, abre-se uma visão nova e fundamental também para as situações de entrevista. Embora não se possa prescindir de um roteiro para a anamnese, uma rígida adesão a modelos acaba por prejudicar o desenvolvimento da entrevista¹².

A importância dada às queixas dos idosos referentes à cognição, linguagem e audição, sendo as duas primeiras mais citadas pelos idosos, está na junção das mesmas no processo de comunicação. A entrevista inicial é o ponto de partida em que todo o processo de comunicação, interação e intenção será formado, envolvendo terapeuta e paciente; ambos com suas próprias percepções e expressões, além das relações interpessoais¹³. Cabe ao fonoaudiólogo, configurar a entrevista como um espaço de escuta e acolhimento ao paciente.

Cognição

Conforme explicitado na Figura 2, ao questionamento sobre pensamento e memória, a maioria considerou seu pensamento bom e pouco mais da metade dos idosos consideraram sua memória boa; demonstrando ter uma percepção positiva de seu pensamento e memória.

Contudo, quando as questões foram desmembradas em suas particularidades, observou-se um aumento de queixa de memória quando esta foi dividida e questionada com mais especificidade. Dos entrevistados, 78,6% relataram ter dificuldade para memorizar acontecimentos, como por exemplo, o que almoçou ontem, e, 53,6% referiram ter dificuldade para lembrar datas, como por exemplo, datas de aniversários e datas comemorativas, sendo esta esporádica (35,7%) ou freqüente (17,9%).

A maioria das falhas de memória em idosos consiste em esquecimento de nomes, rostos conhecidos, objetos, compromissos, locais, endereços e números de telefones, e tende a ocorrer principalmente quando os idosos saem de sua rotina diária ou quando querem evocar informações que não eram solicitadas há muito tempo¹⁴. Em pesquisa anterior, foi observado que 72,4% dos demenciados apresentaram queixas de dificuldades com a memória¹⁵.

Para a evocação ser perfeita, o homem deve possuir a capacidade de identificar, focalizar, processar e sustentar o contato com a informação por tempo suficiente para iniciar e efetuar outras operações cognitivas¹⁶, mantendo sempre sua atenção, caso contrário, a armazenagem de dados não será adequada e o resultado será o esquecimento¹⁷. Tais dificuldades podem estar associadas a outros fatores como depressão, ansiedade e isolamento social, tão presentes nas ILPI.

Em relação à capacidade de manter a atenção, a maioria referiu que às vezes se distrai e uma pequena porcentagem referiu não ter capacidade de manter a atenção; totalizando 75% de queixa referente a esta habilidade. Este total é elevado e faz pensar na importância destas mudanças, pois a mesma poderá prejudicar o desempenho de outras áreas cognitivas, como memória, linguagem e funções executivas, como cálculo, execução, planejamento e organização¹⁸.

Talvez seja por isto que o número de queixas a respeito da capacidade de realizar cálculos, como por exemplo, manipular dinheiro, dar e verificar troco, foi de quase metade dos idosos entrevistados.

O percentual encontrado também foi expressivo quando abordada a capacidade de planejar atividades do cotidiano, por exemplo, planejar seu dia, sequenciar suas atividades neste dia. A maioria dos entrevistados relatou não ter capacidade de planejar ou sequenciar tais atividades.

Sabe-se que o planejamento, a organização e a execução dos comportamentos orientados para um fim fazem parte das funções executivas, junto com a formulação de conceitos e objetivos, manipulação de conhecimentos adquiridos, “insight”, auto-regulação, abstração, flexibilidade mental e análise¹⁹, além de criatividade na resolução de problemas, persistência e manutenção de um padrão de respostas, a considerar estímulos distratores e capacidade de análise crítica²⁰.

Entretanto, vale considerar, neste caso, que em uma ILPI, muitas vezes, o planejamento e a rotina são estruturados e organizados por normas da empresa, o que deixa o idoso sem necessidade e/ou sem possibilidade de planejar e organizar seu dia. Tal fato pode ser secundário a várias situações, que merecem ser cuidadosamente analisadas: os idosos podem apresentar dificuldades reais para atividades de planejar, organizar e executar; ou eles podem não querer participar do planejamento, por assumirem uma posição de assistidos perante a instituição, sobretudo por seu caráter filantrópico; ou os idosos podem não se interessar em ser elemento ativo do seu planejamento por sentirem que não têm autonomia para tal, diante do corpo administrativo e clínico da ILPI.

No mesmo sentido, foi observado que, ainda em relação às funções executivas, a maioria dos entrevistados referiu dificuldade para analisar e opinar sobre diversos temas, enfatizada como uma queixa muito freqüente por quase metade destes idosos.

Na idade avançada, há diminuição dos potenciais relacionados às funções executivas, incluindo a capacidade de se adaptar a novas situações e de solucionar problemas inéditos²¹.

Sejam estas dificuldades provenientes da historicidade, das regras ditadas pelo regimento interno e estatuto da ILPI ou de uma dificuldade relacionada às suas funções executivas; sejam estas resultantes de uma dificuldade ou de uma não utilização da voz ativa, é imprescindível dar

escuta a tais queixas. Pensando no processo de reabilitação, que contempla o sujeito, enquanto elemento ativo, como ponto-chave do sucesso da reabilitação, o profissional fonoaudiólogo deverá propor dentro da ILPI momentos individuais e também de integração entre os idosos, para que, durante o processo terapêutico, eles possam reconfigurar suas queixas²², podendo surgir elementos relativos a seus desejos e anseios, considerando a dificuldade referida de analisar e opinar.

Para uma comunicação ser efetiva, os aspectos lingüístico-cognitivos, os movimentos articulatórios, a atenção e a memória devem estar preservados²³. Devido ao processo de envelhecimento, a comunicação sofre algumas interferências afetando, principalmente, a relação social do idoso²⁴.

No que diz respeito ao estado físico, psíquico e à linguagem do idoso, há possibilidade de os idosos desenvolverem distúrbios da comunicação em consequência da redução dos níveis de consciência, atenção seletiva, memória raciocínio, resolução de problemas, linguagem e fala, percepção espaço-temporal-e praxias⁴. Tais funções intelectuais são afetadas pelas características próprias de cada indivíduo e do ambiente em que está inserido, além dos aspectos culturais e estímulos à que é exposto²⁵.

Linguagem

Os problemas lingüísticos nos idosos podem estar afetados pelas alterações da memória operacional, lentificação no processamento, déficits visuais e auditivos e afastamento da função sócio-operacional²⁵. Além das alterações relativas ao nível semântico-lexical e nível discursivo^{26,27}.

Conforme apresentado nas Figuras 1 e 3, a maioria dos entrevistados relatou ter dificuldade para nomear objetos, lugares e pessoas (75%), quase metade dos idosos relataram que raramente esquecem o nome de objetos, lugares e pessoas e uma terça parte relatou esquecer freqüentemente.

A dificuldade de nomeação pode ser causada por lesão em diversos locais do encéfalo²⁸, configurando uma alteração de linguagem. Contudo, a função nominativa pode ainda relacionar-se a uma dificuldade de análise perceptual do objeto a ser nomeado; como também a imprecisão ou a incorreção na nomeação pode estar associada ao processamento conceitual²⁹.

As queixas referentes à linguagem relativa ao nível discursivo surgiram durante o questionamento sobre as dificuldades de narrar histórias e nas dificuldades encontradas para a compreensão da fala do interlocutor. A maioria relatou não ter capacidade de narração, retratada

pela dificuldade em contar uma cena de novela, não exatamente por ter esquecido os fatos relacionados à história, mas por não conseguir organizar o conteúdo a ser narrado.

Tal queixa pode estar vinculada à própria linguagem característica do idoso, e, que em nível discursivo podemos notar um discurso pouco denso quanto ao volume de informações, uso constante de pressuposições e grande incidência de repetições³⁰. Mas também pode estar associado aos poucos períodos de comunicação verbal, ao isolamento, a diminuição da autonomia e a diminuição da interação e intenção comunicativa.

A respeito da compreensão da comunicação verbal, apenas uma parte dos entrevistados relataram ter dificuldades para compreender a comunicação verbal. Durante a entrevista, muitos idosos atribuíram tais dificuldades, por consequência de não acompanharem noticiários, por estarem sem conexão com a comunidade e por não saírem da instituição. Além deste fato a ser considerado, é importante ressaltar que houve um grande número de idosos com queixas de audição, o que pode também dificultar a compreensão de fala.

Estas dificuldades relatadas pelos idosos, através das suas queixas, fazem pensar sobre o papel da linguagem para o ser humano como participante na elaboração das representações como tomada de consciência de uma realidade através da comunicação. Ela traz representações, significados e valores existentes em um grupo social, e para o indivíduo é condição necessária para desenvolvimento do pensamento¹⁶.

Ampliar os momentos de comunicação, interagindo e integrando os idosos em assuntos variados e de grau de importância para os idosos institucionalizados, faz com que o idoso sinta-se integrado à sociedade e cidadão da mesma, mesmo residindo em uma instituição de longa permanência.

Alimentação

A respeito do ato de se alimentar, foram observadas queixas que incluem dificuldade de mastigação e deglutição, podendo estar associadas ao envelhecimento natural, às doenças como a Doença do Refluxo Gastro-esofágico e Gastrite, às condições dentárias e ao uso de próteses e a adaptação destas.

Na presente pesquisa, foi questionado sobre alguns sintomas que podem trazer indícios de disfagia, e, foram obtidas porcentagens significativas referentes à presença de tosse e engasgos durante as refeições, sensação de alimento parado na garganta e queixas de natureza gastrointestinal.

Modificações anatomofisiológicas do sistema estomatognático, como atrofia dos músculos da língua, diminuição do tônus muscular faríngeo e esofágico, menor mobilidade de laringe entre outros³¹, são sinais que podem ser secundários à patologia e/ou ao envelhecimento, e podem gerar dificuldades de deglutição no idoso^{24, 32}.

A deglutição é uma função bastante estudada na população em geral e em idosos³³, pois há distúrbios de deglutição que causam alterações funcionais importantes³⁴, manifestas por uma série de sintomas ocasionados pela fraqueza nas estruturas envolvidas, como dificuldade em manipular o bolo alimentar, movimento rotatório deficiente, dificuldade em cortar, lateralizar e triturar alimentos sólidos, dificuldade em iniciar a deglutição, refluxo nasal, acúmulo de resíduos na cavidade oral e faríngea³⁵, controle de saliva diminuído, tosse e/ou engasgos durante as refeições, presença de resíduos após a deglutição em valéculas e hipofaringe e, por fim, a aspiração³⁶.

A preocupação a respeito da disfagia é por conta das conseqüências destas na vida do idoso, como a deficiência nutricional, desidratação, riscos de aspiração levando a pneumonia de repetição, perda do prazer para alimentar-se, depressão, ansiedade e isolamento social³⁷.

Em pacientes institucionalizados e com agravamento do quadro cognitivo foi averiguado um aumento de sinais clínicos de aspiração³⁸. Em sujeitos com alterações cognitivas leves, ou apresentando quadro demencial em seu estágio inicial, necessitavam de algum tipo de auxílio durante alimentação. Estes auxílios foram caracterizados por estímulos verbais para iniciar a refeição e manter atenção à alimentação³⁹.

Estes dados ressaltam a importância do trabalho fonoaudiológico frente à alimentação e queixas relacionadas a elas, devendo abordar não somente a deglutição, mas sim uma abordagem que ressalte a capacidade funcional para a alimentação destes. Faz-se necessário ter evidência de alteração na função alimentar mesmo precocemente em indivíduos demenciados, acompanhar periodicamente os pacientes, orientando, realizando adaptações privilegiando também seu ambiente habitual de refeição, prevenindo alterações e perdas maiores da capacidade funcional relacionada à alimentação³⁸.

Audição

Conforme a figura 1, quase metade dos idosos apresentaram queixas auditivas, que podem estar associadas à presbiacusia, caracterizada pela diminuição da acuidade sensorial podendo dificultar as atividades comunicativas, principalmente quando associada a déficit cognitivo^{40, 41}.

A presença de queixas auditivas presentes na população é freqüente, devendo ser investigadas criteriosamente, pois chega a representar 80,9% das perdas auditivas detectadas em exames audiométricos⁴². Estas queixas apresentam alta sensibilidade, sugerindo que devem ser consideradas como um forte indicativo de perda auditiva⁴³.

As queixas referentes à presença de tontura e zumbido, apresentados na Figura 5, são freqüentemente relatadas pelos idosos com presbiacusia; principalmente quando o zumbido está associado a um aumento desproporcional da sensação da intensidade⁴⁴ e a tontura quando há relatos de exposição anterior a ruídos durante sua vida laboral⁴⁵.

A perda auditiva pode restringir a habilidade para desempenhar uma atividade esperada, em termos de autonomia; e, pode limitar e impedir o indivíduo de desempenhar de maneira adequada suas atividades de vida diária⁴⁴.

Voz

A terça parte dos idosos entrevistados relatou queixa referente à voz, caracterizada na Figura 6. Este número baixo de queixas pode estar vinculado ao próprio processo de envelhecimento, a presbifonia, não implicando necessariamente em uma desordem vocal; embora muitas vezes torne-se difícil estabelecer uma diferença clara entre o processo vocal fisiológico decorrente da idade e uma desordem vocal estabelecida⁴⁴. Por esta razão, nem sempre os idosos são capazes de apontar impressões sobre a sua qualidade vocal ou sobre as possíveis variações vocais que possam ocorrer, uma vez que o desenvolvimento da presbifonia define um processo de deterioração gradativa e lenta, dependendo da percepção de cada indivíduo, da sua história de vida e de sua saúde⁴⁴.

O fato de parte dos entrevistados classificarem suas vozes como “Não-Neutra” e “Alterada”, pode ser consequência da presbifonia como também de patologias vocais e/ou associadas a ela. E uma pequena parte dos idosos considerou sua voz “neutra”, mas com desvio de ressonância. Este desvio agrupa terminologia de voz nasal, laríngea, abafada, fraca e com redução da velocidade, características presentes na presbifonia⁴⁴.

Uma vez realizado o levantamento das queixas auditivas, pode-se fazer a associação com a presbifonia e outras possíveis patologias, direcionando a primeira avaliação clínica, realizada na própria instituição; uma vez que há uma concordância entre a avaliação perceptivo-auditiva vocal e os exames complementares⁴⁶. Vale lembrar que, dentro de um contexto institucional filantrópico, muitos idosos dependem da rede pública de saúde para avaliações clínicas, com o médico otorrinolaringologista, por exemplo. A marcação de tais avaliações pode ser demasiadamente

demorada, retardando o processo de reabilitação das eventuais patologias vocais presentes, por falta de precisão diagnóstica.

Fala

Apenas uma reduzida porcentagem dos idosos relatou queixa referente à fala, a qual estava relacionada com a alteração do padrão articulatorio, dada pela prótese dentária não adaptada.

Para falar e ser considerado um bom falante, a produção dos sons da fala envolve o aspecto ou nível fonológico da linguagem, articulação precisa, emissão clara, fluência (fluxo da fala contínuo), velocidade de fala adequada ao objetivo da mensagem e, adequada utilização vocal como recurso contribuinte para a eficácia da comunicação⁴⁷.

A fala é algo próprio do sujeito, a utilização das palavras e a escolha destas fazem com que o sujeito torne sua fala individualizada⁴⁸ e, através das características da voz, timbre, intensidade, velocidade e prosódia, tornam-se diferenciada de pessoa para pessoa⁴⁹.

A fala é ainda o principal canal de comunicação utilizado no processo de anamnese e entrevista, realizados previamente à avaliação clínica. E este momento, embora nem sempre seja considerada com a importância que merece, é o momento destinado à escuta das queixas, fundamental por propiciar a reflexão sobre o papel do fonoaudiólogo frente ao seu paciente. Além disso, é importante considerar que o recolhimento das queixas e o direcionamento das perguntas, seguido pela ética profissional e embasamento científico, poderão trazer informações que direcionarão a avaliação a ser abordada, podendo verificar, por exemplo, quais os testes a serem aplicados e se haverá a necessidade futura de encaminhamento deste paciente para a realização de algum exame ou mesmo avaliação clínica de outro profissional.

Sabe-se que uma avaliação bem detalhada fornece informações ricas sobre o trabalho fonoaudiológico, podendo aprimorar o planejamento terapêutico, adequando a sua metodologia e seu material utilizado às reais necessidades do paciente.

Pensando no idoso institucionalizado, a entrevista individualizada pode ser um dos poucos momentos em que sua identidade está em destaque, em que ele será ouvido individualmente, poderá expor seus anseios, suas dificuldades, mas também sua opinião, sua percepção, seu ponto de vista e sua satisfação. Estes minutos poderão gerar um vínculo entre profissional e paciente que perdurará durante todo o processo de reabilitação, pois gerará confiança e credibilidade no profissional que agora, após escutar e direcionar o foco terapêutico irá construir um planejamento de maneira individualizada ao quadro clínico e moldado pelos interesses do paciente.

SOUZA, A.; ODA, A.L.. A importância do levantamento de queixas de idosos institucionalizados durante a entrevista para o planejamento da reabilitação fonoaudiológica. *O Mundo da Saúde* v.32, p.157-169, 2008.

No contexto de uma ILPI, a entrevista poderá trazer informações não somente referente ao idoso institucionalizado, mas também referente à instituição, sua historicidade, suas conquistas e suas visões apresentadas pelo olhar de um morador o que poderá ser útil para o direcionamento do trabalho realizado em toda a esfera institucional⁴⁹.

Conclusão

As entrevistas revelaram um alto índice de queixas fonoaudiológicas de idosos institucionalizados, havendo necessidade do profissional configurá-la como um espaço de escuta e acolhimento ao paciente, possibilitando durante toda a reabilitação, confiança e credibilidade no profissional que agora, após escutar irá direcionar o foco terapêutico, construindo um planejamento individualizado ao quadro clínico e moldado pelos interesses e necessidades do paciente.

Referências

1. Davanzo-Corte, H. Estudio clínico inicial: segunda entrevista. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*;38(1):51-5, ene.-mar. 2000.
2. Santos JB. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. *Brasília med*: 36 (3/4): 90-95; 1999.
3. Urzúa RF; Alvarez CC; Parodi KW; Hernáez RA; Fullerton UC; Baeza HR; Ramírez FL; Gottlieb BB; Donoso BR; Barcos PM; Cerda X. ¿Cómo entrevistan los estudiantes de medicina? *Rev. chil. salud pública*;3(2/3):85-91, 1999. tab.
4. Giacheti CM; Duarte VG. Programa de atuação fonoaudiológica junto a idosos institucionalizados. In: Lagrotta MG; César CPHAR. *A fonoaudiologia nas instituições*. São Paulo: Louvise; 1997.
5. Tubero AL *et al.* A linguagem do envelhecer entre muros. In: Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes ICD. *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise; 1997. 618p.
6. Alves RCD. O discurso de idosos institucionalizados. 55 f.. [Monografia de Especialização em Distúrbios da Comunicação: Linguagem] São Paulo: COGEAE – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.
7. Epnay MLD; Grodeck A. *A doença como linguagem*. Campinas: Papyrus; 1988. 165 p.
8. Moreira AA. *Teoria e prática da relação médico-paciente*. Belo Horizonte: Interlivros, 1979; 155p.
9. Behlau MS; Dragone (1994). In Bertachini L, Gonçalves MJ. *Comunicação na terceira idade*. São Paulo: O Mundo da Saúde, ano 26, 26(4) out/dez 2002.
10. Vieira EB. *Instituições geriátricas: avanços ou retrocesso?* Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
11. Bilton T; Soares LT; Tega LV; Santos CAF. *Acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados*. São Paulo: Distúrbios da Comunicação, 1999; 11(1): 85-110.
12. Lowenkron TS. A entrevista psiquiátrica. *J Bras Psiquiatr*, 1984, 33(3): 189-93.

SOUZA, A.; ODA, A.L.. A importância do levantamento de queixas de idosos institucionalizados durante a entrevista para o planejamento da reabilitação fonoaudiológica. *O Mundo da Saúde* v.32, p.157-169, 2008.

13. Moran JM. Mudanças na Comunicação pessoal: perguntas e respostas para o profissional da saúde. Belo Horizonte: Crescer, 1996. 257p.
14. Ashman TA; Mohs RC; Harvey PD. Cognition and Aging. In: Hazzard WR *et al.* Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: Mcgrawhill. v. 92, p. 1219-1228; 1999.
15. Almeida OP; Garrido R; Tamai S. Unidade para idosos (UNID) do departamento de saúde mental da Santa Casa de São Paulo: Características clínicas de pacientes atendidos em nível ambulatorial. São Paulo: J bras psiquiatria, 47(6): 291-296; 1998.
16. Abreu EC; Wagner M. Avaliação dos movimentos de consciência de idosos através de seus discursos relatados em forma literária. 126 f.. [Dissertação] (Mestrado em Psicologia Social) São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo;1985.
17. Pereira C; Zaché J; Castellón L. A ciência avança no tratamento das principais doenças que danificam o cérebro – Eureka. São Paulo: Isto É, n. 1802, p. 50-56; 2004.
18. Siegler IC; Poow LW; Maddew DJ; Welsh KA. Aspectos psicológicos do envelhecimento normal. In: Busse EW; Blazer DG; *Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 120-140; 1999.
19. Duffy JD; Campbell JJ. The regional prefrontal síndromes: A theoretical and clinical overview. *J. Neur. and Clin. Neuroc*, n.6, p. 379-387; 1994.
20. Caixeta L. Demências. São Paulo: Lemos, 2004. p. 344.
21. Mattos P. Neuropsicologia do envelhecimento normal e das demências. São Paulo: *Rev. Brasileira de Neurologia*, 29(2): 35-39. mar/abr 1993.
22. Ieto V; Cunha MC. Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. São Paulo: *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 12(4) out/dez. 2007.
23. Mansur LL; Viúde A. Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In: Netto MP. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, cap. 27, p. 284-296 1996.

SOUZA, A.; ODA, A.L.. A importância do levantamento de queixas de idosos institucionalizados durante a entrevista para o planejamento da reabilitação fonoaudiológica. *O Mundo da Saúde* v.32, p.157-169, 2008.

24. Neves DA; Benedito AA. A contribuição da ausculta cervical na avaliação clínica fonoaudiológica de idosos institucionalizados com queixa de disfagia orofaríngea. [Monografia] Graduação em Fonoaudiologia São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2003.
25. Koenig AM. Avaliação cognitiva de uma população de idosos residentes no município de São Paulo. [Tese] (Mestrado em Reabilitação) São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
26. Damasceno BP. Avaliação da linguagem no sujeito idoso. In: Forlenza OV; Caramelli P. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu, p.527-530; 2000.
27. Mac-Kay APM. Comunicação, fala e linguagem nas demências. *Jornal do CEFAC*, 2003.
28. Engelhardt E; Laks J; Cavalcanti JLS; Razenthal M. O mini-exame do estado mental – Mais que um instrumento de triagem. Uma análise neuropsicológica e Neuroanatômica Funcional. São Paulo: *Rev. Brasileira de Neurologia*, 39(1): 5-15 2003.
29. Mac-Kay APM. Distúrbios de linguagem: Demência. In: Russo ICP. *Intervenção fonoaudiológica na terceira Idade*. São Paulo: Lovise, 1999. p. 136.
30. Preti D. *A linguagem dos idosos: Um estudo de análise da conversação*. São Paulo: Contexto, 1991.
31. Marchesan IQ. Distúrbios da motricidade oral. In: Russo ICP. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade*. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1998.
32. Krieger F; Dias J. Padrão mastigatório dos idosos do asilo “Elze Benz” do município do sul do Brasil. [Monografia] Curso de Especialização em Motricidade Orofacial pelo CEFAC, 2002.
33. Castilhos ED. A importância dos dentes e próteses para idosos de três diferentes grupos ou “O dia em que você ficar sem dentes você vai se lembrar de mim”. [Dissertação] (Mestrado) Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
34. Granville LJ, Musson N. Eating Abnormalities: Disorders of Self-feeding and Swallowing. In: Hazzard WR. (org.). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4^a ed. Mc Graw Hill, v. 116, 1999. p. 1471 -1490.

SOUZA, A.; ODA, A.L.. A importância do levantamento de queixas de idosos institucionalizados durante a entrevista para o planejamento da reabilitação fonoaudiológica. *O Mundo da Saúde* v.32, p.157-169, 2008.

35. Oda AL, Chiappetta ALML, Annes M, Marchesan IQ, Oliveira ASB. Avaliação clínica, endoscópica e manométrica da deglutição em pacientes com Miastenia Grave Auto-imune Adquirida. São Paulo: *Arq. Neuropsiquiatr.*, 60(4): 986-995; 2002.
36. Kahrilas PJ. Anatomy, physiology and pathophysiology of dysphagia. *Bel: Acta Oto-Rhinolatyngologica*, 48(2): 97-117; 1994.
37. Feijó AV; Rieder CRM. Distúrbio de deglutição em idosos. In: Jacobi JS; Levy DS; Silva LMC. *Disfagia: avaliação e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 225-232.
38. Lacerda CB. Caracterização dos achados fonoaudiológicos da capacidade funcional da alimentação e dos sinais clínicos de disfagia de idosos institucionalizados com comprometimento cognitivo. [Monografia] (Especialização em Gerontologia) São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.
39. Souza A. Estudo do déficit cognitivo e de aspectos da linguagem associados a queixas fonoaudiológicas em idosos institucionalizados. [Monografia] (Especialização em Gerontologia) São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2004.
40. Lopes LP. Mensagem dos gestos e posturas. Brasília: *Rev. Nova Acrópole*, n. 20, 1998. p. 20-23.
41. Kieling CH. Reabilitação audiológica em idosos. [Monografia] Especialização em Audiologia Clínica. Porto Alegre: CEFAC – Centro de especialização em fonoaudiologia clínica; Porto Alegre, 1999.
42. Marini ALS, Halpen R, Aerts D. Sensibilidade, especificidade e valor preditivo da queixa auditiva. São Paulo: *Rev. Saúde Publica*, 39(6) dez. 2005.
43. Sindhusake D, Mitchell P, Smith W, Wiley TL, Tweed TS, Klein R, Klein BEK et al. Accuracy of self-reported hearing loss. *Audiology*: 37(5); 1998, 295-301.
44. Bertachini L, Gonçalves MJ. Comunicação na terceira idade. São Paulo: *O Mundo da Saúde*, ano 26, 26(4) out/dez 2002.

SOUZA, A.; ODA, A.L.. A importância do levantamento de queixas de idosos institucionalizados durante a entrevista para o planejamento da reabilitação fonoaudiológica. *O Mundo da Saúde* v.32, p.157-169, 2008.

45. Nemr K; Amar A; Abrahao, M *et al.* Análise comparativa entre avaliação Fonoaudiológica perceptivo-auditiva, análise acústica e laringoscopias indiretas. *Rev. Brasileira de Otorrinolaringologia*. 71(1): 13-17; 2005.
46. Souza, A., Schultz, D.F. Miastenia Grave: A doença dita pelo doente. [Monografia] Graduação em Fonoaudiologia São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2003.
47. Sierra, R. Magia do poder e da palavra. Brasília: *Rev. Nova Acrópole*, n. 13, p. 17-23, 1995.
48. Behlau, M., Pontes, P. Avaliação e tratamento das disfonias. São Paulo: Lovise, 1995. p. 312.
49. Provenzano LCFA. Relato de atuação fonoaudiológica junto a idosos institucionalizados. [Monografia] Especialização em Motricidade Orofacial. Porto Alegre: CEFAC – Centro de especialização em fonoaudiologia clínica; Porto Alegre, 2003.