

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

The importance of collecting complaints of institutionalized old people during the interview for planning phonoaudiological rehabilitation

La importancia de coleccionar quejas de envejecidos institucionalizados durante la entrevista de planeamiento de rehabilitación fonoaudiológica

Andréa de Souza*
Adriana Leico Oda**

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi caracterizar as queixas relatadas por idosos institucionalizados durante entrevista fonoaudiológica, ressaltando a sua importância para o processo de reabilitação. Foram avaliados 28 idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência Para Idosos (ILPIs), filantrópica, localizada 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 pelo levantamento de queixas fonoaudiológicas, feita por meio de entrevista, auxiliada por um questionário que contemplou informações sobre dados pessoais, queixas referentes à saúde geral, audição, voz, fala, alimentação, linguagem e cognição. 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. 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.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Reabilitação. Instituição de longa permanência para idosos.

ABSTRACT: The aim of the present study was characterizing complaints reported for institutionalized old people during the phonoaudiological interview, emphasizing its importance for the rehabilitation process. 28 resident old people were evaluated at a philanthropic Long-Permanence Institution for Old People (ILPIs), located in Santo André-SP, being 18 (64.3%) male and 10 (35.7%) female; mean age of 66.86 (+/-0.95) years. Data collecting was carried out by receiving phonoaudiological complaints, done through interviews helped by a questionnaire that contemplated information on personal data, complaints referring to general health, hearing, voice, speech, food, language and cognition. Phonoaudiological complaints were found referring to cognition (96.4%), language (78.6%), oral motor function / food (53.6%), hearing (46.4%), voice (35.7%) and speech (3.6%) that may be linked to aging or to pathologies. To differentiate them, the phonoaudiologist will provide support in diagnosis, treatment and rehabilitation. The interviews revealed a high rate of phonoaudiological complaints of institutionalized old people, and there is a need for the professional to shape it like a space of listening and human support to the patient, making possible, during the entire rehabilitation process, confidence and credibility in the professional, which, after listening, will direct the therapeutic focus, building an individualized plan according to the clinical condition and molded by the interests and necessities of the patient.

KEYWORDS: Old people. Rehabilitation. Home for the aged.

RESUMEN: El presente estudio intenciona caracterizar quejas hechas por envejecidos institucionalizados durante la entrevista fonoaudiológica, enfatizando su importancia para el proceso de rehabilitación. 28 envejecidos residentes fueron evaluados en una Institución de Permanencia Larga para Viejos (ILPIs), de naturaleza filantrópica, localizada en Santo André-SP, siendo 18 varones (64.3%) y 10 mujeres (35.7%); edad media de 66.86 (+/-0.95) años. El recogimiento de datos fue realizado recibiendo quejas fonoaudiológicas hechas en entrevistas ayudadas por un cuestionario que contempló informaciones sobre datos personales, quejas que se refieren a salud general, audición, voz, habla, comida, lenguaje y cognición. Quejas fonoaudiológicas fueron encontradas con referencia a la cognición (96.4%), el lenguaje (78.6%), las funciones motoras-orales / comida (53.6%), audición (46.4%), voz (35.7%) y habla (3.6%) que pueden deberse al envejecimiento o a patologías. Para diferenciarlos, el fonoaudiólogo proporcionará el apoyo en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Las entrevistas revelaron una alta tasa de quejas fonoaudiológicas de envejecidos institucionalizados, y hay la necesidad del profesional formarlas como un espacio de escucha y apoyo humano al paciente, haciendo posible, durante el proceso de rehabilitación entero, la creación de confianza y credibilidad en el profesional, que, después de la escucha, dirigirá el foco terapéutico, construyendo un plan individualizado según la condición clínica y moldeado por los intereses y las necesidades del paciente.

PALABRAS LLAVE: Envejecidos. Rehabilitación. Hogares para ancianos.

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

** 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.

Introdução

As entrevistas terapêuticas são partes essenciais para a formulação diagnóstica e para o estabelecimento das condutas fonoaudiológicas que irão beneficiar o paciente. É pela 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 saúde (Danzon-Corte, 2000).

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 doente (Santos, 1999) 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 sua aderência em terapias individuais e/ou em grupos de reabilitação (Urzúa et al, 1999), 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 sua integração, 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 sociocultural (Giacheti, Duarte, 1997).

Em uma instituição asilar, o fonoaudiólogo tem o importante papel de resgatar a identidade do idoso por meio da linguagem e da comunicação (Tubero, 1997). 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 patológico (Alves, 2002).

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 integradas (Giacheti, Duarte, 1997). 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 doentes (Epnay, Groddeck, 1988). 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 doente (Moreira, 1979).

Por outro lado, quando o paciente se reconhece atendido, acei-

to, 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 homem (Moreira, 1979).

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, localizado 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 pelo levantamento de queixas

fonoaudiológicas, feita por meio de entrevista, auxiliada por um questionário fechado construído pelos pesquisadores e aplicado por eles. 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 da 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 Dragone (2002). 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 gastrointestinais (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 (o que almoçou ontem, por exemplo) e Facilidade para Memorizar Datas (datas de aniversários e datas comemorativas, por exemplo). Além disso, Capacidade de Manter a Atenção, Realização de Cálculos (contar e verificar troco, por exemplo) e Capacidade de Planejamento (planejar seu dia, organizar algum evento interno, por exemplo).

Quanto à linguagem, foram questionadas suas percepções acerca da Capacidade de Analisar Fatos (discutir e refletir sobre algum acontecimento apresentado no noticiário, por exemplo); Facilidade para Nomeação (objetos, lugares e pessoas, por exemplo); 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 n. 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 eram 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 eram solteiros (50%), 3 eram casados (10,7%), 4 eram viúvos (17,9%) e 6 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%).

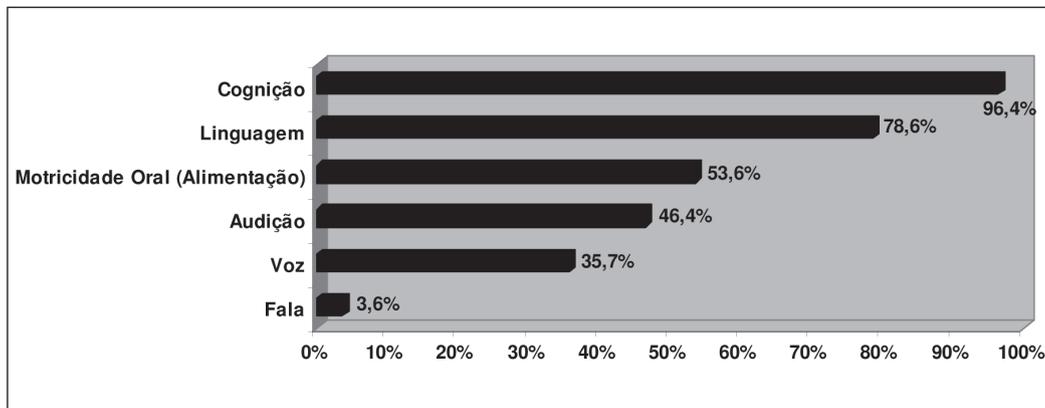
Com relação às queixas fonoaudiológicas, todos os itens sobre a fala, a voz, a audição, a linguagem, a cognição e a alimentação receberam queixas dos idosos. Sendo as queixas relacionadas à cognição e linguagem as mais apontadas pelos idosos, seguidas pelas queixas de motricidade oral (alimentação) e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

A Figura 1 apresenta a quantidade de idosos que apresentaram queixas fonoaudiológicas. As queixas relatadas 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 os 4 (14,3%) restantes consideraram

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



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.

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.

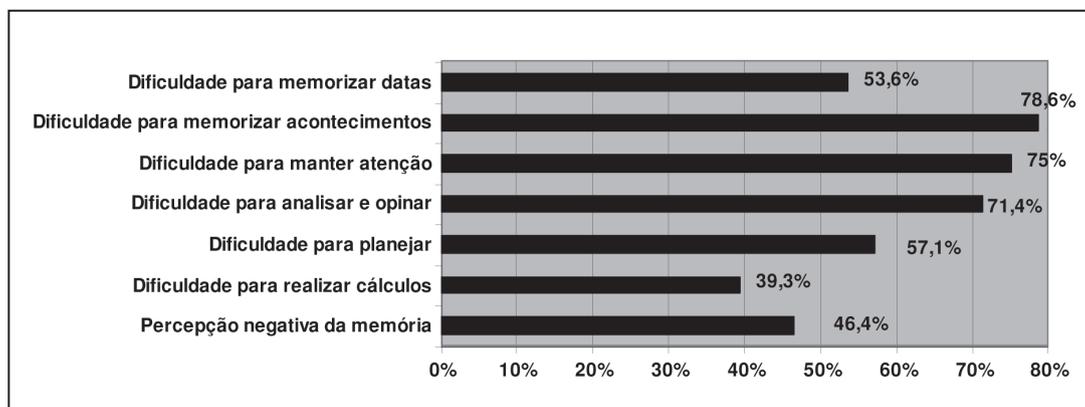
Questionados sobre a capacidade de manter a atenção em um único foco, 19 (67,9%) disseram que às vezes se distraem e 2 (7,1%) disseram não ter capacidade de manter a atenção em somente um foco. 7 (25%) disseram ter capacidade de atenção.

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.

Sobre a capacidade de planejar ou sequencializar atividades do cotidiano, como 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

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



(42,9%) disseram sempre sentir dificuldade.

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.

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 gastrointes-

tinais (28,6%), que englobaram queixas relativas a ardor na região da garganta durante a deglutição, azia, queimação e refluxo gastroesofágico.

Audição

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

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

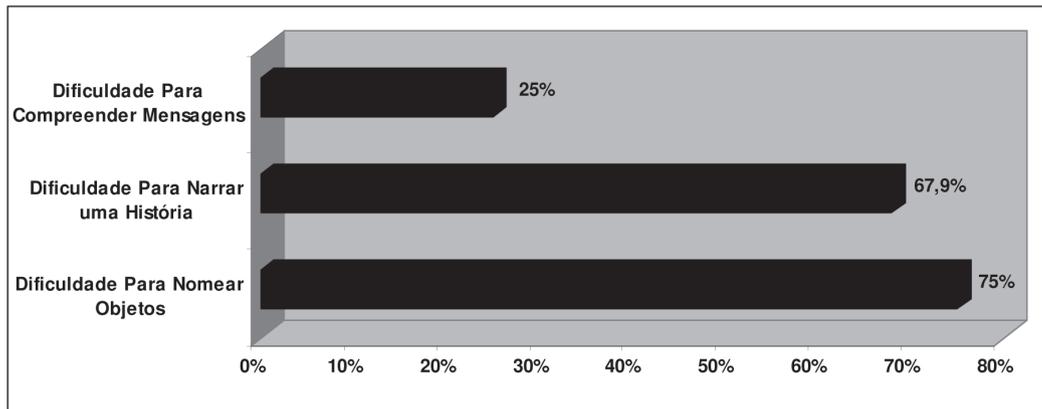


Figura 4. Caracterização e Ocorrência das queixas de motricidade oral, referentes à alimentação (Instituição Assistencial Nosso Lar, 2005).

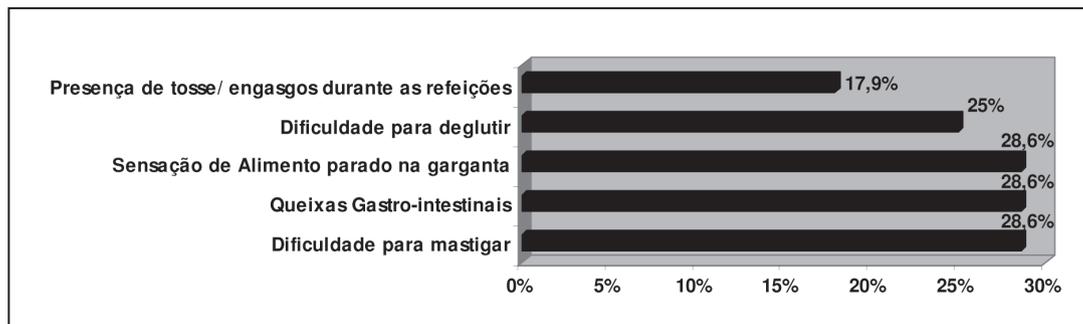
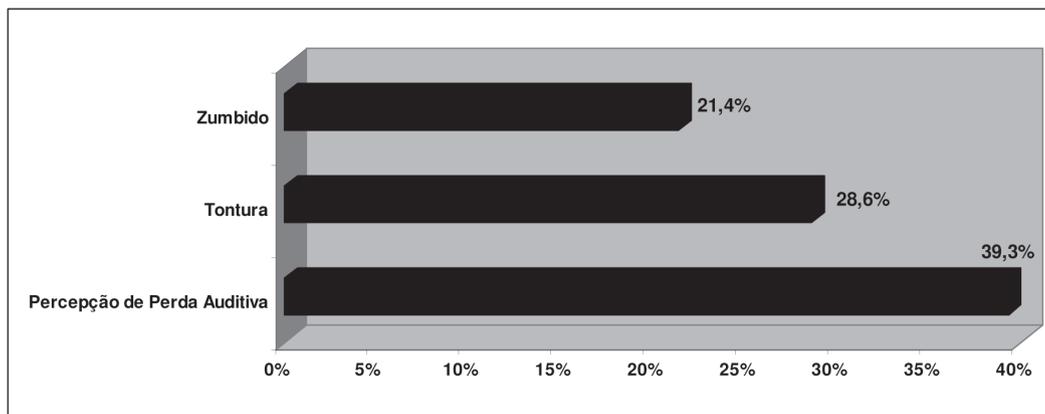


Figura 5. Caracterização e ocorrência das queixas auditivas (Instituição Assistencial Nosso Lar, 2005).



queixas de zumbido e 8 (28,6%) com queixas de tonturas.

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”.

Relataram considerar sua voz “Normal/Neutra” 16 (57,1%) indivíduos entrevistados. 3 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.

Fala

Apenas 1 entrevistado (3,6%) se queixou de dificuldades para falar, relacionando-as ao comprometimento do padrão articulatório associado a uma prótese dentária não adaptada.

Discussão

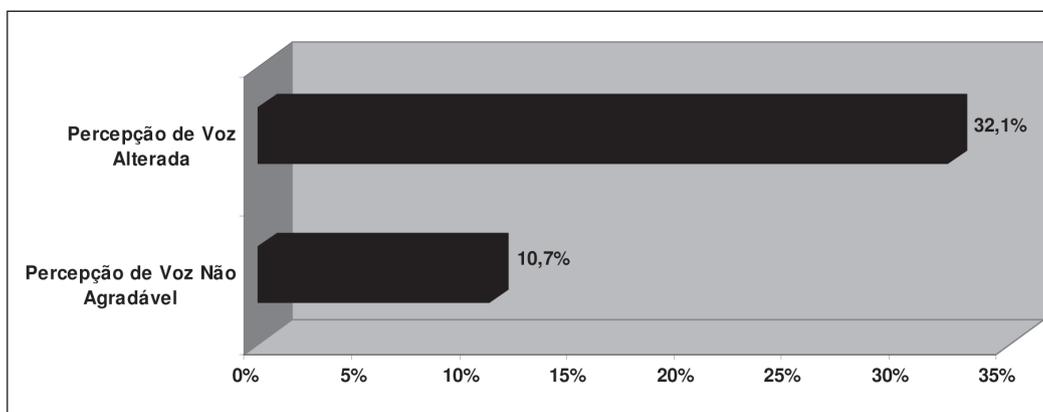
Foi possível observar nesta pesquisa um pequeno predomínio de idosos do sexo masculino, na proporção de um homem para cada 0,55 mulher (1:0,55), idade

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.

As mudanças na constelação familiar (casamento dos filhos, viuvez ou morte de algum membro da família) estão, muitas vezes, relacionadas à condição de institucionalização (Alves, 2002). 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

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



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 asilares (Vieira, 2003). Assim, quanto maior o período de institucionalização, maior poderá ser o grau de comprometimento de sua comunicação (Tubero, 1997).

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 frequência: 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 diferenciados. 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 o 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 necessi-

dades específicas da senilidade, promovendo ações preventivas e de reabilitação dos distúrbios fonoaudiológicos, principalmente relacionados à comunicação e à alimentação, freqüentes no idoso devido à sua perda esperada de capacidade funcional geral e específica (Bilto, Soares, Tega, Santos, 1999).

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 o estilo de vida e de saúde que tinham antes de ingressarem na ILPI. Por se tratar de uma instituição filantrópica, muitos idosos são exmoradores 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 fazer 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 paciente (Santos, 1999).

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 ade-

são a modelos acaba por prejudicar o desenvolvimento da entrevista (Lowenkron, 1984).

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 interpessoais (Moran, 1996). 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 tempo (Ashman, Mohs, Harvey, 1999). Em pesquisa anterior, foi observado que 72,4% dos demenciados apresentaram queixas de dificuldades com a memória (Almeida, Garrido, Tamai, 1998).

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 cognitivas (Abreu, Wagner, 1985), mantendo sempre sua atenção, caso contrário, a armazenagem de dados não será adequada e o resultado será o esquecimento (Pereira, Zaché, Castellón, 2004). 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 poderá prejudicar o desempenho de outras áreas cognitivas, como memória, linguagem e funções executivas, como cálculo, execução, planejamento e organização (Siegler, Poow, Maddew, Welsh, 1999).

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, como por exemplo planejar seu dia, seqüencializar suas atividades neste dia. A maioria dos entrevistados relatou

não ter capacidade de planejar ou seqüencializar 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 análise (Duffy, Campbell, 1994), além de criatividade na resolução de problemas, persistência e manutenção de um padrão de respostas, a considerar estímulos distratores e capacidade de análise crítica (Caixeta, 2004).

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 à 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 inéditos (Mattos, 1993).

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 queixas (Ieto, Cunha, 2007) 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 articulatorios, a atenção e a memória devem estar preservados (Mansur, Viúde, 1996). Devido ao processo de envelhecimento, a comunicação sofre algumas interferências, afetando, principalmente, a relação social do idoso (Neves, Benedito, 2003).

No que diz respeito ao estado físico, psíquico e à linguagem do idoso, há possibilidade de eles 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 praxias (Giacheti, Duarte, 1997). 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 exposto (Koenig, 2001).

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-operacional (Koening, 2001). Além das alterações relativas ao nível semântico-lexical e nível discursivo (Damasceno, 2000; Mac-Kay, 2003).

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 frequentemente.

A dificuldade de nomeação pode ser causada por lesão em diversos locais do encéfalo (Engelhardt, Laks, Cavalcanti, Razenthal, 2003), 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 conceitual (Mac-Kay, 1999).

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 repetições (Preti, 1991). Mas também pode estar associado aos

poucos períodos de comunicação verbal, ao isolamento, à diminuição da autonomia e à 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, por meio de 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 por meio da comunicação. Ela traz representações, significados e valores existentes em um grupo social, e para o indivíduo é condição necessária para desenvolvimento do pensamento (Abreu, 1985).

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 ele se sinta integrado à sociedade e cidadão, 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 sua adaptação.

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 outros (Marchesan, 1998), são sinais que podem ser secundários à patologia e/ou ao envelhecimento, e podem gerar dificuldades de deglutição no idoso (Neves, Benedito, 2003; Krieger, Dias, 2002).

A deglutição é uma função bastante estudada na população em geral e em idosos (Castilhos, 2001), pois há distúrbios de deglutição que causam alterações funcionais importantes (Granville, Musson, 1999), manifestada 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 faríngea (Oda, Chiappetta et al, 2002), 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 aspiração (Kahrilas, 1994).

A preocupação a respeito da disfagia é por conta de suas consequências 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 social (Feijó, Rieder, 2003).

Em pacientes institucionalizados e com agravamento do quadro cognitivo foi averiguado um aumento de sinais clínicos de aspiração (Lacerda, 2004). 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 alimentação (Souza, 2004).

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 alimentação (Lacerda, 2004).

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 à déficit cognitivo (Lopes, 1998; Kieling, 1999).

A presença de queixas auditivas presentes na população é frequente, devendo ser investigadas criteriosamente, pois chega a representar 80,9% das perdas auditivas detectadas em exames audiométricos (Marini, Halpen, Aerts, 2005).

Estas queixas apresentam alta sensibilidade, sugerindo que devem ser consideradas como um forte indicativo de perda auditiva (Sindhusake et al, 1998).

As queixas referentes à presença de tontura e zumbido, apresentados na Figura 5, são frequentemente relatadas pelos idosos com presbiacusia, principalmente quando o zumbido está associado a um aumento desproporcional da sensação da intensidade (Bertachini, Gonçalves, 2002), e à tontura quando há relatos de exposição anterior a ruídos durante sua vida laboral (Nemr et al, 2005).

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 diária (Bertachini, Gonçalves, 2002).

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 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 estabelecida (Bertachini, Gonçalves, 2002). 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 saúde (Bertachini, Gonçalves, 2002).

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 presbifonia (Bertachini, Gonçalves, 2002).

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 complementares (Souza, Schultz, 2003). 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 à 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 comunicação (Sierra, 1995).

A fala é algo próprio do sujeito, a utilização das palavras e a escolha destas fazem com que o sujeito torne sua fala individualizada (Behlau, Pontes, 1995) e, através das características da voz, timbre, intensidade, velocidade e prosódia, tornam-se diferenciada de pessoa para pessoa (Provenzano, 2003).

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 considerado 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.

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 institucional (Provenzano, 2003).

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

- Abreu EC, Wagner M. Avaliação dos movimentos de consciência de idosos através de seus discursos relatados em forma literária [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1985. 126 f. Mestrado em Psicologia Social.
- 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. *J Bras Psiquiatria* 1998;47(6):291-6.
- Alves RCD. O discurso de idosos institucionalizados. [monografia]. São Paulo: COGEAE – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002. 55p. Especialização em Distúrbios da Comunicação: Linguagem]
- Ashman TA, Mohs RC, Harvey PD. Cognition and aging. In: Hazzard WR et al. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. New York: McGrawhill; 1999. v. 92, p.1219-28.
- Behlau M, Pontes P. Avaliação e tratamento das disfonias. São Paulo: Lovise; 1995. p.312.
- Behlau MS, Dragone (1994). Título do artigo. In: Bertachini L, Gonçalves MJ. *Comunicação na terceira idade*. Mundo Saúde 2002 out/dez; 26(4).
- Bertachini L, Gonçalves MJ. *Comunicação na terceira idade*. Mundo Saúde 2002 out/dez; 26(4).
- Bilton T, Soares LT, Tega LV, Santos CAF. Acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados. *Distúrbios da Comunicação* 1999;11(1):85-110.
- Caixeta L. Demências. São Paulo: Lemos; 2004. p.344.

- 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]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
- Damasceno BP. Avaliação da linguagem no sujeito idoso. In: Forlenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000. p.527-30.
- Davanzo-Corte H. Estudo clínico inicial: segunda entrevista. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2000 ene/mar; 38(1):51-5.
- Duffy JD, Campbell JJ. The regional prefrontal syndromes: a theoretical and clinical overview. J Neur and Clin Neuroc., 6:379-87.
- 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. Rev Bras Neurol. 2003;39(1):5-15.
- Epnay MLD, Groddeck A. A doença como linguagem. Campinas: Papirus; 1988. 165 p.
- 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.225-32.
- 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.
- Granville LJ, Musson N. Eating abnormalities: disorders of self-feeding and swallowing. In: Hazzard WR, organizer. Principles of geriatric medicine and gerontology. 4ª. ed. New York: Mc Graw Hill; 1999. v. 116, p.1471-90.
- Ieto V, Cunha MC. Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007 dez;12(4).
- Kahrilas PJ. Anatomy, physiology and pathophysiology of dysphagia. Acta Oto-Rhinolatyngol. 1994;48(2):97-117.
- Kieling CH. Reabilitação audiológica em idosos [monografia]. Porto Alegre: CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 1999. Especialização em Audiologia Clínica.
- Koenig AM. Avaliação cognitiva de uma população de idosos residentes no município de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001. Mestrado em Reabilitação.
- Krieger F, Dias J. Padrão mastigatório dos idosos do asilo "Elze Benz" do município do sul do Brasil [monografia]. 2002. Especialização em Motricidade Orofacial.
- Lacerda CB. Caracterização dos achados fonoaudiológicos da capacidade funcional da alimentação e dos sinais clínicos de disfagia de idosos institucionalizados com comprometimento cognitivo [monografia]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004. Especialização em Gerontologia.
- Lopes LP. Mensagem dos gestos e posturas. Rev Nova Acrópole 1998;20:20-3.
- Lowenkron TS. A entrevista psiquiátrica. J Bras Psiquiatr. 1984;33(3):189-93.
- Mac-Kay APM. Comunicação, fala e linguagem nas demências. Jornal do CEFAC 2003.
- Mac-Kay APM. Distúrbios de linguagem: demência. In: Russo ICP. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. São Paulo: Lovise; 1999. p.136.
- Mansur LL, Viúde A. Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In: Netto MP. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. cap. 27, p.284-96
- Marchesan IQ. Distúrbios da motricidade oral. In: Russo ICP. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Ed. Revinter; 1998.
- Marini ALS, Halpen R, Aerts D. Sensibilidade, especificidade e valor preditivo da queixa auditiva. Rev Saúde Publica 2005 dez; 39(6).
- Mattos P. Neuropsicologia do envelhecimento normal e das demências. Rev Bras Neurol. 1993 mar/abr; 29(2):35-9.
- Moran JM. Mudanças na comunicação pessoal: perguntas e respostas para o profissional da saúde. Belo Horizonte: Crescer; 1996. 257p.
- Moreira AA. Teoria e prática da relação médico-paciente. Belo Horizonte: Interlivros; 1979. 155p.
- Nemr K, Amar A, Abrahao, M et al. Análise comparativa entre avaliação fonoaudiológica perceptivo-auditiva, análise acústica e laringoscópias indiretas. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71(1):13-7.
- Neves DA, Benedito AA. A contribuição da ausculta cervical na avaliação clínica fonoaudiológica de idosos institucionalizados com queixa de disfagia orofaríngea [monografia]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2003. Graduação em Fonoaudiologia.
- 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. Arq Neuropsiquiatr. 2002;60(4):986-95.
- Pereira C; Zaché J; Castellón L. A ciência avança no tratamento das principais doenças que danificam o cérebro – Eureca. Isto É 2004; 1802:50-6.

- Preti D. A linguagem dos idosos: um estudo de análise da conversação. São Paulo: Contexto; 1991.
- Provenzano LCFA. Relato de atuação fonoaudiológica junto a idosos institucionalizados [monografia] Porto Alegre: CEFAC – Centro de especialização em fonoaudiologia clínica; 2003. Especialização em Motricidade Orofacial.
- Santos JB. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. Brasília Méd 1999;36(3/4):90-95.
- Siegler IC, Poow LW, Maddew DJ, Welsh KA. Aspectos psicológicos do envelhecimento normal. In: Busse EW, Blazer DG, Psiquiatria geriátrica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p.120-40.
- Sierra R. Magia do poder e da palavra. Rev Nova Acrópole 1995;13:17-23.
- Sindhusake D, Mitchell P, Smith W, Wiley TL, Tweed TS, Klein R, Klein BEK et al. Accuracy of self-reported hearing loss. Audiology 1998;37(5):295-301.
- Souza A, Schultz DF. Miastenia grave: a doença dita pelo doente [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2003.
- Souza A. Estudo do déficit cognitivo e de aspectos da linguagem associados a queixas fonoaudiológicas em idosos institucionalizados [monografia]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004. Especialização em Gerontologia.
- 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.
- 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 Publica 1999;3(2/3):85-91.
- Vieira EB. Instituições geriátricas: avanços ou retrocesso? Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
-

Recebido em 4 de fevereiro de 2008
Versão atualizada em 28 de fevereiro de 2008
Aprovado em 27 de março de 2008