



Licenciatura em
Terapia da Fala

Típo de Trabalho
Relatório de Investigação

Título do Trabalho
Qualidade de Vida relacionada com a Comunicação do Idoso Saudável que frequenta uma Universidade Sénior

Elaborado por
Ana Rita de Matos Maia Gaspar

Nº de estudante
200992069

Orientado por
Ana Paula Vital, Professor-Adjunto, Mestre

Barcarena, ____ Julho ____ (mês) ____ 2013 ____ (ano)

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A COMUNICAÇÃO DO IDOSO SAUDÁVEL QUE FREQUENTA UMA UNIVERSIDADE SÊNIOR

Ana Rita de Matos Maia Gaspar, 200992069

RESUMO

A comunicação é algo extremamente importante na vida do ser humano. A fase do envelhecimento acarreta frequentemente alterações que podem implicar consequências na funcionalidade da comunicação, por isso, é importante estar atento e abordar novos conhecimentos que possam contribuir numa perspetiva positiva para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa.

Objetivos: Pretende-se conhecer o nível de qualidade de vida relativamente à comunicação e felicidade da pessoa idosa saudável, descrevendo o perfil comunicativo, as suas atividades comunicacionais e sociais na fase do envelhecimento. **Método:** O estudo é do tipo exploratório-descritivo, quantitativo e transversal. Os dados foram recolhidos através do Questionário Sociodemográfico (Gaspar e Vital, 2013), do *Mini-Mental State Examinaton* (Folstein *et al.*, 1975), do Teste de Nomeação de Armstrong (Armstrong, 1996), da *Checklist* da Atividades Comunicativas (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003), da *Checklist* das Atividade Sociais (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003), das Escalas de Felicidade (Dambrun *et al.*, 2012) e da Escala de Qualidade de Vida na Comunicação (ASHA, 2004). A recolha de dados foi realizada através de entrevista na universidade sénior. Participaram no estudo 16 pessoas idosas que frequentam uma Universidade Sénior, em que 62,5% era do género feminino e 37,5% era do género masculino, com média de idades de 70,88 anos (DP=5,77). **Resultados:** Os participantes no estudo, realizam mais frequentemente a atividade comunicativa de falar ao telefone (87,5%, F=14), de ouvir as notícias (93,8%, F=13), de ler *emails* (62,5%, F=10) e de escrever a lista de compras (56,3%, F=9). As atividades sociais mais verificadas, foram a leitura (100%, F=16) e a assistência de aulas ou palestras (93,8%, F=15). O nível de tranquilidade, serenidade, paz interior e satisfação são dos mais elevados no seio da amostra. A qualidade de vida relacionada com a comunicação é elevada correspondendo à média total de 4,52 (DP=0,30) no valor máximo de 5. **Discussão/Conclusão:** As pessoas idosas que frequentam a universidade sénior não apresentam perturbações nas estruturas e funções do corpo, assim como, na atividade e participação, resultando numa felicidade de caracter duradouro e na qualidade de vida e satisfação com a sua comunicação. **Palavras-Chave:** Envelhecimento;

Idoso; Comunicação; Terapia da Fala; Qualidade de Vida; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Universidades Sénior.

ABSTRACT

Communication is extremely important in human life. The phase of aging often entails changes that may imply consequences on the functionality of the communication, so it is important to be sticking and addressing new knowledge that can contribute in a positive perspective for the well-being and quality of life of the elderly.

Objectives: It is intended to learn about the quality of life level in what regards to communication and happiness of the healthy elderly person, describing their communicative profile, communicational and social activities during the aging process.

Method: This is an exploratory-descriptive study, it is quantitative and transversal. The data has been collected via the Sociodemographic Questionnaire (Gaspar e Vital, 2013), the Mini-Mental State Examinaton (Folstein *et al.*, 1975), the Armstrong Naming Test (Armstrong, 1996), the Communicative Activities Checklist (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003), the Social Activities Checklist (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003), the Happiness Scale (Dambrun *et al.*, 2012) and the Quality of Life Scale in Communication (ASHA, 2004). Data collection was conducted by interviewing senior in college. Participated in the study 16 elderly people attending a Senior University, where 62.5% were female and 37.5% were males, with a mean age of 70.88 years (SD=5.77).

Results: The participants in the study, performed most often communicative activity off the phone (87.5%, F=14), hearing the news (93.8%, F=13), reading emails (62.5%, F=10) and write the shopping list (56.3%, F=9). Social activities more verified, were reading (100%, F=16) and assistance of classes or lectures (93.8%, F=15). The level of tranquility, serenity, inner peace and satisfaction are the highest within the sample. Quality of life related to communication is high as the average total of 4.52 (SD=0.30) to a maximum of 5. **Discussion / Conclusion:** Elderly people who attend senior university do not show disturbances in body structures and functions, as well as in activity and participation, resulting in a lasting happiness and quality of life and satisfaction with their communication. **Keywords:** Aging; Elderly; Communication; Speech and Language Therapy; Quality of Life; International Classification of Functioning, Disability and Health; Senior University.

1. INTRODUÇÃO

A crescente notoriedade do tema envelhecimento tem feito com que muitos autores se debrucem sobre o assunto e procurem rapidamente contribuir para a resposta às necessidades da sociedade de hoje. Se por um lado a população idosa tem um papel muito importante na sociedade, designadamente através da sua experiência e sabedoria, por outro as alterações demográficas dramáticas acarretam mudanças significativas a vários níveis, nomeadamente, cultural, social e económico (Cruz, 2008).

Os efeitos do envelhecimento demográfico fazem-se notar um pouco por todo o mundo e concretamente em Portugal, é por isso importante descrever o panorama demográfico do envelhecimento no país. Consultando o Censos de 2011, Portugal apresenta um acentuado padrão de envelhecimento com 19,15% de população idosa (≥ 65 anos) e 14,89% de jovens (\leq a 14 anos). À nascença, a esperança média de vida situa-se nos de 79,2 anos. Prevê-se no ano de 2050, uma tendência de aumento da percentagem das pessoas idosas no país para 35,72% e de 14,4% para crianças e jovens, elevando a longevidade para os 81 anos (Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu, 2012).

O envelhecimento é um facto natural da vida, sendo um processo repleto de experiências ímpares dependentes de diversos agentes fisiológicos, psicológicos e sociais, que influenciam a futura condição de saúde da pessoa idosa (Squire, 2005). As alterações biológicas resultantes do envelhecimento estão geralmente associadas a modificações ao nível do sistema cardiovascular, do sistema respiratório, do sistema músculo-esquelético e também do sistema nervoso. Relativamente ao envelhecimento psicológico, é normal que ocorra uma degradação progressiva das funções cognitivas. O início e a progressão destas alterações são variáveis, estando dependente da influência de diversos fatores, nomeadamente, a educação, o nível intelectual global, a personalidade, a saúde (Fechine e Trompieri, 2012). O envelhecimento social é reflexo de inter-relações sociais e individuais, provenientes da educação, trabalho e da experiência de vida (Motta, 2004, citado por Fechine e Trompieri, 2012).

Apesar do envelhecimento acarretar um inegável peso no que se refere a perdas, torna-se essencial uma visão menos negativa desse período de vida do ser humano. É necessário despertar para possibilidades que auxiliem na redução e controle dessas mesmas perdas,

atribuindo valor às características próprias do indivíduo idoso, porque até ao último dos seus dias será uma “pessoa em desenvolvimento” (Fonseca, 2005, citado por Paúl e Fonseca, 2005). No percurso da vida é importante que a pessoa prepare o seu envelhecimento, usufruindo de forma bem-sucedida esta fase da vida. Cada vez mais, a população idosa tem a preocupação em aproveitar o envelhecimento, concretizando de forma ativa, outras atividades prazerosas, como o estudar, o trabalhar, o voluntariado, entre outras possibilidades que auxiliem no aumento de competências pessoais e sociais, e que reflitam positivamente o bem-estar e a qualidade de vida (Jacob, 2008).

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu o conceito de envelhecimento ativo, integrando a promoção de um envelhecimento que pode e deve ser experienciado de modo positivo. O envelhecimento ativo “consiste em viver e envelhecer com otimização de oportunidades que proporcionam saúde, participação e segurança, de modo a que se tenha qualidade de vida e bem-estar” (Paúl e Fonseca, 2005). O envelhecimento ativo é um processo através do qual se poderá maximizar as oportunidades para a saúde e participação social, com a finalidade de atingir a qualidade de vida da pessoa idosa (Raquejo e Pinto, 2007, citado por Jacob, 2008). Assim, é esperado que o idoso siga um estilo de vida saudável, mantendo uma atividade física, participando em atividades de natureza social, cultural, económica, espiritual e/ou cívica, sendo também possível a permanência na vida laboral de acordo com o desejo da pessoa (Paúl e Fonseca, 2005).

A área biológica, a emocional e a área intelectual, são as principais áreas que incorporam o envelhecimento ativo. A biológica está relacionada com todos os aspetos físicos e biológicos inerentes ao envelhecimento, sendo importante promover hábitos de vida saudáveis quando se faz intervenção nesta área. Na segunda área de intervenção - a emocional, é essencial destacar a importância que o nível de motivação e de relação tem para a aquisição efetiva dos comportamentos que são conhecidos como saudáveis para manter a boa saúde física e mental. Por fim na área intelectual, é extremamente necessário que se estimule as funções cognitivas (por exemplo, a atenção, a memória, o raciocínio, entre outras) através de diversas formas, por exemplo, com a realização de jogos estimulantes a nível intelectual (Jacob, 2008).

O ser humano é um ser social. Vivendo numa sociedade o indivíduo envolve-se em situações de ajuda que garantem a sua continuidade, para além da importância que as

relações sociais demonstram como protetor da saúde mental dos indivíduos (Paúl e Fonseca, 2005). O envelhecimento e suas implicações conduzem o idoso a uma redução na sua inserção social. As modificações físicas frequentemente relacionadas com o processo de envelhecimento, como as perdas sensoriais, défices cognitivos, perturbações osteoarticulares, entre outras levam ao condicionamento do indivíduo em termos de mobilidade e independência. Como consequência o idoso vê-se muitas vezes limitado nas suas atividades do quotidiano, na sua sociabilização, comunicação e bem-estar. Uma condição de saúde satisfatória é por este motivo, a base que uma pessoa necessita para desfrutar do potencial de realização e desenvolvimento pessoal (Assis, 2004, citado por Fachine e Trompieri, 2012).

A comunicação tem na vida do ser humano um papel extremamente importante, ajudando-o a satisfazer as suas necessidades, integrando-o socialmente, estabelecendo relações, compreendendo e expressando emoções, sentimentos, desejos, ideias, informações em todos os contextos do quotidiano (Mac-Kay, 2010, citado por Fernandes, Mendes e Navas, 2010). A pessoa idosa apresenta uma tendência para o isolamento, privando-se de situações comunicacionais, frequentemente relacionado com “...a decadência do seu *status* na família e na sociedade (...) à perda gradual de energias físicas e de produtividade económica” (Russo, 2010, citado por Fernandes, Mendes e Navas, 2010).

A definição do conceito de comunicação ganha neste momento destaque, sendo necessária para perceber as implicações que estão implícitas normalmente nesta fase da vida humana. Deste modo a American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (1992) define o conceito de comunicação, “como qualquer ato através do qual o indivíduo transmite ou recebe de outro informações relativas a necessidades, conhecimentos, desejos, percepções ou estados. Este processo de troca pode ser linguístico ou não-linguístico, intencional ou não intencional, envolver sinais convencionais ou não convencionais e pode acontecer através da fala, ou de outras formas”. No mesmo seguimento, qualquer ser humano comunica, porém, a eficácia e a eficiência da interação comunicativa nem sempre terá o mesmo nível, variando de acordo com diversos fatores individuais e ambientais.

A habilidade para comunicar sofre alterações tanto físicas como mentais com o envelhecimento de acordo com “...diferenças individuais decorrentes da constituição genética, história de vida, condições de saúde, processos biológicos e neurocognitivos,

ocupação/profissão e estruturas socioeconômica e cultural” (Mac-Kay, 2010, citado por Fernandes, Mendes e Navas, 2010). Este processo natural na vida de um ser humano acarreta diversos efeitos que levam a alterações da comunicação, nomeadamente, “...alterações funcionais dos órgãos fonoarticulatórios, lentificação nos processos práticos orofaciais e da fala, dificuldade na manutenção da fonação equilibrada na fala encadeada, dificuldade no acesso aos sistemas de informações conceituais e perceptuais (linguísticos e não-linguísticos), alterações da audição, entre outras.” (Mac-Kay, 2010, citado por Fernandes, Mendes e Navas, 2010). Na linguagem, o envelhecimento parece atingir a ativação de informação semântica em tarefas de nomeação e evocação de palavras (Salthouse, 1988, citado por Vieira e Coutinho, 2012).

Os défices de audição, visão, cognitivos, linguagem, fala, voz, são bastante predominantes no envelhecimento afetando a comunicação da pessoa idosa. As alterações visuais são muito comuns na população envelhecida, podendo levar a um comprometimento na percepção de sinais de comunicação (por exemplo, a expressão facial), no reconhecimento de pessoas que estejam na proximidade e dificuldades da execução de tarefas/atividades do quotidiano, como, ver televisão, ler, escrever, entre outras. O isolamento social pode também estar inerente a uma má visão, conduzindo a uma redução das oportunidades comunicacionais e a um frágil desempenho (Cruice, Worrall e Hickson, 2005).

Através do estudo realizado por Barcelos e Vital (2010), é possível ter informações relativas às atividades sociais e comunicativas da pessoa idosa saudável da Ilha Terceira. As atividades sociais mais realizadas referidas pela amostra do estudo foram o ver televisão (93,9%) e o ir à igreja ou a atividades religiosas (84,8%), contrastando com as atividades menos frequentes de leitura (54,5%), assistência a aulas ou palestras (93,9%) e visitar e/ou ajudar amigos e familiares (54,5%). A maioria da amostra referiu estar satisfeito com as atividades que realiza. No que diz respeito às atividades comunicativas mais frequentes, verificaram-se o ouvir as notícias (97%), a televisão (93,9%), o rezar (90,9%) e o falar ao telefone (51,5%). Como menos frequentes, o falar com desconhecidos (93,9%), o falar sobre fotografias (75,8%), consultar a lista telefónica (66,7%), ler boletins informativos (60,6%), ler livros (54,5%) e escrever mensagens (39,4%). Importa ainda referir que a atividade de ler *emails* (97%) nunca é realizada.

O conceito de qualidade de vida, de acordo com WHOQOL Group (1994), citado por Paúl e Fonseca (2005), traduz-se em “percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) acrescenta que a qualidade de vida inclui “as dimensões física, psicológica, social e ambiental, introduzindo variáveis diversificadas e não sobreponíveis à satisfação de vida, na compreensão do processo de envelhecimento” (Paúl e Fonseca, 2005).

Em 2001 a OMS, publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), estabelecendo “os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde”. Os domínios presentes são descritos considerando a perspectiva do corpo, a realização de uma determinada atividade e conseqüente envolvimento num contexto de vida e na sociedade, assim, temos três linhas a considerar as funções e estruturas do corpo, a atividades e participação e os fatores ambientais, para além das características da pessoa. De acordo com a CIF, a definição de funcionalidade pressupõe a integridade de todas as funções do corpo, da realização da atividade e da participação. Já o conceito de incapacidade engloba deficiências, limitações na atividade ou na participação (Organização Mundial da Saúde, 2004). Na concretização deste estudo, considerou-se a CIF procurando estabelecer a relação entre os vários aspetos constituintes do tema de estudo, potencializando o impacto que os aspetos abordados nesta investigação têm.

A qualidade de vida na comunicação define-se como a medida em que os atos de comunicação de uma pessoa permitem uma participação significativa nas situações do quotidiano, encontrando-se dentro dos limites desenhados pelos fatores pessoais e ambientais e sendo filtrado pela perspectiva de cada indivíduo. Os atos comunicativos têm um papel preponderante na participação ativa do indivíduo nas diversas situações com que se depara, mas estes atos comunicativos são fortemente influenciados por fatores pessoais e ambientais, sendo estas influências filtradas pela perspectiva própria do indivíduo. Como fatores pessoais são considerados por exemplo, a idade, a educação, a personalidade, a espiritualidade, os hábitos, entre outros, no entanto, a saúde é excluída. Os fatores ambientais incluem o ambiente físico, social e de atitudes em que o indivíduo vive, por exemplo, o ambiente habitacional, o acesso a tecnologias, entre outros. Estes fatores podem ser considerados como positivos ou negativos, como facilitadores ou barreiras. Quanto mais

positivos os fatores pessoais e ambientais forem, maior será o sucesso dos atos comunicativos e conseqüentemente melhor a qualidade de vida (Paul *et al.*, 2004).

A felicidade flutuante caracteriza-se por uma variação entre fases positivas e fases negativas no decorrer da vida, resultante de uma tentativa de maximizar os prazeres e evitar os desgostos constantemente. A felicidade duradoura parece estar estritamente relacionada ao desprendimento e a um funcionamento benevolente, aumentando a estabilidade emocional e originando uma sensação de harmonia (Dambrun *et al.*, 2012).

O bem-estar subjetivo de acordo com Galinha e Ribeiro (2005), “é uma dimensão positiva da saúde”, integrando uma dimensão afetiva e uma dimensão cognitiva, para além de um campo de estudo vasto que inclui áreas como a qualidade de vida. Em estudos sobre a temática do bem-estar subjetivo mantém-se a relação entre os conceitos de satisfação e felicidade nas perspetivas de base-topo (*bottom up*) e de topo-base (*top down*) que Wilson propôs no ano de 1967. A primeira perspetiva, defende que “a satisfação imediata de necessidades produz felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa infelicidade”, já na perspetiva topo-base, “o grau de satisfação necessário para produzir felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais e por outros fatores” (Galinha e Ribeiro, 2005). Depois de diversos estudos sobre a temática e vários pontos de vista, foi alcançado um consenso, referindo que o bem-estar subjetivo é constituído por duas dimensões. A dimensão cognitiva integra um juízo avaliativo, geralmente exposto em termos globais ou específicos de satisfação com a vida, a dimensão emocional, positiva ou negativa, “expressa também em termos globais, de felicidade, ou em termos específicos, através das emoções” (Galinha e Ribeiro, 2005).

Salientando a necessidade de modificar crenças no que diz respeito ao envelhecimento, a pessoa idosa deverá reconsiderar os seus objetivos pessoais, mantendo a sua autoestima e motivação, procurando viver da melhor forma possível esta fase da vida. A pessoa idosa necessita de conseguir adaptar-se às transformações que lhe ocorrem a nível psíquico, físico e social, e encarar o envelhecimento como mais uma etapa que deverá ser vivida de forma positiva e proveitosa (Rodrigues, 2008).

O conceito de envelhecimento produtivo (EP), sendo inerente a uma perspetiva positiva de envelhecimento, inclui o envolvimento estruturado e contínuo do idoso numa atividade

significativa e satisfatória possibilitando na vida deste, um impacto positivo (Gonçalves *et al.*, 2006). Segundo Rozario *et al.* (2004), citado por Gonçalves *et al.* (2006), o conceito de envelhecimento produtivo opõem-se há perspectiva da incapacidade e dependência, transformando a imagem de um idoso frágil e passivo, numa pessoa capaz de tomar significativamente as suas decisões mostrando-se ativo.

Choi e Denise (1998, citado por Gonçalves *et al.*, 2006), consideram que para promover o envelhecimento produtivo, seriam utilizados três eixos, um dos quais (o terceiro), seria um trabalho com os idosos de forma direta, apoiando a participação no mercado de trabalho, na formação contínua e no desenvolvimento de trabalho voluntário. De acordo com Peterson e Tompkins (2004, citado por Gonçalves *et al.* 2006), “as denominadas universidades ou academias sénior inserem-se na categoria de educação ao longo do ciclo de vida e podem ser apontadas como um veículo eficaz de manutenção de atividades e interação para os idosos”.

Jacinto (2007), refere que as Universidades de Terceira Idade (UTI's) são um modelo de formação de adultos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos, contribuindo como resposta social com o intuito de desenvolver e estimular atividades culturais educacionais e de convívio, de acordo com um regime informal. Jacob (2008), considera que para a intervenção ativa dos idosos na sociedade de forma regular, é necessário destacar a importância que a educação e o conhecimento podem ter. O autor refere que por meio da formação e educação, é possível atingir um nível de empenho e de meios que contribuam para a população mais idosa ganhar lugar na sociedade de forma justa.

A Terapia da Fala tem um papel importante relativamente a toda esta temática, pois considerando o que foi referido anteriormente, muitas das alterações que o envelhecimento acarreta, influenciam significativamente a comunicação da pessoa idosa, seja por alterações sensoriais (audição, visão, etc.), seja por alterações físicas nas estruturas fonoarticulatórias ou musculatura ou por outra condicionante.

A Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (2012), refere que “O Terapeuta da fala (TF) é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção, gestão e estudo científico das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções

associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não-verbal”.

No seguimento do texto teórico, são considerados relevantes, todos os contributos científicos possíveis de auxiliar na evolução e consolidação na área da comunicação na população idosa. Em Portugal, existe uma previsão de aumento do envelhecimento da população, por esse motivo, é essencial o acompanhamento da população envelhecida em todas as vertentes necessárias a uma boa qualidade de vida. Neste sentido, a importância da Terapia da Fala é incluída e a consequente funcionalidade na comunicação do indivíduo, por isso, verifica-se essencial que após o conhecimento do perfil cognitivo e de linguagem, se conheça as atividades sociais e de comunicação e a qualidade de vida associada à comunicação, assim como a felicidade da pessoa idosa saudável.

A questão orientadora desta investigação é “Qual a qualidade de vida associada à comunicação da pessoa idosa saudável que frequenta a Universidade Sénior?”, tendo como objetivos a descrição do perfil comunicativo da pessoa idosa saudável; a caracterização do contexto comunicacional da pessoa idosa; a descrição das atividades comunicacionais da pessoa idosa; a descrição da qualidade de vida relacionada com a comunicação da pessoa idosa saudável; a descrição do nível de felicidade da pessoa idosa saudável e a caracterização das atividades sociais da pessoa idosa que frequenta uma universidade sénior.

2. MÉTODO

2.1. Tipo de Estudo

O intuito desta investigação é primordialmente conhecer o nível de qualidade de vida relativamente à comunicação e felicidade da pessoa idosa saudável, descrevendo o perfil comunicativo, as suas atividades comunicacionais e sociais na fase do envelhecimento do ciclo de vida. A presente investigação é de tipo exploratória-descritiva, já que procura descrever e explorar variáveis, analisando o seu conteúdo. No seguimento, o estudo é do tipo quantitativo e transversal, já que se pretende analisar os resultados num determinado momento.

2.2. Amostra

A técnica de amostragem é não probabilística, procedendo nesta investigação pelo método da amostragem acidental, já que a amostra foi composta pelos indivíduos que satisfaziam os critérios de seleção e que aceitavam participar na investigação de forma voluntária. O estabelecimento de variáveis de controlo propõe de forma inclusiva adultos com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os géneros, que possuam escolaridade, que sejam falantes do português europeu e que frequentem uma universidade sénior. No que diz respeito a variáveis de exclusão considera-se a presença de patologia de saúde mental referida pelo participante, assim como de patologia neurológica mencionada, quando estas tenham impacto na comunicação. Foram também estabelecidas como variáveis de controlo através da referência pelo participante, as alterações da fala, da mastigação e/ou deglutição, de voz, de audição, de visão e de mobilidade, para além da consideração da parte cognitiva e linguística. A amostra constituída perfaz um total de 16 indivíduos.

Os 16 indivíduos que constituem a amostra (Tabela 1), são respetivamente 62,7% (10) do género feminino e 37,5% (6) do género masculino, com a média de idades de 70,88 anos (DP=5,77), 50% (8) são casados e a outra metade divide-se entre divorciados (31,3%), viúvos (12,5%) e solteiro (6,3%). Todos os inquiridos são de nacionalidade portuguesa apresentando por isso como língua materna o português europeu, 56,3% (9) são naturais da zona centro e os restantes 43,8% (7) do norte e sul do país. Atualmente, 87,5% (14) dos participantes residem no concelho de Sintra e os restantes 12,6% (2) no de Oeiras e de Lisboa, dois (12,5%) permaneceram no estrangeiro, por um período entre os dois e os quatro anos, ambos na Guiné-Bissau. No tópico da escolaridade, 25% (4) possui o ensino básico assim como outros 25% (4) frequentaram o ensino superior, perfazendo metade da amostra. Nas profissões, 18,8% (3) enquadravam-se na categoria de 2 da Classificação Nacional das Profissões (2010), ou seja, Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas (Técnico de Estudos de Mercado e Bancário) e outros 18,3% (3) na 4 Pessoal Administrativo (Administrativa, Escriturária e Secretária).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=16).

Variável		F (%)	Média (DP)	Min – Max
Género	Feminino	10 (62,5)	-	-
	Masculino	6 (37,5)	-	-
Idade	-	-	70,88 (5,77)	65 - 87
Nacionalidade	Portuguesa	16 (100,0)	-	-
Naturalidade	Centro	9 (56,3)	-	-
	Sul	4 (25,0)	-	-
	Norte	3 (18,8)	-	-

Tabela 1 (Continuação) - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=16).

Concelho de residência	Sintra	14 (87,5)		
	Oeiras	1 (6,3)	-	-
	Lisboa	1 (6,3)		
Língua materna	Português	16 (100,0)	-	-
Residência no estrangeiro	Não	14 (87,5)		
	Sim	2 (12,5)	-	-
Estado civil	Casado (a)	8 (50,0)		
	Divorciado (a)	5 (31,3)	-	-
	Viúvo (a)	2 (12,5)		
	Solteiro (a)	1 (6,3)		
	4. ^a Classe	2 (12,5)		
Escolaridade	Ensino Básico (5^o/6^o anos)	4 (25,0)		
	Liceu (7 ^o /8 ^o /9 ^o anos)	3 (18,8)	-	-
	Ensino Secundário (10 ^o /11 ^o /12 ^o)	3 (18,8)		
	Ensino Superior	4 (25,0)		
Profissão (CNP, 2010)	1. Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	1 (6,3)	-	-
	2. Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	3 (18,8)	-	-
	3. Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	2 (12,5)	-	-
	4. Pessoal Administrativo	3 (18,8)	-	-
	5. Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	1 (6,3)	-	-
	7. Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	1 (6,3)	-	-
	8. Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	1 (6,3)	-	-
	Não Especificado	3 (18,8)	-	-
	Sem Emprego	1 (6,3)	-	-

No tópico relacionado com a saúde geral dos indivíduos da amostra (Tabela 2), podemos constatar que 68,8% (11) referem que têm a sua audição normal, mas dos 31,3% (5) que possuem alterações, classificam-nas como ligeiras e apenas um utiliza prótese auditiva. Dos participantes, 93,8% (15) apresenta alterações visuais, 80% (12) refere que possui uma perda visual ligeira e 20% (3) uma perda moderada, sendo que utilizam prótese visual.

Da amostra, 87,5% (14) não tem ausência de dentes, 93,8% (15) não sente alterações na mastigação e/ou deglutição, 87,5% (14) não refere alterações na fala e 75% (12) não menciona alterações na voz.

Nas limitações de mobilidade/locomoção, 75% (12) refere que não apresenta qualquer limitação, 56,3% menciona outras ocorrências no seu estado de saúde, sendo esta maioritariamente de foro cardiovascular (55,6%), os restantes distribuem-se por doença hepática, respiratória, renal, digestiva e outra.

Tabela 2- Caracterização da condição de saúde dos participantes.

Variável		F (%)	Média (DP)	Mín – Max
Estado auditivo (n=16)	Normal	11 (68,8)	-	-
	Alterada	5 (31,3)	-	-
Nível da perda auditiva (n=5)	Perda Auditiva Ligeira	5 (31,3)	-	-
Uso de prótese auditiva (n=5)	Sim	1 (6,3)	-	-
Estado Visual (n=16)	Alterada	15 (93,8)	-	-
	Normal	1 (6,3)	-	-
Nível perda visual (n=15)	Perda Visual Ligeira	12 (80,0)	-	-
	Perda Visual Moderada	3 (20,0)	-	-
Uso de óculos (n=15)	Sim	15 (93,8)	-	-
Ausência de dentes (n=16)	Não	14 (87,5)	-	-
	Sim	2 (12,5)	-	-
Alteração na mastigação e/ou deglutição (n=16)	Não	15 (93,8)	-	-
	Sim	1 (6,3)	-	-
Alterações na fala (n=16)	Não	14 (87,5)	-	-
	Sim	2 (12,5)	-	-
Alterações na voz (n=16)	Não	12 (75,0)	-	-
	Sim	4 (25,0)	-	-
Limitações na mobilidade/locomoção (n=16)	Não	12 (75,0)	-	-
	Sim	4 (25,0)	-	-
Outras ocorrências (n=16)	Sim	9 (56,3)	-	-
	Não	7 (43,8)	-	-
Ocorrências (n=9)	Doença Cardiovascular	5 (55,6)	-	-
	Doença Hepática	1 (11,1)	-	-
	Doença Respiratória	1 (11,1)	-	-
	Outra	1 (11,1)	-	-
	Doença Renal + Doença Digestiva	1 (11,1)	-	-
				-

Caracterizando os fatores ambientais dos inquiridos (Tabela 3), podemos constatar que 50% (8) vive com o cônjuge, 31,3% (5) vive sozinho e os restantes 18,8% vive com os filhos ou outros parentes. Relativamente a com quem passa o inquirido mais tempo, 56,4% (9) referem os amigos, 25% (4) dizem sozinhos, 12,5% (2) refere o cônjuge, 12,5% (2) os filhos, 12,5% (2) os netos e 12% (2) outros parentes. Nas atividades de lazer/*hobbies*, 31,3% (5) consideraram a pintura, 18,8% (3) a leitura, 12,5% (2) o ginásio, 6,3% (1) a natação, 6,3% (1) o canto e 37,5% (6) referiram outras atividades não especificadas. A frequência da realização destas atividades é de quatro a cinco vezes por semana para 68,8% dos participantes e 62,5% (10) refere que realiza estas atividades através da universidade sénior que frequenta.

Tabela 3 - Caracterização dos fatores ambientais (n=16).

Variável		F (%)	Média (DP)	Min - Max
Com quem vive	Com cônjuge	8 (50,0)		
	Sozinho (a)	5 (31,3)	-	-
	Filho (a)	2 (12,5)		
	Outros parentes	1 (6,3)		
Com quem passa a maioria do tempo	Com amigo (a)	4 (25,0)		
	Sozinho (a)	3 (18,8)		
	Outro	2 (12,5)		
	Amigos + Outro	2 (12,5)		
	Com cônjuge	1 (6,3)	-	-
	Parentes + Com Amigos	1 (6,3)		
	Filhos + Netos + Parentes + Amigos	1 (6,3)		
	Sozinho + Filhos + Netos	1 (6,3)		
Cônjuge + Amigos	1 (6,3)			
Atividade de lazer/hobbies	Outro	6 (37,5)		
	Pintura + Outro	3 (18,8)		
	Ginásio	2 (12,5)		
	Natação	1 (6,3)		
	Pintura	1 (6,3)	-	-
	Leitura	1 (6,3)		
	Pintura + Leitura + Outro	1 (6,3)		
	Canto + Leitura + Outro	1 (6,3)		
Frequência (por semana) da atividade de lazer/hobbies	1	1 (6,3)		
	2	1 (6,3)		
	3	3 (18,8)	3,94 (1,24)	1 - 5
	4	4 (25,0)		
	5	7 (43,8)		
Realização das atividades/hobbies através da universidade	Sim	10 (62,5)		
	Não	6 (37,5)	-	-

Os participantes neste estudo frequentam uma universidade sénior (Tabela 4), por isso, importa caracterizar também este contexto. Dos inquiridos, 25% (4) ingressou na universidade no ano letivo de 2005/2006, contrapondo outros 25% (4) que ingressaram no ano letivo de 2012/2013, 93,8% (15) nunca interrompeu a frequência e o único que o fez, deveu-se a motivos de cariz pessoal.

Dos inquiridos, 68,8% (11) chegou à universidade sénior através de um amigo (a) e /ou por iniciativa própria. De 14 indivíduos, 28,6% (4) frequenta três disciplinas, que se distribuem entre 49,7% (7) línguas estrangeiras, 42,6% (6) pintura, 35,5% (5) artes musicais, 28,4% (4) para língua portuguesa, 28,4% (4) história, 21,3% (3) artes, 21,3% (3) literatura, 7,1% (1) sociologia, 7,1% (1) informática, 7,1% (1) gerontologia e 7,1% (1) trabalhos. Os inquiridos dirigem-se à universidade sénior numa média de 3,56 (DP=1,21) vezes por semana.

Tabela 4 – Caracterização de fatores relacionados com a universidade sénior.

Variável	F (%)	Média (DP)	Min – Max
Ano letivo de ingresso (n=16)	2005/2006	4 (25,0)	
	2006/2007	1 (6,3)	
	2007/2008	1 (6,3)	
	2008/2009	2 (12,5)	-
	2009/2010	2 (12,5)	-
	2010/2011	1 (6,3)	
	2011/2012	1 (6,3)	
	2012/2013	4 (25,0)	
Interrupção da frequência na universidade sénior (n=16)	Não	15 (93,8)	
	Sim	1 (6,3)	-
Como o inquirido chegou à universidade sénior (n=16)	Através de um amigo (a)	6 (37,5)	
	Por iniciativa própria	5 (31,3)	
	Recomendação de alguém	2 (12,5)	-
	Outro	2 (12,5)	-
	Por iniciativa própria + Recomendação de alguém	1 (6,3)	
Número de disciplinas em que está inscrito (n=14)	1	3 (21,4)	
	2	1 (7,1)	
	3	4 (28,6)	3,29
	4	2 (14,3)	(1,64)
	5	3 (21,4)	
	6	1 (7,1)	
Disciplinas em que está inscrito (n=14)	Pintura	1 (7,1)	
	Francês	1 (7,1)	
	Cavaquinho	1 (7,1)	
	Pintura + Artes + Português + Francês + Inglês	1 (7,1)	
	Pintura + Artes + Lavoires	1 (7,1)	
	Pintura + Português + História da Arte + Literatura	1 (7,1)	
	História de Portugal + História Universal + Artes + Sociologia + Português + Francês + Inglês	1 (7,1)	
	Informática + Canto Coral + Viola + Inglês	1 (7,1)	-
	Francês + Espanhol + Cavaquinho	1 (7,1)	-
	Canto Coral + Gerontologia	1 (7,1)	
	Pintura + Português + Francês	1 (7,1)	
	Pintura + História de Portugal + Literatura + Inglês + Francês	1 (7,1)	
	Canto Coral + Cantares + Cavaquinho	1 (7,1)	
	Português + Inglês + História de Portugal + História Universal + Literatura	1 (7,1)	
	Frequência (por semana) com que o inquirido se dirige à universidade (n=16)	1	1 (6,3)
2		1 (6,3)	
3		7 (43,8)	3,56
4		2 (12,5)	(1,21)
5		5 (31,3)	

É importante caracterizar o estado cognitivo dos participantes no estudo (Tabela 5), relembrando que a presença de alterações cognitivas seria um fator de exclusão. Foi possível observar que a maioria teve o total máximo possível, ou seja, 75% (12) da amostra apresentou o resultado de 30, os restantes 25% (4) obtiveram o total de 29 (12,5%) e 28 (12,5%). Deste modo, considera-se que a nível cognitivo não existem alterações e assim,

todas as pessoas idosas da universidade sénior que se disponibilizaram para participar foram incluídas na amostra.

Tabela 5 - Mini Mental State Examination (MMSE) (n=16).

Variável		F (%)	Média (DP)	Min – Max
MMSE	28	2 (12,5)	29,63 (0,72)	28 - 30
	29	2 (12,5)		
	30	12 (75,0)		

Relativamente à aplicação do Teste de Nomeação de Armstrong (TNA) (Tabela 6), importa esclarecer que foram utilizadas 55 imagens. Além das 50 originais do TNA, foram usadas mais 5 imagens reformuladas utilizadas no estudo realizado por Vieira e Coutinho (2012). Ocorreu em média 52,25 (DP=2,98) de respostas corretas sem ajuda, o número de respostas corretas após ajuda semântica obteve a média de 2,36 (DP=1,57) e o número de respostas corretas após ajuda fonológica a média de 1,00 (DP=0,00). Os tipos de erro classificaram-se em ambiguidade visuosemântica (62,5%), não reconhecimento (62,5%), parafasias semânticas (31,5%) e palavras debaixo da língua (18,8%). Para o presente estudo, foi considerada como linha de corte o total igual ou superior a 45 respostas corretas, por isso, todos os participantes voluntários foram integrados na amostra.

Tabela 6 - Teste de Nomeação de Armstrong (TNA).

Variável	F (%)	Média (DP)	Min – Max
Número de respostas corretas sem ajuda (n=16).		52,25 (2,98)	43 - 55
Número de respostas corretas após ajuda semântica (n=11).	-	2,36 (1,57)	1 - 6
Número de respostas corretas após ajuda fonológica (n=8).		1,00 (0,00)	1 - 1
Parafasia verbal	-	-	-
Parafasias fonémica	-	-	-
Parafasia semântica (n=5)	5 (31,3)	1,80 (1,79)	
Superordenação	-	-	-
Circunlóquio	-	-	-
Perseveração	-	-	-
Palavras debaixo da língua (n=3)	3 (18,8)	1,33 (0,58)	1 - 2
Neologismos	-	-	-
Não reconheceu (n=10)	10 (62,5)	1,00 (0,00)	1 - 1
Erros de ambiguidade visuosemântica (n=10)	10 (62,5)	1,70 (0,66)	1 - 3
Erros visuais por hiponímia	-	-	-
Não responde	-	-	-
Pausa anômica com resposta correta	-	-	-
Pausa anômica sem resposta correta	-	-	-
Autocorreção: aproximações	-	-	-

2.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a concretização da recolha de dados foram utilizados sete instrumentos, primeiramente o Questionário Sociodemográfico (Gaspar e Vital, 2013, adaptado de Barcelos e Vital, 2009), com o objetivo de caracterizar a amostra. Este contém na sua constituição quatro tópicos, o primeiro com informações gerais do inquirido, como o género, a idade, entre outros, o segundo procura conhecer de modo geral informações sobre a condição de saúde, o terceiro tópico refere-se a questões relativas a fatores ambientais e o quarto é destinado ao tópico específico da universidade sénior.

A segunda prova utilizada foi o teste *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein *et al.*, 1975) (Anexo A), considerando a utilização dos dados normativos dos autores Morgado *et al.* (2009). O MMSE (Folstein *et al.*, 1975) é uns dos instrumentos mais utilizados para despistar a ocorrência de declínios cognitivos (Morgado *et al.*, 2009), na presente investigação verificou-se essa necessidade, considerando como variável de exclusão a presença de algum tipo de défice cognitivo. Este teste avalia de uma forma global as funções cognitivas, tendo na sua constituição trinta questões fracionadas, sendo estas, de orientação temporal e espacial, de retenção, de atenção e cálculo, de evocação, de repetição, de compreensão de ordem verbal, de compreensão de ordem escrita, de nomeação, de escrita espontânea e de habilidade construtiva. Relativamente à pontuação importa referir que cada item do teste é pontuado com 0 ou com 1, variando a pontuação total entre os 0 os 30 pontos considerando o último valor como pontuação máxima e como melhor desempenho. Se o valor da pontuação for menor ou igual a 15 em analfabetos, menor ou igual a 22 nos indivíduos com nível de escolaridade entre 1 e 11 anos, e menor ou igual a 27 nos indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, então considera-se a presença de défice cognitivo (Morgado *et al.*, 2009).

Da tradução do *Armstrong Naming Test* (Armstrong, 1996) (Anexo B), surgiu a versão para o português europeu designado por Teste de Nomeação de Armstrong (TNA) (Vital, Bom, Rasquilha e Ferreira, 1997). A utilização deste instrumento tem o objetivo de diferenciar entre um diagnóstico de alterações da linguagem características do processo de envelhecimento e um diagnóstico derivado da doença de Alzheimer e da afasia fluente. O TNA (Vital, Bom, Rasquilha e Ferreira, 1997), é constituído por 50 imagens de delineado preto em fundo branco, sendo o inquirido questionado sobre o que está representado na

imagem, estipulando deste modo um outro objetivo que será o de avaliar o desempenho linguístico na área da nomeação. Para a presente investigação foram utilizadas para além das 50 imagens que constituem habitualmente o TNA (Vital, Bom, Rasquilha e Ferreira, 1997), outras imagens reformuladas do anel, da sandes, do trenó, da coroa e do cogumelo, já que estas são as que normalmente provocam maiores erros de nomeação. Foram assim aplicadas 55 imagens aos inquiridos e considerada como linha de corte o total igual ou superior a 45 respostas corretas.

No que diz respeito à sua análise considerou-se os parâmetros utilizados por Vieira e Coutinho (2012), na investigação intitulada por “Perfil de nomeação do idoso em processo de senescência em meio urbano: Contributo para a validação do Teste de Nomeação de Armstrong”. Por este facto, analisou-se de acordo com o número de respostas corretas sem ajuda, o número de respostas corretas após ajuda semântica e o número de respostas corretas após ajuda fonémica, relativamente ao tipo de erro, considerou-se a parafasia verbal, a parafasia fonémica, a parafasia semântica, a superordenação, o circunlóquio, a perseveração, as palavras debaixo da língua, o neologismo, não reconhece, a má perceção visual de subtipos de ambiguidade visuo-semântica e por hiponímia, não responde, a pausa anómica com resposta correta, a pausa anómica sem resposta correta e a autocorreção.

A aplicação da *Checklist* de Atividades Comunicativas (COMACT) (adaptado por Barcelos e Vital, 2009 de Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003) (Anexo C) é constituído por 45 itens, tendo como objetivo detalhar as atividades comunicativas no quotidiano do idoso relativamente a contextos e parceiros diferentes. As respostas possíveis variam numa escala entre: diária; semanal; quinzenal; mensal; rara; nunca e não respondo (Barcelos e Vital, 2010). A *Checklist* das Atividades Sociais (SOCACT) (adaptado por Barcelos e Vital, 2009 de Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003) (Anexo D), é constituído por 20 itens de resposta fechada que procuram discriminar a frequência e o envolvimento do idoso em atividades sociais. Apresenta ainda duas questões relacionadas com a satisfação e com possíveis limitações nas atividades do quotidiano. As respostas possíveis variam numa escala entre: diária; semanal; quinzenal; mensal; rara; nunca e não respondo (Barcelos e Vital, 2010).

As Escalas de Felicidade (Dambrun *et al.*, 2012, traduzido e adaptado por Vital, 2013) (Anexo E), subdividem-se na felicidade duradoura e a felicidade flutuante, procurando analisar a felicidade do inquirido e conceitos com esta inerentes. A escala relativa à felicidade duradoura é constituída por 16 itens, esta é respondida através de uma escala de 1 a 7 correspondendo a

“Muito baixo” e “Muito elevado” respetivamente. Relativamente ao subtipo da felicidade flutuante, esta é composta por 10 itens considerados de 1 a 7, 1 corresponde a “Não concordo” e o 7 a “Concordo totalmente”.

A Escala de Qualidade da Vida na Comunicação (EQVC) (ASHA, 2004, tradução e adaptação de Vital, 2012) (Anexo F), emergiu da necessidade sentida pelos Terapeutas da Fala de acederem ao impacto que as perturbações da comunicação podem ter no adulto, nas suas relações e interações com os parceiros comunicativos e consequente participação nas atividades do quotidiano. A informação possível de ser considerada a partir da aplicação da EQVC, é relativa às relações, interações comunicativas, participação social, lazer, trabalho, atividades educativas e qualidade de vida em geral (ASHA, 2004). A forma de preenchimento desta escala, resulta da atribuição de um número de 1 a 5 correspondendo a não (1) e sim (5) respetivamente, ao que o inquirido considera e sente quando perante as dezoito frases/afirmações que o constituem.

2.4. Procedimentos

Os instrumentos para recolha de dados foram selecionados perante a necessidade de responder aos objetivos que foram elaborados, e consequente tema de estudo. Assim, foram elaboradas as adaptações dos instrumentos, de forma a ajustar ao alinhamento da investigação. É importante salientar a construção do questionário sociodemográfico (Apêndice A) com base no questionário construído por Barcelos e Vital (2010), da carta de solicitação/autorização para a participação no estudo (Apêndice B) e da declaração do consentimento informado (Apêndice C). Para finalizar esta fase, os instrumentos foram sujeitos a pré-teste, o que após aprovação, permitiu o início dos contactos com as instituições.

Os pedidos foram enviados para duas universidades seniores, tendo sido aceites, porém devido à limitação temporal, a amostra é apenas relativa a uma delas. A recolha foi efetuada no mês de abril de 2013, após reunião com responsável da universidade onde foi apresentado o estudo, os seus objetivos e a proposta de procedimento.

De acordo com a disponibilidade e concordância do inquirido, a recolha dos dados era iniciada pelo contacto inicial, esclarecendo o participante sobre o estudo e a forma de procedimento, incluindo os aspetos éticos a considerar e disponibilizando a declaração de consentimento informado. Posteriormente, foram aplicados os instrumentos tendo a

seguinte sequência: Questionário Sociodemográfico (Gaspar e Vital, 2013, adaptado de Barcelos e Vital, 2009), o teste MMSE (Folstein *et al.*, 1975), o TNA (Vital, Bom, Rasquilha e Ferreira, 1997), a COMACT (adaptado por Barcelos e Vital, 2009 de Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003), a SOCACT (adaptado por Barcelos e Vital, 2009 de Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003), as Escalas de Felicidade (Dambrun *et al.*, 2012, traduzido e adaptado por Vital, 2013) e por fim a EQVC (ASHA, 2004, tradução e adaptação de Vital, 2012). As respostas do tópico 5. do questionário sociodemográfico (Gaspar e Vital, 2013, adaptado de Barcelos e Vital, 2009) foram registadas através de dispositivos áudio, assim como, a aplicação do TNA (Vital, Bom, Rasquilha e Ferreira, 1997).

Posteriormente à recolha de dados na universidade sénior, procedeu-se à transcrição e análise dos registos áudios, completando ou corrigindo o que já tinha sido registado no momento da aplicação dos instrumentos. No caso da análise dos dados do TNA, procedeu-se a uma análise das respostas corretas, incorretas e o tipo de erro realizado.

A construção de uma base de dados através do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 19.0, foi elaborada posteriormente para registo e tratamento estatístico. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, utilizando para as variáveis quantitativas, a média; e as medidas de dispersão, apresentando o desvio padrão, o máximo e o mínimo; relativamente às variáveis qualitativas, consideraram-se as frequências, a relativa e a absoluta.

Importa salientar que ao longo de todos os procedimentos foi garantida a confidencialidade e anonimato. Este parâmetro foi conseguido, através da atribuição de um código totalmente aleatório composto por uma letra e por quatro números, estando presente em todos os instrumentos utilizados. Os dados recolhidos tiveram apenas uso para fins académicos, neste caso, de investigação.

3. RESULTADOS

Caracterizando as atividades comunicativas do idoso que frequenta a universidade sénior (Tabela 7), podemos observar que nos tópicos relativos às atividades que envolvem o falar, as respostas situam-se maioritariamente entre o diário e o semanal, destacando que 100% (16) dos inquiridos referiu falar com conhecidos. Em termos dos parceiros comunicativos,

93,8% (15) refere os familiares, 87,5% (14) os amigos, 87,5% (14) os comerciantes, 75% (12) os vizinhos e 68,8% (11) os cônjuges, como os mais usuais. Os resultados demonstraram a existência do hábito de falar ao telefone, ocorrendo diariamente/semanalmente para 87,5% (14) dos inquiridos, para 81,3% (13) o falar num grupo pequeno de pessoas, para 68,8% (11) falar num grupo grande de pessoas, assim como o de realizar o pedido de uma bebida para 68,8% (11) da amostra. Dos 16 participantes, 93,8% (15) nunca ou raramente falam com desconhecidos, assim como, 62,5% (10) dos inquiridos não costumam falar sobre fotografias, 81,3% (13) não tem o hábito de fazer apostas e 56,3% (9) reza esporadicamente.

Da amostra, 93,8% (15) ouve notícias, 93,8% (15) ouve e acompanha uma conversa, 87,5% (14) ouve a televisão, 81,3% (13) ouve e acompanha um grupo de pessoas a conversar e 68,8% (11) ouve rádio. Estas atividades são de frequência diária a semanal.

Os hábitos de leitura mais frequentes (diariamente/semanalmente) na vida dos inquiridos são, 62,5% (10) o de ler *emails*, 62,5% (10) o de ler jornais, 56,3% (9) o de ler livros e 50% (8) o de ler o extrato bancário. De forma contrastiva, os hábitos menos frequentes (raramente/nunca) correspondem a 93,8% (15) dos inquiridos não costuma ler cartas ou cartões, 93,8% (15) não tem por hábito a consulta da lista telefónica, 93,8% (15) não costuma consultar o horário do autocarro ou do comboio, 68,8% (11) não tem hábitos de consulta de mapas ou indicações, 68,8% (11) raramente ou nunca lê panfletos, 62,5% (10) não tem por hábito a leitura de revistas e 62,5% (10) raramente faz palavras cruzadas. As atividades de escrita para os inquiridos, ocupam uma frequência maioritariamente de raramente/nunca, para 93,8% (15) nas atividades de passar cheques, 93,8% (15) no preenchimento de questionários/formulários, 87,5% (14) na escrita de cartas e cartões, 87,5% (14) na escrita de um diário, 75% (12) na escrita de histórias e artigos para o jornal e 62,5% (10) na realização de puzzles ou jogos de palavras. Para atividades frequentes (diariamente/semanalmente), dos inquiridos 56,3% (9) referem a escrita da lista de compras e 50% (8) na escrita de mensagens.

Tabela 7 - Atividades comunicativas (n=16).

Variável	Diariamente/ Semanalmente	Quinzenalmente/ Mensalmente	Raramente/ Nunca	Não responde	Não Aplicável
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
1) Falar com o cônjuge.	11 (68,8)	-	-	1(6,3)	4 (25,0)
2) Falar com a família.	15 (93,8)	-	1 (6,3)	-	-
3) Falar com os amigos.	14 (87,5)	2 (12,5)	-	-	-
4) Falar com os vizinhos.	12 (75,0)	-	4 (25,0)	-	-
5) Falar com comerciantes.	14 (87,5)	-	2 (12,5)	-	-
6) Falar com o animal de estimação.	3 (18,8)	-	-	-	13 (81,3)
7) Falar ao telefone.	14 (87,5)	2 (12,5)	-	-	-
8) Falar num pequeno grupo de pessoas.	13 (81,3)	2 (12,5)	1 (6,3)	-	-
9) Falar num grande grupo de pessoas.	11 (68,8)	1 (6,3)	4 (25,0)	-	-
10) Falar para/com conhecidos.	16 (100,0)	-	-	-	-
11) Falar para/com desconhecidos.	1 (6,3)	-	15 (93,8)	-	-
12) Falar sobre fotografias.	3 (18,8)	3 (18,8)	10 (62,5)	-	-
13) Contar histórias e piadas.	7 (43,8)	2 (12,5)	7 (43,8)	-	-
14) Fazer apostas.	3 (18,8)	-	13 (81,3)	-	-
15) Fazer o pedido de uma bebida.	11 (68,8)	-	5 (31,3)	-	-
16) Rezar.	5 (31,3)	1 (6,3)	9 (56,3)	1 (6,3)	-
17) Ouvir rádio.	11 (68,8)	1 (6,3)	4 (25,0)	-	-
18) Ouvir a televisão.	14 (87,5)	2 (12,5)	-	-	-
19) Ouvir as notícias.	15 (93,8)	-	1 (6,3)	-	-
20) Ouvir o programa de desporto.	8 (50,0)	1 (6,3)	7 (43,8)	-	-
21) Ouvir e acompanhar uma conversa.	15 (93,8)	-	1 (6,3)	-	-
22) Ouvir e acompanhar um grupo de pessoas a conversar.	13 (81,3)	-	3 (18,8)	-	-
23) Ouvir um discurso.	6 (37,5)	2 (12,5)	8 (50,0)	-	-
24) Ler cartas ou cartões.	1 (6,3)	-	15 (93,8)	-	-
25) Ler e-mails.	10 (62,5)	2 (12,5)	4 (25,0)	-	-
26) Ler panfletos.	3 (18,8)	2 (12,5)	11 (68,8)	-	-
27) Ler revistas.	5 (31,3)	1 (6,3)	10 (62,5)	-	-
28) Ler jornais.	10 (62,5)	2 (12,5)	4 (25,0)	-	-
29) Ler livros.	9 (56,3)	1 (6,3)	6 (37,5)	-	-
30) Consultar a lista telefónica.	1 (6,3)	-	15 (93,8)	-	-
31) Ler faturas e contas.	4 (25,0)	9 (56,3)	3 (18,8)	-	-
32) Ler o extrato bancário.	8 (50,0)	5 (31,3)	3 (18,8)	-	-
33) Ler boletins informativos.	7 (43,8)	1 (6,3)	8 (50,0)	-	-
34) Fazer palavras cruzadas.	3 (18,8)	3 (18,8)	10 (62,5)	-	-
35) Ler instruções ou etiquetas.	4 (25,0)	3 (18,8)	9 (56,3)	-	-
36) Consultar o horário do autocarro ou do comboio.	-	1 (6,3)	15 (93,8)	-	-
37) Consultar mapas ou indicações.	2 (12,5)	3 (18,8)	11 (68,8)	-	-
38) Escrever cartas e cartões.	-	2 (12,5)	14 (87,5)	-	-
39) Escrever histórias e artigos para o jornal.	2 (12,5)	2 (12,5)	12 (75,0)	-	-
40) Escrever listas de compras.	9 (56,3)	-	7 (43,8)	-	-
41) Escrever um diário.	1 (6,3)	1 (6,3)	14 (87,5)	-	-
42) Passar cheques.	-	1 (6,3)	15 (93,8)	-	-
43) Preencher questionários/formulários.	1 (6,3)	-	15 (93,8)	-	-
44) Escrever mensagens.	8 (50,0)	4 (25,0)	4 (25,0)	-	-
45) Fazer puzzles ou jogos de palavras.	5 (31,3)	1 (6,3)	10 (62,5)	-	-

As atividades sociais (Tabela 8) mais frequentes no seio da amostra, são a leitura (100%), a assistência de aulas ou palestras (93,8%), a visualização de programas televisivos (87,5%), ir às compras (81,3%), visitar e/ou ajudar amigos/familiares (62,5%) e ir a bares/café (62,5%).

Tabela 8 - Atividades sociais (n=16).

Variável	Diariamente/ Semanalmente	Quinzenalmente / Mensalmente	Raramente/ Nunca	Não responde	Não Aplicável
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
1) Visitar exposições, museus, bibliotecas.	2 (12,5)	7 (43,8)	7 (43,8)	-	-
2) Ir ao cinema, teatro, concertos, jogos.	4 (25,0)	3 (18,8)	9 (56,3)	-	-
3) Ir a restaurantes.	6 (37,5)	7 (43,8)	3 (18,8)	-	-
4) Ir às compras.	13 (81,3)	3 (18,8)	-	-	-
5) Ver televisão.	14 (87,5)	2 (12,5)	-	-	-
6) Ler.	16 (100,0)	-	-	-	-
7) Fazer exercício ou praticar desporto.	8 (50,0)	-	8 (50,0)	-	-
8) Participar em atividades ao ar livre.	4 (25,0)	-	12 (75,0)	-	-
9) Viajar ou fazer excursões.	1 (6,3)	5 (31,3)	10 (62,5)	-	-
10) Jogar às cartas ou a outros jogos de mesa.	2 (12,5)	-	14 (87,5)	-	-
11) Investir nos passatempos.	6 (37,5)	-	10 (62,5)	-	-
12) Brincar ou ajudar os filhos/netos.	9 (56,3)	1 (6,3)	5 (31,3)	1 (6,3)	-
13) Visitar e/ou ajudar amigos/familiares.	10 (62,5)	4 (25,0)	2 (12,5)	-	-
14) Ir a festas familiares.	3 (18,8)	6 (37,5)	7 (43,8)	-	-
15) Ir à igreja ou atividades religiosas da comunidade.	2 (12,5)	1 (6,3)	11 (68,8)	2 (12,5)	-
16) Ir a reuniões de organizações voluntárias ou de caridade social.	3 (18,8)	1 (6,3)	12 (75,0)	-	-
17) Ir a reuniões profissionais ou do sindicato.	-	1 (6,3)	15 (93,8)	-	-
18) Ir a aulas ou palestras.	15 (93,8)	1 (6,3)	-	-	-
19) Ir a bares/cafés.	10 (62,5)	-	6 (37,5)	-	-
20) Ir a eventos ou atividades políticas.	2 (12,5)	1 (6,3)	13 (81,3)	-	-

Dos inquiridos, 62,5% (10) encontram-se satisfeitos com as atividades que realizam, 31,3% (5) gostaria de realizar mais e 6,3% (1) gostaria de realizar menos (Tabela 9). As atividades que referiram que gostariam de realizar mais foram com a percentagem de 20% para cada, o teatro; a informática, o francês e o português; a dança, a ginástica e a pintura; o ténis; e ainda, não definindo uma atividade específica, o desejo de ter mais horas das disciplinas que frequenta na universidade. Nas que menos gostariam de realizar, apenas um indivíduo referiu que considera estar inscrito em disciplinas a mais. As limitações nas atividades foram referidas por 31,3% (5), sendo a causa as limitações da locomoção (18,8%) ou outras (12,5%), como os problemas respiratórios (50%) e as questões monetárias (50%).

Tabela 9 - Satisfação e limitações sentidas pelos inquiridos relativamente às atividades que realiza.

Variável		F (%)
21. Estou satisfeito(a) com as atividades que realizo (n=16).	Estou satisfeito(a) com as atividades que realizo.	10 (62,5)
	Gostaria de realizar mais atividades.	5 (31,3)
	Gostaria de realizar menos atividades.	1 (6,3)
21.1) Outras atividades que gostaria de realizar mais (n=5).	Teatro	1 (20,0)
	Informática; Francês; Português	1 (20,0)
	Mais horas por cada disciplina que frequenta na universidade.	1 (20,0)
	Dança; Ginástica; Pintura	1 (20,0)
	Ténis	1 (20,0)
21.2) Outras atividades que gostaria de realizar menos (n=1).	Considera que tem muitas disciplinas.	1(100,0)
22) Limitações na realização de atividades sociais e recreativas (n=16).	Não	11 (68,8)
	Sim	5 (31,3)
22.1) Fatores que limitam a realização das atividades (n=5).	Dificuldade na locomoção (andar)	3 (18,8)
	Outra	2 (12,5)
22.2) Outros fatores que limitam a realização das atividades (n=2).	Questões Monetárias	1 (50,0)
	Problemas Respiratórios	1 (50,0)

Questionados sobre diversos aspetos relacionados com a felicidade duradoura (Tabela 10), dos inquiridos 62,5% (10) atribuíram ao seu bem-estar geral na sua vida os números 5 e 6 da escala, 62,5% (10) optaram pelos valores 4 e 5 relativamente ao nível regular de felicidade, 62,5% (10) selecionaram os números 5 e 6 da escala ao seu nível regular de prazer, 50% (8) elegeram na escala os valores 3 e 4 para o seu nível regular de bem-aventurança, 50% (8) atribuíram ao nível de tranquilidade o valor 6 da escala, 56,3% (9) consideraram que o valor 6 da escala descrevia o seu nível de satisfação, 62,5% (10) optaram pelo valor 6 no que respeita ao nível de serenidade, 31,3% (5) selecionaram o valor 2 da escala para descrever o nível de descontentamento e 25% (4) selecionaram o número 5, 50% (8) atribuíram os valores 4 e 5 com maior frequência para descrever o seu nível regular de beatitude, 43,8% (7) selecionaram o valor 6 para o nível de paz interior, 31,3% (5) elegeram o número 5 e 25% (4) o 6 descrevendo o seu nível de realização regular, 37,5% (6) optaram pelo número 6 e 31,3% (5) pelo número 5 relacionando com o nível de alegria, 37,5% (6) consideraram o valor 2 para o nível regular de mal-estar, 50% (8) definiram o seu nível regular de calma interior através do valor 6, 50% (8) optaram pelo número 6 da escala para o nível de plenitude e 43,8% (7) para o seu nível regular de infelicidade selecionaram o valor 1 da escala.

As questões em que se obtiveram médias superiores foram as de nível regular de paz interior com a média de 5,44 (DP=1,37), de satisfação com a média de 5,38 (DP=1,50), de alegria com a média de 5,25 (DP=1,34), de calma interior com a média de 5,25 (DP=1,13),

de serenidade com a média de 5,25 (DP=1,13), tranquilidade com a média de 5,19 (DP=1,64), de plenitude com a média de 5,19 (DP=1,33) e de realização com a média de 5,00 (DP=1,37). As médias inferiores encontraram-se nas questões sobre o nível regular de infelicidade com a média de 2,31 (DP=1,49), de mal-estar com a média de 2,50 (DP=1,10), de descontentamento com a média de 2,94 (DP=1,53) e de beatitude com a média de 3,88 (DP=1,46).

Tabela 10 - Perceção de felicidade duradoura (n=16).

Variável	Muito Baixo						Muito elevado		Média (DP)
	1 F (%)	2 F (%)	3 F (%)	4 F (%)	5 F (%)	6 F (%)	7 F (%)		
1) Na sua vida, qual é o seu nível regular de bem-estar geral?	-	1 (6,3)	1 (6,3)	4 (25,0)	5 (31,3)	5 (31,3)	-	4,75 (1,18)	
2) Na sua vida, qual é o seu nível regular de felicidade?	-	1 (6,3)	-	5 (31,3)	5 (31,3)	4 (25,0)	1 (6,3)	4,88 (1,20)	
3) Na sua vida, qual é o seu nível regular de prazer?	-	1 (6,3)	2 (12,5)	2 (12,5)	5 (31,3)	5 (31,3)	1 (6,3)	4,88 (1,36)	
4) Na sua vida, qual é o seu nível regular bem-aventurança (a felicidade parece completa).	1 (6,3)	1 (6,3)	4 (25,0)	4 (25,0)	3 (18,8)	3 (18,8)	-	4,00 (1,46)	
5) Na sua vida, qual é o seu nível regular de tranquilidade (paz de espírito).	1 (6,3)	-	2 (12,5)	1 (6,3)	2 (12,5)	8 (50,0)	2 (12,5)	5,19 (1,64)	
6) Na sua vida, qual é o seu nível regular de satisfação?	-	2 (12,5)	-	1 (6,3)	2 (12,5)	9 (56,3)	2 (12,5)	5,38 (1,50)	
7) Na sua vida, qual é o seu nível regular de serenidade?	-	-	2 (12,5)	2 (12,5)	2 (12,5)	10 (62,5)	-	5,25 (1,13)	
8) Na sua vida, qual é o seu nível regular de descontentamento.	3 (18,8)	5 (31,3)	2 (12,5)	2 (12,5)	4 (25,0)	-	-	2,94 (1,53)	
9) Na sua vida, qual é o seu nível regular de beatitude (felicidade perfeita)?	1 (6,3)	2 (12,5)	3 (18,8)	4 (25,0)	4 (25,0)	2 (12,5)	-	3,88 (1,46)	
10) Na sua vida, qual é o seu nível regular de paz interior?	-	1 (6,3)	-	3 (18,8)	2 (12,5)	7 (43,8)	3 (18,8)	5,44 (1,37)	
11) Na sua vida, qual é o seu nível regular de realização?	-	1 (6,3)	1 (6,3)	3 (18,8)	5 (31,3)	4 (25,0)	2 (12,5)	5,00 (1,37)	
12) Na sua vida, qual é o seu nível regular de alegria?	-	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	5 (31,3)	6 (37,5)	2 (12,5)	5,25 (1,34)	
13) Na sua vida, qual é o seu nível regular de mal-estar?	3 (18,8)	6 (37,5)	3 (18,8)	4 (25,0)	-	-	-	2,50 (1,10)	
14) Na sua vida, qual é o seu nível regular de calma interior?	-	-	1 (6,3)	4 (25,0)	2 (12,5)	8 (50,0)	1 (6,3)	5,25 (1,13)	
15) Na sua vida, qual é o seu nível regular de plenitude?	-	1 (6,3)	1 (6,3)	2 (12,5)	3 (18,8)	8 (50,0)	1 (6,3)	5,19 (1,33)	
16) Na sua vida, qual é o seu nível regular de infelicidade.	7 (43,8)	3 (18,8)	2 (12,5)	2 (12,5)	2 (12,5)	-	-	2,31 (1,49)	

Na perceção da felicidade flutuante (Tabela 11), 43,8% (7) dos inquiridos optaram pelo valor 7 estando completamente de acordo com a experiência de passar por satisfações e deceções na vida, 43,8% (7) escolheu o valor 2 da escala para se referir aos períodos de prazer antecidos de períodos de descontentamento, 25% (4) considerou o valor 1 e outros

25% (4) o valor 4 da escala estando os restantes 50% distribuídos pelos valores 2,3,5 e 6 no que se refere à variação de serenidade sentida, 37,5% (6) atribuíram o valor 2 da escala para referir o nível de concordância relativo aos períodos de euforia seguidos por períodos menos excitantes, 43,8% (7) quando questionados sobre o passar frequentemente da euforia à tristeza ao longo da vida atribuíram na escala o valor 2, 43,8% (7) elegeram o valor 2 relativamente às fases de bem-estar sucedidas às fases de mal-estar no decorrer da vida, 62,5% (10) optaram pelos valores 1 e 2 não concordando com a instabilidade do nível de felicidade ao longo da vida, 68,8% (11) consideraram na escala os valores 1 e 2 relacionando com a variação frequente de um nível bastante elevado de prazer para um nível baixo de prazer, 37,5% (6) atribuíram o valor 2 para a frase que refere que frequentemente se alterna de momentos de plenitude completa para momentos menos satisfatórios ao longo da vida, 37,5% (6) elegeram os valores 4 e 5 para a frase que refere que no mesmo dia possa estar feliz e às vezes triste. No dia da aplicação das escalas de felicidade, 62,5% (10) dos inquiridos atribuíram os valores 5 e 6 para a percepção da felicidade naquele dia, considerando que a escala era de 1 a 7, correspondendo a “baixa” e “elevada” respetivamente. A média desta questão situou-se em 5,19 (DP=1,28).

A média superior observou-se na questão sobre a variação entre satisfações e deceções na vida apresentando a média de 5,75 (DP=1,48). Relativamente às médias inferiores, pode-se observar que foram as questões relativas à alternância frequente de euforia à tristeza com a média de 2,25 (DP=1,29), às fases de bem-estar sucedidas às fases de mal-estar no decorrer da vida com a média de 2,25 (DP=1,29), à variação frequente de um nível bastante elevado de prazer para um nível baixo de prazer com a média de 2,31 (DP=1,30), à alternância frequente de momentos de plenitude completa para momentos menos satisfatórios com a média de 2,75 (DP=1,39), à instabilidade do nível de felicidade com a média de 2,81 (DP=1,94), aos períodos de euforia seguidos por períodos menos excitantes com a média de 2,81 (DP=1,56), à variação de serenidade sentida com a média de 3,13 (DP=1,71), aos períodos de prazer antecidos de períodos de descontentamento com a média de 3,19 (DP=1,52) e à instabilidade entre o sentir-se feliz ou triste no mesmo dia com a média de 3,56 (DP=2,03).

Tabela 11 - Percepção de felicidade flutuante (n=16).

Variável	Não concordo							Totalmente de acordo	Média (DP)
	1 F (%)	2 F (%)	3 F (%)	4 F (%)	5 F (%)	6 F (%)	7 F (%)		
1) Na minha vida eu tive satisfações e também grandes deceções.	-	1 (6,3)	-	2 (12,5)	3 (18,8)	3 (18,8)	7 (43,8)	5,75 (1,48)	
2) Na minha vida os períodos de prazer que eu conheci são sempre seguidos por períodos de descontentamento.	1 (6,3)	7 (43,8)	1 (6,3)	3 (18,8)	3 (18,8)	1 (6,3)	-	3,19 (1,52)	
3) Na minha vida o meu nível de serenidade é muito variável.	4 (25,0)	3 (18,8)	1 (6,3)	4 (25,0)	3 (18,8)	3 (18,8)	-	3,13 (1,71)	
4) Na minha vida eu conheço muitas vezes períodos de euforia, mas são quase sempre seguidos por períodos menos excitantes.	3 (18,8)	6 (37,5)	2 (12,5)	2 (12,5)	2 (12,5)	1 (6,3)	-	2,81 (1,56)	
5) Na minha vida eu muitas vezes passo da euforia à tristeza.	5 (31,3)	7 (43,8)	-	3 (18,8)	1 (6,3)	-	-	2,25 (1,29)	
6) Na minha vida as fases de bem-estar sucedem as fases de mal-estar (desconforto).	5 (31,3)	7 (43,8)	-	3 (18,8)	1 (6,3)	-	-	2,25 (1,29)	
7) Na minha vida o meu nível de felicidade é bastante instável, às vezes alto, às vezes baixo.	5 (31,3)	5 (31,3)	-	3 (18,8)	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	2,81 (1,94)	
8) Na minha vida eu muitas vezes passo de um nível bastante elevado de prazer para um nível baixo de prazer.	5 (31,3)	6 (37,5)	1 (6,3)	3 (18,8)	1 (6,3)	-	-	2,31 (1,30)	
9) Na minha vida tenho alturas em que mudo/alterno de momentos de plenitude completa para momentos muito menos satisfatórios.	3 (18,8)	6 (37,5)	1 (6,3)	4 (25,0)	2 (12,5)	-	-	2,75 (1,39)	
10) Na minha vida no mesmo dia, às vezes posso estar feliz e às vezes triste.	4 (25,0)	2 (12,5)	1 (6,3)	3 (18,8)	3 (18,8)	2 (12,5)	1 (6,3)	3,56 (2,03)	

No dia da aplicação do instrumento EQCV (ASHA, 2004, tradução e adaptação de Vital, 2012) (Tabela 12), 75% (12) dos inquiridos consideraram que estava a ser um dia especialmente bom. Da amostra 68,8% (11) dos participantes gostam de falar com pessoas atribuindo na escala o valor 5, 50% (8) seleccionou o número 5 da escala considerando que é fácil comunicar, 68,8% (11) assume que o seu papel na família é o mesmo, 68,8% (11) afirma gostar de si mesmo, 62,5% (10) dos inquiridos comunica de acordo com as suas necessidades, 75% (12) contacta com a sua família e amigos, 37,5% (6) consideram que as pessoas o incluem nas conversas, 68,8% (11) segue notícias, filmes entre outras atividades, 56,3% (9) dos participantes usa telefone, 43,8% (7) dos inquiridos considera que olha para o lado positivo das coisas, 31,3% (5) atribui o valor 4 relativamente à compreensão das pessoas quando o inquirido fala, 37,5% (6) refere que continua a tentar quando as pessoas não o percebem, 68,8% (11) assume as suas próprias decisões, 56,3% (9) dos participantes considera-se confiante na sua comunicação, 87,5% (14) tem responsabilidades nas tarefas inerentes ao lar, 81,3% (13) refere que fala por si, e 50% (8) da amostra afirma que a sua

qualidade de vida é boa. Na totalidade foram quantificados os primeiros 17 itens, perfazendo um total de 76,84 (DP=5,10) e uma média total de 4,52 (DP=0,30).

Tabela 12 - Perceção do inquirido da sua qualidade de vida relativamente à sua comunicação (n=16).

Variável	Não								Sim 5	F (%)	Média (DP)
	1 F(%)	1,5 F(%)	2 F(%)	2,5 F(%)	3 F(%)	3,5 F(%)	4 F(%)	4,5 F(%)			
Hoje está a ser um dia... Especialmente Bom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12 (75,0)	1,25 (0,45)
Médio										4 (25,0)	
1. Eu gosto de falar com pessoas.	-	-	-	1 (6,3)	-	-	2 (12,5)	2 (12,5)	11 (68,8)	-	4,66 (0,68)
2. Para mim é fácil comunicar.	-	-	-	-	2 (12,5)	1 (6,3)	5 (31,3)	-	8 (50,0)	-	4,34 (0,75)
3. O meu papel na família é o mesmo.	-	-	-	-	-	-	2 (12,5)	3 (18,8)	11 (68,8)	-	4,78 (0,36)
4. Eu gosto de mim.	-	-	-	-	2 (12,5)	-	3 (18,8)	-	11 (68,8)	-	4,56 (0,73)
5. Eu comunico de acordo com as necessidades do meu trabalho ou escola (por exemplo: teclar/escrever no computador, dar e seguir indicações, ler).	-	-	-	-	1 (6,3)	-	3 (18,8)	2 (12,5)	10 (62,5)	-	4,63 (0,59)
6. Eu contacto com a minha família e amigos.	-	-	-	-	-	-	3 (18,8)	1 (6,3)	12 (75,0)	-	4,78 (0,41)
7. As pessoas incluem-me nas conversas.	1 (6,3)	-	-	-	1 (6,3)	-	5 (31,3)	3 (18,8)	6 (37,5)	-	4,22 (1,03)
8. Eu sigo notícias, desporto e histórias na televisão/filmes.	-	-	1 (6,3)	-	2 (12,5)	-	-	2 (12,5)	11 (68,8)	-	4,50 (0,95)
9. Eu uso o telefone.	1 (6,3)	-	1 (6,3)	-	1 (6,3)	-	1 (6,3)	3 (18,8)	9 (56,3)	-	4,28 (1,22)
10. Eu vejo as coisas engraçadas da vida.	-	-	-	-	2 (12,5)	-	5 (31,3)	2 (12,5)	7 (43,8)	-	4,38 (0,70)
11. As pessoas compreendem -me quando eu falo.	-	-	-	-	4 (25,0)	1 (6,3)	5 (31,3)	2 (12,5)	4 (25,0)	-	4,03 (0,76)
12. Eu continuo a tentar quando as pessoas não me percebem.	-	-	2 (12,5)	-	1 (6,3)	-	4 (25,0)	3 (18,8)	6 (37,5)	-	4,16 (1,01)
13. Eu tomo as minhas próprias decisões.	-	-	-	-	-	-	3 (18,8)	2 (12,5)	11 (68,8)	-	4,75 (0,41)
14. Eu estou confiante que consigo comunicar.	-	-	-	-	1 (6,3)	-	4 (25,0)	2 (12,5)	9 (56,3)	-	4,56 (0,60)
15. Eu saio de casa e faço coisas (tais como: desporto, jantar, espetáculos, festas).	-	-	-	-	1 (6,3)	-	4 (25,0)	2 (12,5)	9 (56,3)	-	4,56 (0,60)

Tabela 12 (Continuação) - Percepção do inquirido da sua qualidade de vida relativamente à sua comunicação (n=16).

Variável	Não					Sim				F (%)	Média (DP)
	1 F(%)	1,5 F(%)	2 F(%)	2,5 F(%)	3 F(%)	3,5 F(%)	4 F(%)	4,5 F(%)	5 F(%)		
16. Eu tenho responsabilidades nas tarefas de casa (tais como: compras, cozinhar, pequenas obras).	-	-	-	-	1 (6,3)	-	1 (6,3)	-	14 (87,5)	-	4,81 (0,54)
17. Eu falo por mim.	-	-	-	-	-	-	2 (12,5)	1 (6,3)	13 (81,3)	-	4,84 (0,35)
Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76,84 (5,10)
Número de itens pontuados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,00 (-)
Média Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,52 (0,30)
18. Em geral, a minha qualidade de vida é boa.	-	-	1 (6,3)	-	1 (6,3)	-	5 (31,3)	1 (6,3)	8 (50,0)	-	4,34 (0,87)

O tempo de aplicação dos instrumentos (Tabela 13), rondou no mínimo os trinta minutos e no máximo os 75 minutos, considerando que a média centrou-se nos 43,13 (DP= 10,78).

Tabela 13 - Tempo total de aplicação dos instrumentos em minutos.

Variável	F (%)	Média (DP)	Min – Max
Tempo total	30 minutos	2 (12,5)	43,13 (10,78)
	35 minutos	1 (6,3)	
	40 minutos	8 (50,0)	
	45 minutos	1 (6,3)	
	50 minutos	2 (12,5)	
	55 minutos	1 (6,3)	
	75 minutos	1 (6,3)	

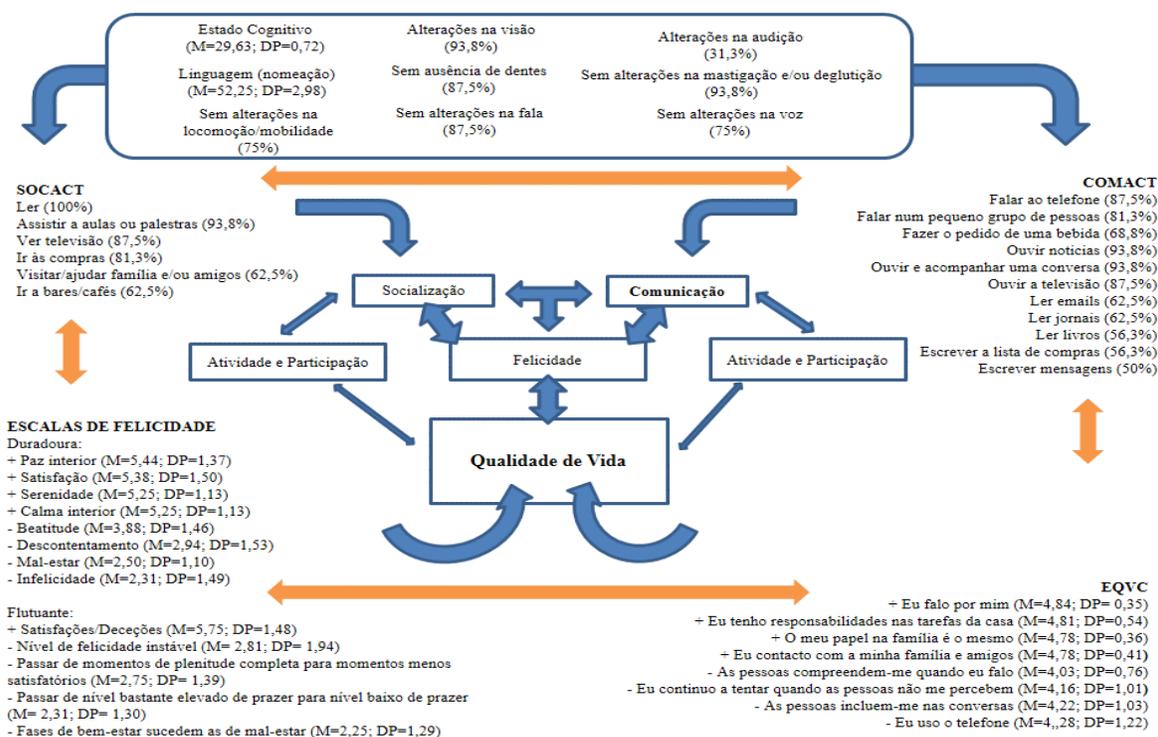
4. DISCUSSÃO

Os objetivos estabelecidos inicialmente e que acompanharam o desenrolar do presente estudo, são de alguma forma correspondidos neste tópico da investigação. Iniciando pelos objetivos da descrição do perfil comunicativo do idoso saudável, da caracterização do contexto comunicacional e da descrição das atividades comunicacionais do idoso que frequenta uma universidade sénior, é importante destacar os resultados obtidos no MMSE com média de 29,63 (DP=0,72), demonstrando um bom nível cognitivo dos idosos que participaram no estudo. São vários os autores que referem as alterações cognitivas como um fator inerente ao envelhecimento, condicionando a pessoa em termos de autonomia e independência, e consequentemente limitando as atividades do dia-a-dia, a socialização, a

comunicação, o seu bem-estar e qualidade de vida, como refere Assis (2004) citado por Fachine e Trompieri (2012). A modificação do estado cognitivo está dependente de fatores como a educação, a personalidade, a saúde, entre outros, como mencionado por Fachine e Trompieri (2012). Nesta investigação, este fator parece não apresentar condicionalismos na funcionalidade dos inquiridos, nomeadamente a nível comunicacional e social. Podemos relacionar este facto com o nível de escolaridade dos participantes, já que a maioria possui uma escolaridade superior a 5 anos (87,6%, F=14). Este dado pode também estar relacionado com o facto de os participantes frequentarem a universidade sénior e terem a possibilidade de realizar várias atividades que estimulam e desenvolvam a área intelectual, mantendo a sua saúde cognitiva em concordância com o que refere Jacob (2008).

Ao processo de envelhecimento está normalmente associada uma visão pessimista de perda, nomeadamente ao nível biológico. Nos resultados deste estudo pode-se verificar que 93,8% (15) da amostra apresenta alterações visuais e 31,3% (5) alterações auditivas, estes dois dados são importantes de salientar visto serem considerados preponderantes no que se refere a comunicação e socialização. As alterações ao nível da visão podem levar ao condicionamento na perceção de sinais de comunicação, a dificuldades na realização de atividades quotidianas e também ao isolamento social de acordo com Cruice, Worrall e Hickson (2005). Contudo, os resultados do estudo não parecem demonstrar um condicionamento das atividades comunicativas nem sociais dos inquiridos, este facto poderá ser justificado com a utilização de prótese visual por parte de todos os participantes que referiram as alterações. A maioria dos indivíduos não apresenta alterações ao nível dentário (87,5%, F=14), de mastigação e/ou deglutição (93,8%, F=15), na fala (87,5%, F=14) e na voz (75%, F=12), revelando nesta amostra a ausência de alterações que podem influenciar fortemente a habilidade comunicacional do ser humano e que frequentemente estão relacionadas com o processo de envelhecimento. Neste estudo, os resultados não estão de acordo com esta evidência relatada na bibliografia. As limitações na locomoção/mobilidade devem ser aqui também referenciadas já que é outro fator que se encontra relacionado com a decadência física do adulto idoso. Na amostra, 25% (4) referiu sentir limitações neste tópico, tendo sido mesmo assinalado por 18,8% (3) dos indivíduos como um fator que limita as atividades sociais e recreativas estando em concordância com o que é dito por vários autores, designadamente por Assis (2004) citado por Fachine e Trompieri (2012).

Figura 1 - Quadro conceptual e relação com os resultados dos participantes no estudo (n=16).



Os resultados do TNA demonstraram que os idosos da amostra não apresentam alterações na linguagem relacionada com a nomeação obtendo a média de 52,25% (DP=2,98) nas respostas corretas sem ajuda, considerando que o tipo de erro esteve frequentemente associado à descodificação e percepção visual. A investigação realizada por Armstrong em 1996 para a validação do Armstrong Naming Test, refere a má percepção visual como o segundo tipo de erro mais frequente (Vieira e Coutinho, 2012), estando de acordo com os resultados obtidos no presente estudo. As alterações de percepção visual e as representações visuais das imagens podem estar relacionadas com os resultados obtidos. Deste modo, de acordo com os resultados não parece existir perturbação de funcionalidade a nível comunicacional e consequentemente social.

Através da análise dos dados é possível constatar que 50% (8) da amostra vive com o cônjuge e 31,3% (5) vive sozinho, 25% (4) passa a maioria do seu tempo com amigos e 18,8% (3) sozinho. Estes fatores são importantes na constituição dos parceiros comunicativos mais usuais dos inquiridos, assim como, para perceber também o nível de socialização do mesmo. As pessoas idosas participantes neste estudo revelaram que para além do cônjuge e dos amigos, a família, os vizinhos e os comerciantes são fortes parceiros

comunicativos, assinalando com maior frequência a realização destas atividades comunicativas num registo diário e/ou semanal. É possível extrair que os parceiros comunicativos são diversificados, tendo a totalidade da amostra referido que fala com conhecidos (100%, F=16) porém, no que diz respeito ao falar com desconhecidos os inquiridos raramente ou nunca o fazem, mantendo-se na sua zona de conforto, não arriscando a sua estabilidade social, psicológica e emocional.

Os inquiridos assinalaram com a frequência entre o diário e o semanal as atividades de falar ao telefone, falar em grupos de pessoas e de fazer pedidos. Os hábitos de ouvir rádio, televisão e notícias encontram-se assimilados no quotidiano dos participantes, demonstrando uma possível necessidade de se manterem atualizados com os temas atuais e para além disso, usufruírem de entretenimento. O ouvir e acompanhar uma conversa é algo bastante usual para estes indivíduos, já que a universidade sénior possibilita dinâmicas conversacionais. As atividades que envolvem a leitura e a escrita dispersam mais os resultados, já que se verifica atividades como ler emails, jornais, livros, extrato bancário e boletins informativos mais frequentes sendo realizadas todos os dias ou semanalmente, e atividades como ler cartas ou cartões, panfletos, revistas, a lista telefónica são realizados raramente ou nunca. Das atividades que envolvem a escrita apenas a lista de compras e as mensagens são usualmente utilizadas pelos inquiridos. Estes resultados poderão estar relacionados com os hábitos atuais da sociedade, já que por exemplo a comunicação entre pessoas por carta encontra-se em desuso, contrariamente ao que acontece com o correio eletrónico. As atividades comunicativas das pessoas da amostra, de acordo com os resultados, parecem estar mantidas, não havendo limitações na sua funcionalidade, atividade e participação.

Caracterizando as atividades sociais do idoso que frequenta a universidade sénior, é possível constatar com os resultados que as atividades sociais mais usuais, são a ida às compras, ver televisão, ler, realizar exercício físico, conviver e ajudar familiares/amigos, frequentar cafés/bares e assistir a aulas ou palestras. A última atividade encontra-se intimamente ligada com o ser frequentador de uma universidade sénior, que permite entre várias possibilidades, que o aluno opte pelas disciplinas que mais lhe interessam, indo de acordo aos gostos e ideologias pessoais, estas permitem o desenvolvimento de atividade sociais e mesmo de parceiros de partilha.

Relembrando os resultados do estudo de Barcelos e Vital (2010), é possível observar resultados ao nível das atividades sociais, que o ir à igreja ou a atividades religiosas seriam as mais realizadas, neste estudo, essas mesmas atividades situaram-se maioritariamente na frequência do raramente ou nunca. O ver televisão parece ser unânime, sendo uma das atividades mais frequentes, no entanto, as atividades menos frequentes registadas no estudo de Barcelos e Vital, como por exemplo, a leitura ou a assistência a aulas ou palestras, são das mais realizadas pelos participantes do presente estudo. No que diz respeito às atividades comunicativas mais frequentes existiu semelhanças nas atividades de ouvir as notícias, ver a televisão e de falar ao telefone, porém nas atividades de leitura e escrita, notaram-se maiores discrepâncias, sendo possível observar que no estudo de Barcelos e Vital, as atividades de leitura de *emails*, de livros, de jornais e de escrita de mensagens são das menos frequentes, não se verificando o mesmo na presente investigação. Ambos os estudos foram realizados com amostras de participantes idosos saudáveis, porém, os fatores contextuais, como o nível de escolaridade, a zona do país, o frequentar ou não uma universidade sénior, podem ser justificativas para as diferenças de resultados.

As relações sociais são indispensáveis há vida do ser humano em qualquer fase da vida deste, possibilitando a sua continuidade na vida e realizando uma forte ação de proteção da saúde mental concordando com Paúl e Fonseca (2005). Assim, é esperável que as atividades sociais dos inquiridos, se mantenham satisfatórias, assegurando a sua funcionalidade, atividade e participação.

Dos inquiridos, 25% (4) encontram-se a frequentar a universidade sénior desde o ano letivo de 2005/2006. A universidade sénior pode ser considerada um facilitador de bem-estar e qualidade de vida do idoso, perseguindo o objetivo de concretizar o envelhecimento ativo. A universidade sénior segue uma filosofia de envelhecimento produtivo, sob uma perspetiva positiva do envelhecimento afastando a representação frágil e dependente da pessoa idosa concordando com o que foi referido por Rozario *et al.* (2004), citado por Gonçalves *et al.* (2006). A realização de atividades disponíveis nas universidades sénior, contribuem para o desenvolvimento e estimulação cultural, educacional, para além de promoverem o convívio contrariando o isolamento geralmente intrínseco ao idoso. Os resultados demonstraram que atividades como a aprendizagem de línguas estrangeiras, a pintura, as artes musicais, a língua portuguesa, a história, as artes e a literatura, suscitam

interesse e curiosidade às pessoas idosas que participaram. A flexibilidade e diversidade que as universidades seniores possibilitam nas suas atividades, conduzem a um estado ativo do idoso, permitindo que este se desenvolva enquanto pessoa, construindo o seu próprio crescimento, superando-se. Dos inquiridos, 43,6% (7) mencionam que se deslocam à universidade sénior três vezes por semana e 31,3% (5) chegam mesmo a referir as cinco vezes por semana. O idoso que frequenta uma universidade sénior procura manter-se ativo, na realização de atividades de cariz social, cultural, económico, espiritual e/ou cívica, contribuindo também para a saúde, procurando viver em bem-estar e qualidade de vida, seguindo o pensamento de Paúl e Fonseca (2005). Importa ainda salientar que 62,5% (10) dos inquiridos está satisfeito com as atividades que realiza e 31,3% (5), gostaria de realizar ainda mais atividades.

Descrevendo o nível de felicidade do idoso saudável de acordo com os resultados, percebemos que o nível de bem-estar, felicidade, realização e prazer dos inquiridos parece estar entre o mediano e o elevado, no entanto existe uma certa descrença na felicidade completa e perfeita. Curiosamente o nível de tranquilidade, serenidade, paz interior e satisfação encontram-se maioritariamente no valor 6, o que quer dizer que se encontra muito próximo do muito elevado. O descontentamento geral ao longo da vida é considerado baixo. Observando os resultados a felicidade flutuante é possível ter a perceção de que os inquiridos de um modo geral não demonstram concordar com diversos aspetos inerentes à flutuação da felicidade. O idoso reserva em si sabedoria e experiência que lhe foi sendo desenvolvida com o passar dos anos e das vivências, considera-se que este facto pode levar a uma maior descontração e adequação a várias situações do quotidiano, resultando em tranquilidade e serenidade, talvez pelas estratégias de *coping* que vão sendo desenvolvidas para ultrapassar situações stressantes que estão inerentes a qualquer ser humano durante a sua vida. Olhar para este facto numa perspetiva de Topo-Base na satisfação e felicidade parece ser o mais correto, já que nesta perspetiva o grau de satisfação para a produção de felicidade irá depender da adaptação, sendo este influenciado por vivências experienciadas, valores pessoais, entre outros fatores inerentes ao individuo concordando com a ideia mencionada por Galinha e Ribeiro (2005).

A definição de envelhecimento ativo, integra em si três áreas, uma delas a emocional. Assim sendo, é indispensável promover o bem-estar emocional da pessoa, contribuindo

para a manutenção de um dos pilares do envelhecimento ativo. Seguindo esta perspetiva, é possível viver o envelhecimento de forma saudável, participativa e segura, permanecendo com qualidade de vida e bem-estar.

O bem-estar subjetivo integra duas dimensões, a cognitiva e a emocional. A cognitiva em sentido amplo, podemos afirmar que se mantém estável na amostra deste estudo contribuindo para os resultados de satisfação com a vida referidos pelos inquiridos. A emocional, apresenta-se expressa através dos resultados obtidos nas escalas relativas à felicidade, transmitindo-nos algo duradouro e amadurecido. Considera-se oportuno citar o que um dos inquiridos referiu sobre o que era para si bem-estar, “Ééé um sentimento de felicidade e de saúde (...) Isso engloba tudo, penso eu. Quem estiver bem de saúde e seja feliz, está bem!” (participante A224).

Relativamente à qualidade de vida relacionada com a comunicação do idoso saudável, importa referir o WHOQOL Group (1994), citado por Paúl e Fonseca (2005), que diz que a qualidade de vida passa pela perceção que a pessoa possui da sua posição na vida relativamente a vários fatores envolventes da vida, nomeadamente, o contexto cultural, os valores pessoais ou as expetativas. Direcionando a qualidade de vida para a comunicação, podemos perceber que é importante conhecer o nível de satisfação dos indivíduos nos seus atos comunicativos e conseqüentemente na sua participação ativa.

É perceptível, que a funcionalidade da comunicação está inerente a este tópico, esta terminologia é utilizada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Ao longo de todo o estudo foram considerados diversos aspetos, como o estado de saúde, que de alguma forma se inserem no domínio das funções e estruturas do corpo contemplada na CIF. O domínio da atividade e participação também presente na CIF, foi uma constante no decorrer da investigação, já que se pretende perceber se existe funcionalidade na comunicação do adulto idoso que frequenta a universidade sénior. Não se verificaram alterações significativas nas estruturas e funções do corpo, nem na atividade e participação dos inquiridos, que condicionassem o individuo na realização das suas atividades comunicativas e sociais.

Analisando de um modo geral todos os resultados deste estudo, podemos considerar que os inquiridos apresentam fatores pessoais e ambientais positivos, funcionando na sua maioria como facilitadores na comunicação da pessoa, contribuindo para a satisfação das

necessidades do ser humano, na sua integração social, no estabelecimento de relações, na constituição emocional, na compreensão e expressão de sentimentos, desejos, ideais, informações em qualquer contexto quotidiano, como é referido por Mac-Kay, 2010, citado por Fernandes, Mendes e Navas, 2010.

A qualidade de vida na comunicação para os indivíduos da amostra parece ser elevada já que a grande maioria das respostas ao instrumento EQVC encontram-se entre os valores 4 e 5 (incluindo 4,5), o que nos leva a considerar que os participantes têm uma boa relação e estão satisfeitos com a sua comunicação.

Observando os resultados, podemos constatar que a amostra é constituída por pessoas ativas, independentes, autónomas, atualizadas, sociais, sem alterações funcionais na sua comunicação e crenes num constante desenvolvimento pessoal e numa vivência do envelhecimento de forma positiva.

5. CONCLUSÃO

Os vários aspetos inerentes ao envelhecimento, sejam eles físicos, psicológicos ou sociais, são muitas vezes causadores de alterações no bem-estar e qualidade de vida do adulto idoso. Com a amostra deste estudo foi possível verificar que nem sempre isso acontece, e ser uma pessoa idosa não é obrigatoriamente o mesmo que ser passivo e dependente. Não existido alterações significativas, as atividades comunicativas e sociais não se encontram perturbadas, ocorrendo pelo contrário uma comunicação e socialização de qualidade de acordo com a perceção do individuo.

A comunicação, a socialização, a felicidade e a qualidade de vida são interdependentes, estabelecendo relações de dependência que no todo contribuem para o modo de vida da pessoa. No presente estudo, foi possível verificar estas relações com positivismo, porque não estando as atividades de socialização e comunicação comprometidas, a felicidade dos inquiridos não se encontrou diminuída e conseqüentemente a qualidade de vida relacionada com a comunicação.

Na fase do envelhecimento, os adultos que participaram neste estudo, procuraram o desenvolvimento pessoal, desvendando medos e atingindo objetivos próprios que em alguma fase da vida foram desprezados pelas circunstâncias da vida. A realização de

atividades que estimulam as diversas áreas que constituem o ser humano, são extremamente essenciais para um envelhecimento ativo e saudável. Neste seguimento, as universidades seniores têm um papel fundamental na concretização do bem-estar e qualidade de vida dos seus frequentadores.

Foi interessante verificar que as atividades comunicacionais desta amostra estão a acompanhar a evolução da sociedade e que os idosos saudáveis consideram possuírem qualidade de vida na sua comunicação. As universidades seniores contribuem na possibilidade de atos comunicativos, parceiros e contextos diferenciados.

Considerando que a população idosa está a aumentar, todos os estudos que possam contribuir para o desenvolvimento e consolidação de temáticas com esta população relacionadas, devem ser efetuadas. Assim, este estudo apesar de não transmitir resultados significativos e generalizáveis, abre uma nova perspetiva de população a ser estudada porque os indivíduos que frequentam uma universidade sénior encontram-se no caminho para um verdadeiro envelhecimento ativo e saudável, e qualquer área científica, incluindo a Terapia da Fala, deverá explorá-la.

O presente estudo apresentou algumas limitações no decorrer da sua elaboração. Iniciamos com a limitação temporal a que este trabalho final da licenciatura está sujeito, este facto limita a investigação em qualquer fase de concretização, já que dificulta o contorno de situações inesperadas e/ou problemáticas. Considera-se que a reduzida amostra que constituiu a investigação, condicionou a significação dos resultados, impossibilitando a generalização dos mesmos. A dinâmica de uma universidade sénior carece de especial atenção, não que tivesse sido menosprezada neste estudo, mas o tempo de aplicação dos instrumentos limitou o número de participantes, condicionando a amostra. Relativamente às referências bibliográficas, existiu alguma dificuldade na sua pesquisa, salientando a falta de estudos que relacionem a comunicação e a qualidade de vida relacionada nos idosos saudáveis.

Para futuros estudos, é recomendável a utilização de instrumentos de recolha de dados de fácil e principalmente rápida aplicação, referindo temporalmente os 10 e os 15 minutos, de modo a conciliar as necessidades do estudo com a dinâmica de uma universidade sénior. Um estudo em que se compare a comunicação do idoso saudável que frequenta uma

universidade sénior de diferentes zonas do país (por exemplo, zonas do litoral e do interior) poderia revelar resultados diferenciados e pertinentes.

A realização deste estudo considera-se ter sido benéfica para a Terapia da Fala, suscitando um olhar atento e inovador para os conteúdos relacionados com a população mais idosa. É importante contribuir para o conhecimento não só da comunicação da pessoa com patologia, mas também para a comunicação funcional da pessoa saudável. Possibilita também a sensibilização dos profissionais para a importância da presença ou não da qualidade de vida na comunicação do paciente, permitindo uma completa prática clínica com vista ao bem-estar e qualidade de vida geral ao mesmo.

6. REFERÊNCIAS

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (1992). *Guidelines for Meeting the Communication Needs of Persons With Severe Disabilities*. Disponível *on-line* em: <http://www.asha.org/docs/html/GL1992-00201.html#sec1.3.1>. Último acesso em: 16-12-2012.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2004). *Quality of Communication Life Scale: Manual*. Estados Unidos: American Speech-Language-Hearing Association

Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (2012). *O que é a Terapia da Fala*. Disponível *on-line* em: http://www.aptf.org/A/TERAPIA_FALA/O_QUE_E/O%20que%20%C3%A9. Último acesso em 04-06-2013.

Barcelos, J., sob orientação de Vital, A.P. (2010). *Caracterização do perfil de comunicação da pessoa idosa da Ilha Terceira*. Universidade Atlântica, Licenciatura em Terapia da Fala, Investigação Aplicada à Terapia da Fala: trabalho monográfico.

Cruice, M., Worrall, L. e Hickson, L (2005). *Personal factors, communication and vision predict social participation in older adults*. Disponível *on-line* em: <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:75154#>. Último acesso em: 29-06-2013.

Cruz, P. (2008). *'Envelhecer Ativamente...'*. Rediteia. Revista da Rede Europeia Anti-Pobreza Portugal. Edição 41, pp. 14-17.

Dambrun, M., Ricard, M., Després, G., Drelon, E., Gibelin, E., Gibelin, M, Loubeyre, M., Py, D. ,Delpy, A., Garibbo, C., Bray, E., Lac, G. and Michaux, O. (2012). *Measuring happiness: from fluctuating happiness to authentic–durable happiness*. Disponível *on-line* em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22347202>. Último acesso em 10-01-2013.

Fechine, B. e Trompieri, N. (2012). *O Processo de Envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos*. Disponível *on-line* em: <http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/382/268>. Último acesso em 15-12-2012.

Fernandes, F., Mendes, B. e Navas, A. (2010). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Editora Roca.

Galinha, I. e Ribeiro, J. (2005). *História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo*. Disponível *on-line* em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>. Último acesso em: 17-12-2012.

Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. e Fonseca, A. (2006). *Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da Continuidade de Tarefas Produtivas*. Disponível *on-line* em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a12.pdf>. Último acesso em: 16-12-2012.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). *Classificação Nacional das Profissões 2010*. Disponível *on-line* em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2. Último acesso em: 29-06-2013.

Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*. Portugal: Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu.

Jacinto, L. (2007). *As Universidades da Terceira Idade: Um exemplo de educação para adultos*. Disponível *on-line* em:

http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/Universidades%20da%20Terceira%20Idade%20_luisjacob.pdf. Último acesso em: 15-12-2012.

Jacob, L. (2008). *'Participação activa – Da população idosa na sociedade'*. Rediteia. *Revista da Rede Europeia Anti-Pobreza Portugal*. Edição 41, pp. 34-36.

Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., e Martins, I. (2009). *Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination*. *Sinapse – Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*. Disponível on-line em: http://www.spneurologia.com/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=54&tmpl=component&format=raw&Itemid=56. Último acesso em: 14-12-2012.

Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Tradução e Revisão de Amélia Leitão. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Paúl, C. e Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paul, D., Frattali, C., Holland, A., Thompson, C., Caperton, C. e Slater, S. (2004). *Quality of Communication Life Scale: Manual*. American Speech-Language Hearing Association.

Rodrigues, S. (2008). *'Mitos e preconceitos da velhice'*. Rediteia. *Revista da Rede Europeia Anti-Pobreza Portugal*. Edição 41, pp. 34-36.

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas – Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.

Vieira, C., sob orientação de Coutinho e co-orientação de Martins e Vital (2012). *Perfil de nomeação do idoso em processo de senescência em meio urbano: Contributo para a validação do Teste de Nomeação de Armstrong*. Universidade Atlântica, Licenciatura em Terapia da Fala, Investigação Aplicada à Terapia da Fala: trabalho monográfico.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário Sociodemográfico

Código

Por favor, assinale ou preencha os espaços em branco.

1. Informação do Participante

1.1. Género: Masculino Feminino 1.2. Idade: _____

1.3. Nacionalidade: _____ 1.4. Naturalidade: _____

1.5. Concelho de residência: _____

1.6. Língua Materna: Português
Outra Qual? _____

1.7. Viveu no estrangeiro? Não
Sim Durante quanto tempo? _____
Onde? _____

1.8. Estado Civil (Coloque uma x no local correspondente):

Solteiro (a) <input type="checkbox"/>	Divorciado (a) <input type="checkbox"/>
Casado (a) <input type="checkbox"/>	União de Facto <input type="checkbox"/>
Viúvo (a) <input type="checkbox"/>	

1.9. Escolaridade (Coloque uma x no local correspondente):

Não Alfabetizado <input type="checkbox"/>	Sabe ler/escrever mas não andou na escola <input type="checkbox"/>
1.ª Classe <input type="checkbox"/>	2.ª Classe <input type="checkbox"/>
3.ª Classe <input type="checkbox"/>	4.ª Classe <input type="checkbox"/>
Ensino Básico (5º/6º ano) <input type="checkbox"/>	Liceu (7º/8º/9º anos) <input type="checkbox"/>
Secundário (10º/11º/12º) <input type="checkbox"/>	Ensino Superior <input type="checkbox"/>

Ensino Superior? Se sim, qual a área? _____

1.10. Profissão: _____

2. Condição de Saúde

2.1. Como está a sua audição?

Normal <input type="checkbox"/>	Alterada <input type="checkbox"/>	
Perda Auditiva Ligeira <input type="checkbox"/>	Perda Auditiva Moderada <input type="checkbox"/>	Perda Auditiva Grave <input type="checkbox"/>

Usa prótese auditiva? Não Sim

2.2. Como está a sua visão?

Normal Alterada

Perda Visual Ligeira Perda Visual Moderada Perda Visual Grave

Usa óculos? Não Sim

2.3. Tem ausência de dentes? Não Sim

2.4. Sente alterações quando mastiga e/ou engole os alimentos? Não Sim

2.5. Sente alterações na fala? Não Sim

2.6. Sente alterações na voz? Não Sim

2.7. Limitações na mobilidade/locomoção? Não Sim

2.8. Outras ocorrências:

Doença Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Doença Hepática	<input type="checkbox"/>
Doença Respiratória	<input type="checkbox"/>	Doença Neurológica (ex. AVC)	<input type="checkbox"/>
Doença Renal	<input type="checkbox"/>	Doença Mental (ex. Depressão)	<input type="checkbox"/>
Doença Digestiva	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>

Descrição: _____

3. Fatores Ambientais

3.1. Com quem vive?

Sozinho (a)	<input type="checkbox"/>	Com Cônjuge	<input type="checkbox"/>
Filho (a)	<input type="checkbox"/>	Outros parentes (neto, irmão, sobrinho, etc)	<input type="checkbox"/>
Com amigo (a)	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

3.2. Com quem passa a maioria do seu tempo?

Sozinho (a)	<input type="checkbox"/>	Com Cônjuge	<input type="checkbox"/>
Filho (a)	<input type="checkbox"/>	Netos	<input type="checkbox"/>
Parentes	<input type="checkbox"/>	Com amigo (a)	<input type="checkbox"/>
Vizinho (s)	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

Quem? _____

3.3. Realiza alguma atividade de lazer/hobbies?

Ginásio	<input type="checkbox"/>	Natação	<input type="checkbox"/>
Dança	<input type="checkbox"/>	Canto	<input type="checkbox"/>
Pintura	<input type="checkbox"/>	Leitura	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>	Qual? _____	

Com que frequência (por semana)?

Uma Duas Três Quatro Cinco

3.4. As referidas atividades/hobbies são realizados através da universidade? Não Sim

4. Universidade Sênior

4.1. Em que ano letivo entrou para a universidade sênior? _____

4.2. Desde essa altura, alguma vez interrompeu? Não Sim

Em que ano letivo interrompeu? _____

Qual o motivo? _____

Em que ano letivo retomou a universidade? _____

4.3. Como chegou à universidade sênior?

Por iniciativa própria	<input type="checkbox"/>	Através de um (a) amigo (a)	<input type="checkbox"/>
Recomendação de alguém	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

4.4. Em quantas disciplinas está inscrito? _____

Quais? _____

4.5. Quantas vezes por semana se dirige à universidade para ter as suas disciplinas?

Uma Duas Três Quatro Cinco

4.6. Refira 3 aspetos que o motivaram a procurar e frequentar a universidade sênior.

1- _____

2- _____

3- _____

5. Qualidade de Vida e Bem-Estar (registo áudio)

5.1. O que é para si bem-estar?

5.2. Numa escala de 1 (baixo) a 7 (elevado), como classifica o seu bem-estar neste momento?

1 2 3 4 5 6 7

5.3. O que significa para si qualidade de vida?

5.4. Numa escala de 1(baixo) a 7 (elevado), como classifica a sua qualidade de vida neste momento?

1 2 3 4 5 6 7

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE B

Perfil Comunicativo Relacionado Com a Qualidade De Vida Do Idoso Saudável Que Frequenta Uma Universidade Sénior – Ana Rita Gaspar e Ana Paula Vital (2013) – Licenciatura de Terapia da Fala - Universidade Atlântica

Ana Rita Gaspar
Rua 9 de Abril, nº 49 – 1º Dto
2700-611 Amadora

Exmo. Sr. Diretor da Universidade
Sénior de XXXXXXX
Dr. XXXXXX XXXXXXX XXXXX
Rua XXXXXX, XXXX, XXXXX
0000-000 XXXXXXXXX

Amadora, 12 de março de 2013

Eu, Ana Rita de Matos Maia Gaspar, sou aluna do 4º ano da Licenciatura de Terapia da Fala da Universidade Atlântica em Barcarena. Na finalização da minha licenciatura encontro-me a realizar um estudo científico sob orientação da Professora Ana Paula Vital.

O referido estudo tem como tema “Perfil Comunicativo do Idoso Saudável relacionado com a Qualidade de Vida quando frequenta uma Universidade Sénior” e tem o intuito de caracterizar o perfil comunicativo, descrevendo as atividades e contextos comunicativos assim como as atividades sociais, relativas ao indivíduo idoso saudável e que frequenta uma universidade sénior, procurando compreender também o nível de felicidade e qualidade de vida que lhe está associado.

O ser humano é um comunicador por natureza, porém, a eficácia e a eficiência da sua comunicação nem sempre terá o mesmo nível ao longo da vida, variando de acordo com diversos fatores individuais e ambientais, nomeadamente no processo de envelhecimento. Com a previsão do aumento de pessoas idosas no país, é relevante contribuir com estudos científicos em todas as vertentes necessárias a uma boa qualidade de vida nesta fase do ser humano, auxiliando na evolução/consolidação do conhecimento, designadamente na comunicação.

Com o intuito de recolher os dados essenciais a este estudo, será utilizado inicialmente um Questionário de Caracterização Sociodemográfico (Gaspar e Vital, 2013) e posteriormente com o Teste Mini-Mental State Examination (Folstein, *et al.* 1975), o Teste de Nomeação Armstrong (Whurr Publishers, 1996), a Checklist de Atividades Comunicativas (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003), a Checklist das Atividades Sociais (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003), a Escala de Felicidade (Dambrun *et al.*, 2012) e a Escala de Qualidade de Vida na Comunicação – EQVC (American Speech-Language-Hearing Association, 2004). O tempo estimado de aplicação dos protocolos referidos será no mínimo cerca de 50 minutos e no máximo cerca de 60 minutos, salientando a necessidade de obter um registo áudio para posterior análise em dois dos instrumentos (Questionário Sociodemográfico – últimas 4 questões e no Teste de Nomeação de Armstrong – o teste completo), evitando a perda de informação.

Saliento que todos os aspetos éticos serão respeitados, nomeadamente, o de confidencialidade e anonimato, através da atribuição de um código a cada participante, estando este presente em substituição da identificação do inquirido. Será garantida a utilização das informações apenas para fins de investigação, não causando qualquer consequência para o participante e compreendendo que em qualquer momento do processo poderá suspender a sua colaboração, bastando para isso informar a investigadora.

Solicito desta forma a vossa autorização e colaboração para a concretização deste estudo junto dos alunos da vossa universidade. Apresento-me completamente disponível para qualquer reunião de esclarecimento.

Agradeço desde já a atenção dispensada, com os meus respeitosos cumprimentos.

Aluna Ana Rita Gaspar, tel. 969347822, e-mail: maia.gaspar@hotmail.com
Orientadora Professora Ana Paula Vital, tel. 214398285, e-mail: pvital@uatlantica.pt

APÊNDICE C

Consentimento Informado

Exmo. Sr. (a)

A investigação científica tem como tema “Perfil Comunicativo do Idoso Saudável relacionado com a Qualidade de Vida quando frequenta uma Universidade Sénior” e tem o intuito de caracterizar o perfil comunicativo, descrevendo as atividades e contextos comunicativos assim como as atividades sociais, relativas ao indivíduo idoso saudável e que frequenta uma universidade sénior, procurando compreender também o nível de felicidade e qualidade de vida que lhe está associado.

Com o intuito de recolher os dados essenciais a este estudo, será utilizado inicialmente um Questionário de Caracterização Sociodemográfico (Gaspar e Vital, 2013) e posteriormente com o Teste Mini-Mental State Examination (Folstein, *et al.* 1975), o Teste de Nomeação Armstrong (Whurr Publishers, 1996), a Checklist de Atividades Comunicativas (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003), a Checklist das Atividades Sociais (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003), a Escala de Felicidade (Dambrun *et al.*, 2012) e a Escala de Qualidade de Vida na Comunicação – EQVC (American Speech-Language-Hearing Association, 2004). O tempo estimado de aplicação dos protocolos referidos será no mínimo cerca de 50 minutos e no máximo cerca de 60 minutos, salientando a necessidade de obter um registo áudio para posterior análise em dois dos instrumentos (Questionário Sociodemográfico – últimas quatro questões e no Teste de Nomeação de Armstrong – o teste completo), evitando a perda de informação.

Saliento que todos os aspetos éticos serão respeitados, nomeadamente, o de confidencialidade e anonimato, através da atribuição de um código a cada participante, estando este presente em substituição da identificação do inquirido. Será garantida a utilização das informações apenas para fins de investigação, não causando qualquer consequência para o participante e compreendendo que em qualquer momento do processo poderá suspender a sua colaboração, bastando para isso informar a investigadora. A signatária vem por este meio solicitar a sua colaboração no estudo.

Agradeço a sua colaboração.

Aluna Ana Rita Gaspar, tel. 969347822, e-mail: maia.gaspar@hotmail.com;
Orientadora Professora Ana Paula Vital, tel. 214398285, e-mail: pvital@uatlantica.pt

Código

Eu, _____, aceito participar no estudo científico com o tema "Perfil Comunicativo do Idoso Saudável relacionado com a Qualidade de Vida quando frequenta uma Universidade Sénior", após ter lido e compreendido o presente documento tendo ficado esclarecido sobre os objetivos e procedimentos da investigação. A minha participação é voluntária, podendo a qualquer momento suspende-la bastando informar a investigadora.

A investigadora

O(A) participante

__/__/__

__/__/__

Aluna Ana Rita Gaspar, tel. 969347822, e-mail: maia.gaspar@hotmail.com;
Orientadora Professora Ana Paula Vital, tel. 214398285, e-mail: pvital@uatlantica.pt



Perfil Comunicativo do Idoso Saudável relacionado com a Qualidade de Vida quando frequenta uma Universidade Sénior – Ana Rita Gaspar e Ana Paula Vital (2013) – Licenciatura de Terapia da Fala - Universidade Atlântica

Código

Eu, _____, aceito participar no estudo científico com o tema "Perfil Comunicativo do Idoso Saudável relacionado com a Qualidade de Vida quando frequenta uma Universidade Sénior", após ter lido e compreendido o presente documento tendo ficado esclarecido sobre os objetivos e procedimentos da investigação. A minha participação é voluntária, podendo a qualquer momento suspende-la bastando informar a investigadora.

A investigadora

O(A) participante

__/__/__

__/__/__

Aluna Ana Rita Gaspar, tel. 969347822, e-mail: maia.gaspar@hotmail.com;
Orientadora Professora Ana Paula Vital, tel. 214398285, e-mail: pvital@uatlantica.pt

ANEXOS

ANEXO A

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Mini-Mental State Examination - MMSE - Validado para a População Portuguesa

NOME: _____

IDADE: _____ Anos DATA: _____ de _____ de _____

I. ORIENTAÇÃO "Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz."
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

1. Em que ano estamos? _____
 2. Em que mês estamos? _____
 3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
 4. Em que estação do ano estamos? _____
 5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
 6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso País?) _____
 7. Em que Distrito vive? _____
 8. Em que Terra vive? _____
 9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
 10. Em que andar estamos? _____
- Nota: _____

II. RETENÇÃO "Vou dizer-lhe três palavras. Quería que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras." As palavras são:

Pêra _____ Gato _____ Bola _____ Nota: _____

Repita as três palavras (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

III. ATENÇÃO E CÁLCULO "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar." (Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer 1 erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro conta-se como um único erro.)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____ Nota: _____

Se o sujeito não conseguir executar esta tarefa, faz-se em alternativa, uma outra: "Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio."

A palavra é: P O R T A (Dar 1 ponto por cada letra correctamente repetida.)

A _____ T _____ R _____ O _____ P _____ Nota: _____

IV. EVOCAÇÃO (Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova da retenção.)

"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____ Nota: _____

V. LINGUAGEM (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

a) Mostrar o relógio de pulso.
"Como se chama isto?" _____ Nota: _____

b) Mostrar o lápis.
"Como se chama isto?" _____ Nota: _____

c) Repetir a frase: "O rato rói a rolha". _____ Nota: _____

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão." (Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____
Dobra o papel ao meio _____
Coloca o papel no chão _____ Nota: _____

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão."
(Mostrar cartão com frase: "FECHE OS OLHOS". Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.)
(Dar 1 ponto por cada realização correcta.)

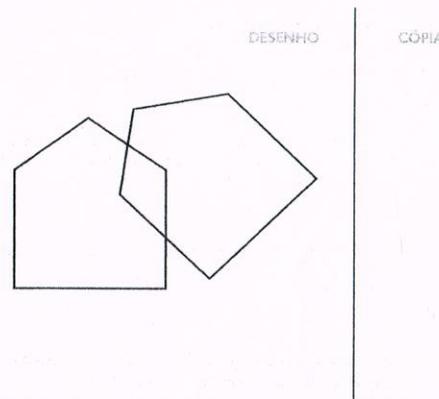
Fechou os olhos _____ Nota: _____

f) "Escreva uma frase." (A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido, para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letra não contam como erros.)

Nota: _____

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar." (Mostrar desenho.)
(Os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interceptados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados.)

Nota: _____



Nota Total: _____

Pontos de Corte
(População Portuguesa)

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

22 para **0 a 2** anos de literacia,
24 para **3 a 6** anos de literacia e
27 para **7 ou mais** anos de literacia.

Folstein MF et al. "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12: 189-98.
Guerreiro M. Contributo da Neuropsicologia para o estudo das Demências. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa 1998.

ANEXO B

TESTE DE NOMEAÇÃO ARMSTRONG *ANÁLISE*¹

Nome:

Data do teste:

Data de Nascimento:

Diagnóstico Médico:

Nomeação Espontânea

Número de respostas correctas sem ajuda	
<i>Resposta com ajuda</i> (<i>cueing responsiveness</i>)	
Número de respostas correctas após ajuda semântica	
Número de respostas correctas após ajuda fonémica	
<i>Tipo de Erro</i>	
Parafasia semântica	
Superordenação (superordinate)	
Circunlóquio	
Perseveração	
Palavras debaixo da língua	
Parafasia fonémica	
Neologismos	
Parafasia verbal	
Não reconheceu	
Má percepção visual	
Não responde	
Outros	
<i>Efeito do Comprimento silábico</i>	
Número de erros em palavras polissilábicas	

¹ Tradução e adaptação para Português Europeu por: Ana Paula Vital, Ana Rita Bom, Inês Nobre Rasquilha e Isabel Maria Ferreira - Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Departamento de Terapêutica da Fala.

Direitos de tradução cedidos pelo editor, apenas para fins de investigação (1997-05-01).

Teste de Nomeação Armstrong - Análise

Imagem	Correcto	Ajuda	Ajuda	Tipo de erro
		Semântica	Fonémica	
1. <u>L</u> ápis (Algo com que se escreve)				
2. <u>C</u> opo (Bebe-se com isso)				
3. <u>C</u> amisa (Os homens usam isto)				
4. <u>M</u> açã (É um fruto)				
5. <u>C</u> hapéu (Usa-se na cabeça)				
6. <u>A</u> nel (Para o seu dedo)				
7. <u>M</u> eia (Usa-se no pé)				
8. <u>S</u> andes (Pode-se comer ao lanche)				
9. <u>E</u> nvelope (Para pôr uma carta dentro)				
10. <u>B</u> anana (Comprido e amarelo)				
11. <u>E</u> strela (Brilha no céu)				
12. <u>C</u> ão (Ladra)				
13. <u>S</u> aia (As mulheres usam-na)				
14. <u>C</u> ebola (Faz chorar)				
15. <u>C</u> olete (Usa-se por baixo do casaco)				
16. <u>G</u> ato (Ronra)				
17. <u>C</u> achimbo (Põe-se tabaco dentro)				
18. <u>B</u> anco (Algo para se sentar)				
19. <u>P</u> eixe (Nada no mar)				

Teste de Nomeação de Armstrong - Análise

Imagem	Correcto	Ajuda Semântica	Ajuda Fonémica	Tipo de erro
20. <u>L</u> imão (É amargo)				
21. <u>M</u> artelo (Usa-se para bater no prego)				
22. <u>C</u> igarro (Fuma-se)				
23. <u>P</u> êra (É sumarento)				
24. <u>C</u> orrente (Feito de elos de metal)				
25. <u>E</u> scada (Sobe-se)				
26. <u>S</u> eta (Mostra a direcção)				
27. <u>P</u> rego (Bate-se com o martelo)				
28. <u>S</u> ino (Algo que badala)				
29. <u>B</u> orboleta (Insecto bonito que voa)				
30. <u>R</u> égua (Serve para medir)				
31. <u>C</u> avalo (Monta-se)				
32. <u>B</u> oneco de Neve (Crianças fazem-no com neve)				
33. <u>C</u> have de Fendas (os carpinteiros usam)				
34. <u>B</u> arril (Armazena cerveja)				
35. <u>C</u> oelho (Vive numa toca)				
36. <u>V</u> ela (É feita de cera)				
37. <u>T</u> orradeira (Põe-se pão lá dentro)				
38. <u>G</u> uitarra (Instrumento com cordas)				

Teste de Nomeação Armstrong - Análise

Imagem	Correcto	Ajuda Semântica	Ajuda Fonémica	Tipo de Erro
39. <u>T</u> ambor (Bate-se nisto com baquetas)				
40. <u>A</u> nanás (Fruto tropical)				
41. <u>C</u> ogumelo (Fungo que se come)				
42. <u>M</u> ocho (Ave nocturna)				
43. <u>C</u> oroa (A rainha usa isto)				
44. <u>E</u> lefante (Tem uma tromba)				
45. <u>C</u> amelos (Vive no deserto)				
46. <u>C</u> anguru (Tem uma bolsa)				
47. <u>T</u> renó (Para deslizar na neve)				
48. <u>S</u> apo (Coacha)				
49. <u>P</u> apagaio de papel (Voa com o vento)				
50. <u>C</u> obra (Sibila)				

Comentários:

ANEXO C

Atividades Comunicativas

COMACT - Communicative Activities Checklist

Diária/ 6	Semanal/ 5	Quinzenal/ 4	Mensal/ 3	Rara/ 2	Nunca 1	N/R 9
--------------	---------------	-----------------	--------------	------------	------------	----------

1) Falar com o cônjuge.	6	5	4	3	2	1	9
2) Falar com a família..	6	5	4	3	2	1	9
3) Falar com os amigos.	6	5	4	3	2	1	9
4) Falar com os vizinhos.	6	5	4	3	2	1	9
5) Falar com comerciantes.	6	5	4	3	2	1	9
6) Falar com o animal de estimação.	6	5	4	3	2	1	9
7) Falar ao telefone.	6	5	4	3	2	1	9
8) Falar num pequeno grupo de pessoas.	6	5	4	3	2	1	9
9) Falar num grande grupo de pessoas.	6	5	4	3	2	1	9
10) Falar para/com conhecidos.	6	5	4	3	2	1	9
11) Falar para/com desconhecidos..	6	5	4	3	2	1	9
12) Falar sobre fotografias.	6	5	4	3	2	1	9
13) Contar histórias e piadas.	6	5	4	3	2	1	9
14) Fazer apostas.	6	5	4	3	2	1	9
15) Fazer o pedido de uma bebida.	6	5	4	3	2	1	9
16) Rezar.	6	5	4	3	2	1	9
17) Ouvir rádio.	6	5	4	3	2	1	9
18) Ouvir a televisão.	6	5	4	3	2	1	9
19) Ouvir as notícias.	6	5	4	3	2	1	9
20) Ouvir o programa de desporto.	6	5	4	3	2	1	9
21) Ouvir e acompanhar uma conversa.	6	5	4	3	2	1	9
22) Ouvir e acompanhar um grupo de pessoas a conversar.	6	5	4	3	2	1	9
23) Ouvir um discurso.	6	5	4	3	2	1	9

1/2

Cruice (2001) e Worrall e Hickson (2003), adaptado por Barcelos e Vital (2009)

Atividades Comunicativas

COMACT - Communicative Activities Checklist

Diária/ 6	Semanal/ 5	Quinzenal/ 4	Mensal/ 3	Rara/ 2	Nunca 1	N/R 9
24) Ler cartas ou cartões.	6	5	4	3	2	1 9
25) Ler e-mails.	6	5	4	3	2	1 9
26) Ler panfletos.	6	5	4	3	2	1 9
27) Ler revistas.	6	5	4	3	2	1 9
28) Ler jornais.	6	5	4	3	2	1 9
29) Ler livros.	6	5	4	3	2	1 9
30) Consultar a lista telefónica.	6	5	4	3	2	1 9
31) Ler faturas e contas.	6	5	4	3	2	1 9
32) Ler o extrato bancário.	6	5	4	3	2	1 9
33) Ler boletins informativos.	6	5	4	3	2	1 9
34) Fazer palavras cruzadas.	6	5	4	3	2	1 9
35) Ler instruções ou etiquetas.	6	5	4	3	2	1 9
36) Consultar o horário do autocarro ou do comboio.	6	5	4	3	2	1 9
37) Consultar mapas ou indicações.	6	5	4	3	2	1 9
38) Escrever cartas e cartões.	6	5	4	3	2	1 9
39) Escrever histórias e artigos para o jornal.	6	5	4	3	2	1 9
40) Escrever listas de compras.	6	5	4	3	2	1 9
41) Escrever um diário.	6	5	4	3	2	1 9
42) Passar cheques.	6	5	4	3	2	1 9
43) Preencher questionários/formulários.	6	5	4	3	2	1 9
44) Escrever mensagens.	6	5	4	3	2	1 9
45) Fazer puzzles ou jogos de palavras.	6	5	4	3	2	1 9

2/2

Cruice (2001) e Worrall e Hickson (2003), adaptado por Barcelos e Vital (2009)

ANEXO D

Atividades Sociais



SOACT - Social Activities Checklist

Diária/ 6	Semanal/ 5	Quinzenal/ 4	Mensal/ 3	Rara/ 2	Nunca 1	N/R 9
--------------	---------------	-----------------	--------------	------------	------------	----------

- 1) Visitar exposições, museus, bibliotecas. 6 5 4 3 2 1 9
- 2) Ir ao cinema, teatro, concertos, jogos. 6 5 4 3 2 1 9
- 3) Ir a restaurantes. 6 5 4 3 2 1 9
- 4) Ir às compras. 6 5 4 3 2 1 9
- 5) Ver televisão. 6 5 4 3 2 1 9
- 6) Ler. 6 5 4 3 2 1 9
- 7) Fazer exercício ou praticar desporto. 6 5 4 3 2 1 9
- 8) Participar em atividades ao ar livre. 6 5 4 3 2 1 9
- 9) Viajar ou fazer excursões. 6 5 4 3 2 1 9
- 10) Jogar às cartas ou a outros jogos de mesa. 6 5 4 3 2 1 9
- 11) Investir nos passatempos. 6 5 4 3 2 1 9
- 12) Brincar ou ajudar os filhos/netos. 6 5 4 3 2 1 9
- 13) Visitar e/ou ajudar amigos/familiares. 6 5 4 3 2 1 9
- 14) Ir a festas familiares. 6 5 4 3 2 1 9
- 15) Ir à igreja ou atividades religiosas da comunidade. 6 5 4 3 2 1 9
- 16) Ir a reuniões de organizações voluntárias ou de caridade social. 6 5 4 3 2 1 9
- 17) Ir a reuniões profissionais ou do sindicato. 6 5 4 3 2 1 9
- 18) Ir a aulas ou palestras. 6 5 4 3 2 1 9
- 19) Ir a bares/cafés. 6 5 4 3 2 1 9
- 20) Ir a eventos ou atividades políticas. 6 5 4 3 2 1 9

Cruice (2001) e Worrall e Hickson (2003), adaptado por Barcelos e Vital (2009)

1/2

Atividades Sociais

SOACT - Social Activities Checklist

Por favor, assinale apenas uma opção:

- Estou satisfeito(a) com as atividades que realizo.
- Gostaria de realizar mais atividades. Quais? _____
- Gostaria de realizar menos atividades. Quais? _____

Há alguma coisa que o (a) limite na realização destas atividades sociais e recreativas?

Não Sim

O quê?

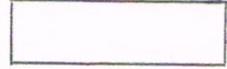
- Dificuldade em articular as palavras;
- Diminuição da fluência da Fala;
- Alteração da voz;
- Dificuldade em ouvir;
- Dificuldade em ver;
- Dificuldade na locomoção (andar);
- Outra Qual? _____

2/2

Cruice (2001) e Worrall e Hickson (2003), adaptado por Barcelos e Vital (2009)

ANEXO E

Escalas de Felicidade (Dambrun et al., 2012)



Por favor, responda usando a escala abaixo e colocando um círculo no número que considera corresponder melhor à sua situação:

	Muito baixo	1	2	3	4	5	6	7	Muito elevado
--	-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

Na sua vida, qual é o seu nível regular ...

...de bem-estar geral?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de felicidade?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de prazer ?.....	1	2	3	4	5	6	7
...bem-aventurança (a felicidade parece completa).....	1	2	3	4	5	6	7
...de tranquilidade (paz de espírito).....	1	2	3	4	5	6	7
...de satisfação?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de serenidade?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de descontentamento.....	1	2	3	4	5	6	7
...de beatitude (felicidade perfeita)?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de paz interior?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de realização?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de alegria?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de mal-estar?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de calma interior?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de plenitude?.....	1	2	3	4	5	6	7
...de infelicidade.....	1	2	3	4	5	6	7

Escalas de Felicidade (Dambrun et al., 2012)

Por favor, responda usando a escala abaixo e colocando um círculo ○ no número que considera corresponder melhor à sua situação:

Não concordo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acordo
--------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

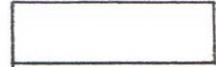
Na minha vida...

... eu tive satisfações e também grandes deceções	1	2	3	4	5	6	7
... os períodos de prazer que eu conheci são sempre seguidos por períodos de descontentamento	1	2	3	4	5	6	7
...o meu nível de serenidade é muito variável	1	2	3	4	5	6	7
...eu conheço muitas vezes períodos de euforia, mas são quase sempre seguidos por períodos menos excitantes	1	2	3	4	5	6	7
...eu muitas vezes passo da euforia à tristeza	1	2	3	4	5	6	7
...as fases de bem-estar sucedem as fases de mal-estar (desconforto)	1	2	3	4	5	6	7
...o meu nível de felicidade é bastante instável, às vezes alto, às vezes baixo	1	2	3	4	5	6	7
...eu muitas vezes passo de um nível bastante elevado de prazer para um nível baixo de prazer	1	2	3	4	5	6	7
...tenho alturas em que mudo/alterno de momentos de plenitude completa para momentos muito menos satisfatórios	1	2	3	4	5	6	7
... no mesmo dia, às vezes posso estar feliz e às vezes triste	1	2	3	4	5	6	7

Hoje, numa escala de 1 (baixa) a 7 (elevada), a minha perceção de Felicidade é...

1 2 3 4 5 6 7

ANEXO F



ASHA – American Speech-Language-Hearing Association
Escala de Qualidade de Vida na Comunicação
Folha de Cotação

Nome do Cliente / Utente: _____

Nome do Entrevistador: _____

Data do Teste: _____

Local: _____

Hoje está a ser um dia Especialmente Bom Médio Especialmente Mau .

Recorde-se que a pontuação é de 5 (alta) e a mais fraca 1 (baixa).
Caso o utente se posicionar entre dois pontos, deve ser assinalado como 0,5 (ex.: traço entre 4 e 5 = 4,5).
Não Aplicável (NA), no caso das afirmações 5 e 16.

Item	Afirmação	Pontuação
1	Eu gosto de falar com pessoas.	_____
2	Para mim é fácil comunicar.	_____
3	O meu papel na família é o mesmo.	_____
4	Eu gosto de mim.	_____
5	Eu comunico de acordo com as necessidades do meu trabalho ou escola (por exemplo: teclar/escrever no computador, dar e seguir indicações, ler).	_____
6	Eu contacto com a minha família e amigos.	_____
7	As pessoas incluem-me nas conversas.	_____
8	Eu sigo notícias, desporto e histórias na televisão/filmes.	_____
9	Eu uso o telefone.	_____
10	Eu vejo as coisas engraçadas da vida.	_____
11	As pessoas compreendem-me quando eu falo.	_____
12	Eu continuo a tentar quando as pessoas não me percebem.	_____
13	Eu tomo as minhas próprias decisões.	_____
14	Eu estou confiante que consigo comunicar.	_____
15	Eu saio de casa e faço coisas (tais como: desporto, jantar, espetáculos, festas).	_____
16	Eu tenho responsabilidades nas tarefas de casa (tais como: compras, cozinhar, pequenas obras).	_____
17	Eu falo por mim.	_____
		Total: Nº de Itens Pontuados Média total
		_____ _____ _____
18	Em geral, a minha qualidade de vida é boa.	_____

© ASHA (2004). Quality of Communication Life Scale.
Tradução e adaptação para Português Europeu de Ana Paula Vital (2012), Universidade Atlântica.