



Licenciatura em Terapia da Fala

**Caracterização do perfil de comunicação da pessoa idosa da Ilha
Terceira**

Monografia final de Licenciatura

Elaborado por Joana Costa Barcelos

Aluna nº 200691201

Orientadora: Professora-Adjunta, Mestre Ana Paula Vital

Barcarena

Junho de 2010

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho.

Caracterização do perfil de comunicação da pessoa idosa da Ilha Terceira

“Characterization of communication profile of the elderly people in Terceira Island”

Joana Barcelos, sob orientação de Professora-Adjunta, Mestre Ana Paula Vital

Universidade Atlântica (2009/2010)

Resumo

Objetivos: Descrever as actividades comunicativas e participação social dos idosos e explorar a relação entre as funções e estruturas do corpo, os factores contextuais e a comunicação e participação social no envelhecimento. **Método:** Construção, tradução e adaptação de um questionário sobre as actividades comunicativas e participação social aplicado a uma amostra de 33 pessoas idosas da Ilha Terceira. **Resultados:** Os participantes realizam actividades relacionadas com a fala e audição diariamente, tais como ouvir as notícias (97%) e falar com a família (72,7%), no entanto raramente ou nunca realizam actividades relacionadas com a leitura e escrita como ler livros (54,5%) e escrever mensagens (39,4%), sendo que 63,6% tem o 4º ano de escolaridade. A maioria da amostra nunca ou raramente realiza as actividades sociais tais como ir a restaurantes (72,7%) e participar em actividades ao ar livre (69,7%). O estudo correlacional confirmou a existência de factores que afectam as actividades comunicativas e sociais da amostra, tais como algumas limitações na acuidade auditiva e locomoção. **Discussão/Conclusão:** Um melhor conhecimento do perfil comunicativo da pessoa idosa e dos factores que o influenciam, permite que seja possível a prevenção de alterações da comunicação e promoção da saúde nesta população por parte da Terapia da Fala.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idoso; Comunicação; Participação Social; CIF; Terapia da Fala.

Abstract

Objectives: Describe the communicating activity and social participation of the elderly and explore the relationship between the functions and structures of the body, the contextual factors and communication and social participation in aging. **Method:** Construction, translation and adaptation of a questionnaire on the communicative activities and social participation applied to a sample of 33 elderly in Terceira Island. After collecting the data was compiled statistical analysis and subsequent analysis of the results. **Results:** Participants carry out activities related to the speech and hearing daily, such as listening to the news (97%) and talk with family (72,7%), however rarely or never carry out activities related to reading and writing how to read books (54,5%) and write messages (39,4%), with 63,6% has the 4th year of schooling. The majority of the sample never or rarely performs the social activities such as going to restaurants (72,7%) and participate in outdoor activities (69,7%). The correlational study has confirmed the existence of factors affecting social and communicative activities of the sample such as some limitations in hearing acuity and locomotion. **Discussion/Conclusion:** A better knowledge of the older person profile communicative and factors that influence, lets you can prevent changes to the communication and promotion of health in the population on the part of Speech Therapy. **Keywords:** Elderly; Ageing; Communication; Social Participation; ICF; Speech Therapy.

Introdução

O aumento do envelhecimento demográfico da população idosa é actualmente um facto relevante na nossa sociedade e à semelhança dos outros países europeus, Portugal, enfrenta actualmente uma realidade com grande impacto a nível social (Paúl e Fonseca, 2005).

De acordo com o INE (2002) apesar, da dificuldade em delimitar cronologicamente em termos etários o início a partir do qual se considera a pessoa idosa, em termos globais e por razões sócio-económicas, definiu-se ser a partir dos 65 anos, deste modo, entende-se por pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos. De acordo com as projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando 32% do total da população, em 2050 (INE, 2001). Estima-se que actualmente existam 1.709.099 pessoas idosas, correspondendo a 16,5% da população em geral. Da totalidade desta população, 41,8% tem idade igual ou superior a 75 anos e há um predomínio do género feminino em relação ao género masculino (INE, 2002).

O envelhecimento é um processo multifactorial que caracteriza o último período da evolução natural da vida, com implicações num conjunto de situações biológicas, sociais, económicas e políticas, que compõem o quotidiano das pessoas que vivem nesta fase (Fernandes, 1997), não tendo este processo a sua origem numa só causa nem um só mecanismo, sendo considerado como um fenómeno normal, universal, ligado ao processo de diferenciação e de crescimento (Imaginário, 2004).

Para Russo (1999) o envelhecimento pode ser definido como um processo progressivo e degenerativo, caracterizado por menor eficiência funcional, com enfraquecimento dos mecanismos de defesa frente às variações ambientais e perda das reservas funcionais, é universal nas espécies e intrínseco, ou seja, não é determinado por factores ambientais, apesar de ser influenciado por eles.

Quando se fala em envelhecimento torna-se relevante realizar a distinção entre senescência que resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal, e senilidade, que é caracterizada por afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa. O limite entre estes dois estados não é preciso e caracteristicamente apresenta zonas de transição frequentes, o que dificulta a discriminação de cada um deles (Freitas, 2006).

Perante o processo de senescência a pessoa idosa torna-se mais susceptível às influências ambientais e frequentemente menos envolvida com o mundo que a rodeia, o que pode ter como consequência o isolamento social. Para que as pessoas mais velhas possam manter-se no seu meio ambiente, é imprescindível que este esteja preparado e adaptado às suas necessidades.

Neste contexto a World Health Organization (2005) recomenda aos países que desenvolvam políticas que facilitem às pessoas um envelhecimento que designa por activo e saudável e que consiste em aproveitar ao máximo as oportunidades de ter um bem-estar físico, psíquico e social durante toda a vida, tendo como objectivos o aumento da qualidade de vida, produtividade e esperança média de vida a idades mais avançadas.

Parente (2006) define a qualidade de vida como “ a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A qualidade de vida para a maioria das pessoas depende da capacidade e oportunidade para comunicar (Salomon, Vesterager e Jagd, 1988 citado por Cruise, 2001). A relação entre a comunicação e a qualidade de vida é mais estudada em pessoas com alterações específicas da comunicação, no entanto na senescência também é possível encontrar dificuldades de comunicação, como resultado do processo de envelhecimento (Bernstein Lewis, 1996; Gravell, 1988; Huntley & Helfer, 1995; Ripich, 1991; Squires, 1996 citado por Cruise, 2001)

Segundo Mascaro (1997) o envelhecimento origina uma deterioração da capacidade comunicativa, do mesmo modo como o faz nos outros aspectos da vida e da saúde.

A comunicação é um acto em que uma pessoa dá ou recebe do outro informações sobre as suas necessidades, desejos, percepções, conhecimento ou estado de espírito. Segundo a ASHA (1992) a comunicação pode ser intencional ou não, pode envolver sinais convencionais ou inconventionais, pode assumir formas linguísticas ou não linguísticas e pode ocorrer através da fala ou de outra forma. Assim todas as pessoas comunicam de algum modo, no entanto a eficácia e a eficiência da comunicação varia de acordo com os diferentes factores pessoais e ambientais.

Segundo Ferreira (2004) a comunicação faz parte da integração social do homem e é fundamental para a satisfação de necessidades básicas, estabelecimento de relações interpessoais, aquisição de novos conhecimentos e para a expressão, compreensão e troca de ideias e informações nos diversos contextos da vida diária (familiar, trabalho, escola e lazer). Como em outras fases da vida, na senescência à comunicação é assegurado um papel nuclear nas relações do sujeito com o mundo, favorecendo a sua participação activa nos diversos ambientes, e que a habilidade comunicativa se constitua em factor decisivo para a independência, autonomia, bem-estar e felicidade do idoso.

Do ponto de vista da Terapia da Fala reconhecem-se no processo de envelhecimento mudanças nos diversos níveis de organização do acto comunicativo: no nível referente à estruturação conceitual do acto de fala pretendido, no de produção e no de compreensão da linguagem (Netto, 2006).

No acto de comunicação estão envolvidas habilidades sensoriais, motoras, cognitivas e linguísticas, reflectindo-se neste, tudo o que for restrito ou limitativo à sua funcionalidade. O envelhecimento natural acarreta modificações heterogéneas nessas habilidades devido às diferenças individuais decorrentes da constituição genética, história de vida, condições de saúde, processos biológicos e neurocognitivos, profissão, estrutura socioeconómica e cultura. Essa heterogeneidade explica as evidências de que alguns processos envelhecem mais precocemente em algumas pessoas e mais tardiamente noutras.

No envelhecimento há reflexos das limitações na comunicação devido a alterações sensoriais, maior sensibilidade às alterações estruturais dos órgãos fonoarticulatórios, dos processos mnésicos e do funcionamento global da memória (Ferreira, 2004).

Segundo Netto (2006) no envelhecimento ocorre a perda de faculdades cognitivas no idoso que pode ser abordada seguindo dois paradigmas: o da fisiologia que se baseia na observação transversal das modificações do funcionamento cognitivo num grande número de pessoas idosas, correlacionando-as com alterações morfológicas no cérebro ou o paradigma da doença em que não se considera a perda das faculdade cognitivas como um fenómeno fisiológico, mas de uma doença ou conjunto de doenças (exemplo: demência).

Firmino (2006) refere que o envelhecimento afecta a visão e a audição o que se torna problemático pois estes dois sentidos têm grande importância na adaptação à vida do dia-a-dia, no convívio social e na comunicação. As alterações visuais que ocorrem com o avançar da idade são caracterizadas pela diminuição da acuidade, da sensibilidade às cores e da percepção em profundidade. No que respeita à audição Plomp (1978) citado por Firmino (2006) refere que 50% das pessoas com idade acima dos 75 anos tem perda da acuidade auditiva, frequentemente denominada de presbiacusia. A pessoa vai perdendo a percepção às frequências elevadas, a capacidade de localizar sinais sonoros, de discriminar a origem dos diferentes sons e tem dificuldade em compreender o discurso das outras pessoas. No que diz respeito à linguagem ocorrem alterações, tais como a dificuldade de nomeação, o discurso redundante e com pouca informação, a dificuldade na compreensão da sintaxe mais complexa e em reter informações (Bilton e Couto, (s.d) citadas por Freitas, 2006). As estruturas envolvidas na produção da linguagem também sofrem alterações ao nível dos músculos relacionados com a mastigação e os músculos faciais que são essenciais para a emissão da linguagem oral, a perda de dentes e a dificuldade de colocação de próteses dentárias nos idosos que podem levar à imprecisão da articulação e as alterações que ocorrem na voz, como por exemplo alterações de altura, caracterizada por agravamento nas mulheres e agudização nos homens entre outras (Netto, 2006). De realçar que as condições físicas de saúde, depressão, expectativas do próprio idoso e do parceiro de comunicação e mudanças no funcionamento cognitivo podem agravar o efeito dessas mudanças.

É de grande relevância ter também em conta os factores indirectamente relacionados com a comunicação como as alterações que ocorrem no sistema músculo-esquelético que tem como consequência dificuldades ou incapacidade de locomoção e resultam em barreiras indirectas para a comunicação uma vez que impedem a pessoa de ir ao

encontro de oportunidades comunicativas e limitam a sua independência e participação em actividades comunicativas e sociais (Netto, 2006).

Considerando-se que a senescência traz alterações na funcionalidade do indivíduo em consequência de alterações biológicas, psicológicas, sociais e/ou ambientais, que afectam directamente a posição social e o papel desempenhado pelo indivíduo, qualificando-o ou desqualificando-o para o seu exercício ou interferindo directamente nas suas condições de autonomia e independência e, tendo em vista, que em relação à linguagem, o declínio não é homogéneo, torna-se pertinente o estudo da funcionalidade da comunicação dos idosos visando um melhor conhecimento dos processos de envelhecimento e de adaptação tendo em conta as várias dimensões que a constituem (Garcia e Mansur, 2006).

Segundo Garcia e Mansur (2006) a comunicação funcional é a habilidade de receber e transmitir mensagens, de modo efectivo e independente de acordo com as exigências do contexto ambiental.

Esta definição é abrangente e diz respeito à totalidade do processo e não somente a um aspecto isolado, como inteligibilidade de fala, compreensão, leitura e outros. Inclui toda modalidade de comunicação verbal e não verbal e enfoca a eficiência e independência comunicativa como respostas apropriadas para o dia-a-dia.

Segundo Paúl e Fonseca (2005), a noção de funcionalidade, ou capacidade funcional, está relacionada com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de viver sozinho no domicílio.

No presente estudo, o envelhecimento foi descrito através de uma abordagem biopsicossocial, usando para esse efeito a Classificação Internacional da Funcionalidade - CIF (OMS, 2004) que expõem questões relacionadas com a funcionalidade da pessoa através da interacção da condição de saúde, factores pessoais e factores ambientais, que são influenciados e influenciam as funções e estruturas do corpo e consequentemente a actividade e participação dos indivíduos na vida. Descreveu-se a pessoa idosa nestas componentes de forma a potencializar a compreensão do impacto do envelhecimento na actividade comunicativa e participação social desta população. Na consulta dos

descritores da CIF no domínio actividade e participação é possível encontrar um capítulo que se refere às características da comunicação (capítulo 3).

A CIF é uma classificação com múltiplas finalidades elaborada para servir a várias disciplinas e sectores diferentes. Os seus objectivos específicos podem ser resumidos da seguinte forma: proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde e das condições com ela relacionadas, como por exemplo orientar o Terapeuta da Fala na prática clínica e no processo de investigação de modo a expandir as áreas de conhecimento sobre os factores pessoais, ambientais e participação de pessoas com alterações da comunicação e permitir a investigação dos qualificadores e classificação da CIF relevantes para a Terapia da Fala; estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, tais como, profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e o público, incluindo pessoas com incapacidades; permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo; proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde. Estes objectivos estão inter-relacionados dado que a necessidade de aplicar a CIF e a sua utilização requerem a construção de um sistema prático e útil que possa ser aplicado por vários utilizadores na política de saúde, na garantia da qualidade e na avaliação de resultados em diferentes culturas (OMS, 2004; Washington, 2007; Worrall e Hickson, 2008).

Esta classificação permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade da pessoa e as suas restrições. Assim, possibilita a quem utiliza esta classificação registar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas em vários domínios. Esta classificação organiza a informação em duas partes: (1) funcionalidade e incapacidade e (2) factores contextuais. Cada parte tem vários componentes: (1) o componente funções e estruturas do corpo; e o componente actividade (execução de uma tarefa ou acção por um individuo) e participação (envolvimento numa situação da vida) que inclui os domínios que indicam aspectos da funcionalidade na perspectiva individual e social; (2) o componente factores ambientais que inclui o ambiente físico, social e atitudinal no qual as pessoas vivem e conduzem a sua vida e o componente factores pessoais, tais como a idade, sexo, escolaridade que não são classificados pela

CIF devido à grande variedade social e cultural associada aos mesmos (OMS, 2004 citado por Ramos, 2008).

Todas as componentes da CIF descritas anteriormente podem ter um impacto no envelhecimento activo, conceito aplicável tanto a indivíduos como a populações, que foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) para promover a noção de que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva que consiste em viver envelhecendo com optimização de oportunidades que proporcionam saúde, participação e segurança, de modo a que se tenha qualidade de vida e bem-estar.

Para que seja possível envelhecer saudavelmente, há que promover a saúde. Neste sentido os Terapeutas da Fala podem intervir de forma preventiva, desenvolvendo as questões relacionadas com o reconhecimento da importância da comunicação, promovendo a participação dos idosos em actividades comunicativas diárias para limitar o impacto das alterações relacionadas com a comunicação, de modo a que a participação social seja mantida na pessoa idosa.

A American Speech-Language and Hearing Association (ASHA, 1988) considerou a prevenção de alterações da comunicação como uma das principais responsabilidades da profissão. O foco principal da profissão tem sido na identificação e tratamento das alterações da comunicação existentes, no entanto os Terapeutas da Fala devem direccionar a atenção para a prevenção, apesar desta exigir esforços redobrados para eliminar o aparecimento de alterações da comunicação e promover o desenvolvimento e manutenção da comunicação ideal. Neste sentido poderá ser realizada a prevenção primária que consiste na eliminação ou a inibição do desenvolvimento de uma alteração da comunicação, alterando a susceptibilidade ou redução da exposição de pessoas susceptíveis. Na Prevenção secundária poderão ser realizadas a detecção e o tratamento precoce de alterações de comunicação. A detecção e o tratamento precoce podem eliminar ou retardar o progresso da alteração, evitando futuras complicações. Na prevenção terciária deverá haver a redução de uma alteração por se tentar repor o funcionamento eficaz.

O terapeuta da fala deverá ter um papel importante no desenvolvimento e na aplicação de estratégias de prevenção, realizar mais investigação sobre as causas das alterações da comunicação e variáveis que influenciam o desenvolvimento e manutenção das

capacidades de comunicativas de modo a promover práticas de saúde e bem estar relacionando-as com a prevenção (ASHA, 1988).

Deste modo, através da breve revisão da literatura científica, verifica-se a existência de diversos factores identificados como predisponentes das alterações que podem ocorrer na comunicação no processo de envelhecimento. Worrall e Hickson (2003) referem que é importante a Terapia da Fala investigar a comunicação no envelhecimento porque está a aumentar a proporção de pessoas idosas na população, as alterações da comunicação tem uma grande prevalência nos idosos e um grande impacto na sua qualidade de vida.

Verifica-se que este tema tem sido alvo de estudos a nível internacional, dado constituir uma realidade a nível mundial e um foco de crescimento para a Terapia da Fala de forma a que seja possível a manutenção da comunicação e promoção da saúde nesta população (Worrall e Hickson, 2003 citado por Cruice, 2005). Porém, surge a necessidade da realização de estudos a nível nacional, que procurem perceber e conhecer melhor tanto a população idosa portuguesa como o impacto que os factores relacionados com o envelhecimento têm sobre esta, uma vez que os factores podem diferir sob a dimensão sócio-cultural, considerando o contexto e a cultura inerente ao nosso país.

Sabendo que o contexto social tem influência sobre vários factores do envelhecimento que podem estar relacionados com a comunicação e participação social, para este estudo foi escolhida uma amostra de idosos do concelho de Angra do Heroísmo na Ilha Terceira (contexto rural). Segundo o Censos 2001 (INE, 2001) na Ilha Terceira existem 55 833 habitantes, a população residente no concelho de Angra do Heroísmo é de 35 065 habitantes, distribuídos por 19 freguesias. Grande parte da população retira o seu rendimento da agricultura, pecuária e de outras actividades e serviços. Quanto à escolaridade verifica-se que a taxa de analfabetismo é de 9,3%, comparativamente ao total nacional. Os Açores registaram taxas de analfabetismo superiores para os homens, registando as mulheres a segunda taxa mais baixa do país. A proporção da população com o 3º ciclo do ensino básico é de 30,4%. No que diz respeito ao índice de envelhecimento, que traduz a relação entre a população idosa e jovem, registou-se o valor mais baixo comparativamente com as restantes regiões do país, estima-se que existam nos Açores cerca de 31 319 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

Assim, a realização deste estudo assume importância, tendo sido definidas duas questões orientadoras “Qual o perfil comunicativo da pessoa idosa da Ilha Terceira?” e “Quais os factores que influenciam a comunicação e participação social da pessoa idosa da Ilha Terceira?”. De forma a dar resposta às questões orientadoras, foram estabelecidos os seguintes objectivos: descrever a actividade comunicativa dos idosos; descrever a participação social dos idosos; explorar a relação entre as funções e estruturas do corpo, os factores contextuais (factores ambientais e factores pessoais) e a comunicação e participação social no envelhecimento.

Metodologia

Tipo de estudo

Este estudo é descritivo-correlacional porque tem por objectivo descrever as variáveis, de forma a identificar as características comunicativas e sociais da amostra e explorar as relações entre todas as variáveis descritas.

Amostra

A recolha da amostra foi realizada por um método de amostragem não probabilístico, nomeadamente amostragem por redes ou «em bola de neve» em que as pessoas idosas recrutadas inicialmente sugeriram, a pedido da investigadora, outros idosos que lhes pareceram apropriados para participar no estudo. Esta amostra apoiou-se nas redes sociais, nas amizades e no facto de que os amigos partilham certas características em comum. Quando a investigadora encontrou indivíduos que respondiam aos critérios de inclusão, ela pediu-lhes que indicassem outras pessoas que apresentassem as mesmas características pelas quais foram escolhidas (Fortin, 2009).

Como variáveis de inclusão e de forma a ser possível uma amostra significativa, estabelecemos as seguintes características: ter idade igual ou superior a 65 anos, ter como língua materna o Português Europeu, viver em Angra do Heroísmo, não possuir perturbação neurológica, não ter perturbação ao nível da saúde mental, não viver numa instituição.

Para garantir a representatividade e a significância da amostra, incluiu-se 36 (n=36) pessoas idosas no estudo, tendo sido posteriormente excluídas 3 pessoas por apresentarem défice cognitivo ou acidente vascular cerebral.

A caracterização sócio-demográfica detalhada da amostra pode ser observada no quadro 1. A amostra é, constituída por 33 sujeitos que apresentam em média 74 anos de idade (DP=5,33), tendo a pessoa mais nova 65 e a pessoa mais velha 86 anos. São na sua maioria do género feminino (60,6%), casados (48,5%), naturais (60,6%) e com residência (90,9 %) na freguesia de S. Bartolomeu do concelho de Angra do Heroísmo, na ilha Terceira.

Vinte e um dos participantes (63,6%) frequentaram a 4.^a classe e, relativamente à sua profissão, 51,5% (n=17) são domésticas seguindo-se os lavradores 9,1% (n=3).

Quadro 1: Caracterização sócio-demográfica da amostra (n=33)

Variável	Respostas	Frequência (%)	Média (Desvio Padrão)	Min. - Max.	Moda
Idade	-	-	74,0 (5,33)	65-86	74 e 77
Género	Feminino	20 (60,6 %)	-	-	-
	Masculino	13 (39,4 %)	-	-	-
Estado Civil	Casado (a)	16 (48,5 %)	-	-	-
	Viúvo (a)	13 (39,4 %)	-	-	-
	Solteiro (a)	4 (12,1%)	-	-	-
Escolaridade	Analfabeto (a)	3 (9,1%)	-	-	-
	1. ^a Classe	1 (3,0%)	-	-	-
	3. ^a Classe	6 (18,2%)	-	-	-
	4. ^a Classe	21 (63,6%)	-	-	-
	Básico (5 ^o /6 ^o anos)	2 (6,1%)	-	-	-
Profissão	Doméstica	17 (51,5%)	-	-	-
	Lavrador	3 (9,1%)	-	-	-
	Mecânico	2 (6,1%)	-	-	-
	Carpinteiro	2 (6,1%)	-	-	-
	Agricultor	2 (6,1%)	-	-	-
	Bombeiro	1 (3,0%)	-	-	-
	Comerciante	1 (3,0%)	-	-	-
	Fiscal Municipal	1 (3,0%)	-	-	-
	Auxiliar de Enfermagem	1 (3,0%)	-	-	-
	Enfermeira	1 (3,0%)	-	-	-
	Cantoneiro	1 (3,0%)	-	-	-
	Electricista	1 (3,0%)	-	-	-
Naturalidade	S. Bartolomeu	20 (60,6%)	-	-	-
	S. Mateus	8 (24,2%)	-	-	-
	Sta. Barbara	3 (9,1%)	-	-	-
	Sta. Luzia de Angra	2 (6,1%)	-	-	-
Freguesia onde reside	S. Bartolomeu	30 (90,9%)	-	-	-
	S. Mateus	3 (9,1%)	-	-	-

Instrumentos de recolha de dados

Para levar a cabo a recolha de dados, foi elaborado um questionário dos dados sócio-demográficos, realizada a tradução e adaptação das *checklists* de actividades comunicativas e sociais e aplicado o Mini Mental State Examination (MMSE) como forma de selecção da amostra.

O Questionário dos dados Sócio-Demográficos (Barcelos, J. e Vital, P., 2009) (Apêndice I) é constituído pelos principais dados demográficos a ter em conta para a selecção e caracterização da amostra, onde são colocadas questões de resposta fechada e semi-aberta: género, idade, estado civil, escolaridade, profissão, língua materna, naturalidade, freguesia onde reside, condição de saúde e factores ambientais.

A *Checklist* de Actividades Comunicativas (COMACT) (adaptado por Barcelos, J. e Vital P., 2009 de Cruice., 2001 e Worrall e Hickson., 2003) (Apêndice II) consiste numa lista de 45 actividades comunicativas incluindo actividades relacionadas com a fala, audição, leitura e escrita. Os itens foram concebidos para discriminar a comunicação que ocorre com diferentes parceiros de comunicação ou ambientes, relacionados com as diferentes actividades da vida diária. Os participantes marcam para cada actividade a frequência com que a realiza. As actividades incluem as frequências: diária, semanal, quinzenal, mensal, raramente / às vezes (uma a seis vezes por ano), nunca e não respondo numa escala de tipo Lickert (Cruice, 2005).

A *Checklist* das Actividades Sociais (SOCACT) (adaptado por Barcelos, J. e Vital P., 2009 de Cruice., 2001 e Worrall e Hickson., 2003) (Apêndice III) consiste numa lista de 20 itens que permite quantificar a frequência, o envolvimento e a satisfação dos participantes em actividades sociais, incluiu três categorias de actividades sociais: Lazer (11 itens), informal (4 itens) e formal (5 itens). As actividades incluem as frequências: diariamente, semanal, quinzenal, mensal, raramente / às vezes (três a quatro vezes por ano), nunca e não respondo numa escala de tipo Lickert (Cruice, 2005).

A prova Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, 1975) (Anexo I) é uma prova de avaliação breve do estado cognitivo que pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde e avalia as funções mentais da memória, orientação, atenção, calculo e linguagem. Considerando-se défice, para uma pontuação máxima de 30, se a

pontuação for menor ou igual que 15 em analfabetos, menor ou igual que 22 nos idosos com escolaridade entre 1 e 11 anos, e menor ou igual que 27 nos que têm escolaridade superior a 11 anos. Esta prova tem a duração de aplicação entre 5 a 15 minutos (Firmino, 2006).

Procedimentos

Na fase inicial do projecto, delineou-se o objecto de estudo, procedendo-se a uma pesquisa e análise (contínua ao longo de todo o trabalho) de artigos e livros (referenciados na bibliografia) relacionados com o tema proposto de forma a justificarmos e aprofundarmos teoricamente o presente tema.

Segundo Fortin (2009) na maior parte dos casos, o investigador utiliza questionários testados, o que tem a vantagem de permitir a comparação dos resultados obtidos com os que já foram publicados, apesar de por vezes ser necessário traduzir o questionário para a língua dos participantes e de o adaptar ao meio onde é aplicado.

Foi desenvolvido um questionário para recolha dos dados sócio-demográficos e efectuado um pré-teste dos 3 instrumentos com uma amostra de 10 pessoas pertencentes ao 4º ano do curso de Terapia da Fala ministrado na Universidade Atlântica e a três pessoas com as características da amostra que se pretende estudar de forma a melhorar a construção do questionário dos dados sócio-demográficos e da tradução e adaptação das checklists. Com o resultado do pré-teste foram efectuadas pequenas alterações nas checklists de ordem semântica, de forma a melhorar a tradução e facilitar a compreensão do conteúdo, foi introduzida a frequência “diária” e as questões (“quais?” e “o quê?”) na checklist das actividades sociais, para se obter uma informação mais detalhada relativamente à satisfação e limitação dos idosos na realização das actividades sociais.

Após a realização das rectificações nos instrumentos foram efectuados os contactos necessários com os elementos da amostra e após o consentimento, deu-se início à recolha de dados. A recolha de dados foi realizada em Abril de 2010 no domicílio dos participantes e no centro de convívio de S. Bartolomeu, inicialmente foi apresentada a declaração comprovativa do estudo, entregue o pedido de autorização à responsável do centro de convívio de S. Bartolomeu (Apêndice IV) e a folha informativa

(consentimento informado) à amostra (Apêndice V) onde estão esclarecidos com uma linguagem dirigida às pessoas idosas os objectivos do estudo e onde é assegurada a confidencialidade dos dados. Posteriormente foi realizada a recolha de dados através do preenchimento dos instrumentos por parte da investigadora na presença do participante (questionário-entrevista). No início tinha-se estabelecido que a recolha de dados seria através de preenchimento do questionário por parte dos idosos, no entanto revelou-se mais funcional, realizar-se a recolha de dados através de questionário-entrevista devido às características da amostra.

A ordem de aplicação dos instrumentos foi estabelecida sendo inicialmente aplicado o Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, 1975) para se avaliar o estado cognitivo dos idosos como forma de rastreio, de seguida aplicou-se o questionário dos dados Sócio-Demográficos (Barcelos, J. e Vital, P., 2009) com o objectivo de se caracterizar a população em estudo e seguidamente foi aplicada a Checklist de Actividades Comunicativas (COMACT) (adaptado por Barcelos, J., e Vital P., 2009 de Cruice., 2001 e Worrall e Hickson., 2003) e a Checklist das Actividades Sociais (SOCACT) (adaptado por Barcelos, J. e Vital P., 2009 de Cruice., 2001 e Worrall e Hickson., 2003).

Com base nas respostas observadas, foi construída através do software SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences) uma base de dados, para se realizar através desta uma análise estatística e exposição dos resultados, utilizando a estatística descritiva com recurso ao cálculo de médias, valores mínimos e máximos, frequências e percentagens para as variáveis de caracterização e análise descritiva dos diferentes itens dos instrumentos de recolha de dados. Foi igualmente utilizada a estatística inferencial do tipo correlacional utilizando o teste paramétrico ANOVA I para o estudo de relação e variabilidade entre as variáveis.

De realçar que ao longo de todo o processo de investigação foram tidas em conta as regras referentes aos quatro princípios de ética contempladas no código de ética do Terapeuta da Fala, tais como: informar os participantes sobre todos os aspectos da investigação; garantir a confidencialidade da informação obtida; garantir os direitos daqueles que participam voluntariamente no trabalho de investigação; não adulterar os

resultados obtidos no estudo; informar os participantes dos resultados da investigação e realizar uma rigorosa referenciação das fontes bibliográficas utilizadas (ASHA, 2010).

Resultados

Os resultados do presente estudo são apresentados de acordo com os objectivos traçados inicialmente e nas respostas da amostra.

Iniciamos a apresentação dos resultados com a caracterização do estado cognitivo dos idosos. Relativamente à avaliação do nível cognitivo através da aplicação da escala MMSE (quadro 2), obteve-se um *score* mais frequente (moda) de 23 (21,2%) seguindo-se o *score* de 27 (18,2%). O *score* médio é de 26 (mínimo 19 e máximo 30). Considerando, assim, que o máximo *score* do MMSE é de 30 valores, conclui-se que esta amostra apresenta um nível cognitivo razoável uma vez que a maioria 63,6% (n=21) apresenta apenas a 4.^a classe. Estes resultados encontram-se relacionados com o facto de ser esperado que nenhum participante apresentasse défice cognitivo.

Quadro 2: Caracterização do nível cognitivo (MMSE) da amostra (n=33).

Variável	Score total	Frequência (%)	Média (Desvio Padrão)	Min. - Max.	Moda
MMSE	23	7 (21,2%)	-	-	-
	27	6 (18,2%)	-	-	-
	25	5 (15,2%)	-	-	-
	26	4 (12,1%)	-	-	-
	30	3 (9,1%)	-	-	-
	29	3 (9,1%)	-	-	-
	24	2 (6,1%)	-	-	-
	28	2 (6,1%)	-	-	-
	19	1 (3,0%)	-	-	-
	-	-	-	26 (2,58)	19-30

Relativamente às funções e estruturas do corpo (quadro 3) a maioria da amostra 36,4% (n = 12) referiu que apresenta uma perda auditiva ligeira e 97% (n=32) não usa prótese auditiva, 90,9% (n = 30) apresenta perda visual moderada e 97% (n=32) usa óculos. O total da amostra (n=33) apresenta ausência de dentes e a maioria 93,9% (n=31) usa prótese dentária. No que diz respeito à mobilidade 57,6% (n=19) apresenta limitações na mobilidade, no entanto a maioria (n=12) não utiliza auxiliares na locomoção.

Quadro 3: Caracterização das Funções e Estruturas do Corpo (n=33).

Variável	Respostas	F (%)
Audição	Perda Auditiva Ligeira	12 (36,4%)
	Perda Auditiva Moderada	11 (33,3%)
	Normal	9 (27,3%)
	Perda Auditiva Grave	1 (3,0%)
Usa prótese auditiva	Não	32 (97%)
	Sim	1 (3%)
Visão	Perda Visual Moderada	30 (90,9%)
	Perda Visual Ligeira	3 (9,1%)
Usa óculos	Sim	32 (97%)
	Não	1 (3%)
Ausência de dentes	Sim	33 (100%)
Prótese dentária	Sim	31 (93,9%)
	Não	2 (6,1%)
Limitações na mobilidade	Sim	19 (57,6%)
	Não	14 (42,4%)
Uso de auxiliares	Não	12 (36,4%)
	Bengala	4 (12,1%)
	Muletas	3 (9,1%)
	Cadeira de Rodas	1 (3,0%)

Quanto aos factores ambientais (quadro 4) 45,5% (n=15) não recebe qualquer tipo de apoio, enquanto 39,4% (n=13) frequenta o centro de convívio semanalmente, a maioria da amostra 48,5% (n=16) vive e passa a maioria do seu tempo com o cônjuge. Seriam necessárias mais informações para se caracterizar melhor os factores ambientais da amostra.

Quadro 4: Caracterização dos factores ambientais (n=33).

Variável	Respostas	F (%)
Com quem vive?	Cônjuge	16 (48,5%)
	Filhos	8 (24,2%)
	Sozinho (a)	4 (12,1%)
	Irmã	4 (12,1%)
	Sobrinha	1 (3%)
Com quem passa a maioria do seu tempo?	Cônjuge	16 (48,5%)
	Filhos	6 (18,2%)
	Sozinho (a)	5 (15,2%)
	Irmã	4 (12,1%)
	Netos	1 (3%)
	Sobrinha	1 (3%)
Recebe algum tipo de apoio?	Não	15 (45,5%)
	Centro de convívio, semanalmente	13 (39,4%)
	Centro de convívio, trisemanalmente	2 (6,1%)
	Fisioterapia, diariamente	2 (6,1%)
	Domiciliário	1 (3%)

As checklists das actividades comunicativas e sociais aplicadas foram submetidas à análise da sua consistência interna através do índice alpha de Cronbach no qual se

obteve um alpha (α) igual a 0,910. Segundo Maroco e Garcia-Marques (2006) o índice α varia numa escala de 0 a 1, este índice é conhecido por consistência interna do instrumento ou teste em que quanto maior é a homogeneidade dos itens, maior é a consistência com que mede o constructo teórico. Por outro lado a consistência interna estima a fiabilidade do instrumento porque quanto menor é a variabilidade de um mesmo item numa amostra de sujeitos, menor é o erro de medida que este possui (Pasquali, 2003 citado por Maroco e Garcia-Marques, 2006). Considera-se que um instrumento tem fiabilidade apropriada quando o α é pelo menos 0.70 (Nunnally, 1978 citado por Maroco e Garcia-Marques, 2006). Sendo assim as *checklists* apresentam uma fiabilidade elevada uma vez que se obteve um α de 0,910 e segundo Murphy e Davidsholder (1988) adaptado de Peterson (1994) citado por Maroco e Garcia-Marques (2006) uma escala apresenta uma fiabilidade elevada quando o α é superior a 0,9.

No que concerne às actividades comunicativas (quadro 5) é possível verificar que as actividades comuns a todos os participantes são: “falar com a família”, “falar com os amigos”, “falar para/com conhecidos”, “falar sobre fotografias”, “rezar”, “ouvir a televisão”, “ouvir as notícias”, “ouvir e acompanhar uma conversa”, “ouvir e acompanhar um grupo de pessoas a conversar” e “ouvir um discurso”.

Uma parte significativa da amostra realiza algumas actividades relacionadas com a fala e audição diariamente, tais como: ouvir as notícias (97%) e a televisão (93,9%), rezar (90,9%), falar com a família, ouvir e acompanhar uma conversa (72,7%) e falar ao telefone (51,5%). Uma percentagem expressiva de sujeitos fala num pequeno grupo de pessoas (69,7%) e com os amigos (66,7%), semanalmente.

Existem várias actividades relacionadas com a fala, audição, leitura e escrita que raramente ou nunca são realizadas, tais como: falar com desconhecidos (93,9%), falar sobre fotografias (75,8%), consultar a lista telefónica (66,7%), ler boletins informativos (60,6%), ler livros (54,5%), ouvir um discurso (51,5%), ler revistas, panfletos (48,5%) e escrever mensagens (39,4%). Existe também uma parte significativa da amostra que nunca lê e-mails, nem escreve histórias ou artigos para o jornal (97%), não faz palavras cruzadas nem preenche questionários ou formulários (93,9%). Vinte e nove pessoas (87,9%) não escreve num diário, 69,7% nunca consulta mapas ou indicações e 60,7% não consulta o horário do autocarro ou do comboio.

Quadro 5: Análise das actividades comunicativas da amostra (n=33).

Com que frequência realiza estas actividades?	Diariamente	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Raramente	Nunca
1.Falar com o cónjuge	16 (48,5%)	-	-	-	-	17 (51,5%)
2.Falar com a família	24 (72,7%)	9 (27,3%)	-	-	-	-
3.Falar com os amigos	8 (24,2%)	22 (66,7%)	2 (6,1%)	1 (3%)	-	-
4.Falar com os vizinhos	6 (18,2%)	9 (27,3%)	8 (24,2%)	-	9 (27,3%)	1 (3%)
5.Falar com comerciantes	3 (9,1%)	9 (27,3%)	4 (12,1%)	2 (6,1%)	10 (30,3%)	5 (15,2%)
6.Falar com o animal de estimação	15 (45,5%)	-	-	-	2 (6,1%)	16 (48,5%)
7.Falar ao telefone	17 (51,5%)	10 (30,3%)	1 (3%)	-	3 (9,1%)	2 (6,1%)
8.Falar num pequeno grupo de pessoas	4 (12,1%)	23 (69,7%)	1 (3%)	1 (3%)	3 (9,1%)	1 (3%)
9.Falar num grande grupo de pessoas	-	6 (18,2%)	-	1 (3%)	10 (30,3%)	16 (48,5%)
10.Falar para/com conhecidos	8 (24,2%)	21 (63,6%)	-	-	4 (12,1%)	-
11.Falar para/com desconhecidos	-	-	-	1 (3%)	31 (93,9%)	1 (3%)
12.Falar sobre fotografias	-	-	1 (3%)	7 (21,7%)	25 (75,8%)	-
13.Contar histórias e piadas	3 (9,1%)	7 (21,7%)	-	2 (6,1%)	15 (45,5%)	6 (18,2%)
14.Fazer apostas	4 (12,1%)	-	-	1 (3%)	5 (15,2%)	23 (69,7%)
15.Fazer o pedido de uma bebida	3 (9,1%)	3 (9,1%)	-	1 (3%)	17 (51,5%)	9 (27,3%)
16.Rezar	30 (90,9%)	2 (6,1%)	-	-	1 (3%)	-
17.Ouvir rádio	5 (15,2%)	4 (12,1%)	-	3 (9,1%)	15 (45,5%)	6 (18,2%)
18.Ouvir a televisão	31 (93,9%)	2 (6,1%)	-	-	-	-
19. Ouvir as notícias	32 (97%)	1 (3%)	-	-	-	-
20.Ouvir programas de desporto	-	2 (6,1%)	6 (18,2%)	2 (6,1%)	15 (45,5%)	8 (24,2%)
21.Ouvir e acompanhar uma conversa	24 (72,7%)	9 (27,3%)	-	-	-	-
22.Ouvir e acompanhar um grupo de pessoas a conversar	3 (9,1%)	22 (66,7%)	1 (3%)	-	7 (21,7%)	-
23.Ouvir um discurso	8 (24,2%)	4 (12,1%)	3 (9,1%)	1 (3%)	17 (51,5%)	-
24.Ler cartas ou cartões	-	-	-	-	26 (78,8%)	7 (21,2%)
25.Ler e-mails	-	-	1 (3%)	-	-	32 (97%)
26.Ler panfletos	-	6 (18,2%)	-	2 (6,1%)	16 (48,5%)	9 (27,3%)
27.Ler revistas	1 (3%)	3 (9,1%)	-	4 (12,1%)	16 (48,5%)	9 (27,3%)
28.Ler jornais	4 (12,1%)	4 (12,1%)	2 (6,1%)	8 (24,2%)	7 (21,7%)	8 (24,2%)

Quadro 6: Análise das actividades comunicativas da amostra (n=33).

Com que frequência realiza estas actividades?	Diariamente	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Raramente	Nunca
29.Ler livros	2 (6,1%)	2 (6,1%)	1 (3%)	1 (3%)	18 (54,5%)	9 (27,3%)
30.Consultar a lista telefónica	-	-	-	1 (3%)	22 (66,7%)	10 (30,3%)
31.Ler facturas e contas	-	-	1 (3%)	21 (63,6%)	4 (12,1%)	7 (21,2%)
32.Ler o extracto bancário	-	3 (9,1%)	4 (12,1%)	10 (30,3%)	4 (12,1%)	12 (36,4)
33.Ler boletins informativos	-	5 (15,2%)	-	1 (3%)	20 (60,6%)	7 (21,7%)
34.Fazer palavras cruzadas	-	-	-	-	2 (6,1%)	31 (93,9%)
35.Ler instruções ou etiquetas	-	-	1 (3%)	21 (63,6%)	-	11 (33,3%)
36.Consultar o horário do autocarro ou do comboio	-	-	1 (3%)	-	12 (36,4%)	20 (60,6%)
37.Consultar mapas ou indicações	-	-	-	-	10 (30,3%)	23 (69,7%)
38.Escrever cartas e cartões	-	-	-	-	16 (48,5%)	17 (51,5%)
39.Escrever histórias e artigos para o jornal	-	-	-	-	1 (3%)	32 (97%)
40.Escrever listas de compras	9 (27,3%)	3 (9,1%)	-	2 (6,1%)	8 (24,2%)	11 (33,3%)
41.Escrever num diário	-	-	1 (3%)	-	3 (9,1%)	29 (87,9%)
42.Passar cheques	-	1 (3%)	-	5 (15,2%)	16 (48,5%)	11 (33,3%)
43.Preencher questionários/formulários	-	-	-	-	2 (6,1%)	31 (93,9%)
44.Escrever mensagens	2 (6,1%)	2 (6,1%)	1 (3%)	3 (9,1%)	13 (39,4%)	12 (36,4%)
45.Fazer puzzles ou jogos de palavras	-	-	-	-	3 (9,1%)	30 (90,9%)

Relativamente à participação nas actividades sociais (quadro 6) é possível verificar que a actividade de lazer “ver televisão” e a actividade informal “ir a festas de familiares” são realizadas por todos os participantes.

Uma grande percentagem da amostra vê televisão (93,9%) e vai à igreja ou actividades religiosas da comunidade (84,8%), diariamente.

Dezassete pessoas (51,5%) referem investir semanalmente nos passatempos o que está relacionado com o facto da maioria dos participantes frequentar o centro de convívio local semanalmente (39,4%) ou trissemanalmente (6,1%).

Uma parte expressiva da amostra raramente ou nunca realiza actividades de lazer, informais e formais. Algumas das actividades raramente realizadas, são: ir a festas de familiares (100%), ir a restaurantes (72,7%), participar em actividades ao ar livre (69,7%), visitar exposições, museus, bibliotecas (57,6%), ler e visitar e/ou ajudar amigos/familiares (54,5%). Foi verificado que existem várias actividades que nunca são realizadas pela maioria dos idosos tais como: ir a reuniões profissionais ou do sindicato (100%), ir a aulas ou palestras (93,9%), ir a eventos ou a actividades políticas (81,8%), ir a bares/cafés (60,6%), ir ao cinema, teatro, concertos, jogos e viajar ou fazer excursões (51,5%).

No que diz respeito à satisfação dos idosos relativamente às actividades sociais que realizam, verificou-se que 75,8% (n=25) dos sujeitos encontram-se satisfeitos e apenas 24,2% (n=8) gostariam de realizar mais actividades, nomeadamente 7 pessoas gostariam de frequentar com maior frequência o centro de convívio (quadro 7).

Relativamente à última questão colocada (quadro 7) a maioria dos idosos respondeu que existe alguma coisa que o limita na realização das actividades (72,7%). Foi referida como principal limitação a dificuldade na locomoção (n=15), seguindo-se a dificuldade na audição (n=8).

Quadro 6: Análise das actividades sociais da amostra (n=33).

Com que frequência realiza estas actividades?	Diariamente	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Raramente	Nunca
1. Visitar exposições, museus, bibliotecas	-	-	-	-	19 (57,6%)	14 (42,4%)
2. Ir ao cinema, teatro, concertos, jogos	-	-	-	-	16 (48,5%)	17 (51,5%)
3. Ir a restaurantes	-	-	-	-	24 (72,7%)	9 (27,3%)
4. Ir às compras	4 (12,1%)	5 (15,2%)	4 (12,1%)	7 (21,7%)	8 (24,2%)	5 (15,2%)
5. Ver televisão	31 (93,9%)	2 (6,1%)	-	-	-	-
6. Ler	4 (12,1%)	7 (21,7%)	-	1 (3%)	18 (54,5%)	3 (9,1%)
7. Fazer exercício ou praticar desporto	4 (12,1%)	2 (6,1%)	8 (24,2%)	-	5 (15,2%)	14 (42,4%)
8. Participar em actividades ao ar livre	2 (6,1%)	-	-	-	23 (69,7%)	8 (24,2%)
9. Viajar ou fazer excursões	-	-	-	-	16 (48,5%)	17 (51,5%)
10. Jogar às cartas ou a outros jogos de mesa	3 (9,1%)	4 (12,1%)	1 (3%)	-	12 (36,4%)	13 (39,4%)
11. Investir nos passatempos	11 (33,3%)	17 (51,5%)	-	-	2 (6,1%)	3 (9,1%)
12. Brincar com/ou ajudar os filhos/netos	7 (21,7%)	3 (9,1%)	-	3 (9,1%)	13 (39,4%)	7 (21,7%)
13. Visitar e/ou ajudar amigos/familiares	1 (3%)	6 (18,2%)	2 (6,1%)	5 (15,2%)	18 (54,5%)	1 (3%)
14. Ir a festas de familiares	-	-	-	-	33 (100%)	-
15. Ir à igreja ou actividades religiosas da comunidade	28 (84,8%)	-	-	1 (3%)	3 (9,1%)	1 (3%)
16. Ir a reuniões de organizações voluntárias ou de caridade social	-	1 (3%)	-	2 (6,1%)	4 (12,1%)	26 (78,8%)
17. Ir a reuniões profissionais ou do sindicato	-	-	-	-	-	33 (100%)
18. Ir a aulas ou palestras	-	-	-	-	2 (6,1%)	31 (93,9%)
19. Ir a bares/cafés	4 (12,1%)	4 (12,1%)	-	-	5 (15,2%)	20 (60,6%)
20. Ir a eventos ou actividades políticas	-	-	-	-	6 (18,2%)	27 (81,8%)

Quadro 7: Análise da satisfação e limitações da amostra relativamente às actividades sociais (n=33).

Por favor assinale apenas uma opção	Frequência (%)	Respostas	Frequência (%)
Estou satisfeito(a) com as actividades que realizo	25 (75,8%)	-	-
Gostaria de realizar mais actividades	8 (24,2%)	Mais dias de centro de convívio	6 (18,2%)
		Mais ginástica e mais dias de centro de convívio	1 (3%)
		Viajar	1 (3%)
Há alguma coisa que o (a) limite na realização destas actividades sociais e recreativas?	Frequência (%)	Respostas	Frequência (%)
Não	9 (27,3%)	-	-
		Dificuldade na locomoção	12 (36,4%)
		Dificuldade em ver	4 (12,1%)
		Dificuldade em ouvir e na locomoção	3 (9,1%)
Sim	24 (72,7%)	Dificuldade em ouvir	2 (6,1%)
		Dificuldade em ouvir e em ver	1 (3%)
		Diminuição da fluência da fala, dificuldade em ouvir e dificuldade na locomoção	1(3%)
		Dificuldade em ouvir, ver e na locomoção	1(3%)

Foram efectuados testes paramétricos ANOVA I tendo em vista determinar a relação entre variáveis, nomeadamente entre a comunicação, a participação social, a condição de saúde e os factores pessoais e ambientais no envelhecimento, com base no quadro de referência estabelecido (Apêndice VI).

No que diz respeito à relação entre as variáveis consideradas nas funções e estruturas do corpo e as actividades comunicativas foi possível identificar que são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) a relação entre a audição e falar com os amigos ($p = 0,005$), ouvir e acompanhar um grupo de pessoas a conversar ($p = 0,009$) e falar com conhecidos ($p = 0,034$). Relativamente à mobilidade foi encontrada uma relação estatisticamente significativa em falar com conhecidos ($p = 0,041$) e quanto ao estado cognitivo identificou-se como resultado estatisticamente significativo escrever histórias e artigos para o jornal ($p = 0,023$) e escrever mensagens ($p = 0,032$).

Quadro 8: Relação estatisticamente significativa entre Funções e Estruturas do Corpo e Actividades Comunicativas.

Funções e Estruturas do Corpo	Actividades Comunicativas	Sig.
Audição	Falar com os amigos	0,005
	Ouvir e acompanhar um grupo de pessoas a conversar	0,009
	Falar com conhecidos	0,034
Visão	-	-
Mobilidade	Falar com conhecidos	0,041
Estado Cognitivo	Escrever histórias e artigos para o jornal	0,023
	Escrever mensagens	0,032

Significativo para $p < 0,05$

Foi também realizada a relação entre os factores pessoais (género, idade, escolaridade) e a comunicação. No que diz respeito ao género foram encontradas relações estatisticamente significativas em falar com o conjugue ($p = 0,007$) e em consultar mapas ou indicações ($p = 0,017$), na idade foram encontradas relações em ouvir televisão e consultar o horário do autocarro ou do comboio ($p = 0,007$), ler facturas e contas ($p = 0,009$) e falar num grande grupo de pessoas ($p = 0,015$).

Em relação à escolaridade, esta tem um impacto em actividades como consultar a lista telefónica ($p = 0,001$), passar cheques ($p = 0,006$), ler facturas e contas ($p = 0,009$) e escrever num diário ($p = 0,014$). Com base na relação entre os factores ambientais e a comunicação foi possível determinar que o agregado familiar está relacionado com a comunicação quanto a ouvir e acompanhar uma conversa ($p = 0,004$), ler jornais

($p=0,005$), falar com comerciantes ($p=0,017$), falar com conhecidos ($p=0,030$) e ler revistas ($p=0,035$). O facto de a pessoa estar mais tempo sozinha ou acompanhada tem um impacto nas actividades comunicativas quanto a falar com os vizinhos ($p=0,006$), ler jornais ($p=0,008$), ouvir e acompanhar uma conversa ($p=0,009$) e falar com comerciantes ($p=0,028$).

Quadro 9: Relação estatisticamente significativa entre os Factores Pessoais e Ambientais e as Actividades Comunicativas.

Factores Pessoais	Actividades Comunicativas	Sig.
Género	Falar com o cônjuge	0,007
	Consultar mapas ou indicações	0,017
	Ouvir televisão	0,007
	Consultar o horário do autocarro ou do comboio	0,007
	Ler facturas e contas	0,009
	Falar num grande grupo de pessoas	0,015
Idade	Ouvir televisão	0,007
	Consultar o horário do autocarro ou do comboio	0,007
	Ler facturas e contas	0,009
	Falar num grande grupo de pessoas	0,015
Escolaridade	Consultar a lista telefónica	0,001
	Passar cheques	0,006
	Ler facturas e contas	0,009
	Escrever num diário	0,014
Factores Ambientais	Actividades Comunicativas	Sig.
Com quem vive	Ouvir e acompanhar uma conversa	0,004
	Ler jornais	0,005
	Falar com comerciantes	0,017
	Falar com conhecidos	0,030
	Ler revistas	0,035
Com quem passa a maioria do seu tempo	Falar com os vizinhos	0,006
	Ler jornais	0,008
	Ouvir e acompanhar uma conversa	0,009
	Falar com comerciantes	0,028

Significativo para $p < 0,05$

No que diz respeito à participação social foram relacionadas as variáveis consideradas nas funções e estruturas do corpo em que foi possível identificar a relação entre a audição, nomeadamente investir nos passatempos ($p=0,016$) e entre a visão foi detectado um impacto na participação em actividades ao ar livre ($p=0,028$). Relativamente à mobilidade foram encontradas relações estatísticas em fazer exercício ou praticar desporto ($p=0,002$) e visitar ou ajudar os amigos ou familiares ($p=0,026$), quanto ao estado cognitivo identificou-se como resultados estatisticamente significativos, brincar com/ou ajudar os filhos/netos ($p=0,011$), ir às compras ($p=0,027$) e participar em actividades ao ar livre ($p=0,042$).

Quadro 10: Relação estatisticamente significativa entre Funções e Estruturas do Corpo e as Actividades Sociais.

Funções e Estruturas do Corpo	Actividades Sociais	Sig.
	Investir nos passatempos	0,016
Audição		
Visão	Participar em actividades ao ar livre	0,028
Mobilidade	Fazer exercício ou praticar desporto	0,002
	Visitar ou ajudar os amigos ou familiares	0,026
Estado Cognitivo	Brincar com/ou ajudar os filhos/netos	0,011
	Ir às compras	0,027
	Participar em actividades ao ar livre	0,042

Significativo para $p < 0,05$

Quanto à relação entre os factores pessoais (género, idade, estado civil, escolaridade) e as actividades sociais. No que diz respeito ao género foram encontradas relações estatisticamente significativas em ir a bares ou cafés ($p=0,008$), participar em actividades ao ar livre ($p=0,023$) e em ir a restaurantes ($p=0,04$). Na idade foram encontradas relações em ver televisão, ir a aulas ou palestras ($p=0,007$) e em ir a reuniões de organizações voluntárias ou caridade social ($p=0,019$). Foi também realizada uma relação entre os factores ambientais e a participação social onde foi possível determinar estes estão relacionados com o facto de a pessoa ir a restaurantes ($p=0,034$) e a eventos ou actividades políticas ($p=0,035$).

Quadro 11: Relação estatisticamente significativa entre os Factores Pessoais e Ambientais e as Actividades Sociais.

Factores Pessoais	Actividades Sociais	Sig.
Género	Ir a bares ou cafés	0,008
	Participar em actividades ao ar livre	0,023
	Ir a restaurantes	0,040
	Ver televisão	0,007
Idade	Ir a aulas ou palestras	0,007
	Ir a reuniões de organizações voluntárias ou caridade social	0,019
Escolaridade	-	-
Factores Ambientais	Actividades Sociais	Sig.
Com quem vive	Ir a restaurantes	0,034
	Ir a eventos ou actividades políticas	0,035
Com quem passa a maioria do seu tempo	Ler	0,002
	Ir a restaurantes	0,007

Significativo para $p < 0,05$

Para finalizar foi realizada a relação entre as actividades comunicativas e as actividades sociais em que foi possível verificar que existe uma relação significativa ($p<0,005$) entre estas actividades, devido ao grande número de variáveis estatisticamente

significativas que se obteve. No quadro 12 encontram-se algumas das relações estatisticamente significativas entre as actividades comunicativas e actividades sociais que se pode observar.

Quadro 12: Algumas das relações estatisticamente significativas entre as Actividades Comunicativas e Actividades Sociais.

Actividades Comunicativas	Actividades Sociais	Sig.
Falar com os amigos	Investir nos passatempos	0,008
Falar com comerciantes	Ir a bares ou cafés	0,002
Falar ao telefone	Participar em actividades ao ar livre	0,001
Falar num pequeno grupo de pessoas	Ir à igreja ou actividades religiosas na comunidade	0,001
Falar para/com conhecidos	Ir à igreja ou actividades religiosas na comunidade	0,029
Fazer apostas	Ir a bares ou cafés	0,006
Ouvir e acompanhar uma conversa	Jogar às Cartas ou a outros jogos de mesa	0,030
Ler livros	Ler	0,001
Fazer palavras cruzadas	Ver televisão	0,006
Consultar o horário do autocarro ou do comboio	Fazer exercício ou praticar desporto	0,049
Consultar mapas ou indicações	Ir às compras	0,046
Escrever histórias e artigos para o jornal	Ir a eventos ou actividades políticas	0,032
Escrever listas de compras	Ler	0,002
Preencher questionários/formulários	Ir a reuniões de organizações voluntárias ou de caridade social	0,004
Fazer puzzles ou jogos de palavras	Ler	0,013

Significativo para $p < 0,05$

Discussão

A discussão será realizada tendo em conta os objectivos propostos usando o modelo biopsicossocial da CIF e considerando o contexto sociodemográfico específico da amostra.

Os idosos terceirenses da amostra na sua maioria referiram uma perda auditiva ligeira (36,4%) ou moderada (33,3%) sem no entanto usarem prótese auditiva, este facto é importante porque a pessoa idosa vai ter dificuldade em compreender o discurso das outras pessoas tal como refere Plomp (1978) citado por Firmino (2006). A maioria da amostra referiu a presença de perda visual moderada (90,9%) e utilização de óculos (97%) de modo a compensar a perda visual para que esta não limite as actividades diárias. De realçar que estas informações baseiam-se na percepção da amostra, seria importante a realização de avaliações por profissionais específicos que indicassem efectivamente o grau das perdas visuais e auditivas.

No que diz respeito à linguagem ocorrem alterações no processo de envelhecimento, tais como a dificuldade de nomeação, o discurso redundante e com pouca informação, a dificuldade em entender mensagens mais complexas, principalmente quando fornecidas oralmente e dificuldade para reter informações (Bilton e Couto (s.d) citadas por Freitas, 2006), pelo que teria sido pertinente a avaliação de uma forma mais pormenorizada da linguagem para se verificar a existência ou não destas dificuldades.

Foi possível verificar que a amostra apesar de apresentar ausência de dentes (100%), utiliza a prótese dentária (93,9%) de modo que esta não interfira na alimentação e articulação verbal, o que vai de encontro ao que refere Netto (2006).

É referido que as condições físicas de saúde, depressão, expectativas do próprio idoso e do parceiro de comunicação e mudanças no funcionamento cognitivo podem agravar o efeito das mudanças que ocorrem na senescência. No que diz respeito ao funcionamento cognitivo foi aplicado o MMSE de modo a assegurar que o idoso não apresente défice cognitivo no entanto apesar de constar como variável de exclusão os sujeitos que apresentem alterações da saúde mental, não foi possível a realização da avaliação a este nível.

Foi possível verificar que a amostra (57,6%; n=19) possui limitações na mobilidade e que apenas 8 pessoas utilizam auxiliares na locomoção o que traz restrições na realização de actividades sociais à maioria dos idosos que apresentam esta incapacidade (n=15), resultados estes que são sustentados por Netto (2006).

Existem já alguns estudos realizados relativos às barreiras e facilitadores à comunicação (tendo como base um levantamento das mesmas, contempladas na da parte dois da CIF, ou seja, dos factores contextuais), neste estudo foi tido em conta alguns factores pessoais (género, idade, escolaridade) e ambientais em que se verificou que uma grande parte da amostra vive de passa a maioria do tempo com o conjugue e frequenta semanalmente ou trissemanalmente o centro de convívio (n=14), considerando esta última actividade importante uma vez que 7 pessoas referiram que gostariam de frequentar com maior frequência o centro de convívio. Pode-se considerar estes factores como facilitadores uma vez que proporcionam actividades comunicativas e sociais à pessoa idosa.

No que diz respeito à actividade comunicativa dos idosos, verificou-se que toda a amostra realiza actividades relacionadas com a fala e a audição e que uma grande parte dos idosos realizam várias actividades diariamente tais como ouvir as notícias (97%) e a televisão (93,9%), rezar (90,9%), ouvir e acompanhar uma conversa (72,7%) e falar ao telefone (51,5%), revelando que consideram importante o contacto interpessoal e estar informado. No entanto torna-se pertinente realçar que algumas das actividades comunicativas relacionadas com a fala e audição realizadas pela maioria dos idosos diariamente não implicam parceiros de comunicação, tais como ouvir as notícias e a televisão.

Uma percentagem significativa de sujeitos fala num pequeno grupo de pessoas (69,7%), fala com os amigos ou ouve e acompanha um grupo de pessoas a conversar (66,7%) e fala com conhecidos (63,6%) semanalmente, esta percentagem elevada de actividades comunicativas relacionadas com a fala pode estar relacionada com o contexto ambiental (meio rural) em que os idosos estão inseridos e por uma grande parte frequentar o centro de convívio local semanalmente ou trissemanalmente. No entanto no que diz respeito às actividades relacionadas com a leitura e a escrita tais como ler livros, panfletos, revistas, escrever listas de compras, escrever cartas ou cartões, verificou-se que nunca ou raramente são realizadas pelos idosos. Apenas a leitura de facturas e contas é realizada pela maioria dos idosos. Este facto pode estar relacionado com factores pessoais da amostra como a baixa escolaridade (4.ª classe; 63,6%), a prevalência da profissão (doméstica; 51,5%) e com o contexto ambiental uma vez que há menor acesso a livros, panfletos e revistas do que no meio urbano. Estes resultados contrastam com o que se verificou no estudo realizado por Cruise (2005) em contexto urbano que **constatou** que as actividades relacionadas com a leitura e a escrita tais como ler livros, jornais ou escrita de listas de compras eram realizadas com frequência diária ou semanal e consideradas pelos idosos como muito importantes.

Quanto à participação nas actividades sociais verificou-se que uma grande percentagem da amostra vê televisão (93,9%) e vai à igreja ou actividades religiosas da comunidade (84,8%), diariamente facto que esta relacionado com o contexto sociocultural da amostra. A actividade “ver televisão” é comum à maioria dos idosos da amostra como actividade de lazer, no entanto no estudo de Cruise (2005) “ver televisão” era uma actividade realizada apenas semanalmente, uma vez que grande parte dos idosos

realizavam uma grande variedade de actividades sociais tais como praticar exercício ou desporto, ir às compras, ler entre outras actividades ao contrário da amostra estudada que nunca ou raramente realiza as actividades sociais presentes na checklist. No que diz respeito às actividades como visitar exposições, museus, bibliotecas foi verificado que nunca ou raramente são realizadas pelos idosos, este facto pode estar relacionado com o contexto sociocultural uma vez que não existe grande variedade destes serviços. Relativamente à constatação de que a amostra nunca vai a reuniões profissionais ou do sindicato, aulas e palestras está relacionado com a prevalência da escolaridade e profissão desempenhada pela amostra.

Uma parte significativa da amostra nunca realiza actividades de lazer como fazer exercício ou praticar desporto (42,4%) o mesmo não se verifica no estudo realizado por Cruise (2005) em que as pessoas realizavam exercício físico ou praticavam desporto (65%) semanalmente.

Dezassete pessoas (51,5%) referem investir semanalmente nos passatempos o que está relacionado com o facto da maioria da amostra frequentar o centro de convívio local semanalmente ou trissemanalmente.

No que diz respeito à satisfação dos idosos relativamente às actividades sociais que realizam, verificou-se que 75,8% estavam satisfeitos, no entanto 24,2% gostariam de realizar mais actividades, nomeadamente 7 pessoas gostariam de frequentar com maior frequência o centro de convívio, demonstrando motivação para aumentar a frequência de actividades sociais e comunicativas.

Foi realizado o estudo de algumas relações entre as variáveis através do teste paramétrico ANOVA I tendo por base o quadro de referência realizado com base no modelo contextual da CIF que permitiu verificar efectivamente a significância da relação entre variáveis ($p < 0,05$) e determinar os factores que influenciam as actividades sociais e comunicativas das pessoas idosas da Ilha Terceira participantes no estudo.

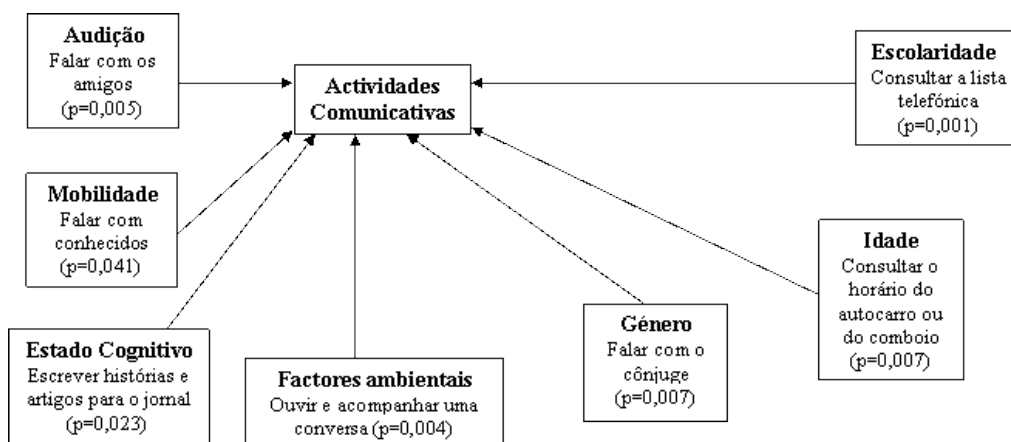


Figura 1 - Factores que influenciam as actividades comunicativas dos participantes no estudo.

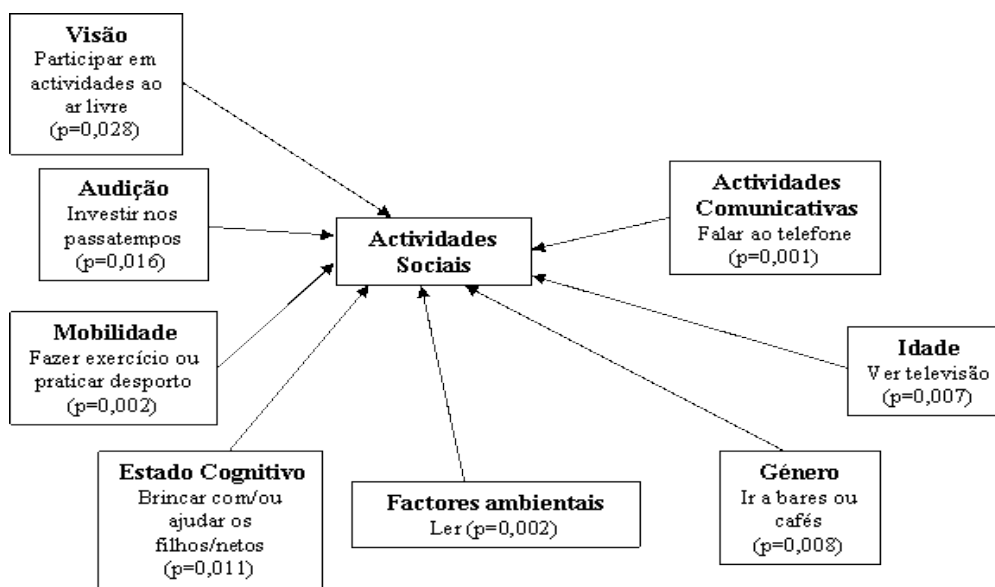


Figura 2 - Factores que influenciam as actividades sociais dos participantes no estudo.

Como é possível verificar na figura 1 e 2 existe relação entre as funções e estruturas do corpo consideradas (visão, audição, mobilidade, estado cognitivo) e as actividades comunicativas e as sociais. Foram encontradas relações significativas entre a audição e as actividades comunicativas e as sociais o que vai de encontro ao facto da maioria da amostra apresentar perda auditiva ligeira ou moderada e não utilizar próteses auditivas. Foi verificada a significância estatística relativamente à relação entre a mobilidade e as actividades comunicativas e sociais já que a maioria apresentou limitações na mobilidade e referiu que estas dificuldades restringem a participação em actividades (72,7%), por fim foi verificada uma relação estatisticamente significativa entre o estado

cognitivo e as actividades comunicativas e sociais. De referir que foi observada apenas uma relação significativa entre a visão e as actividades sociais e não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a visão e as actividades comunicativas o que contrasta com o estudo realizado por Clark e Sanchez, (1999) que referem que a visão tem uma grande impacto nas actividades comunicativas e sociais do idoso. O resultado obtido no presente estudo provavelmente deve-se ao facto de 97% dos idosos usarem os óculos para melhorar a acuidade visual e assim reduzir o impacto desta dificuldade nas actividades comunicativas e sociais.

No que diz respeito à relação entre os factores contextuais (ambientais e pessoais) e as actividades comunicativas e as sociais foi possível identificar que as componentes consideradas nos factores pessoais (género, idade, escolaridade) e as consideradas nos factores ambientais (com quem vive e com quem passa mais tempo) tem um impacto nas actividades comunicativas e sociais, à excepção da escolaridade em que não foram verificadas quaisquer relações estatisticamente significativas entre esta variável e as actividades sociais provavelmente devido ao facto dos idosos da amostra apresentarem um baixo grau de escolaridade homogéneo o que não permite realizar comparações sustentadas do impacto da escolaridade nas actividades sociais. Foi também possível observar que os idosos da amostra raramente ou nunca participam nas actividades contempladas na checklist das actividades sociais o que pode estar relacionado com a escolaridade uma vez que Antonucci e Akiyama (2001) após a realização de um estudo concluíram que os idosos com mais escolaridade participam com maior frequência e de modo mais activo nas actividades sociais. Por fim verificou-se que a comunicação tem um impacto significativo nas actividades sociais.

Concluindo, a maioria das associações realizadas tendo por referência o modelo contextual da CIF, confirmam-se.

Conclusões

A realização deste estudo pretendeu ser um contributo para o conhecimento do perfil de comunicação da pessoa idosa bem como identificar os factores que condicionam as suas actividades comunicativas e sociais, por esta ser uma área ainda pouco explorada no âmbito da Terapia da Fala.

Com os resultados obtidos conclui-se que a perda auditiva e as dificuldades de locomoção são dois grandes limitadores para a comunicação e participação social da amostra. Sendo assim seria importante um maior acompanhamento desta população de modo a identificar precocemente as necessidades a este nível e utilizar estratégias que diminuam o impacto destas limitações. No caso da perda auditiva, torna-se relevante promover a avaliação, a utilização e monitorização do uso das próteses auditivas e dar estratégias à população e aos idosos de modo a facilitar o processo de comunicação. Neste sentido revela-se pertinente um trabalho em equipa multidisciplinar envolvendo o Terapeuta da Fala e o Audiologista entre outros profissionais.

A escolaridade, conforme se verificou, também tem um impacto em algumas actividades comunicativas, pelo que leitura e a escrita que são actividades raramente realizadas pelos idosos da amostra poderiam ser estimuladas de modo a prevenir e retardar o degradingamento cognitivo.

Uma vez que se verificou que a maioria das actividades sociais contempladas na *checklist* não são realizadas pela maioria da amostra, seria importante promover a realização destas actividades com maior frequência por parte dos idosos, já que existem vários trabalhos científicos realizados no norte da Europa que comprovam que a vida social activa é muito importante para que a pessoa idosa mantenha por mais tempo um bom funcionamento cognitivo.

Deste modo, é importante que seja dada atenção aos factores associados ao envelhecimento, pelo que, a identificação dos factores predisponentes que influenciam a comunicação e participação social são de grande utilidade para um melhor entendimento do perfil comunicativo do idoso.

É de salientar que ao longo do estudo foram encontradas algumas limitações, nomeadamente o processo de amostragem intencional não aleatório, o reduzido número de participantes (n=33), o facto de na *checklist* das actividades comunicativas estarem contempladas algumas actividades que não vão de encontro ao conceito de comunicação descrito na introdução e não terem sido realizadas avaliações efectivas para se saber o grau da perda auditiva, visual, bem como uma avaliação mais completa da linguagem e do estado da saúde mental.

No entanto, apesar das limitações mencionadas considera-se que o presente estudo permitiu a caracterização da comunicação e participação social dos participantes no estudo e a percepção mais pormenorizada dos factores que influenciam a comunicação e participação social neste contexto específico

Seria importante a realização de mais estudos que utilizem a CIF como quadro conceptual noutros contextos, com uma amostra maior e de preferência em equipa multidisciplinar de modo a relacionar os factores que têm impacto na comunicação e participação social de uma forma mais aprofundada.

Sem dúvida, que um melhor conhecimento do perfil comunicativo da pessoa idosa e dos factores que o influenciam, permite que seja possível a prevenção de alterações da comunicação e promoção da saúde nesta população por parte da Terapia da Fala, alertando quer a sociedade, quer as entidades promotoras de saúde, profissionais de saúde e cuidadores, de modo a ser garantida a qualidade de vida dos idosos, através do reconhecimento precoce dos factores de risco existentes e evitando/minimizando desta forma as suas repercussões na comunicação e participação social.

Referências Bibliográficas

- Antonucci, T., e Akiyama, H. (2001). Socioeconomic status, social relations and health. Resumo do 17.º World Congress of the International Association of Gerontology: Vancouver
- ASHA (American Speech-Language and Hearing Association). (1988). Prevention of Communication Disorder. Estados Unidos: ASHA.
- ASHA (American Speech-Language and Hearing Association). (1992). Guidelines for Meeting the Communication Needs Of Persons With Severe Disabilities. Estados Unidos: ASHA.
- ASHA (American Speech-Language and Hearing Association). (2010). Code of Ethics. Estados Unidos: ASHA.
- Carmo, H, e Ferreira, M. (2008). Metodologia da Investigação. Guia para auto-aprendizagem. (2.ª ed.) Lisboa: Universidade Aberta.
- Clark, M., Bond, M., e Sanchez, L. (1999). The effect of sensory impairment on the lifestyle activities of older people. Australasian Journal on Ageing.

- Cruise, M. (2001). *Communication and Quality of Life in Older People with Aphasia and Healthy Older People*. Department of Speech Pathology and Audiology School of Health and Rehabilitation Sciences University of Queensland.
- Cruise, M et al. (2005). Personal factors, communication and vision predict social participation in older adults. Estados Unidos: *International Journal of Speech-Language Pathology*.
- Ferreira, L. et al. (2004). *Tratado de Fonoaudiologia*. Brasil: Editora Roca.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatrics*. Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: editora Lusodidacta.
- Freitas, E. et al (2006) *Tratado de Geriatria e Gerontologia (2.ª ed.)* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Garcia, F. e Mansur, L (2006). *Habilidades Funcionais de Comunicação: Idoso Saudável*. São Paulo: Acta Fisiatra.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Edição FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- INE (2001). *Censos. Departamento de Estatística Censitárias e da População*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Departamento de Estatística Censitárias e da População*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Maroco, J. e Garcia-Marques, T. (2006). “Qual a fiabilidade do alfa Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?”. Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mascaro, A. (1997) *O que é a velhice*. São Paulo: Brasília.
- Netto, M. (2006) *Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Brasil: Atheneu.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Tradução e Revisão de Amélia Leitão. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- O'Halloran, R.; Hickson, L. e Worrall, L. (2008). Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. Estados Unidos: International Journal of Language & communication Disorders.
- Parente, M. (2006). Cognição e envelhecimento. Porto Alegre: Artmed
- Paúl, C. e Fonseca, A. (2005). Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ramos, C. (2008). O Impacto da comunicabilidade da pessoa com afasia na sua participação: um mundo para além das palavras. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Lusófona. Lisboa: Universidade Lusófona.
- Russo, I. (1999) Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade. Rio de Janeiro: Revinter
- Washington, K. (2007). Using the ICF within speech-language pathology: Application to developmental language impairment. Estados Unidos: International Journal of Speech-Language Pathology.
- Worrall, L., e Hickson, L. (2003). Communication disability in aging: From prevention to intervention. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Worrall, L. e Hickson, L. (2008). The use of the ICF in Speech-Language Pathology Research: Towards a research agenda. Estados Unidos: International Journal of Speech-Language Pathology.
- World Health Organization (2005). Resolutions and Decisions. Disponível online em: http://WWW.WHO.INT/GB/EBWHA/PDF_FILES/WHA58/WHA58_16-EN.PDF. Último acesso em 20-05-2010

Apêndice I

Questionário dos dados Sócio-Demográficos (Barcelos, J. e Vital, P., 2009)

Parte I

Caracterização Sócio-demográfica

- 1. Género:** Feminino __ Masculino __ **2. Idade:** _____
- 3. Estado Civil:** Solteiro (a) __ Casado (a) __ Divorciado (a) __ Viúvo (a) __
- 4. Escolaridade:** Não Alfabetizado __ Sabe ler/escrever mas não andou na escola __
1.^a Classe __ 2.^a Classe __ 3.^a Classe __ 4.^a Classe __ Básico (5^o/6^o anos) __ Liceu (7^o/8^o/9^o anos) __ Secundário (10^o/11^o/12^o anos) __ Ensino Superior __
- 5. Profissão:** _____
- 6. Língua Materna:** Português Europeu __ Outra __ Qual? _____
- 7. Naturalidade:** _____ **8. Freguesia onde reside:** _____

9. Condição de Saúde:

- 9.1. Alteração Neurológica (AVC; TCE; Demência; Epilepsia; etc.): Sim __ Não __
- 9.2. Audição: Normal __ Perda Auditiva Ligeira __ Perda Auditiva Moderada __
Perda Auditiva Grave __ Usa prótese auditiva? Não __ Sim __
- 9.3. Visão: Normal __ Perda Visual Ligeira __ Perda Visual Moderada __
Perda Visual Grave __ Usa óculos? Não __ Sim __
- 9.4. Ausência de Dentes: Não __ Sim __ Prótese Dentária: Sim __ Não __
- 9.5. Limitações na mobilidade/locomoção: Não __ Sim __ Uso de auxiliares _____

10. Factores Ambientais:

- 10.1. Com quem vive? Sozinho (a) __ Cônjuge __ Filhos __ Parentes __ Outros __ Quem?

- 10.2. Com quem passa a maioria do seu tempo? Sozinho (a) __ Cônjuge __ Filhos __
Netos __ Parentes __ Vizinhos __ Amigos __
- 10.3. Recebe algum tipo de apoio? Fisioterapia __ Enfermagem __ Assistência Social __
Centro de Convívio __ Domiciliário __ Outro __ Qual? _____
Periodicidade _____

Apêndice II

Checklist de Actividades Comunicativas (COMACT) (adaptado por Barcelos, J. e Vital P., 2009 de Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003)

Com que frequência realiza estas actividades? Por favor, leia atentamente as frases abaixo enunciadas e assinale com um X no respectivo quadrado.

Parte II
Checklist das Actividades Comunicativas (COMACT)

Actividade	Diária/	Semanal/	Quinzenal/	Mensal/	Rara/	Nunca	N/R
1.Falar com o cônjuge							
2.Falar com a família							
3.Falar com os amigos							
4.Falar com os vizinhos							
5.Falar com comerciantes							
6.Falar com o animal de estimação							
7.Falar ao telefone							
8.Falar num pequeno grupo de pessoas							
9.Falar num grande grupo de pessoas							
10.Falar para/com conhecidos							
11.Falar para/com desconhecidos							
12.Falar sobre fotografias							
13.Contar histórias e piadas							
14.Fazer apostas							
15.Fazer o pedido de uma bebida							
16.Rezar							
17.Ouvir rádio							
18.Ouvir a televisão							
19. Ouvir as notícias							

Actividade	Diária/	Semanal/	Quinzenal/	Mensal/	Rara/	Nunca	N/R
20.Ouvir programas de desporto							
21.Ouvir e acompanhar uma conversa							
22.Ouvir e acompanhar um grupo de pessoas a conversar							
23.Ouvir um discurso							
24.Ler cartas ou cartões							
25.Ler e-mails							
26.Ler panfletos							
27.Ler revistas							
28.Ler jornais							
29.Ler livros							
30.Consultar a lista telefónica							
31.Ler facturas e contas							
32.Ler o extracto bancário							
33.Ler boletins informativos							
34.Fazer palavras cruzadas							
35.Ler instruções ou etiquetas							
36.Consultar o horário do autocarro ou do comboio							
37.Consultar mapas ou indicações							
38.Escrever cartas e cartões							

Actividade	Diária/	Semanal/	Quinzenal/	Mensal/	Rara/	Nunca	N/R
39. Escrever histórias e artigos para o jornal							
40. Escrever listas de compras							
41. Escrever num diário							
42. Passar cheques							
43. Preencher questionários/formulários							
44. Escrever mensagens							
45. Fazer puzzles ou jogos de palavras							

Apêndice III

Checklist das Actividades Sociais (SOCACT) (adaptado por Barcelos, J. e Vital P., 2009 de Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003)

Parte III

Checklist das Actividades Sociais (SOCACT)

Actividade	Diária/	Semanal/	Quinzenal/	Mensal/	Rara/	Nunca	N/R
1. Visitar exposições, museus, bibliotecas							
2. Ir ao cinema, teatro, concertos, jogos							
3. Ir a restaurantes							
4. Ir às compras							
5. Ver televisão							
6. Ler							
7. Fazer exercício ou praticar desporto							
8. Participar em actividades ao ar livre							
9. Viajar ou fazer excursões							
10. Jogar às cartas ou a outros jogos de mesa							
11. Investir nos passatempos							
12. Brincar ou ajudar os filhos/netos							
13. Visitar e/ou ajudar amigos/familiares							
14. Ir a festas de familiares							
15. Ir à igreja ou actividades religiosas da comunidade							

Actividade	Diária/	Semanal/	Quinzenal/	Mensal/	Rara/	Nunca	N/R
16. Ir a reuniões de organizações voluntárias ou de caridade social							
17. Ir a reuniões profissionais ou do sindicato							
18. Ir a aulas ou palestras							
19. Ir a bares/cafés							
20. Ir a eventos ou actividades políticas							

Por favor, assinale apenas uma opção:

Estou satisfeito(a) com as actividades que realizo__

Gostaria de realizar mais actividades__ Quais? _____

Gostaria de realizar menos actividades__ Quais? _____

Há alguma coisa que o (a) limite na realização destas actividades 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

locomocão (andar) __ Outra __ Qual? _____

Apêndice IV

Pedido de autorização à responsável pelo Centro de Convívio de S. Bartolomeu

Barcarena, 25 de Março de 2010

ASSUNTO: Pedido de Autorização para efectuar um estudo no Centro de Convívio de S. Bartolomeu.

Exma. Sra. Responsável do Centro de Convívio de S. Bartolomeu:

Eu, Joana Costa Barcelos, aluna do 4.º ano do Curso de Terapia da Fala da Universidade Atlântica, encontro-me a realizar a monografia de final de curso, cujo tema é: “Caracterização do perfil de comunicação da pessoa idosa”, sob orientação da professora Ana Paula Vital.

Este estudo tem como objectivos: descrever a actividade comunicativa e participação social dos idosos e identificar a relação entre a comunicação e a participação social nesta população.

Os dados serão colhidos em aproximadamente 30 minutos, através do Mini Mental State Examination (MMSE) como forma de rastreio cognitivo e do questionário que se encontra dividido em três partes: a Parte I diz respeito à Caracterização Sócio-demográfica da amostra, a Parte II consiste numa lista de actividades comunicativas incluindo actividades relacionadas com a fala, audição, leitura e escrita, e por fim, a Parte III que permite quantificar a frequência, o envolvimento e a satisfação dos participantes em actividades sociais.

Toda a informação obtida é anónima e confidencial, servindo apenas para uso exclusivo deste trabalho.

Desta forma, venho solicitar a sua colaboração no sentido de me autorizar a realização do estudo no centro de convívio que representa.

Caso V. Exa. autorize, será efectuada a explicação do estudo e o pedido de autorização informal aos potenciais participantes.

Obrigado pela sua colaboração.

Com os meus melhores cumprimentos,

Joana Costa Barcelos

Autorizo Joana Costa Barcelos, aluna do 4.º ano do Curso de Terapia da Fala da Universidade Atlântica, no âmbito do trabalho final de curso, a realizar o seu estudo no Centro de Convívio de S. Bartolomeu de Regatos que represento.

A responsável,

S. Bartolomeu de Regatos, ___/___/___

Apêndice V

Folha informativa do estudo (consentimento informado)

Folha informativa

Este estudo pretende caracterizar o seu perfil comunicativo.

Para tal, ser-lhe-á proposto responder a um conjunto de perguntas através de um questionário que pretende descrever a sua comunicação e participação social. Os dados serão colhidos em aproximadamente 30 minutos.

Os seus dados serão utilizados somente para fins académicos, sendo tratados confidencialmente e garantindo o anonimato omitindo qualquer tipo de informação que possa permitir a sua identificação.

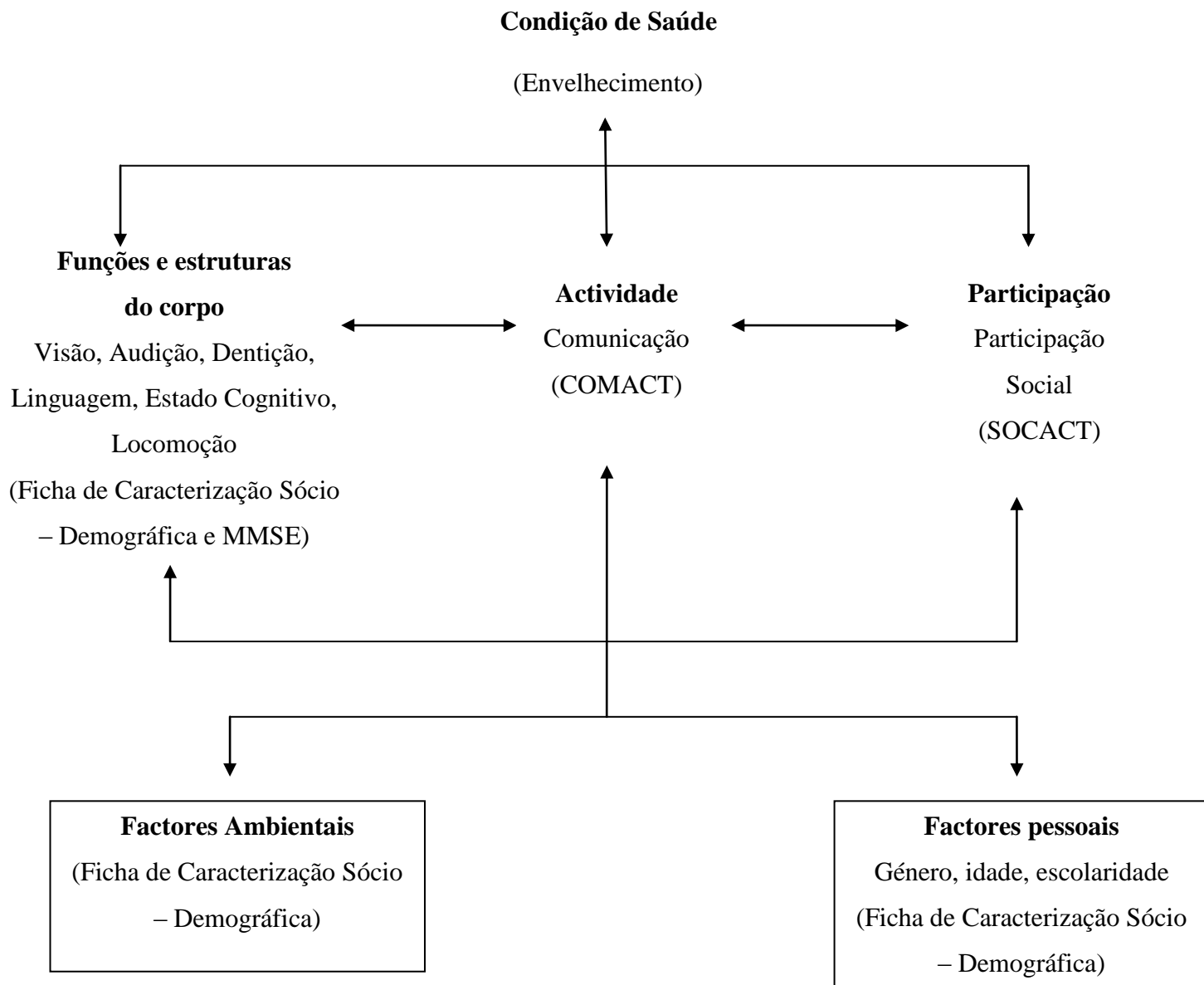
A participação neste estudo é voluntária, pelo que pode desistir a qualquer momento, sem que seja prejudicado (a).

Obrigado, pela sua disponibilidade e colaboração!

Em caso de dúvidas contactar a aluna: Joana Barcelos (963354135)

Apêndice VI

Quadro de Referência



Anexo I

Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini-Mental State – MMS

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que concelho vive? _____

Em que freguesia vive? _____

Em que espaço estamos? _____

Em que divisão/compartimento estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____ **Gato** _____ **Bola** _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____ **Gato** _____ **Bola** _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: **“O RATO ROEU A ROLHA”**

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

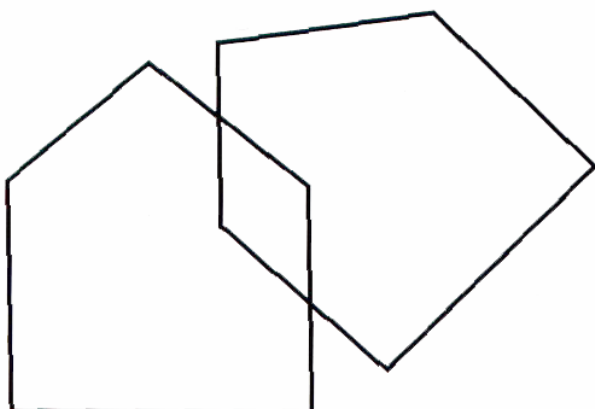
Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho:



Cópia:

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

