

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HÁBITOS VOCAIS, SEDENTARISMO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS FREQUENTADORES DA UNIDADE DE SAÚDE VILA NOVA

Comparative Study between Vocal Habits, Sedentarism and Quality of Life in Elderly Frequent Health Unit Vila Nova

Juliana de Camargo Pereira Gomes¹, Giovanna Frizzera Pires Burns², Giovana Forechi
Coelho³, Pâmella Nogueira Costa⁴, Kalline Pereira Aroeira⁵, Denise Coutinho Endringer⁶

-
1. Especialista em Voz pelo CEV, Preceptora da Fonoaudiologia no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) pela Universidade Vila Velha.
 2. Acadêmica de Fonoaudiologia, Monitora da Fonoaudiologia no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) pela Universidade Vila Velha.
 3. Acadêmica de Fonoaudiologia, Monitora Bolsista da Fonoaudiologia no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) Universidade Vila Velha.
 4. Acadêmica de Fonoaudiologia, Monitora Bolsista da Fonoaudiologia no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) Universidade Vila Velha.
 5. Doutora em Educação, Tutora Acadêmica no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) Universidade Vila Velha.
 6. Professora titular da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho.

► **CONTATO:** Denise C Endringer | Rua Manoel de Abreu, 594 | Telefone: (27) 3031-2228 | E-mail: denise.endringer@uwv.br e endringe@gmail.com

Bolsas do Ministério da Saúde por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (registro n. 25000.009846/2010-16). A Universidade Vila Velha e a Prefeitura Municipal de Vila Velha contribuíram com a infraestrutura e material na realização deste estudo.

Resumo

OBJETIVO: Verificar se as orientações sobre a saúde vocal e a prática de atividade física oferecem melhores formas de prevenção, retardando o envelhecimento vocal precoce e melhorando a qualidade de vida. **MÉTODOS:** Participaram deste estudo 30 idosos, de ambos os sexos, com faixa etária entre 60 e 83 anos, sendo 10 fisicamente ativos e 20 sedentários. Os idosos foram separados em três grupos, a saber: GSS: Grupo sedentário, sem orientação de saúde vocal; GSC: Grupo sedentário, com orientação de saúde vocal e GFAC: Grupo fisicamente ativo, com orientação de saúde vocal. Aplicaram-se dois questionários, um com questões do tipo fechadas e outro com questionário de qualidade de

vida em voz (QVV). **RESULTADOS:** Os grupos sedentários apresentaram valores dos escores total do QVV menores e uma porcentagem maior de problemas de saúde quando comparados com os fisicamente ativos, porém sem impactar na qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** O estilo de vida saudável e a prática regular de atividade física ajudam a reduzir a ocorrência de problemas de saúde, no entanto não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à orientação sobre a saúde vocal, não se mostrando uma medida preventiva importante quando isolada. É possível que outros fatores concorram de forma mais significativa para o retardo do envelhecimento vocal e melhoria na qualidade de vida, sendo necessárias mais pesquisas para identificá-los e colocá-los em prática.

PALAVRAS-CHAVE: Fonoaudiologia, Voz, Qualidade de Voz, Qualidade de Vida.

Abstract

OBJECTIVE: To assess whether vocal health guidance and physical activity offer better ways of preventing and slowing down early vocal aging and improving the overall quality of life. **METHODS:** A group of 30 elderly people, male and female, aged between 60 and 83 years, 10 physically active and 20 sedentary, were divided into three groups: GSS: sedentary without vocal health guidance; GSC: sedentary with vocal health guidance and GFAC: physically active with vocal health guidance. To each elderly person was applied two questionnaires, the first one was consisted of closed-type questions created by the researchers and the second one was the questionnaire of quality of life in voice (QVV). The data collected were analyzed and the results submitted to statistical analysis using the statistical package GraphPad Prism version 4.0. **RESULTS:** The sedentary group presented smaller overall scores on the QVV and a larger percentage of health problems compared with physically active but without causing any impact on the quality of life. **CONCLUSION:** A healthy lifestyle and regular physical activity can help reduce the occurrence of health problems although there was no statistically significant difference between the groups regarding vocal health guidance, therefore vocal health guidance did not prove to be an important preventive measure when applied isolated. It is possible that other factors contribute more significantly to the retardation of vocal aging and improvement in the overall quality of life and more research is needed to identify them and put them into practice

KEYWORDS: Language and Hearing Sciences, Voice, Voice Quality, Quality of Life

Introdução

A Organização das Nações Unidas prevê um aumento da população idosa (acima de 65 anos) em cerca de 25%, enquanto a previsão para a faixa de 0 a 14 anos é de redução de 2%¹. No Brasil, a expectativa é que, em 2025, as pessoas acima de 60 anos representem 14% da população total².

O avanço da expectativa de vida saudável gera perspectivas de desenvolvimento para a fase tardia do ciclo de vida, o que significa que o perfil biopsicossocial do ser humano passa a exigir novos

enfoques culturais e sociais. Torna-se necessária a compreensão do envelhecimento e a promoção das condições de capacitação física e mental do idoso para que possam cumprir suas tarefas sociais e culturais legitimando sua condição de cidadão³.

O envelhecimento é uma etapa natural do desenvolvimento em que cada pessoa passa por mudanças fisiológicas. As principais características encontradas do avanço da idade são: a redução da capacidade de adaptação ambiental, a diminuição

da velocidade de desempenho e o aumento da susceptibilidade a doenças⁴, ou seja, trata-se de uma degenerescência biológica, psicossocial e funcional do ser humano⁵.

Muitas dessas mudanças são acompanhadas do envelhecimento natural da voz, o que é conceitualmente chamado de presbifonia^{6,7}. Essa deterioração vocal do indivíduo idoso é bem típica e tem um grande impacto, que, muitas vezes, reforça o estereótipo do idoso.

O início da presbifonia, seu desenvolvimento e grau de deterioração dependem de cada indivíduo, de saúde física e psicológica e de uma história de vida, além de fatores constitucionais, raciais, hereditários, alimentares, sociais e ambientais⁸.

As principais queixas e sintomas vocais relatados por uma pessoa idosa podem ser de alteração na qualidade vocal, como a rouquidão e a afonia, cansaço associado à produção da voz, esforço para melhorar a projeção vocal, sopro, falta de modulação vocal, voz trêmula, dificuldade no controle da intensidade vocal, dor na região da cintura escapular e sensação de ardor, queimação ou corpo estranho na laringe^{9,10}.

De acordo com muitos gerontologistas, a atividade física regular é ingrediente fundamental para um envelhecimento saudável e que o risco de doenças como osteoporose, câncer e do sistema cardiovascular diminui. Além disso, os idosos ativos dormem melhor, são menos vulneráveis a doenças virais e apresentam melhor qualidade de vida do que os sedentários¹¹.

A saúde vocal dos idosos merece atenção nas ações fonoaudiológicas, uma vez que a voz é primordial para a comunicação, a socialização, a expressividade e a qualidade de vida dos indivíduos, além disso, o processo de envelhecimento humano implica em transformações estruturais e funcionais que afetam e modificam a qualidade vocal^{12,13}.

Independente da idade deve-se ter consciência de manter alguns hábitos saudáveis para promover

uma boa saúde vocal. Dentre elas destacam-se uma alimentação saudável evitando alimentos condimentados, gorduras e frituras; ingestão hídrica (média de 4 a 6 copos); sono regular; atividade física, bem como evitar pigarrear, fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

Sendo assim, o presente trabalho visa verificar se as orientações sobre a saúde vocal e a prática de atividade física oferecem melhores formas de prevenção, retardando o envelhecimento vocal precoce e melhorando a qualidade de vida. Com isso, busca-se caracterizar as necessidades dessa população, mostrando a importância de se instituir programas de prevenção e assistência fonoaudiológica na terceira idade.

Métodos

Idosos de ambos os sexos, todos frequentadores da Unidade de Saúde Vila Nova e grupo Hiperdia, com faixa etária entre 60 e 83 anos, ativos e sedentários foram convidados a participar da pesquisa. Foram considerados fisicamente ativos os indivíduos que realizavam atividade física regular duas vezes por semana com duração de uma hora, fazendo parte do Grupo de Ginástica para a terceira idade de Vila Nova sob orientação de um educador físico com formação plena. Os sedentários foram considerados aqueles que nunca realizaram atividade física ou que estão há mais de cinco anos sem realizá-la.

Os idosos foram separados em três grupos, a saber: GSS: Grupo sedentário e que não recebeu orientação de saúde vocal; GSC: Grupo sedentário e que recebeu orientação de saúde vocal e GFAC: Grupo fisicamente ativo e que recebeu orientação de saúde vocal.

Os critérios de inclusão dos indivíduos foram: idade superior a 60 anos e ausência de doenças neurológicas diagnosticadas. Além disso, os sujeitos do grupo GSS não deveriam ter passado por orientações de Saúde Vocal e os do grupo

GSC e GFAC deveriam ter recebido orientações, previamente pelos pesquisadores. Foram excluídos os idosos com comprometimento cognitivo que os incapacitasse de responder aos questionários apresentados e que não são frequentadores da Unidade de Saúde Vila Nova

A pesquisa foi realizada por meio da aplicação de questionário (ANEXO 2), com questões do tipo fechadas, previamente elaboradas pela pesquisadora e baseadas em textos das seguintes literaturas: Higiene vocal – cuidando da voz¹⁴ e Intervenção Fonoaudiológica na terceira idade (Russo, 1999) e pela utilização do protocolo de Qualidade de Vida em Voz – QVV, versão validada para o português brasileiro¹⁵ (ANEXO 3).

O QVV é um protocolo de autoavaliação vocal ligado à análise dos aspectos de qualidade de vida relacionado à voz. Possui dez itens, sendo seis de domínio físico e quatro de domínio socioemocional. As afirmativas deste protocolo são diretas e o tempo de preenchimento é rápido. O protocolo oferece em escore total (variando de 0 a 100, onde 0 indica pior qualidade de vida e 100, melhor qualidade de vida) e um escore para cada domínio.

A aplicação do questionário ocorreu após um mês da palestra de Orientação Vocal que os sujeitos dos grupos 2 e 3 receberam e foi realizada individualmente com cada participante. Para maior confiabilidade dos dados, os acadêmicos de fonoaudiologia auxiliaram na leitura de cada questão apresentada e, ao final, repetiram as respostas obtidas, para checar a exatidão do material colhido.

O projeto do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Vila Velha com protocolo de registro nº 48-2010,

tendo todos os indivíduos estudados assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Os dados coletados com os questionários foram analisados e os resultados submetidos à análise estatística descritiva, utilizando-se o pacote estatístico GraphPad Prism versão 4.0 com o qual o nível mínimo de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados

Participaram deste estudo 30 idosos, de ambos os sexos, com faixa etária entre 60 e 83 anos, sendo 10 fisicamente ativos e 20 sedentários. Os idosos foram separados em três grupos, a saber: GSS: Grupo sedentário e que não recebeu orientação de saúde vocal; GSC: Grupo sedentário e que recebeu orientação de saúde vocal e GFAC: Grupo fisicamente ativo e que recebeu orientação de saúde vocal. A idade média do GSS foi de $72,1 \pm 7,2$; GSC foi de $73,4 \pm 7,1$ e do GFAC foi de $70,5 \pm 7,2$ anos ($p=0,68$). Nota-se que a amostra foi constituída de idades semelhantes mostrando homogeneidade entre os grupos estudados, caracterizando um grupo de terceira idade conforme dados da Organização Mundial de Saúde.

Tabela 1. Comparação das médias dos escores total do QVV e desvio padrão entre os grupos sedentários e ativos.

	QVV Sedentário	QVV Ativo	p-valor
Score	87,7 ($\pm 12,6$)	$p = 0,02^*$	$p = 0,02^*$

As demais comparações entre grupos não foram estatisticamente significantes.

Tabela 2. Comparação das médias dos escores total do QVV e desvio padrão por intervalo dos escores entre os grupos estudados.

Score médio QVV	GSS	GSC	GFAC	p-valor*
91 ----- 100	6	8	$p = 0,5$	$p = 0,5$
71 ----- 90	2	1	$p = 0,5$	$p = 0,5$
50 ----- 70	2	1	$p = 0,5$	$p = 0,5$

Teste Qui-Quadrado para comparação dos escores entre os grupos estudados. – Legenda: GSS – Grupo sedentário sem Orientação Vocal; GSC – Grupo sedentário com Orientação Vocal; GFAC – Grupo fisicamente ativo com Orientação Vocal.

Tabela 3. Distribuição quanto aos sintomas vocais entre os grupos 1 (sedentários e sem orientação), 2 (sedentários e com orientação) e 3 (fisicamente ativos e com orientação).

Sintomas Vocais	GSS	GSC	GFAC	TOTAL %
VOZ FRACA	5	3	4	40%
VOZ ROUCA	1	3	1	16,6%
VOZ TRÊMULA	-	1	-	3,33%
CANSAÇO VOCAL	4	5	2	36,6%
PIGARRO	6	8	3	56,6%
NENHUM	2	2	4	26,6%

Legenda: GSS – Grupo sedentário sem Orientação Vocal; GSC – Grupo sedentário com Orientação Vocal; GFAC – Grupo fisicamente ativo com Orientação Vocal.

Tabela 4. Distribuição quanto às formas de prevenção entre os grupos 1 (sedentários e sem orientação), 2 (sedentários e com orientação) e 3 (fisicamente ativos e com orientação).

Formas de Prevenção	GSS	GSC	GFAC	TOTAL %
MEDICAÇÃO	-	-	-	-
RECEITAS CASEIRAS	2	3	1	20%
SPRAYS E PASTILHAS	-	-	2	6,66%
TREINAMENTO VOCAL	-	-	-	-
NENHUMA	8	7	7	73,33%

Legenda: GSS – Grupo sedentário sem Orientação Vocal; GSC – Grupo sedentário com Orientação Vocal; GFAC – Grupo fisicamente ativo com Orientação Vocal.

Tabela 5. Distribuição quanto aos problemas de saúde entre os grupos 1 (sedentários e sem orientação), 2 (sedentários e com orientação) e 3 (fisicamente ativos e com orientação).

Problemas de Saúde	GSS	GSC	GFAC	TOTAL %
HIPERTENSÃO	4	3	4	36,6%
DIABETES	1	-	-	3,33%
CARDIOPATIAS	1	2	-	10%
PROBLEMAS CIRCULATORIOS	1	-	1	6,66%
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	4	4	3	36,6%
PROBLEMAS GÁSTRICOS	6	9	3	60%
TIREÓIDE	-	-	1	3,33%
PROBLEMAS AUDITIVOS	4	6	2	40%
OSTEOPOROSE	-	-	2	6,66%

Legenda: GSS – Grupo sedentário sem Orientação Vocal; GSC – Grupo sedentário com Orientação Vocal; GFAC – Grupo fisicamente ativo com Orientação Vocal.

Tabela 6. Distribuição quanto aos hábitos vocais presentes entre os grupos 1 (sedentários e sem orientação), 2 (sedentários e com orientação) e 3 (fisicamente ativos e com orientação).

Hábitos Vocais	GSS	GSC	GFAC
TABAGISMO	1	-	-
FOI TABAGISTA	4	3	-
ETILISMO	2	1	-
FOI ETILISTA	-	-	-
FALAR ALTO	2	-	-
PIGARREAR	6	8	3
NENHUM	2	2	7

Legenda: GSS – Grupo sedentário sem Orientação Vocal; GSC – Grupo sedentário com Orientação Vocal; GFAC – Grupo fisicamente ativo com Orientação Vocal.

Discussão

O envelhecimento populacional revela-se como uma tendência positiva, que está intimamente ligada à maior eficácia das medidas preventivas em saúde, ao progresso da ciência no combate à doença, a uma melhor intervenção no meio ambiente e, sobretudo, à conscientização progressiva de que somos (nós) os principais agentes da nossa própria saúde. Nesta perspectiva, devemos considerar que as pessoas idosas são o primeiro recurso para a promoção da sua própria saúde, representando um segmento cada vez mais visível da sociedade na conquista de espaços, criando novas demandas para instituições, como as universidades da terceira idade, clubes e centro de convivência, entre outros¹⁶.

A expectativa de vida cresce e exige de toda sociedade e principalmente das áreas de saúde melhorias na qualidade de vida dessa população. A integralidade do SUS é o princípio que determina que as pessoas têm o direito de ter suas necessidades atendidas e os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecerem todas as ações requeridas por esta atenção integral - prevenção primária, secundária e terciária¹⁷.

Dados da Organização Mundial da Saúde confirmam um número menor de indivíduos do sexo masculino, acima de 60 anos, sendo que a

expectativa de vida no Brasil é de 65,7 anos para os homens e 72,3 anos para as mulheres. Tem-se assim uma feminilização da velhice, ainda mais evidente quanto mais velha a população estudada^{18,19}. Esses dados vão ao encontro da amostra estudada onde se observa um número maior de mulheres 83,3% em relação aos homens 16,6%.

Com o envelhecer vários sistemas do corpo humano se modificam: o sistema circulatório, esquelético, neuromuscular e endócrino⁶. Há ainda mudanças em funções como a velocidade, força, resistência, estabilidade, coordenação, velocidade de condução nervosa, ossificação das cartilagens²⁰. Destaca-se que todas essas mudanças podem afetar, de alguma forma, o mecanismo de produção da voz^{6,20}.

Como vimos, o envelhecimento traz uma série de mudanças anátomo-fisiológicas que atingem a laringe paralelamente a outras partes do corpo. Muitas dessas mudanças são acompanhadas do envelhecimento da voz, o que é conceitualmente chamado de presbifonia, no qual os marcadores são mais evidentes após os 60 anos. No entanto, estudos na direção de um marcador da senilidade vocal que fosse único esbarram no próprio processo de envelhecimento e sua heterogeneidade, que,

em si, não propõe um período definido, deixando a cargo do organismo humano e seu desenvolvimento estabelecerem suas próprias regras²¹.

A voz presbifônica é uma voz com grau variado de deteriorização, que se expressa na falta de sustentação de frequência, intensidade e qualidade de emissão, sendo constante a quebra de sonoridade. É observada nos indivíduos idosos com alterações mais evidentes após os 65 anos de idade, e mais acentuadas no sexo masculino²².

Analisando as queixas e sintomas vocais presentes na amostra estudada (tabela III), encontramos voz fraca (40%), voz rouca (16,6%), voz trêmula (3,33%), cansaço ao falar (36,6%) e pigarro (56,6%) como os mais relatados entre os grupos estudados, sendo que 26,6% não referem queixas ou sintomas vocais. Esses relatos vão de encontro a outras pesquisas que descrevem alteração na qualidade vocal, como a rouquidão e a afonia, cansaço associado à produção da voz, esforço para melhorar a projeção vocal, soprosidade, falta de modulação vocal, voz trêmula, dificuldade no controle da intensidade vocal, dor na região da cintura escapular e sensação de ardor, queimação ou corpo estranho na laringe como as principais queixas e sintomas relatados por uma pessoa idosa.

Como se pode verificar, a presbifonia não causa as mesmas queixas de qualidade vocal em todos os indivíduos idosos ou aparece na mesma proporção nos de mesma idade cronológica, confirmando em recente estudo brasileiro sobre o impacto da voz na qualidade de vida²³. Na população estudada, sem distinção entre os grupos, e considerando apenas as alterações vocais características da presbilaringe, estas ocorreram em um terço dos idosos. Também não podemos deixar de referir que a queixa da qualidade vocal está associada às necessidades que cada indivíduo possui para sua voz. Segundo Boulet, o uso profissional da voz exige ótimas condições de produção vocal fazendo-o sentir mais insatisfação com a deteriorização da qualidade vocal^{24,25}. A instalação da fenda glótica é gradual no idoso, causando menos queixa da qualidade vocal habitualmente²⁶.

Outro dado importante a ser considerado é o fato dos participantes não utilizarem a voz profissionalmente, já que a amostra dessa pesquisa é constituída em sua maioria por idosos aposentados ou do lar. A literatura pesquisada refere que pacientes que possuem maior uso da voz apresentam pior qualidade de vida, em comparação aos que possuem pouca demanda vocal²⁷. Outros pesquisadores encontraram que a qualidade de vida relacionada à voz em indivíduos acima de 66 anos era melhor quando comparada à de pessoas com idade inferior a 66 anos, e também atribuem esse achado à atividade profissional²⁸.

Como podemos perceber, a saúde vocal dos idosos merece atenção nas ações fonoaudiológicas, uma vez que a voz é primordial para a comunicação, a socialização, a expressividade e a qualidade de vida dos indivíduos, além disso, o processo de envelhecimento humano implica em transformações estruturais e funcionais que afetam e modificam a qualidade vocal^{12,13}.

A atividade física regular e sistemática aumenta ou mantém a aptidão física da população idosa e melhora seu bem-estar funcional, configurando-se num benefício para aqueles que a praticam em relação à sua saúde física, mental, psicológica e social. Nas propriedades funcionais e estruturais das células, tecidos e órgãos do corpo humano evidenciam-se plasticidade e adaptabilidade quando submetidas a vários estímulos, como no caso da atividade física regular²⁹.

Sabendo disso, discutimos se orientações sobre a saúde vocal e a prática de atividade física oferecem melhores formas de prevenção, retardando o envelhecimento vocal precoce e melhorando a qualidade de vida uma vez que oferece melhorias em outros sistemas como cardiovascular, neurológico, muscular e respiratório^{30,31}.

Em nosso estudo (tabela 1) observamos que o grupo sedentário apresentou valores dos escores total do QVV menores quando comparados ao grupo fisicamente ativo, porém sem impactar a qualidade de vida dos mesmos mostrando que os indivíduos da pesquisa possuem uma autoimagem vocal

positiva. Embora o número não seja expressivo, na tabela 2 podemos observar que apenas três indivíduos apresentaram escores de QVV abaixo de 70 considerando a voz como ruim e impactantes, sendo todos sedentários.

Dentre os cuidados com a voz de idosos com base na cultura e no saber popular estão a utilização de receitas caseiras, chás, xaropes, sopas, gargarejos, medicamentos e outros, sendo que os ingredientes mais utilizados são o limão, o sal, a romã, o vinagre, o gengibre e o alho³².

Entre as formas de prevenção mais utilizadas entre os grupos estudados estão a utilização de receitas caseiras 20% e sprays e pastilhas 6,6% (tabela 4). Verifica-se que as orientações vocais recebidas não impediram a utilização de métodos paliativos não recomendáveis indo de encontro a outras pesquisas³³.

Problemas na voz e nos cuidados com a voz / saúde vocal estão ocorrendo sem que sejam interpretados como tal, ou seja, os impactos do envelhecimento na voz ou aspectos do processo saúde-doença vocal não vêm sendo percebidos devidamente pelos idosos. Em nosso estudo 40% dos idosos referem não perceber alteração vocal. Isso nos faz levantar as mesmas questões para reflexão conforme Penteadó, 2009³⁴: Será que os sujeitos não estão percebendo que estão velhos? A falta de queixas estaria indicando dificuldades perceptivas ou, por outro lado, justamente uma adaptação saudável ao processo natural de envelhecimento, com aceitações e adequações às circunstâncias da idade? A presença de perdas auditivas dificultando o monitoramento da voz?

Uma das explicações para a falta de percepção do envelhecimento da própria voz pode estar relacionada à falta de experiências vocais dos indivíduos ou porque quando falamos a nossa voz é percebida por via óssea e via aérea e, ao escutarmos a gravação, existe a percepção do som somente por via aérea. Tal citação pôde ser confirmada quando, ao ouvir a própria voz gravada, vários idosos se surpreenderam dizendo que aquela voz era feia e parecia de uma pessoa muito idosa³⁵.

A autopercepção vocal tem sido objeto de vários estudos. Num estudo com 107 mulheres, com idade entre 37 e 71 anos, que passaram por avaliação fonoaudiológica e otorrinolaringológica, 54% não perceberam mudanças em suas vozes, mas aquelas que perceberam associaram à menopausa³⁶. Outra pesquisa sobre a percepção vocal na terceira idade foi realizada com uma população de 100 mulheres entre 60 e 95 anos que responderam questões de autopercepção sobre corpo, voz e rejuvenescimento vocal, e obtiveram como resultado que idosas perceberam o envelhecimento físico de forma similar, não ocorrendo o mesmo com a percepção do envelhecimento vocal e muitos desconhecem a possibilidade de rejuvenescer a voz³⁷.

Estudos comprovam que a perda auditiva na população idosa ocorre de 5 a 20% nos indivíduos com 60 anos de idade; essa incidência aumenta para 60% nos indivíduos a partir dos 65 anos. A deficiência auditiva no idoso, denominada de presbiacusia, resulta em efeitos negativos não só do ponto de vista social e emocional, como também na qualidade de vida do idoso. É um dos distúrbios da comunicação mais incapacitantes, impedindo-lhe de desempenhar o seu pleno papel na sociedade, porque não só provoca uma privação sensorial, mas acarreta uma dificuldade de compreensão da fala daqueles que o cercam, dificultando a comunicação³⁸. Esse aspecto pode ter influenciado nossos resultados, uma vez que boa parte da amostra refere dificuldades auditivas, o que pode ter prejudicado na percepção da própria voz já que alteram o monitoramento auditivo²⁸.

Em revisão sobre a biologia do envelhecimento, foi descrita a existência de dois tipos de envelhecimento: o biológico normal e o usual. O envelhecimento normal envolve as mudanças biológicas inexoráveis e universais, características do processo, tais como cabelos brancos, rugas, menopausa, perda da função renal, etc. Entretanto, no envelhecimento usual, além destas alterações biológicas, observamos o aumento da prevalência de doenças crônicas. Essas doenças se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, oriundos, sobretudo da interação entre fatores

genéticos com hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Um estilo de vida inapropriado acaba aumentando a ineficiência metabólica, que contribui substancialmente para a quebra da homeostasia corporal. Dentre as patologias associadas à idade, a doença cardiovascular é uma das principais representantes do cenário usual de doenças associadas ao envelhecimento. Esta constatação pode ajudar na identificação de causas intrínsecas (genes) e extrínsecas (ambiental) que afetam de maneira singular e diferencial o processo de envelhecimento em cada indivíduo³⁹.

Em nosso estudo observamos em ordem decrescente de prevalência os seguintes problemas de saúde (tabela 5): Problemas gástricos não diagnosticados (60%), Problemas auditivos (40%), Hipertensão (36,6%), Problemas respiratórios (36,6%), Cardiopatias (10%), Problemas circulatórios (6,66%), diabetes (3,33%) e Tireóide (3,33%). Um dado interessante entre os grupos analisados é que o grupo de idosos fisicamente ativos apresenta uma porcentagem menor de problemas de saúde quando comparados ao grupo de idosos sedentários. Uma das possíveis explicações é o estilo de vida mais saudável ao longo da vida, ausência de tabagismo e etilismo entre esse grupo e a realização de atividade física regular mostrando mais uma vez sua importância no envelhecer com qualidade.

Não observamos em nosso estudo diferença estatisticamente significativa entre os grupos que receberam orientação vocal do que não recebeu, não se mostrando uma medida preventiva importante quando isolada, contribuindo pouco no retardo do envelhecimento vocal precoce e na melhoria da qualidade de vida. No entanto, o tempo entre a orientação vocal e a aplicação do questionário foi muito pequeno para mudanças de hábitos e comportamentos que pudessem refletir na diminuição de queixas e sintomas, devendo ser levado em consideração em outras pesquisas.

Outro dado relevante e que deve ser levado em consideração é que a amostra deste estudo é pequena, o que pode ter interferido no fato de não termos encontrado uma diferença tão expressiva entre os parâmetros estudados. Por outro lado, é possível que outros fatores concorram de forma mais significativa para o retardo do envelhecimento vocal e melhoria na qualidade de vida, sendo necessárias mais pesquisas para identificá-los e colocá-los em prática. Assim sendo, sugerimos a realização de estudos mais aprofundados nesta área, a fim de auxiliar na melhor compreensão e melhor direcionar nos tratamentos para essa população.

Conclusões

Após a apreciação dos dados obtidos na comparação entre hábitos vocais, sedentarismo e qualidade de vida de idosos, podemos concluir que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos que receberam orientação vocal do que não recebeu, não se mostrando uma medida preventiva importante quando isolada. Ainda que os grupos sedentários tenham apresentado valores dos escores total do QVV menores quando comparados com os fisicamente ativos, porém sem impactar na qualidade de vida. Por fim, conclui-se que estilo de vida saudável e prática regular de atividade física ajudam a reduzir a ocorrência de problemas de saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Coordenação Pet Saúde – Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- Ministério da Saúde pelo financeiro por meio de bolsa-auxílio (25000.009846/2010-16). Agradecem igualmente à Universidade Vila Velha e à Prefeitura Municipal de Vila Velha pelo fornecimento de infraestrutura para a realização deste estudo.

Referências Bibliográficas

1. MA. Mastigação no processo de envelhecimento. Rev CEFAC, 2001; 3(1):27-35.
2. Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? Rev da APCD 1997; 51(6):573-6.
3. Bertachini L, Gonçalves MJ. Comunicação na terceira idade. Mundo Saúde; 2002; 26(4): 483-89.
4. Soyama CK, Espassatempo CL, Gregio FN, Camargo Z. Qualidade vocal na terceira idade: parâmetros acústicos de longo termo de vozes masculinas e femininas. Rev CEFAC 2005; 7(2):267-79.
5. Menezes LNM, Vicente LCC. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. Rev CEFAC, São Paulo, v.9, n.1, 90-8, jan-mar, 2007.
6. Bertelli PP. O envelhecimento vocal. Pró-Fono R Atual Cient. 1995;7:41-2.
7. Soares EB; Borba DT; Barbosa TK; Medved DM; Montenegro ACA. Hábitos Vocais em dois grupos de idosos. Rev CEFAC, São Paulo, v.9, n.2, 221-27, abr-jun, 2007.
8. Behlau M. Voz: o livro do especialista. V. 1. Rio de Janeiro, Revinter, 2001;348p.
9. Verdonck DE; Leeuw IM; Mahieu HF. Vocal aging and the impact on daily life: a longitudinal study. J Voice. 2001; 18(2):193-202.
10. Bilton T, Viúde A, Sanchez EP. Fonoaudiologia. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 820-7.
11. Nieman DC. Exercício e saúde: como se prevenir da doença usando o exercício como seu medicamento. Trad.: Dr. Marcos Ikeda. São Paulo, 1999.
12. Baken RJ. The aged voice: a new hypothesis. J Voice. 2004; 19(3):317-25.
13. Venites JP, Bertachini L, Ramos LR. Atuação fonoaudiológica na presbifonia: a efetividade de uma proposta terapêutica. Rev Fonoaudiol Brasil. 2004; 4(1):1-8.
14. Behlau M, Pontes P. Higiene Vocal: cuidando da voz. Rio de Janeiro, Revinter,1999; 61p.
15. Gasparini G, Behlau M. Quality of Life: validation of the Brazilian version of the Voice-Related Quality of Life Measure (V-RQOL). J. Voice; 2009; 23(1): 76-81.
16. Martins LMR. Envelhecimento e Saúde: um problema social emergente. Milenium – Revista do ISPV, n27, abril de 2003.
17. Goulart GNB. A fonoaudiologia e suas inserções no sistema único de saúde: análise prospectiva. Revista Fonoaudiologia Brasil, vol.2, nº4, dezembro de 2003.
18. Talbot LA, Metter EJ, Fleg JL. Leisure-time physical activities and their relationship to cardiorespiratory fitness in healthy men and women 18-95 years old. Med. Sci Sports Exerc. 2000;32:417-25.
19. Zugck C, Kruger C, Durr S, Gerber SH, Haunstetter A, Hornig K, et al. Is the 6-minute walk test a reliable substitute for peak oxygen uptake in patients with dilated cardiomyopathy? Eur Heart J. 2000; 21:540-9.
20. Sataloff RT, Rosen DC, Hawkshaw M, Spiegel JR. The aging adult voice. Jvoice 1997; 11(2): 156-60.
21. Gampel D, Karsch UM, Ferreira LP. Envelhecimento, voz e atividade física de professores e não professores. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008;13(3):218-25.
22. Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Voz Normal e Voz Alterada: conceito e classificação das disfonias. São Paulo: Centro de Estudos da Voz, 1999.
23. Morris RJ, Brown WS Jr. Age-related differences in speech intensity among adult females. Folia Phoniatri Logop. 1994;46:64-9.

24. Bloch I, Behrman A. Quantitative analysis of videostroboscopic images in presbylarynges. *Laryngoscope* 2001; 111:2022-7.
25. Woo P, Casper J, Colton R, Brewer D. Dysphonia in the aging: physiology versus disease. *Laryngoscope* 1992; 102: 139-44.
26. Pinho SMR. Fonoterapia nos distúrbios vocais. In: Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Tratado de otorrinolaringologia. São Paulo: Roca; 2003. v.4, p.596-605.
27. Ma EPM, Yiu EML. Voice activity and participation profile: assessing the impact of voice disorders on daily activities. *J Speech Lang Hear Res.*, 2001; 44: 511-24.
28. Murry T; Medrado R; Hogikyan ND; Aviv JE. The Relationship between ratings of voice quality and quality of life measures. *J Voice*, 2004; 18(2): 183-92.
29. Astrand P. Why exercise? *Medicine Science Sports Exercise* 1992;24:153-162.
30. Ringel RL, Chodzko-Zajko WJ. Vocal índices of biological age. *Journal of Voice* 1987; 1(1): 31-7.
31. Anhoque CF. Análise perceptivo-auditiva e acústica da voz de idosas fisicamente ativas e sedentárias. Monografia para a obtenção do título de Especialista em Voz. São Paulo, Centro de Estudos da Voz, 2003.
32. Moraes ACR, Rodrigues SS. Saber popular e saber científico sobre cuidados com a voz. [monografia]. Piracicaba (SP): Universidade Metodista de Piracicaba; 2004.
33. Soares EB, Borba DT, Barbosa TK, Medved DM, Albuquerque Montenegro AC. Hábitos vocais em dois grupos de idosos. *Revista CEFAC*, São Paulo, 2007, v.9, n.2, 221-27.
34. Penteado ZR, Penteado BPAL. Percepção da voz e saúde vocal em idosos coralistas. *Revista CEFAC*, São Paulo, 2009.
35. Cassol M. Avaliação de Percepção do Envelhecimento Vocal em Idosos. *Estud. interdiscp. envelhec.*, Porto Alegre, v. 9, p.41-52, 2006.
36. Schneider B; Van Trotsenburg M; Hanke G; Bigenzahn, W; Huber, J. Voice Impairment and Menopause. *Menopause*, New York, v.11, n.2, p.151-158, 2004.
37. Polido, AM; Martins, MASUR; Hanayama, EM. Percepção do Envelhecimento Vocal na Terceira Idade. *Revista CEFAC*, São Paulo, v.7, n. 2, p. 241-51, abr.-jun., 2005.
38. Sousa CGN, Russo PCI. Audição e Percepção da perda auditiva em idosos. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, 2009.
39. Troen RB. The biology of aging. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2003, 70(1): 3-22.