



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

ANGELINA TRAVASSOS DE QUEIRÓZ COUTINHO

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E OUTROS FATORES
ASSOCIADOS À DESVANTAGEM VOCAL EM PESSOA IDOSA
ATIVA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

Recife

2022

ANGELINA TRAVASSOS DE QUEIRÓZ COUTINHO

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E OUTROS FATORES
ASSOCIADOS À DESVANTAGEM VOCAL EM PESSOA IDOSA
ATIVA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana. Área de concentração: Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jônia Alves Lucena

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Vanessa de Lima Silva

Recife

2022

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4-1790

C871t Coutinho, Angelina Travassos de Queiróz
 Transtornos mentais comuns e outros fatores associados à
 desvantagem vocal em pessoa idosa ativa no contexto da pandemia de
 COVID-19 / Angelina Travassos de Queiróz Coutinho. – 2022.
 114 p.

 Orientadora: Jônia Alves Lucena.
 Coorientadora: Vanessa de Lima Silva.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
 Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde
 da Comunicação Humana. Recife, 2022.
 Inclui referências, apêndice e anexos.

 1. Idoso. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Voz. 5. COVID-19. I.
 Lucena, Jônia Alves. (Orientadora). II. Silva, Vanessa de Lima
 (Coorientadora). III. Título.

610 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2023-064)

ANGELINA TRAVASSOS DE QUEIRÓZ COUTINHO

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E OUTROS FATORES
ASSOCIADOS À DESVANTAGEM VOCAL EM PESSOA IDOSA
ATIVA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana. Área de concentração: Fonoaudiologia.

Aprovada em: 25/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Jônia Alves Lucena (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Vanessa de Lima Silva (Coorientadora)
Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Anna Alice Figueirêdo de Almeida Queiroz (Examinadora Externa)
Universidade Federal da Paraíba- UFPB

Prof^ª. Dr^ª. Ana Nery Barbosa de Araújo (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Adriana de Oliveira Camargo Gomes (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Coeli Regina Carneiro Ximenes (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Dedico esta conquista a Deus, e àqueles que, com infinito amor, não mediram esforços para que eu conseguisse alcançar a concretização dos meus sonhos, Ângela Travassos e Edvaldo Coutinho, meus amados pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Sua onipotência e onipresença em todos os momentos da minha vida. Agradeço pelas oportunidades que me tem oferecido, pela sabedoria, entendimento e discernimento em minha caminhada.

Aos meus pais, Ângela Travassos e Edvaldo Coutinho, que estiveram do meu lado em todas as etapas da minha vida e sempre me apoiaram. Por serem minhas maiores inspirações de força, fé e perseverança, meu porto seguro e fonte de amor inesgotável, pelos sacrifícios que fizeram para que eu pudesse realizar todos os meus sonhos.

À minha família, em especial ao meu esposo Marvson Lourenço e os meus irmãos, Paloma Travassos e Edvaldo Travassos pela paciência, parceria e significativas contribuições. Pelas palavras de carinho e conforto quando tudo parecia não ter solução.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade de participar e pelas contribuições pessoais acerca da dissertação.

Às minhas orientadoras, que foram verdadeiros exemplos de dedicação e amor à Saúde da Comunicação Humana. Por suas contribuições na construção dos meus sonhos, por me apresentar projetos para sonhar e ainda, por me desafiar a realizá-los.

Aos participantes desta pesquisa, que de forma voluntariosa se dispuseram a contribuir com meu trabalho.

Às minhas amigas do programa, em especial Kássia Íris e Emilaine pelas importantes experiências e aprendizados compartilhados, com as quais dividia maior parte dos meus anseios, desejos e conquistas, e as que dividiram comigo momentos especiais e únicos.

E, por fim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão de mais esta etapa da minha formação acadêmica.

A todos, meu muito obrigada!

RESUMO

No contexto de pandemia da COVID-19, os idosos precisaram se manter isolados, já que fazem parte de grupo de risco, com maior vulnerabilidade. Tal medida de isolamento poderia não somente gerar quadros de ansiedade e depressão, mas também problemas de voz e comunicação, mudanças relacionadas ao estilo de vida, aos aspectos demográficos e socioeconômicos. O objetivo do estudo foi analisar a influência de transtornos mentais comuns e outros fatores associados à desvantagem vocal em pessoas idosas ativas no contexto da pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo do tipo seccional de caráter analítico. Realizado com idosos acima de 60 anos, inscritos na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco. A coleta de dados foi cumprida por meio de entrevista e aplicação de protocolos. Para levantamento dos fatores demográficos, socioeconômicos e estilo de vida, foi realizada entrevista; as medidas de saúde mental foram obtidas por meio do *Self-Report Questionnaire*, do Inventário de Ansiedade Traço e Estado e da Escala de Depressão Geriátrica; e a desvantagem vocal foi avaliada pelo Índice de Desvantagem Vocal. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Para a análise comparativa entre os grupos, foi utilizado o teste qui-quadrado e Wald, considerando o nível de significância estatística de 5%. Para a análise de associação, foi empregado o modelo binário e multivariado de regressão logística, com o método de *Forward* $\alpha=5\%$. Foram avaliados 91 idosos, com média de idade de 69 anos. A maior parte da população estudada não apresentou desvantagem vocal (54,9%). Observou-se dependência da ansiedade traço com a desvantagem vocal (19,5%). Houve, ainda, associação das variáveis ansiedade traço ($p=0,031$) e idade ($p=0,036$) com a desvantagem vocal. Idosos ativos com ansiedade traço apresentaram cinco vezes mais chance (Odds Ratio = 5,151) de ter desvantagem vocal em comparação aos idosos com baixa ansiedade traço. Além disso, idosos mais velhos mostraram-se com uma vez mais chance (Odds Ratio= 1,100) de ter desvantagem vocal quando comparados com idosos mais jovens. Foi possível concluir que, em idosos ativos, no contexto de pandemia, a desvantagem vocal foi associada ao fator emocional de ansiedade traço e à idade.

Palavras-chave: idoso; ansiedade; depressão; voz; COVID-19.

ABSTRACT

In the context of the COVID-19 pandemic, the elderly needed to remain isolated, as they are part of a risk group, with greater vulnerability. Such isolation measure could not only generate anxiety and depression, but also voice and communication problems, changes related to lifestyle, demographic and socioeconomic aspects. The aim of the study was to analyze the influence of common mental disorders and other factors associated with voice handicap in active elderly people in the context of the COVID-19 pandemic. This is a cross-sectional study of an analytical nature. Carried out with seniors over 60 years of age, enrolled at the Open University for the Elderly at the Federal University of Pernambuco. Data collection was accomplished through interviews and application of protocols. To survey demographic, socioeconomic and lifestyle factors, an interview was conducted; mental health measures were obtained using the Self-Report Questionnaire, the State and Trait Anxiety Inventory and the Geriatric Depression Scale; and vocal handicap was evaluated by the Vocal Handicap Index. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. For the comparative analysis between the groups, the chi-square and Wald test were used, considering a statistical significance level of 5%. For the association analysis, the binary and multivariate model of logistic regression was used, with the Forward $\alpha=5\%$ method. A total of 91 elderly people were evaluated, with a mean age of 69 years. Most of the studied population did not present vocal handicap (54,9%). There was dependence of trait anxiety on vocal handicap (19,5%). There was also an association between trait anxiety ($p=0,031$) and age ($p=0,036$) with voice handicap. Active elderly people with trait anxiety were five times more likely (Odds Ratio = 5,151) to have a voice handicap compared to elderly people with low trait anxiety. In addition, older elderly people were once more likely (Odds Ratio= 1,100) to have a voice handicap when compared to younger elderly people. It was possible to conclude that, in active elderly people, in the context of a pandemic, voice handicap was associated with the emotional trait anxiety factor and age.

Keywords: elderly; anxiety; depression; voice; COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxograma de captação dos participantes.....	26
Quadro 1- Definição das variáveis.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos idosos com menor e maior desvantagem vocal segundo fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida e participação comunitária dos idosos.....	61
Tabela 2- Distribuição de idosos segundo a desvantagem vocal.....	63
Tabela 3- Distribuição de idosos com menor e maior desvantagem vocal segundo ansiedade e depressão.....	64
Tabela 4- Resultado das análises univariada e multivariada entre a desvantagem vocal dos idosos e ansiedade traço, fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida e participação comunitária entre os idosos.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDATE-E	Inventário de Ansiedade Estado
IDATE-T	Inventário de Ansiedade Traço
IDV	Índice de Desvantagem Vocal
NAI	Núcleo de Assistência ao Idoso
OMS	Organização Mundial da Saúde
SRQ	Self- Report Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNATI	Universidade Aberta à Terceira Idade

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1	ENVELHECIMENTO HUMANO, FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, ESTILO DE VIDA E FATORES EMOCIONAIS.....	17
2.2	IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE DO IDOSO	20
2.3	VOZ E ENVELHECIMENTO: DESVANTAGEM VOCAL.....	22
3	MÉTODOS.....	25
3.1	LOCAL DO ESTUDO.....	25
3.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	25
3.2.1	<i>Critérios de exclusão.....</i>	26
3.3	PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	26
3.4	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	26
3.5	SELEÇÃO DE PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS.....	27
3.6	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	30
3.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	32
4	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E OUTROS FATORES ASSOCIADOS À DESVANTAGEM VOCAL EM PESSOAS IDOSAS ATIVAS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	34
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
	APÊNDICE B - PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS	78
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	80
	ANEXO B - REGRAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO DOS ARTIGOS – JOURNAL OF VOICE.....	87
	ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA.....	106
	ANEXO D - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20).....	107
	ANEXO E - SELF-REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ-20).....	108
	ANEXO F - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO ESTADO (IDATE).....	109
	ANEXO G - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA.....	112

ANEXO H - PROTOCOLO DO ÍNDICE DE DESVANTAGEM VOCAL..... 113

1 APRESENTAÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O mesmo entendimento está presente na Política Nacional do Idoso (instituída pela lei federal 8.842), de 1994, e no Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 14.423 de 22 de julho de 2022). O Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, representando 13% da população do país. Estima-se que, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos (IBGE, 2018).

O envelhecimento é caracterizado por uma série de mudanças morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas ocorridas no organismo ao longo da vida e está diretamente relacionado com as experiências particulares de vida de cada sujeito, constituídas pelo meio psicossocial, econômico, biológico, físico e cultural (MACHADO; LIMA; COSTA, 2015; COSTA; COSTA, 2015).

Com o envelhecimento populacional, aumenta a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), responsáveis por grande parte da mortalidade e incapacidade em todo o mundo. Entre elas, destacam-se as doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, câncer e demência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; DUNCAN, 2012).

Estando suscetível a doenças, a população de idosos é considerada vulnerável, fazendo parte de um grupo com alto risco de contágio e agravamento dos sintomas da COVID-19. A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico, que varia de infecções assintomáticas a quadros graves acarretados por comprometimento do sistema respiratório. Por esse motivo, no contexto da pandemia, iniciada em 2020, os idosos precisaram manter-se afastados do convívio social, como meio de evitar a contaminação pela doença (BRASIL, 2020).

Com a pandemia de COVID-19, em decorrência do isolamento social, registra-se, aumento da prevalência de ansiedade e depressão na população. Durante uma pandemia, o medo intensificou os níveis de estresse e ansiedade em pessoas saudáveis e aumentou os sintomas daquelas com transtornos mentais pré-existentes (RAMÍREZ-ORTIZ *et al.*, 2020). O período de isolamento social durante a pandemia de COVID-19 trouxe consequências na saúde mental, uma vez que os indivíduos ficaram mais suscetíveis a apresentar transtornos de saúde mental, devido à privação e contenção social, surgindo sintomas de sofrimento psíquico, em especial, relacionado ao estresse, ansiedade e depressão (DANTAS *et al.*, 2020).

Fatores emocionais como ansiedade e depressão também podem estar relacionados à comunicação, já que consiste em uma ferramenta essencial para a atividade social e relações interpessoais. Os fatores emocionais podem interferir na forma de expressão e comunicação do indivíduo, seja em relação ao corpo, fala e/ou voz. Quanto maior o grau de ansiedade e depressão, maior é o comprometimento da comunicação, da qualidade de vida e maior número de sinais e sintomas vocais (ALMEIDA; BEHLAU; LEITE, 2011). Foi demonstrado que o estresse psicológico passado por professores universitários em ensino síncrono *online* durante a pandemia de COVID-19 repercutiu em impacto negativo na voz (BESSER, 2020).

No que se refere à voz dos idosos, além das alterações vocais decorrentes processo de envelhecimento, há evidências de que também pode ser afetada pela sua história física, emocional e de vida, bem como pelos maus hábitos e questões como idade, sexo, fatores raciais, hereditários, sociais e ambientais (BEHLAU; PONTES, 1995). Os sintomas físicos e psicossociais também são fatores que podem estar associados aos distúrbios vocais em idosos (GOIS *et al.*, 2018). É possível, portanto, que, no contexto da pandemia da COVID-19, questões relacionadas aos aspectos demográficos e socioeconômicos, estilo de vida, ansiedade e depressão tenham afetado a voz em idosos, mesmo levando-se em consideração a população de idosos ativos, que estavam engajados em atividades que incentivam a participação social.

O conhecimento sobre as relações entre ansiedade, depressão, aspectos demográficos e socioeconômicos, estilo de vida, e a desvantagem vocal em idosos pode contribuir para ampliar as iniciativas que promovam a saúde do idoso, visando ao bem-estar e melhorias na qualidade de vida dessa população. Espera-se reforçar a importância da implementação e desenvolvimento de ações que promovam situações de relações interpessoais em contextos sociais diversos, bem como ressaltar a saúde emocional como eixo relevante na manutenção da saúde vocal e da comunicação da pessoa idosa.

Assim, trabalhar nessa temática, possivelmente auxiliará a obtenção de respostas que proporcionarão maior consistência ao trabalho do fonoaudiólogo no contexto da pandemia, bem como na prática que transcende esse período.

Este estudo tem como base a pergunta condutora: Existe influência de transtornos mentais comuns e outros fatores associados à desvantagem vocal em pessoas idosas ativas no contexto da pandemia de COVID-19? A hipótese do presente estudo é que exista associação entre ansiedade, depressão, fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida e desvantagem vocal em pessoa idosa ativa no contexto da pandemia de COVID-19.

Dessa forma, foram estruturados o objetivo geral e específicos do estudo descritos a seguir:

OBJETIVO GERAL

Analisar a influência de transtornos mentais comuns e outros fatores associados à desvantagem vocal em pessoas idosas ativas no contexto da pandemia de COVID-19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil de pessoas idosas ativas segundo fatores demográficos, socioeconômicos e estilo de vida no contexto da pandemia de COVID-19;
- Descrever a ansiedade e depressão em pessoas idosas ativas no contexto da pandemia de COVID-19;
- Descrever a desvantagem vocal em pessoas idosas ativas no contexto da pandemia de COVID-19;
- Analisar a associação entre ansiedade, depressão, fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida e a desvantagem vocal em pessoas idosas ativas no contexto da pandemia de COVID-19.

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo seccional, com abordagem analítica com idosos acima de 60 anos, inscritos na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O projeto foi submetido a Comitê de Ética em pesquisa da UFPE e aprovado com o nº do parecer 4.696.048 em 2021 (ANEXO A). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aos idosos e aplicação de protocolos específicos. A coleta foi realizada no período de julho de 2021 a março de 2022.

Nesta dissertação consiste a apresentação, a fundamentação teórica, os métodos empregados para a realização da pesquisa de campo, o resultado da pesquisa, formado por um artigo original, intitulado: **“Transtornos mentais comuns e outros fatores associados à desvantagem vocal em pessoas idosas ativas no contexto da pandemia de covid-19”**. O produto dessa dissertação será submetido à revista: Journal of Voice, Qualis-B1. As normas de publicação desta revista podem ser encontradas no final da dissertação (ANEXO B). E, por fim, as considerações finais.

Além desses passos, compõem a dissertação os comprovantes de trabalhos realizados durante o processo de formação do mestrado, que resultou na elaboração de dois capítulos publicados no livro Saúde da Comunicação Humana no Ensino Fundamental, até o momento.

O primeiro capítulo é intitulado: **“Orientação sobre voz de crianças e adolescentes para pais e professores no ensino fundamental”**; o segundo: **“Orientações para a voz do professor”** publicado pela editora Pulso. Os capítulos foram desenvolvidos segundo as normas de publicação exigidas pela editora.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO, FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, ESTILO DE VIDA E FATORES EMOCIONAIS

O envelhecimento é um processo natural dos seres vivos, bem como dinâmico e progressivo. Aponta-se que o envelhecimento da população brasileira é retratado pela diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade dos grupos etários mais velhos. Desta forma, o aumento do número de idosos é decorrente do processo de transição demográfica, uma vez que a consequência demográfica primária de declínio da fecundidade, especialmente se combinado com o aumento da expectativa de vida, é o envelhecimento da população (UNITED NATIONS, 2015).

O processo de transição demográfica e epidemiológica no Brasil está associado, em grande parte, às desiguais condições sociais observadas no país. A população idosa constitui um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, tanto do ponto de vista dos seus aspectos demográficos e epidemiológicos quanto das condições socioeconômicas (MIRANDA *et al.*, 2017).

Ressalta-se, entretanto que, com o processo de envelhecimento, mudanças celulares, fisiológicas e funcionais podem ocasionar declínios cumulativos nos diversos sistemas corporais (BARBON *et al.*, 2016; HARTMANN; GOMES, 2016). Tais mudanças comprometem o desempenho de habilidades motoras que podem afetar e interferir negativamente na qualidade de vida (GOMES *et al.*, 2016). É comum o surgimento das DCNT - as manifestações de tais doenças tendem a aparecer de forma mais acentuada na idade avançada e, frequentemente, estão mais associadas a comorbidades, o que pode limitar as atividades diárias dos idosos. Ainda que não sejam fatais, essas limitações tendem a comprometer a qualidade de vida desta população (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

As limitações na população idosa correspondem, portanto, à evolução de uma condição crônica que envolve fatores de risco, tais como: características biológicas e comportamentais dos indivíduos, além de fatores ambientais, demográficos, estilo de vida, sociais e psicológicos (BRASIL, 2006). Neste contexto, o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da saúde e a autonomia são os maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população (VERAS, 2012).

Nesse sentido, os fatores demográficos, socioeconômicos, bem como o estilo de vida, incluindo a participação social, são potenciais determinantes para a longevidade.

De acordo com o critério demográfico, o envelhecimento pode ser caracterizado por faixa de idade, ou seja, a do velho-jovem que vai dos 60 a 79 anos, a chamada “terceira idade”; e a do velho-velho, de 80 anos ou mais, a “quarta idade” (MINAYO; FIRMO, 2018).

Além disso, considera-se que há mais mulheres idosas do que homens idosos caracterizando-se como a feminização do envelhecimento, embora esse padrão seja complexo e mutável. Nas regiões mais desenvolvidas a tendência é que a expectativa de vida dos homens está alcançando a das mulheres com probabilidade de um equilíbrio de homens e mulheres na população idosa nas próximas décadas (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE, 2015).

Destaca-se, também, que as pessoas com maior grau de escolaridade vivem por mais tempo e com mais saúde do que as com menor grau de escolaridade. Além disso, a educação de nível superior resulta em maior renda e melhores condições de trabalho e de moradia, assim como influencia a educação para saúde, que resulta em estilo de vida mais saudável (NBER, 2022).

Demonstra-se, inclusive, que o estilo de vida influencia positivamente no processo de envelhecimento ativo. O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. É um processo contínuo, um investimento que se estende por toda uma vida. Quanto mais cedo se começa a otimizar as oportunidades de saúde, aprendizagem contínua, participação e segurança, maior a chance de desfrutar de uma velhice com qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; INTERNATIONAL LONGEVITY CENTRE BRAZIL, 2015).

Em busca do bem-estar do idoso, o Ministério da Saúde compreende o envelhecimento populacional como uma conquista e um triunfo da humanidade no século XX. Por outro lado, reconhece que existe muito a ser conquistado para que o envelhecimento aconteça com qualidade de vida. Nesta perspectiva, não basta oferecer mais anos de vida ao indivíduo, mas é necessário que esse prolongamento seja acompanhado por condições dignas de vida (BRASIL, 2017; VERAS, 2009).

Para que seja possível manter um envelhecimento ativo, é importante haver boa capacidade funcional, uma vida socialmente ativa, com grandes possibilidades de comunicação. Assim, o idoso tem a oportunidade de se expressar, o que lhe proporcionará maior interação social com outros indivíduos (CHIOSSI, 2014).

Fatores como atividade física, lazer, relações interpessoais e posse de animal de estimação também podem influenciar na qualidade de vida, na autoavaliação da saúde, na

satisfação com a vida e na autonomia da população idosa (CAVALCANTI *et al.*, 2016). A adoção do estilo de vida ativo deve ser incentivada, pois previne doenças crônicas não transmissíveis, frequentes no idoso, e contribuem para a manutenção da independência funcional (MACIEL, 2010).

Dentre os fatores que podem contribuir para a longevidade com qualidade de vida está também a participação comunitária. Em estudo realizado com idosos ingleses, aponta-se que a participação social de idosos nas ações de visitar amigos ou a família, fazer artesanato regularmente e participar de atividades sociais como ir ao clube, igreja ou bar, representam fatores de proteção para a mortalidade do idoso, contribuindo, assim, para uma maior longevidade (BOWLING; GRUNDY, 2009).

No envelhecimento, devido às mudanças e limitações inerentes a esta fase da vida, são comuns também os transtornos mentais. Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) configura a expressão clínica do sofrimento psíquico, constituído por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, além de sintomas depressivos e ansiosos (GOLDBERG, HUXLEY, 1992). A Organização Mundial de Saúde (2001) também descreve os TMC como condições clinicamente importantes, a partir da presença de sintomas de alteração do humor, do comportamento e do modo de pensar, gerando angústia e/ou deterioração do funcionamento.

No que se refere à ansiedade, é algo comum e faz parte da vida das pessoas. É um sinal de alerta determinado pela presença de um conflito interno, que tem a função de avisar sobre um perigo iminente, possibilitando que a pessoa tome medidas para lidar com a ameaça (HOLMES, 1997). Assim, pode ser um sentimento útil, entretanto, pode desencadear sentimentos desagradáveis quando em nível alto, podendo interferir na saúde física e mental, principalmente dos idosos. Quando fragilizados pela influência da idade, tendem a ampliar tais sintomas, prejudicando a qualidade de vida (UCHMANOWICZ; GOBBENS, 2015; MACHADO *et al.*, 2016).

A ansiedade pode ser dividida em duas vertentes: ansiedade estado e ansiedade traço. Enquanto o estado de ansiedade reflete uma reação transitória diretamente relacionada a uma situação de adversidade que se apresenta em dado momento, o traço de ansiedade refere-se à característica de personalidade que pode indicar propensão do indivíduo lidar com ansiedade ao longo de sua vida (CATTELL; SCHEIER, 1961; BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). A depressão é outro fator muito comum na população geriátrica, que pode causar grande sofrimento psíquico, dependência funcional, isolamento, piora da qualidade de vida, maior utilização de serviços de saúde, além do aumento do risco de morte. A depressão caracteriza-

se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (CARREIRA *et al.*, 2011). Em idosos, o transtorno depressivo é caracterizado pela presença de humor predominantemente deprimido ou irritável e anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria) (BORGES *et al.*, 2013)

Dado a situação de saúde atual no mundo, os fatores emocionais, como a ansiedade e a depressão surgiram com frequência na população, e constituem-se como uma preocupação substantiva de saúde pública. Em tempos da COVID-19, a ansiedade e estresse têm sido marcantes na vida das pessoas, especialmente na população idosa, devido ao medo de contrair a doença e ao isolamento social, medida necessária para a manutenção da sobrevivência (SHIGEMURA *et al.*, 2020; BROOKS *et al.*, 2020).

2.2 IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia (SCHMIDT *et al.*, 2020). Nesta situação, o status da doença, que surgiu em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan (China), modificou-se, pela alta taxa de transmissão do vírus e sua propagação em nível mundial. Na América Latina, o primeiro caso foi registrado no Brasil em 25 de fevereiro de 2020, pelo Ministério da Saúde do Brasil (LIMA, 2020).

A COVID-19 é causada por um beta corona vírus relacionado ao vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Estudos epidemiológicos comprovam o elevado poder de contágio da COVID-19 em todas as faixas etárias. Porém, apresenta maior probabilidade de morte os indivíduos acima dos 60 anos de idade, com aumento diretamente proporcional para as faixas etárias superiores. As mortes estão frequentemente associadas a comorbidades pré-existentes, tais como: cardiopatias, diabetes, doenças respiratórias crônicas, hipertensão arterial, câncer, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Dados da OMS revelam uma taxa de mortalidade cada vez maior em decorrência da COVID-19. Até a presente data, 22/10/2022 foram confirmados 34.771.320 casos e 687.423 óbitos no Brasil. São 22.372 óbitos por SRAG para COVID-19 em Pernambuco e destes, 70,20% acometidos foram idosos (CIEVS PE, 2022). No Brasil, em decorrência da pandemia da COVID-19, foi decretado, pelo governo federal, por meio da portaria nº 340, de 30 de março de 2020, recomendações sobre medidas para o enfrentamento da emergência em Saúde

Pública de importância nacional. Medidas de isolamento social foram necessárias, revelando a necessidade dos indivíduos com suspeita do vírus e sintomáticos permanecerem afastados, como meio de diminuir a progressão e disseminação do vírus, resultando em controle, e menores taxas de morbidade e mortalidade (DOU, 2020).

O isolamento se trata da separação de pessoas que foram diagnosticadas com uma doença contagiosa de pessoas que não estão doentes (MANUELL; CUKOR, 2011). Essa definição difere de quarentena, que se trata da separação e restrição de movimento de pessoas que tenham sido potencialmente expostas a uma doença contagiosa para verificar se não estão bem, reduzindo, assim, o risco de infectar outras pessoas. No entanto, os dois termos são frequentemente usados (CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, 2017).

A quarentena costuma ser uma experiência desagradável para aqueles que a enfrenta, inclusive para os idosos. A separação de entes queridos, a perda de liberdade, a incerteza sobre o estado da doença, medo de infecção, duração da quarentena, informação inadequada, perda financeira, frustração e tédio podem, às vezes, criar efeitos dramáticos (SAMANTHA *et al.*, 2020). Pacientes diagnosticados com COVID-19 ou com suspeita de infecção podem experimentar emoções intensas e reações comportamentais, além da culpa, medo, melancolia, raiva, solidão, ansiedade, insônia, preponderantes, sobretudo, em pacientes em isolamento social, no qual o estresse tende a ser o mais prevalente (SHIGEMURA *et al.*, 2020; BROOKS *et al.*, 2020).

O sentimento de inconstância e incerteza gera na população manifestações de sintomas de ansiedade, que podem evoluir para um quadro de depressão. Tal acometimento caracteriza-se por uma mudança brusca no estilo de vida, levando à irritabilidade, hábitos alimentares não saudáveis ou perda de apetite, sentimento de culpa, e a perda de interesse por realizar atividades e *hobbies* que antes eram prazerosos para estes indivíduos (CETRON; SIMONE, 2004; WANG *et al.*, 2020).

No caso da população idosa, por se tratar de uma população vulnerável e suscetível ao agravamento de doenças, foi necessário realizar um isolamento ainda mais rigoroso. Neste contexto, destaca-se que, ao discutir sobre pandemia da COVID-19 e saúde mental, é fundamental levar em consideração o contexto social em que a pessoa está inserida, considerando fatores, tais como características pessoais, participação comunitária, o estilo de vida e saúde da comunicação (HO *et al.*, 2020).

No que diz respeito à comunicação, em situações de isolamento social, poderá ser prejudicada devido à falta ou restrição da participação social. Nestas situações, a voz poderá

ser afetada, considerando-se não somente os aspectos do envelhecimento, mas aspectos físicos e/ou psicossociais, o que poderá trazer impactos negativos na qualidade de vida (CHIOSSI *et al.*, 2014).

2.3 VOZ E ENVELHECIMENTO: DESVANTAGEM VOCAL

A comunicação faz parte da integração social do homem e é fundamental para a satisfação de necessidades básicas, desde o estabelecimento das relações interpessoais, a aquisição de novos conhecimentos e a compreensão e expressão de ideias, sentimentos e emoções. Exerce papel essencial na vida humana, favorecendo uma participação ativa nos seus mais diversos âmbitos (MAC-KAY, 2009).

O processo de comunicação pode ser definido como uma atividade humana determinada pela troca de informações entre pessoas, ou como o modo pelo qual se constroem e se decodificam significados a partir das trocas de informações geradas, sendo um fator determinante para o crescimento e desenvolvimento humano (BRAGA; MARQUES, 2008).

A voz tem um papel fundamental na comunicação, para a expressividade e integração, possibilitando um maior empoderamento do indivíduo na comunidade (PENTEADO; SANTOS, 2015). Por meio da voz, são transmitidas mensagens, sendo intrínseco ao sujeito e varia de acordo com o sexo, a idade e o estado emocional do falante. E, por isso, é em grande parte responsável pelo sucesso nas interações humanas (PARENTE *et al.*, 2015).

Na população idosa, algumas alterações são esperadas e podem ser consideradas como parte do processo de envelhecimento. Dentre estas alterações, destaca-se distúrbios fonoaudiológicos, como dificuldade na audição e mudanças na voz, as quais podem comprometer a qualidade de vida da população idosa e sua autonomia social (VILANOVA *et al.*, 2015).

A voz sofre mudanças em decorrência da senescência – a presbifonia - ocorrendo paralelamente às alterações de outras funções corporais. O início da presbifonia, o seu desenvolvimento e o grau de deterioração vocal dependem de cada indivíduo, de sua saúde física e psicológica, além de fatores constitucionais, raciais, hereditários, sociais e ambientais. Salienta-se que a presbifonia faz parte do processo natural de envelhecimento, ocasionando perda da eficiência vocal e comprometimento da efetividade da transmissão da mensagem, não sendo considerada uma desordem vocal, embora exista uma linha tênue entre o que é um processo vocal normal da idade e o que é uma desordem vocal estabelecida (BEHLAU *et al.*, 2005; MARCHAND; BONAMIGO, 2015).

Alguns sinais e sintomas da presbifonia são: fadiga vocal, alteração da frequência fundamental, diminuição da intensidade, ou capacidade de projeção; diminuição da amplitude de frequências, dificuldade em manter a entoação e alteração do timbre (RODRIGUES, 2017). Pacientes idosos com alteração vocal parecem realmente insatisfeitos com suas vozes. A insatisfação com a própria voz pode chegar a 50% nesses indivíduos, uma porcentagem importante que traz impedimentos a suas vidas (GOLUB *et al.*, 2006; GREGORY *et al.*, 2012).

É importante considerar que o distúrbio de voz é uma manifestação dinâmica e funcional, que tem como característica causalidade múltipla e complexa. O distúrbio vocal não é apenas um problema de laringe, mas uma dificuldade de comunicação oral que impede a produção natural da voz (BEHLAU, 2018).

As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento poderão influenciar na presbifonia, nas dificuldades auditivas, devido à presbiacusia, alterações na comunicação oral, escrita ou expressiva e nos distúrbios da deglutição, demandando, dessa forma, intervenção do fonoaudiólogo para garantir melhor qualidade de vida (MARCHAND; BONAMIGO, 2015).

É importante salientar que algumas alterações vocais podem ser resultado do comportamento vocal em resposta às relações interpessoais no ambiente em que o indivíduo vive. Essas reações vocais podem ser o resultado de necessidades psicológicas, hábitos, estímulos sociais do indivíduo ou uma combinação deles. Portanto, o comportamento vocal durante a comunicação nem sempre desempenha um papel no início de um problema de voz, mas influencia o comportamento vocal como fator etiológico ou de manutenção (BEHLAU, 2018).

Evidencia-se elevada presença de suspeição de alteração vocal em idosos, inclusive ativos. A suspeição de alteração vocal foi associada com o autorrelato de rouquidão e a desvantagem vocal. É importante deixar claro, portanto, que desvantagens na eficiência da comunicação podem comprometer mecanismos de socialização, manutenção da autonomia e sensação de bem-estar (CHIOSSI, *et al.*, 2014). Além disso, aponta-se que a comunicação também pode ser comprometida quando associada a fatores emocionais. Sintomas físicos e psicossociais estão associados aos distúrbios de voz em idosos (GOIS *et al.*, 2018).

No que se refere à ansiedade, quanto maior ansiedade, maior será o comprometimento na comunicação do indivíduo, ou seja, a ansiedade tem influência no comportamento comunicativo dos indivíduos, envolvendo modificações no corpo, na fala e na voz (ALMEIDA *et al.*, 2011). Grupos com alta ansiedade apresentam maior índice de desvantagem vocal, principalmente no que diz respeito ao aspecto orgânico (ALMEIDA *et*

al., 2014). Defende-se, ainda, que poderá não haver identificação direta de fatores psicológicos como precipitantes para o aparecimento inicial dos problemas de voz, mas o problema de voz poderá levar ao sofrimento psicológico que, por sua vez, exacerba os sintomas vocais (MISONO, 2019).

Acredita-se também, que dentre as características típicas do estado depressivo, como o aumento dos sentimentos de tristeza ou vazio, perda de energia e sintomas somáticos como dores, insônia e outras disfunções fisiológicas, está o problema na voz (OHAYON; SCHATZBERG, 2003). Autores ressaltam que a patologia vocal, além de poder desencadear sintomas de depressão e ansiedade, pode, também, ser desenvolvida como consequência destes sintomas (MIRZA *et al.*, 2003).

Considerando que os distúrbios vocais em idosos podem estar associados ao estado de saúde física, comportamental e social (PERNAMBUCO *et al.*, 2015), aspectos demográficos, socioeconômicos, estilo de vida, fatores emocionais e a desvantagem vocal, devem ser investigados na população idosa.

3 MÉTODOS

3.1 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com os idosos inscritos na Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) da UFPE. A UNATI é uma ação extensionista vinculada ao Programa do Idoso (PROIDOSO), da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROExC) da UFPE. Tem como finalidade a promoção e o incentivo de ações para melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, mediante a realização de cursos que facilitem a aquisição de novos conhecimentos e integração na sociedade contemporânea.

Regulamentada de acordo com Portaria normativa nº 01 de 17 de janeiro de 2002 (UFPE, 2002), a UNATI representa um espaço de convivência em grupo, com estímulo à participação ativa do idoso, valorização de suas potencialidades e talentos, além de se constituir em um espaço de prática para o estudo do envelhecimento, nas diversas áreas do conhecimento. Tem suas ações desenvolvidas no prédio do Núcleo de Assistência ao Idoso (NAI), localizado no bairro da Cidade Universitária do município de Recife-PE.

Os procedimentos metodológicos da pesquisa foram realizados no Laboratório de Voz da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na Clínica Escola Professor Fábio Lessa no Departamento de Fonoaudiologia, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da UFPE. O laboratório de voz está instalado em uma sala, reservada no primeiro andar, equipada com instrumentos, computadores e softwares que permite a realização de exames, coleta de dados e treinamentos na área de voz.

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

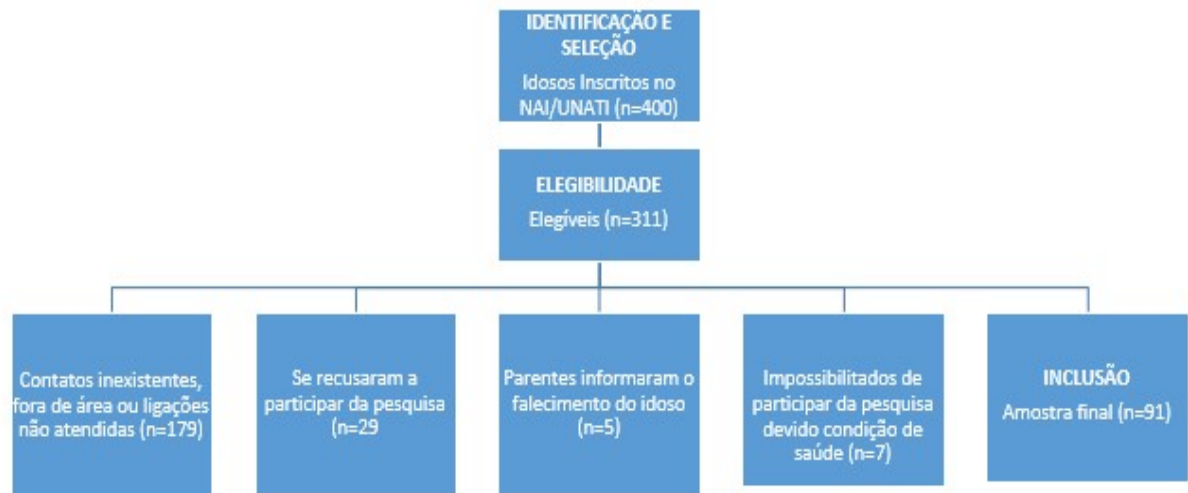
A população de estudo consistiu em indivíduos com idade acima de 60 anos, engajados em atividades no NAI/UNATI, considerados, portanto, pessoas ativas.

A amostragem foi coletada por conveniência, uma vez que foi realizada a busca de contato com a totalidade de inscritos, 400 idosos. Todos aqueles que foram acessados e que aceitaram participar, foram recrutados para o estudo, após aplicados os critérios de exclusão.

Foram analisados prontuários do ano de 2017 até 2021 e selecionados 311 contatos telefônicos, de acordo com os critérios de exclusão. Destes, 179 contatos encontravam-se, fora de área, desligados, ou as ligações não foram atendidas, mesmo após três tentativas em horários e dias diferentes; 29 idosos se recusaram a participar; os parentes informaram o

falecimento de cinco idosos; sete foram impossibilitados de participar da pesquisa devido a alguma condição inadequada de saúde. Desta forma, foram entrevistados 91 pessoas com 60 anos ou mais (FIGURA 1). Para a construção do fluxograma foi utilizado o guideline STROBE (MALTA *et al.*, 2010).

Figura 1. Fluxograma de captação dos participantes



Fonte: A autora (2022).

3.2.1 Critérios de exclusão

Foram excluídos aqueles que tinham antecedentes ou doenças laringeas relacionadas aos diagnósticos de refluxo gastroesofágico, sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), traumas laringeos, lesões de massa de prega vocal e alterações que comprometam domínios cognitivos como: memória, linguagem, atenção, praxias e habilidades visuoespaciais decorrentes de demência e doenças mentais. Também foram excluídas pessoas que fazem uso de psicofármacos, ou que estão em acompanhamento psicoterápico ou fonoterápico.

3.3 PERÍODO DE REFERÊNCIA

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho de 2021 a março de 2022.

3.4 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo do tipo seccional, de caráter analítico.

3.5 SELEÇÃO DE PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS

Inicialmente, a pesquisadora principal contatou os dirigentes do NAI/UNATI, para apresentação do estudo, momento em que foi estabelecida a concordância para desenvolvimento da pesquisa, com assinatura da Carta de Anuência (ANEXO C). Para contemplar os critérios de exclusão, os idosos cadastrados no NAI/UNATI foram selecionados pela pesquisadora de acordo com seu histórico de saúde antecedente e atual contido em seus prontuários. Foi realizado, ainda, rastreio cognitivo, com uso de protocolo específico.

Os idosos foram contatados por meio de chamada telefônica e aqueles que se dispuseram a participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), de forma verbal, após apresentação da pesquisa e de seus objetivos. Cada participante recebeu uma cópia do termo por e-mail ou WhatsApp, para assinatura.

Após etapa de seleção de participantes, foram agendados dias e horários oportunos para as entrevistas, que aconteceram de forma remota, por videochamada e/ou ligação telefônica. Para as videochamadas, foi usada a plataforma MEET, a qual preenche os requisitos do protocolo *Health Insurance Portability and Accountability* (HIPAA); propõe padrões mínimos de proteção de confidencialidade de informações de saúde, ou pela *Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act*, a qual expandiu o escopo da HIPAA (TWIST *et al.*, 2016).

Em um primeiro momento do encontro à distância, foi realizado o mapeamento cognitivo, por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) (ANEXO D). O IVCF-20 é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso e pode ser utilizado por qualquer profissional da atenção básica, entrevistadores leigos ou mesmo ser autoaplicável. É constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), autopercepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (MORAES *et al.*, 2016). No entanto, para a presente pesquisa, foi utilizado apenas a sessão de cognição com as três questões norteadoras. Se a resposta foi (sim) para as três questões ou pelo menos para a

terceira questão, o idoso não avançou na pesquisa, neste caso, foram realizadas orientações e realizado agradecimento pela disponibilidade. O mesmo se aplicou para os casos em que a resposta foi (não), ou seja, se a resposta foi (não) para as três questões ou pelo menos para a terceira questão, o idoso continuou a responder os demais instrumentos.

Com os idosos que seguiram para a coleta de dados, foi realizada a aplicação de questionários de forma oral e preenchidos de forma escrita pela pesquisadora responsável em um único momento da chamada. O protocolo de coleta de dados contou com um roteiro para obtenção do perfil do idoso: fatores demográficos: sexo, idade, estado civil e raça/cor;; socioeconômicos: escolaridade e renda; e estilo de vida: atividade física regular, qualidade da alimentação, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, atividade em grupo (grupos religiosos, associação de moradores, grupos de convivência e/ou clubes, grupos de dominó), participação de grupo de representação (conselho de idosos, conselhos de saúde ou educação, associação de moradores) e visita a amigos ou parentes (APÊNDICE B); as medidas de saúde mental foram obtidas por meio dos questionários: *Self-Report Questionnaire* - SRQ-20 (ANEXO E), o Inventário de Ansiedade Traço Estado – IDATE (ANEXO F) e a Escala de Depressão Geriátrica – GDS (ANEXO G); a desvantagem vocal, a partir do Índice de Desvantagem Vocal - IDV 30 (ANEXO H).

O *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) foi originalmente desenvolvido por Harding *et al* (1980) e já validado no Brasil por Mari e Milliams, (1986). Trata-se de um instrumento de rastreio, em caráter de triagem e não diagnóstico, que sugere nível de suspeição (presença/ausência) de algum transtorno mental não-psicótico, o qual pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde ou autoaplicável (SANTOS; ARAÚJO; PINHO; SILVA, 2010). Este instrumento tem como objetivo avaliar as características emocionais e níveis de estresse apresentados pelos indivíduos, bem como indicativos de ansiedade e depressão; contém 20 afirmativas e as respostas são do tipo sim/não. O cálculo desse questionário é feito a partir do somatório simples das questões positivas e o ponto de corte para a indicação de transtorno mental é a ocorrência de sete respostas positivas (GUILLAND; CRUZKAS; ZUBOWSKI, 2018). Nesta pesquisa foi considerado o ponto de corte único ≥ 7 para ambos os sexos, baseando-se no estudo de readequação deste ponto realizado por Gonçalves *et. al.* (2008).

Após a aplicação do SRQ-20, foi empregado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), desenvolvido por Spielberger *et al.*, (1970) e traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício (1979). Tem a finalidade de medir o estado subjetivo de ansiedade, por meio da autopercepção do indivíduo em relação à ansiedade traço, ou seja, característica de

personalidade que pode indicar propensão à ansiedade e ansiedade estado, característica transitória de personalidade, no momento da aplicação do questionário. Este instrumento constitui-se de um questionário autoaplicado composto de duas subescalas, com 20 itens, contendo quatro graus de intensidade cada um.

Para interpretação das respostas, atribui-se pontuação para cada uma das perguntas. Os escores para as perguntas de caráter positivo são invertidos. Quando a resposta for 4, atribui-se valor 1; se a resposta for 3, atribui-se valor 2, se a resposta for 2 atribui-se valor 3, se a resposta for 1 atribui-se o valor 4. No IDATE-E as perguntas negativas são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, e as positivas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Para o IDATE-T, as perguntas negativas são: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20; e as positivas, 1, 6, 7, 10, 16, 19. O idoso foi considerado ansioso quando o escore apresentado em cada escala foi maior que 41 pontos, ou seja, idosos que pontuaram um total de 40 foram considerados com Baixa Ansiedade (BA); e a partir de 41, Alta Ansiedade (AA) (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

Para identificar questões relacionadas à depressão, foi utilizada a GDS, desenvolvida por Yesavage *et al.*, (1983), e traduzida para o português brasileiro por Almeida e Almeida (1999). Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. Essa escala pode ser utilizada por qualquer profissional da Atenção Básica, entrevistadores leigos ou mesmo ser autoaplicável. A atribuição da pontuação desse instrumento deverá ser correspondente a cada resposta e realizada a soma dos pontos obtidos. Assim, a interpretação dos dados foi realizada da seguinte forma: o idoso que apresentou de 0 a 5 pontos: foi considerado com quadro psicológico normal; de 6 a 10 pontos: foi considerado com quadro de depressão leve e de 11 a 15 pontos: com quadro de depressão severa.

Para avaliar as desvantagens acarretadas a partir de alterações vocais, foi utilizado o Índice de Desvantagem Vocal (IDV-30). O IDV é a versão traduzida e adaptada do protocolo *Voice Handicap Index* (VHI) e foi validado, no Brasil, por Behlau et al. (2009) a partir da Teoria Clássica dos Testes (TCT). No entanto, atualmente, vê-se limitações nessa proposta. Dessa forma, nesse estudo, a coleta e análise do IDV foi realizada baseada na versão validada por Ramos (2020) a partir da Teoria de Resposta ao Item (TRI), considerando as respostas dicotômicas (SIM e NÃO), a qual manteve o mesmo número de itens (30), porém com uma modificação em relação aos domínios, sendo eles: Fator socioemocional composto por 13 itens (29, 30, 8, 19, 16, 25, 24, 28, 7, 27, 9, 11, 22), Fator orgânico com 12 itens (13, 21, 14, 4, 20, 26, 23, 10, 17, 2, 18, 15) e o Fator funcional constituído por 5 itens (3, 5, 12, 1, 6).

Mesmo a partir dessa concepção, Ramos (2020) não propõe considerar os fatores Funcional, Orgânica e Emocional para a análise dos dados. O ponto de corte do IDV foi obtido por meio da curva ROC, de modo que o valor encontrado foi de -0,135. Logo, escores com níveis de teta superiores a esse valor indica que os sujeitos possuem maior desvantagem vocal (RAMOS, 2020). Com a utilização deste protocolo, foi possível distribuir os idosos em dois grupos: com menor desvantagem vocal e com maior desvantagem vocal. Tal divisão possibilitou uma análise comparativa.

3.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Quadro 1. Definição das Variáveis

VARIÁVEL DEPENDENTE	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Desvantagem vocal	Sentido negativo das restrições sociais e limitações nas atividades a partir de um distúrbio vocal (BEHLAU <i>et al.</i> , 2011; RIBEIRO <i>et al.</i> , 2014)	Dois grupos de idosos: Escores com nível de teta superior a 0,135: maior desvantagem vocal; Escores com nível de teta inferior a 0,135: menor desvantagem vocal.
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Sexo	Grupo de características físicas e psíquicas que diferenciam os machos das fêmeas (SCOTTINI, 2019)	Masculino Feminino
Idade	Quantidade de anos que a pessoa possui, desde o nascimento (SCOTTINI, 2019)	60 a 69 anos 70 a 79 anos 80 anos e mais
Estado civil	Situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à situação conjugal.	Casado Separado Judicialmente Divorciado Viúvo Solteiro
Raça/cor	Grupo de indivíduos cujos caracteres biológicos são constantes e se conservam pela geração.	Branca Preta Parda Amarela Indígena

Escolaridade	Tempo de frequência em uma escola (SCOTTINI, 2019)	Analfabeto Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo
Renda	Lucro, rendimento (SCOTTINI, 2019)	Sem renda < 1 salário mínimo De 1 até 2 salários mínimos > 2 salários mínimos
Estilo de Vida	Conjunto de comportamentos construídos por cada pessoa e, portanto, modificáveis individualmente, consoante as escolhas de cada sujeito (CASTIEL <i>et al.</i> , 2010)	Atividade física regular Qualidade da alimentação Tabagismo Ingestão de bebida alcoólica Atividade em grupo (grupos religiosos, associação de moradores, grupos de convivência e/ou clubes, grupos de domínio) Participação de grupo de representação (conselho de idosos, conselhos de saúde ou educação, associação de moradores) Visita a amigos ou parentes
Ansiedade	A ansiedade é um sinal de alerta determinado pela presença de um conflito interno, que tem a função de avisar sobre um perigo iminente, possibilitando que a pessoa tome medidas para lidar com a ameaça (HOLMES, 1997).	Somatório simples das respostas de seus itens, de 0 a 80 pontos: De 0 a 40= Baixa Ansiedade; De 41 a 80=Alta Ansiedade.
Depressão	Distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como principais sintomas o humor deprimido e a perda	Somatório simples das respostas de seus itens, de 0 a 15 pontos: De 0 a 5= indica quadro psicológico normal; De 6 a 10= indica quadro de depressão leve; De 11 a 15= indica quadro de depressão severa.

	de interesse ou prazer em quase todas as atividades (CARREIRA <i>et al.</i> , 2011).	
--	--	--

Fonte: A autora (2022).

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Os resultados foram tabulados em planilha Microsoft Excel Office 2016 e compilados por meio de análise univariada. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva: distribuição de frequências absoluta, relativa e inferencial: intervalos de confiança e medidas de tendência central e dispersão. A análise comparativa entre os grupos foi realizada utilizando-se testes qui-quadrado e Wald, considerando o nível de significância estatística de 5%.

O Teste de Wald, segundo Paula (2013), avalia o modelo de regressão Logística como um todo. Tem como finalidade aferir o grau de significância de cada coeficiente da equação logística. O objetivo do modelo é explicar (e prever) a probabilidade de ocorrência de desvantagem vocal. Logo, para o caso univariado, em que existe apenas uma variável independente, apesar do p-valor ser baixo, indica que sozinha aquela variável não seria suficiente para explicar (ou prever) bem tal probabilidade. Por isso, quando foi adicionada mais uma variável relacionada à desvantagem vocal, o modelo torna-se mais eficiente, o que reflete nos p-valores das variáveis.

Para a análise de associação entre ansiedade, depressão, fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida e índice de desvantagem vocal, foi utilizado o modelo binário e multivariado de regressão logística, com o método de *Forward* $\alpha=5\%$. Foram eleitas como variáveis para o modelo multivariado, aqueles que na análise bivariada obtiveram p valor $< 0,25$ (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Permaneceram no modelo final as variáveis que apresentaram $p < 0,05$.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, de acordo com a Resolução CNS 466/12 e aprovada com parecer nº 4.696.048 em 2021. Todos os idosos foram informados a respeito do conteúdo da pesquisa e assinaram o TCLE - contendo as explicações do objetivo do estudo e a garantia de segurança e sigilo dos seus dados. Todos os dados coletados foram armazenados em um computador portátil de uso

exclusivo dos pesquisadores, garantindo o sigilo das informações. Esses dados serão mantidos sigilosamente por cinco anos após a realização da pesquisa. Após esse período, os dados serão arquivados em um local seguro nos arquivos mortos do Departamento de Fonoaudiologia.

4 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E OUTROS FATORES ASSOCIADOS À DESVANTAGEM VOCAL EM PESSOAS IDOSAS ATIVAS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é caracterizado por uma série de mudanças morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas ocorridas no organismo ao longo da vida e está diretamente relacionado com as experiências particulares de vida de cada sujeito, constituídas pelo meio psicossocial, econômico, biológico, físico e cultural (MACHADO; LIMA; COSTA, 2015; COSTA; COSTA, 2015).

Com o envelhecimento populacional, aumenta a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), responsáveis por grande parte da mortalidade e incapacidade em todo o mundo. Entre elas, destacam-se as doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, câncer e demência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; DUNCAN, 2012).

Estando suscetível a doenças, a população de idosos é considerada vulnerável, fazendo parte de um grupo com alto risco de contágio e agravamento dos sintomas da COVID-19. A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico, que varia de infecções assintomáticas a quadros graves acarretados por comprometimento do sistema respiratório. Por esse motivo, no contexto da pandemia, a qual foi iniciada em 2020, os idosos precisaram manter-se afastados do convívio social, até os dias atuais, como meio de evitar a contaminação pela doença (BRASIL, 2020).

Com a pandemia de COVID-19, em decorrência do isolamento social, registra-se, então, aumento da prevalência de transtorno mentais comuns. Dentre eles, destaca-se a ansiedade e a depressão. Durante uma pandemia, o medo

intensifica os níveis de estresse e ansiedade em pessoas saudáveis e aumenta os sintomas daquelas com transtornos mentais pré-existent (RAMÍREZ-ORTIZ *et al.*, 2020).

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) configura a expressão clínica do sofrimento psíquico, constituído por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, além de sintomas depressivos e ansiosos (GOLDBERG, HUXLEY, 1992). A Organização Mundial de Saúde (2001) também descreve os TMC como condições clinicamente importantes, a partir da presença de sintomas de alteração do humor, do comportamento e do modo de pensar, gerando angústia e/ou deterioração do funcionamento.

Fatores emocionais como ansiedade e depressão também podem estar relacionados à comunicação, já que consiste em uma ferramenta essencial para a atividade social e relações interpessoais. Os fatores emocionais podem interferir na forma de expressão e comunicação do indivíduo, seja em relação ao corpo, fala e/ou voz. Quanto maior o grau de ansiedade e depressão, maior é o comprometimento da comunicação, da qualidade de vida e maior número de sinais e sintomas vocais (ALMEIDA; BEHLAU; LEITE, 2011).

No que se refere à voz dos idosos, além das alterações vocais decorrentes processo de envelhecimento, há evidências, de que também pode ser afetada pela sua história física, emocional e de vida, bem como pelos maus hábitos e questões como idade, sexo, fatores raciais, hereditários, sociais e ambientais (BEHLAU; PONTES, 1995). É possível, portanto, que, no contexto da pandemia da COVID-19, questões relacionadas aos aspectos demográficos e socioeconômicos, estilo de vida, ansiedade e depressão tenham afetado a voz em idosos.

O conhecimento sobre as relações entre ansiedade, depressão, aspectos demográficos e socioeconômicos, estilo de vida, e a desvantagem vocal em idosos pode contribuir para ampliar as iniciativas que promovam a saúde do idoso, visando ao bem-estar e possibilitando melhorias na qualidade de vida dessa população. Assim, trabalhar nessa temática, possivelmente auxiliará a obtenção de respostas que proporcionarão maior consistência ao trabalho do fonoaudiólogo não somente no contexto da pandemia, mas também na prática que transcende esse período. Este estudo teve como objetivo analisar a influência de transtornos mentais comuns e outros fatores associados à desvantagem vocal em pessoas idosas ativas no contexto da pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade pública, sob parecer de nº 4.696.048, no ano de 2021. Trata-se de uma pesquisa do tipo seccional, de caráter analítico. A amostra consistiu de indivíduos idosos com 60 anos ou mais de idade, engajados em atividades diversas em uma unidade de referência de atendimento ao idoso. A referida unidade representa um espaço de convivência em grupo, com estímulo à participação ativa do idoso, valorização de suas potencialidades e talentos, além de se constituir em um espaço de prática para o estudo do envelhecimento, nas diversas áreas do conhecimento. Nessa perspectiva, este estudo considera os idosos integrantes da unidade como pessoas ativas.

O Laboratório de Voz da universidade foi utilizado para realização das entrevistas junto aos idosos. A amostra foi obtida por conveniência, uma vez que foi realizada a busca de contato com a totalidade de inscritos, 400 pessoas. Todos aqueles que foram acessados e que aceitaram participar foram incluídos no estudo. Foram excluídos os que tinham antecedentes ou doenças laríngeas relacionadas aos diagnósticos de refluxo gastroesofágico, sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), traumas laríngeos, lesões de massa de prega vocal e alterações que comprometam domínios cognitivos como: memória, linguagem, atenção, praxias e habilidades visuoespaciais decorrentes de demência e doenças mentais. Também foram excluídas pessoas que fazem uso de psicofármacos, ou que estão em acompanhamento psicoterápico ou fonoterápico.

Para atender aos critérios de exclusão, inicialmente a pesquisadora principal realizou consulta aos prontuários dos idosos cadastrados na unidade de

atendimento ao idoso e levantou dados do histórico de saúde antecedente e atual. Foi realizado, ainda, rastreio cognitivo, com uso de protocolo específico. Foram analisados prontuários do ano de 2017 até 2021 e selecionados 311 contatos telefônicos, de acordo com os critérios de exclusão. Destes, haviam 179 contatos inexistentes, fora de área de cobertura da operadora ou ligações não atendidas. Recusaram-se a participar 29 idosos e os parentes informaram o falecimento de cinco idosos. Foram ainda impossibilitados de participar da pesquisa sete pessoas devido a alguma condição inadequada de saúde. Desta forma, foram entrevistados, no total, 91 indivíduos (FIGURA 1). Para a construção do fluxograma foi utilizado o guideline STROBE (MALTA *et al.*, 2010).

Os idosos foram contatados por meio de chamada telefônica e, após apresentação da pesquisa e de seus objetivos, aqueles que se dispuseram a participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em formato online. Cada um deles recebeu uma cópia por e-mail ou WhatsApp.

Após etapa de seleção de participantes, foi agendado dia e horário oportuno para a entrevista. A coleta foi iniciada e finalizada em um único momento, de forma remota, por videochamada e/ou ligação telefônica. Para as videochamadas, foi usada a plataforma MEET, a qual preenche os requisitos do protocolo Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA) - propõe padrões mínimos de proteção de confidencialidade de informações de saúde, ou pela Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, a qual expandiu o escopo da HIPAA (TWIST *et al.*, 2016).

Inicialmente, no encontro à distância, foi realizado o mapeamento cognitivo, por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20). O IVCF-20 é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde

do idoso e pode ser utilizado por qualquer profissional da atenção básica, entrevistadores leigos ou mesmo ser autoaplicável. É constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), autopercepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (MORAES *et al.*, 2016).

Para a presente pesquisa, foi utilizado apenas a sessão de cognição com as três questões norteadoras. Se a resposta foi (sim) para as três questões ou pelo menos para a terceira questão, o idoso não avançou na pesquisa. Neste caso, foram realizadas orientações e realizado agradecimento pela disponibilidade. O mesmo se aplicou para os casos em que a resposta foi (não), ou seja, se a resposta foi (não) para as três questões ou pelo menos para a terceira questão, o idoso continuou a responder os demais instrumentos.

Com os idosos que seguiram para a coleta de dados, foi realizada a aplicação de questionários de forma oral e preenchidos de forma escrita pela pesquisadora responsável. O protocolo de coleta de dados contou com um roteiro para obtenção do perfil do idoso (fatores demográficos: sexo, idade, estado civil e raça/cor; socioeconômicos: escolaridade e renda; e estilo de vida: atividade física regular, qualidade da alimentação, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, atividade em grupo (grupos religiosos, associação de moradores, grupos de convivência e/ou clubes, grupos de dominó), participação de grupo de representação (conselho de idosos, conselhos de saúde ou educação, associação de moradores) e visita a amigos ou parentes. As medidas de saúde mental foram obtidas por meio dos

questionários: *Self-Report Questionnaire* - SRQ-20, o Inventário de Ansiedade Traço Estado – IDATE; e a Escala de Depressão Geriátrica – GDS. A desvantagem vocal foi obtida pelo Índice de Desvantagem Vocal – IDV 30.

O *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) foi originalmente desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e já validado no Brasil por Mari e Milliams, (1986). Trata-se de um instrumento de rastreio, em caráter de triagem e não diagnóstico, que sugere nível de suspeição (presença/ausência) de algum transtorno mental não-psicótico, o qual pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde ou autoaplicável (SANTOS *et al.*, 2010). Este instrumento tem como objetivo avaliar as características emocionais e níveis de estresse apresentados pelos indivíduos, bem como indicativos de ansiedade e depressão; contém 20 afirmativas e as respostas são do tipo sim/não. O cálculo desse questionário é feito a partir do somatório simples das questões positivas e o ponto de corte para a indicação de transtorno mental é a ocorrência de sete respostas positivas (GUILLAND; CRUZ; KASZUBOWSKI, 2018). Nesta pesquisa, foi considerado o ponto de corte único ≥ 7 para ambos os sexos, baseando-se no estudo de readequação deste ponto realizado por Gonçalves *et al.*, (2008).

Após a aplicação do SRQ-20, foi empregado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), desenvolvido por Spielberger *et al.*, (1970) e traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício (1979). Tem a finalidade de medir o estado subjetivo de ansiedade, por meio da autopercepção do indivíduo em relação à ansiedade traço, ou seja, característica de personalidade que pode indicar propensão à ansiedade e ansiedade estado, característica transitória de personalidade, no momento da aplicação do questionário. Este instrumento constitui-

se de um questionário autoaplicado composto de duas subescalas, com 20 itens, contendo quatro graus de intensidade cada um.

Para interpretação das respostas, atribui-se pontuação para cada uma das perguntas. Os escores para as perguntas de caráter positivo são invertidos. Quando a resposta for 4, atribui-se valor 1; se a resposta for 3, atribui-se valor 2, se a resposta for 2 atribui-se valor 3, se a resposta for 1 atribui-se o valor 4. No IDATE-E as perguntas negativas são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, e as positivas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Para o IDATE-T, as perguntas negativas são: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20; e as positivas, 1, 6, 7, 10, 16, 19. O idoso foi considerado ansioso quando o escore apresentado em cada escala foi maior que 41 pontos, ou seja, idosos que pontuaram um total de 40 foram considerados com Baixa Ansiedade (BA); e a partir de 41, Alta Ansiedade (AA) (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

Para identificar questões relacionadas à depressão, foi utilizada a GDS, desenvolvida por Yesavage *et al.*, em 1983 e traduzida para o português brasileiro por Almeida e Almeida (1999). Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. Essa escala pode ser utilizada por qualquer profissional da Atenção Básica, entrevistadores leigos ou mesmo ser autoaplicável. A atribuição da pontuação desse instrumento deverá ser correspondente a cada resposta e realizada a soma dos pontos obtidos. Assim, a interpretação dos dados foi realizada da seguinte forma: o idoso que apresentou de 0 a 5 pontos: foi considerado com quadro psicológico normal; de 6 a 10 pontos: foi considerado com quadro de depressão leve e de 11 a 15 pontos: com quadro de depressão severa.

Para avaliar as desvantagens acarretadas a partir de alterações vocais, foi utilizado o Índice de Desvantagem Vocal (IDV-30). O IDV é a versão traduzida e adaptada do protocolo *Voice Handicap Index* (VHI) e foi validado no Brasil por Behlau, et al. (2009) a partir da Teoria Clássica dos Testes (TCT). No entanto, nesse estudo, a coleta e análise do IDV foi realizada baseada na versão validada por Ramos (2020) a partir da Teoria de Resposta ao Item (TRI), considerando as respostas dicotômicas (SIM e NÃO), a qual manteve o mesmo número de itens (30), porém com uma modificação em relação aos domínios: fator socioemocional, composto por 13 itens (29, 30, 8, 19, 16, 25, 24, 28, 7, 27, 9, 11, 22); fator orgânico, com 12 itens (13, 21, 14, 4, 20, 26, 23, 10, 17, 2, 18, 15); e o fator funcional, constituído por 5 itens (3, 5, 12, 1, 6). Apesar disso, Ramos (2020) não propõe considerar os fatores Funcional, Orgânica e Emocional para a análise dos dados. O ponto de corte do IDV foi obtido por meio da curva ROC, de modo que o valor encontrado foi de -0,135. Logo, escores com níveis de teta superiores a esse valor indica que os sujeitos possuem maior desvantagem vocal (RAMOS, 2020). Com a utilização deste protocolo, foi possível distribuir os idosos em dois grupos: com menor desvantagem vocal e com maior desvantagem vocal. Tal divisão possibilitou uma análise comparativa.

Os resultados foram tabulados em planilha Microsoft Excel Office 2016 e analisados por meio de estatística descritiva: distribuição de frequências absoluta e relativa, inferencial: intervalos de confiança e medidas de tendência central e dispersão. A análise comparativa entre os grupos foi realizada utilizando-se testes qui-quadrado e Wald, considerando o nível de significância estatística de 5%.

Para a análise de associação entre as variáveis independentes e a desvantagem vocal foi utilizado o modelo binário e multivariado de regressão

logística, com o método de Forward $\alpha=5\%$. Foram eleitas como variáveis para o modelo multivariado, aqueles que na análise bivariada obtiveram p valor $< 0,25$ (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Permaneceram no modelo final as variáveis que apresentaram $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do presente estudo 91 idosos. A média de idade da população estudada foi de 69,78 anos (Desvio Padrão (DP) = 5,38 anos) e 58,3% está na faixa etária de 60-69 anos. Dos idosos participantes, 90,2% foram do sexo feminino. A maioria é casada, representada por 44% da população estudada. Do total, 53,9% idosos são pardos (Tabela 1).

Quanto às variáveis socioeconômicas, observou-se que toda a população de idosos estudados é alfabetizada e a maior parte dela (38,5%), possui ensino superior completo. São 50,6% idosos com renda de um até dois salários mínimos. No que diz respeito ao estilo de vida, 57,2% dos idosos praticam atividade física regularmente, 64,9% consideram sua alimentação boa, 70,4% não são tabagistas, 62,7% não consomem bebida alcoólica, 51,7% participam de atividade em grupo, 5,6% participam de grupo de representação e 56,7% não visitaram amigos ou parentes durante a pandemia de COVID-19 (Tabela 1).

Na análise da desvantagem vocal, foi observado que não tem desvantagem vocal 54,9% (Tabela 2). Desta forma, estes participantes compuseram o grupo com menor desvantagem vocal, enquanto que os demais se enquadraram no grupo com maior desvantagem vocal. A maioria dos participantes não refere transtorno mental comum (84,6%), apresenta baixa ansiedade traço 87,9%, apresenta baixa ansiedade estado 90,1% e apenas 6,6% tem indicativo de depressão (Tabela 3).

Na análise comparativa entre a desvantagem vocal e os fatores demográficos e socioeconômicos, dos idosos com 60-69 anos, 53,7% apresentaram-se com maior desvantagem vocal. Além disso, entre os idosos mais velhos, com 80 anos ou mais, a maioria apresentou-se com maior de desvantagem vocal.

No que diz respeito à comparação entre a desvantagem vocal e ao estilo de vida, foi possível observar que, entre os idosos com menor desvantagem vocal, 54% praticam atividade física regularmente e que 74% dos idosos com menor desvantagem vocal têm uma boa alimentação. Já entre os idosos com maior desvantagem vocal, 31,7% são ex fumantes e 32,2% são consumidores ou ex consumidores de bebida alcoólica. Foi observado também que entre o grupo com menor desvantagem vocal, 54% não estavam participando de atividades em grupo e 96% não participavam de grupo de representação. Entre os idosos com maior desvantagem vocal, 60% não estavam realizando visita a amigos ou parentes (Tabela 1).

Na análise comparativa entre a desvantagem vocal e os fatores emocionais, foi verificado que 24,4% dos idosos com maior desvantagem apresentam indicativo de transtorno mental. Também foi observado dependência da ansiedade traço com a desvantagem vocal. Um percentual de 94% dos idosos com baixa ansiedade apresentaram menor desvantagem vocal. Na análise da ansiedade estado, observou-se que 94% dos idosos com baixa ansiedade apresentou menor desvantagem vocal. Na comparação entre a depressão e a desvantagem vocal, 94% dos idosos sem depressão apresentam menor desvantagem vocal (Tabela 3).

Para eleger as variáveis para o modelo multivariado foram eleitas as variáveis com $p < 0,25$. Foram elas: ansiedade traço, idade, faixa etária, sexo, qualidade da alimentação, consumo de bebida alcoólica, atividade em grupo, participação de grupo de representação. Permaneceram no modelo as variáveis ansiedade traço ($p=0,031$) e idade ($p=0,036$), indicando associação com desvantagem vocal, ou seja, idosos com ansiedade traço apresentam mais que cinco vezes de chance (Odds Ratio (OR)= 5,151) de ter desvantagem vocal, em comparação aos idosos com

baixa ansiedade traço. Além disso, a idade também foi considerada na ocorrência de um problema de voz em idosos no período pandêmico, uma vez que e idosos mais velhos apresentou-se com uma vez mais chance (Odds Ratio= 1,100) de ter desvantagem vocal quando comparados com idosos mais jovens (Tabela 4).

Quanto ao aumento do OR, infere-se que ocorreu devido ao aumento da significância da variável. Como o indicador de ansiedade-traço tornou-se mais importante para o modelo multivariado, espera-se que a probabilidade de desvantagem vocal passa a ser mais influenciada pelo indicador de alta ansiedade. Logo, os idosos com alta ansiedade passam a ter uma chance maior de desvantagem vocal.

DISCUSSÃO

Diante do cenário da pandemia da COVID-19, doença causada pelo coronavírus, foi necessário a adoção de restrição social como medida para redução da taxa de transmissão da doença, principalmente entre os idosos. Nesse período, foi registrado que a desvantagem vocal está associada ao fator emocional de ansiedade traço e também à idade.

A população estudada apresentou maior quantitativo de idosos jovens. Tal achado pode ser explicado pelo fato de a população selecionada fazer parte de uma universidade aberta à terceira idade, onde há maior procura de idosos pertencentes a esta faixa etária. Aqui, já se aponta que a participação de idosos em grupos de convivência contribui para um estilo de vida mais ativo, bem como os hábitos saudáveis incluindo alimentação, atividade física, saúde mental e relacionamentos interpessoais, possibilitando, dessa forma, uma melhor qualidade de vida para os idosos (CHINA *et al.*, 2021; CARDOSO *et al.*, 2008).

Entre os idosos estudados, a predominância foi do sexo feminino. Reforça-se a predominância de mulheres engajadas em atividades, apontando que são mais ativas do que homens (CARDOSO *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2020). A expectativa de vida das mulheres é maior do que entre os homens, devido a uma maior exposição a fatores de risco no trabalho, assim como as mortes de cunho violento, cujas vítimas, são homens na maioria dos casos (MENEGONA *et al.*, 2021; BERGMANN, 2019). Essa característica da população idosa também se dá pelo fato de que as mulheres são mais atentas aos cuidados referentes à saúde do que os homens (BRIGATON, *et al.*, 2010). Já foi registrado, inclusive, que as mulheres

buscam os serviços de saúde 1,9 vezes mais em relação aos homens (LEVORATO, 2014).

Quanto à prevalência da variável raça/cor, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revela que o grupo de pessoas de cor parda representa 43,7% do total populacional do país (IBGE, 2011).

O destaque da amostra com ensino médio e superior completo pode ter relação com o perfil de idoso ativo. Há evidências de que maior grau de escolaridade tem associação com a questão da atividade (SANTOS *et al.*, 2020). Além disso, observou-se que a renda familiar da maioria dos idosos do estudo é de um até dois salários mínimos, indicando, também, uma população com maior renda, possivelmente relacionada ao grau de escolaridade.

Foi verificado que a maioria dos idosos do estudo apresentou bom desempenho quanto ao cuidado à saúde e o estilo de vida. Muitos praticam atividade física regularmente, consideram sua alimentação boa, não são tabagistas, não consomem bebida alcoólica e participam de atividade em grupo, o que também pode ser explicado pelo perfil de atividade da população investigada. A participação ativa do idoso no autocuidado com a saúde, em atividade física, cognitiva, alimentação saudável e inclusão social visa a estender a longevidade, melhorando a sua qualidade de vida (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2020).

Do total de idosos estudados, a grande maioria não participava de grupo de representação e uma parcela importante também não visitou amigos ou parentes. Tal fato já era de ser esperado e explicado pelo fato de que a coleta foi realizada durante o período da pandemia de COVID-19, quando os idosos precisaram manter-se isolados do convívio social.

É importante destacar, entretanto, que o contato familiar, os relacionamentos interpessoais, a participação em grupos de convivência, atividade física, a alimentação saudável e a saúde mental estão diretamente ligados com a qualidade de vida e o envelhecimento saudável. É fato que aspectos sociais, físicos, psicológicos e culturais influenciam no envelhecimento ativo (CHINA *et al.*, 2021).

Na análise da desvantagem vocal, a maioria dos idosos avaliados apresentou menor desvantagem vocal e apenas uma pequena parcela teve suspeição de algum transtorno mental não-psicótico ou depressão. Em virtude da restrição social decorrente do período pandêmico, muitos idosos que tinham uma vida ativa foram obrigados a manter o isolamento social. No entanto, apesar do isolamento afetar as atividades dos idosos ativos, o perfil de atividade dessas pessoas pode ter influenciado de forma positiva quanto à desvantagem vocal e saúde emocional.

Um estudo realizado com as percepções de idosos sobre envelhecimento ativo e distanciamento social no contexto da pandemia da Covid-19 identificou que apesar da medida de distanciamento social trazer consigo a interrupção das atividades regularmente praticadas pelos idosos, alguns deles conseguiram continuar sendo ativos por conta própria ou fazendo uso de telessaúde (SOUZA, 2022).

Na análise comparativa, a maioria dos idosos com 60-69 anos (53,7%) apresentou maior desvantagem vocal. Entre os idosos com 80 anos ou mais, também foi observada a presença de maior desvantagem vocal quando comparado com idosos na mesma faixa etária sem desvantagem vocal. Pode-se considerar que quanto maior a idade, maior o risco de alterações vocais. Ressalte-se que idosos com mais de 80 anos apresentam maior grau de disfonia, rugosidade, soprosidade e pitch. Enfatiza-se que a presbifonia pode, de fato, estar presente na terceira idade, o

que requer atenção e cuidado do fonoaudiólogo, que poderá investir em programas de treinamento vocal. Há evidências de que os programas de tratamento da voz na terceira idade é uma opção viável e positiva para a melhoria da qualidade vocal e, por consequência, melhoria na qualidade de vida da população idosa (BRASOLOTTO; LUCENA; GODOY, 2019).

Em relação ao estado civil, grande parte dos idosos com menor desvantagem vocal é casada. Não se verifica, portanto, a interferência do estado civil na ocorrência de um problema de voz nesse estudo, possivelmente pelo perfil de atividades de seus participantes. Ressalte-se, porém, que viver com um parceiro pode trazer mais segurança e benefícios para a saúde dos idosos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2012).

Idosos com ensino superior completo possuem menor desvantagem vocal do que os demais. A literatura mostra que a presença de desvantagem vocal no idosos pode ser potencializada em indivíduos menos escolarizados (KIM *et al.*, 2016). Destaca-se, mais uma vez, que tal diferença entre os estudos pode estar relacionada ao perfil de idosos vinculados a uma instituição que prioriza a interação social e o acesso às informações relacionadas à saúde.

Foi observado também que idosos que praticam atividade física regularmente e que têm uma boa alimentação apresentaram-se com menor desvantagem vocal. Os idosos participantes, por serem considerados ativos, tenderam a apresentar hábitos de vida mais saudáveis, o que pode ter influenciado tal achado. Os idosos percebem a necessidade de adotar hábitos e comportamentos inerentes ao estilo de vida como, por exemplo, alimentação saudável e a prática de atividade física, com o intuito de envelhecer de modo saudável (TAVARES *et al.*, 2017), o que pode refletir em uma melhor qualidade vocal.

Há evidência, na literatura, da relação entre tabagismo e sintomas vocais de rouquidão e voz grossa. Uma pesquisa realizada com idosos institucionalizados revelou que 73% dos entrevistados fumavam (FERREIRA *et al.*, 2016). Na presente pesquisa, observou-se uma frequência bem inferior de idosos tabagistas atuais ou ex-tabagistas entre os idosos com maior desvantagem vocal. Tal fato pode ser explicado novamente pelo perfil da população estudada, que busca o bem-estar e qualidade de vida, já que pertence a uma instituição de atenção à saúde.

Foi observado também que, entre os que tinham menor desvantagem vocal, 54% não participavam ou não estavam participando no período da pandemia de atividades em grupo e a grande maioria não participava de grupo de representação. Já entre os idosos com maior desvantagem vocal, a maior parte não estava realizando visita a amigos ou parentes. Alguns idosos entrevistados estavam participando de grupos online ofertados pela unidade de referência de atendimento ao idoso durante a pandemia. A pandemia do novo da Covid-19 impôs mudanças no funcionamento dos serviços de educação e saúde, e a frequência de visitas, recorrendo dessa forma ao uso da tecnologia como meio de aproximação. Foi evidenciado que as dificuldades acerca da mudança de hábitos tiveram impactos diretos do isolamento como a redução do contato com outras pessoas e, conseqüentemente, aumento do uso das tecnologias por idosos na quarentena (VELHO; HERÉDIA, 2020).

Na análise comparativa entre a desvantagem vocal e os fatores emocionais, foi verificado que uma parte dos idosos com indicativo de transtorno mental apresentavam desvantagem vocal. Também se observou dependência da ansiedade traço com a desvantagem vocal. A grande maioria dos idosos com baixa ansiedade apresentaram menor desvantagem vocal. Na análise da ansiedade estado, também

foi verificado que grande parte dos idosos com baixa ansiedade apresentou menor desvantagem vocal. Demonstra-se, assim, a influência da ansiedade estado na desvantagem vocal dos idosos participantes. Na comparação entre a depressão e a desvantagem vocal, apenas 6,6% tem indicativo de depressão.

Aponta-se que há considerável relação entre voz e fatores emocionais. Grupos de adultos professores, por exemplo, com alta ansiedade têm alterações no comportamento vocal, com maior número de sintomas vocais quando comparado os grupos com baixa ansiedade (ALMEIDA et al, 2014). Assim como alterações funcionais podem estar relacionadas às emocionais, afirma-se também o inverso. Distúrbios vocais podem causar impactos importantes no bem-estar do indivíduo, fato que pode comprometer suas atividades de vida diária e de forma geral (SILVA, 2013).

Chama-se a atenção para o fato de que uma alteração vocal pode provocar desvantagem no curso da vida das pessoas. Poderá interferir nas atividades diárias e atingir diretamente suas emoções, tornando o indivíduo menos expansivo ou sociável. Reitera-se que alterações vocais podem causar consideráveis restrições emocionais, sociais e funcionais, devido ao comprometimento da comunicação, resultando em desvantagens para o indivíduo, afetando assim, a qualidade de vida (BEHLAU et al., 2015).

No modelo final da análise multivariada, permaneceram como fatores associados à desvantagem vocal as variáveis ansiedade traço e idade. Em relação à ansiedade traço, o estudo identificou que os idosos apresentam mais que cinco vezes de chance de ter desvantagem vocal, em comparação aos idosos com baixa ansiedade traço. Além disso, idosos mais velhos apresentaram-se com uma vez

mais chance de ter desvantagem vocal quando comparados com idosos mais jovens.

A relação com a ansiedade corrobora com outro estudo realizado por Pernambuco *et al.* (2017), o qual indicou, na análise multivariada, que sintomas de ansiedade mantêm associação estatística com distúrbios de voz em idosos. Além disso, um estudo realizado por Almeida *et al.* (2011) mostrou que quanto maior for a ansiedade-traço, maior será o comprometimento na comunicação do indivíduo. Assim, é comum, em indivíduos com ansiedade traço, as modificações no corpo, na fala e na voz, principalmente quando se trata de discurso; maior é o comprometimento da articulação da fala, da coordenação pneumofono-articulatória, bem como da movimentação corporal e da expressão facial.

Quanto à idade, existem evidências de que é um fator preditivo importante para a maior desvantagem no uso da voz em idosos coristas. Constatou-se escores maiores de desvantagem vocal em idosos com mais de 75 anos, comparados aos mais jovens (MOURA *et al.*, 2022). Estes resultados sugerem que o aumento da idade contribui para a maior ocorrência de problemas no uso da voz.

Na população idosa, algumas alterações são esperadas e podem ser consideradas como parte do processo de envelhecimento. A voz sofre mudanças em decorrência da senescência – a presbifonia – podendo ocorrer paralelamente às alterações de outras funções corporais (BEHLAU *et al.*, 2005; MARCHAND; BONAMIGO, 2015).

Evidencia-se elevada presença de suspeição de alteração vocal em idosos, inclusive ativos. A suspeição de alteração vocal foi associada com o autorrelato de rouquidão e a desvantagem vocal. É importante deixar claro, portanto, que desvantagens na eficiência da comunicação podem comprometer mecanismos de

socialização, manutenção da autonomia e sensação de bem-estar (CHIOSSI, *et al.*, 2014).

Por fim, na interpretação dos resultados do presente estudo, registra-se a limitação referente à forma de entrevista à distância devido ao período de pandemia, que dificultou o contato com a totalidade de inscritos na unidade de referência de atendimento ao idoso.

Sugere-se a realização de novos estudos com amostras mais amplas e outros desenhos epidemiológicos, como os estudos longitudinais, para uma melhor compreensão da relação entre a desvantagem vocal e fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida além da ansiedade e depressão. Tais achados possuem o potencial de fortalecimento da prática fonoaudiológica junto à população idosa, bem como do cuidado interprofissional, com apoio matricial da Fonoaudiologia, e o desenvolvimento de ações de promoção da comunicação social de idosos.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados demonstram que, no contexto de pandemia, idosos ativos com ansiedade traço apresentaram cinco vezes mais chance de ter desvantagem vocal em comparação aos idosos com baixa ansiedade traço. Além disso, a idade também foi considerada na ocorrência de um problema de voz em idosos no período pandêmico, uma vez que idosos mais velhos apresentou-se com uma vez mais chance de ter desvantagem vocal quando comparados com idosos mais jovens. A identificação desta associação pode fornecer indicadores importantes para o direcionamento de ações junto aos idosos, no tocante à saúde emocional e vocal, visando ao bem-estar e melhoria na qualidade de vida dessa população.

REFERENCIAS

- ALBUQUERQUE, A. G.; OLIVEIRA, G. S. M.; SILVA, V. L., NASCIMENTO, C. B. Functional ability and language of participant and non-participant elderly in groups of multidisciplinary intervention in primary health care. *Rev. CEFAC*. v. 14, n. 5, p. 952-62, 2012.
- ALMEIDA, L. N. A.; LOPES, L. W.; COSTA, D. B.; SILVA, E. G.; CUNHA, G. M. S.; ALMEIDA, A. A. F. Características vocais e emocionais de professores e não professores com baixa e alta ansiedade. *Audiol Commun Res.*, v.19, n. 2, p.179-85, 2014.
- ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. São Paulo, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999.
- ALMEIDA, A. A. F.; BEHLAU, M.; LEITE, J. R. Correlação entre ansiedade e performance comunicativa. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.*,v. 16, n. 4, p. 384-9, 2011.
- BEHLAU, M. S.; PONTES, P. O desenvolvimento ontogenético da voz: do nascimento à senescência. In: Behlau M, Pontes P. *Avaliação e tratamento das disfonias*. São Paulo: Lovise; p. 39-52, 1995.
- BEHLAU, M. et al. Efficiency and Cutoff Values of Self-Assessment Instruments on the Impact of a Voice Problem. *J Voice*. v. 30, n. 4, p. 506. 2015.
- BEHLAU, M; SANTOS, L. M. A.; OLIVEIRA, G. Cross-cultural adaptation and validation of the voice handicap index into brazilian Portuguese. *J Voice*, 2009.
- BERGMANN, A. El Salvador. In: *Monitor del uso de la fuerza letal en América Latina: Un estudio comparativo de Brasil, Colombia, El Salvador, México y Venezuela*. Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2019.
- BIAGGIO, A.M.B; NATALÍCIO L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada; 1979.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília, v. 132, n. 3, jan. 1994. p. 1-3.
- BRASOLOTTO, A. G.; LUCENA, J. A.; GODOY, J. F. Voz na Senescência. In: Lopes, Leonardo; Moreti, Felipe; Ribeiro, Lívia Lima; Pereira, Eliane Cristina. (Org.). *Fundamentos e Atualidades em Voz Clínica*. 1ed.Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2019, v. 1, p. 193-204.
- CARDOSO, A. S.; LEVANDOSKI, G.; MAZO, G. Z.; PRADO, A. P. M.; CARDOSO, L. S. Comparação do nível de atividade física em relação ao gênero de idosos participantes de grupos de convivência. *RBCEH*, v. 5, n.1, p. 9-18, 2008.
- CHINA, D. L., FRANK, I. M., BENTO DA SILVA, J., ALMEIDA, E. B., LIMA DA SILVA, T. B. Envelhecimento Ativo e Fatores Associados. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(Especial 29, "Transdisciplinaridade: um modelo de trabalho em

Gerontologia”, 141-156. ISSNprint 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP, 2021.

COSTA, M.; COSTA, E. Envelhecimento, comunicação e suas relações. In: QUEIROGA, B. (Org). Desenvolvimento da Comunicação Humana nos Diferentes Ciclos de Vida. Barueri, SP: Pró Fono, p. 213-227, 2015.

DUNCAN, B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable Diseases in Brazil: priorities for disease management and research. Rev Saúde Pública. 46(Supl):126-34, 2012.

FERREIRA, L. P.; HERINGER, M. R. C.; POMPEU, A. T. S.; PEDRA, A. M.; LATORRE, M. R. D. O. Efeitos deletérios do tabagismo e a maconha na voz de estudantes Universitários. Distúrb Comun. v. 28, n. 1, p.102-13, 2016.

GOIS, A. C. B.; PERNAMBUCO, L.; LIMA, K. C. Prevalence and associated factors with voice disorders in Brazilian community-dwelling older adults. J Voice, v. 33, n. 5, p. 806.e1-7, 2019.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. Common mental disorders: a bio-social model. New York: Tavistock/Routledge, 1992.

GUILLAND, R., CRUZ, R. M., KASZUBOWSKI, E. Propriedades Psicométricas do Inventário de Fatores Psicológicos de Doenças Relacionadas ao Trabalho: Um Estudo com Trabalhadores de Frigoríficos. Psico-USF, v. 23, n. 3, p. 539-554, 2018.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. APPLIED logistic regression. 2th ed. New York: John Wiley and Sons; 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese dos Indicadores 2011. Rio de Janeiro: 2012. [Citado em: 24/10/2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv61566.pdf>.

KIM, K. H.; KIM, R. B.; HWANG, D. U.; WON, S. J.; WOO, S. H. Prevalence of and Sociodemographic Factors Related to Voice Disorders in South Korea. J Voice, v. 30, n. 2, p 246.e1-7, 2016.

LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M.; SILVA, A. S.; NUNES, A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc. saúde coletiva, v. 19, n. 4, 2014.

MACHADO, M.; LIMA, M.; COSTA, M. Envelhecimento, Cognição e Memória. In: QUEIROGA, B. A. M.(Org). Desenvolvimento da Comunicação Humana nos Diferentes Ciclos de Vida. Barueri, SP: Pró Fono, p. 201-212, 2015.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. J Psychiatry, 148:23-6, 1986.

MALTA, M.; CARDOSO, L. O.; BASTOS, F.; I. MAGNANINI MMF, SILVA CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev Saúde Pública, v. 44, n. 3, p. 559-65, 2010.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2020.

MENEGONA, L. S.; MENEGONA, F. A.; KUPEKA, E. Mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil: análise de tendência temporal, 2006-2015. Rev Bras Saude Ocup;46:e8, 2021.

MORAES, E. N.; CARMO, J. A.; MORAES, F. L.; AZEVEDO, R. S.; MACHADO, C. J.; MONTILLA, D. E. R. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20. Rev Saúde Pública, v. 50, p. 81, 2016.

MOURA et al. Análise do índice de desvantagem vocal para o canto de coristas idosos. CoDAS, v. 34, n. 1, ed. 20200302, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

PERNAMBUCO, L. A.; ESPELT, A.; GÓIS, A. C. B.; LIMA, K. C. L. Voice disorders in older adults living in nursing homes: prevalence and associated factors. J Voice, v. 31, n. 4, p. 510.e15-21, 2017.

RAMOS, N. S. Validação do índice de desvantagem vocal com base na teoria de resposta ao item. 2020. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Curso: Modelos de Decisão e Saúde – Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

SANTOS, K. O. B., ARAÚJO, T. M., PINHO, P., SILVA, A. C. C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do SelfReporting Questionnaire (SRQ-20). Revista Baiana de Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 544-544, 2010.

SANTOS, P. C. et al. Alteração vocal em idosos ativos e fatores associados. AudiolCommun Res, v. 25, p: 2365, 2020.

SILVA, et al. A Promoção da Saúde do Idoso na Perspectiva da Fonoaudiologia. In: SILVA, V. (Org). A Prática Fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde. São José dos Campos- SP: Pulso Editorial, p. 165-179, 2013.

SOUZA, L. M. Percepções de idosos sobre envelhecimento ativo e distanciamento social no contexto da pandemia da Covid-19, Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Santa Cruz, RN, 2022.

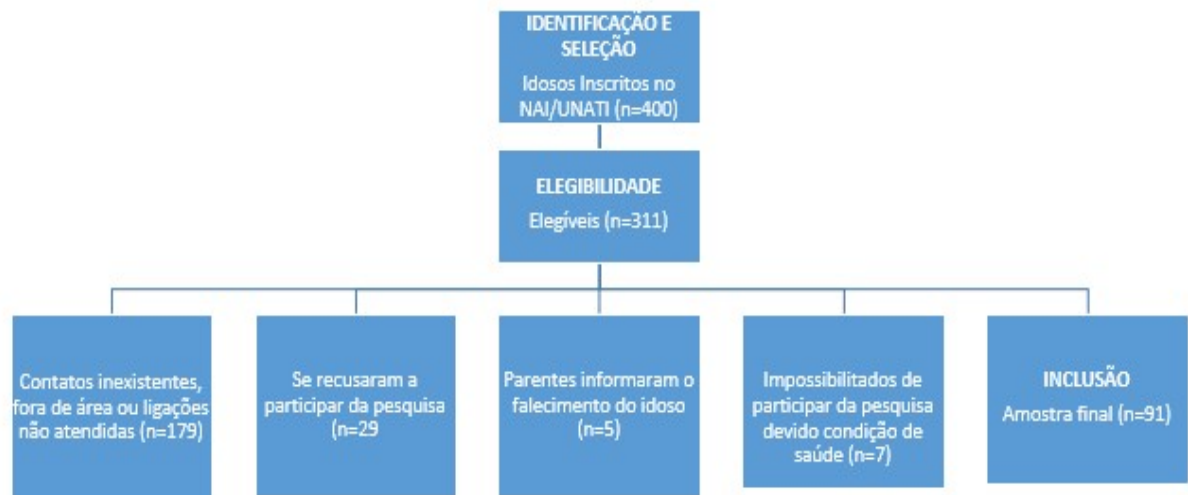
TAVARES, R. E.; DE JESUS, M. C. P.; MACHADO, D. R.; BRAGA, V. A. S.; TOCANTINS, F. R.; MERIGHI, M. A. B. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, v. 20, n. 6, p. 889-900, 2017.

TWIST, M. L. C.; HERTLEIN, K. M.; HAIDER, A. Electronic Communication in Supervisory Relationships: A Mixed Data Survey. *Contemporary Family Therapy*, v. 38, p. 424–433, 2016.

VELHO, F. D.; HERÉDIA, V. B. M. O Idoso em Quarentena e o Impacto da Tecnologia em sua Vida. *Rosa dos Ventos*, vol. 12, núm. Esp.3, 2020.

WORLD REPORT ON AGEING AND HEALTH. In: World Health Organization, 2015.

Figura 1. Fluxograma de captação dos participantes.



Fonte: A autora (2022).

Tabela 1 – Distribuição de pessoas idosas com menor e maior desvantagem vocal, segundo fatores demográficos, socioeconômicos e estilo de vida, Recife, 2022.

VARIÁVEIS	DESVANTAGEM VOCAL						X ² * (VALOR DE P)
	MENOR DV		MAIOR DV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
IDADE							
60 a 69 anos	31	62,0	22	53,7	53	58,3	2,738
70 a 79 anos	18	36,0	15	36,6	33	36,3	(0,254)
80 anos ou mais	1	2,0	4	9,8	5	5,5	
SEXO							
Masculino	7	14,0	2	4,9	9	9,9	1,204
Feminino	43	86,0	39	95,1	82	90,2	(0,272)
ESTADO CIVIL							
Casado	22	44,0	18	43,9	40	44,0	
Separado judicialmente	2	4,0	3	7,3	5	5,5	1,88
Divorciado	12	24,0	6	14,6	18	19,8	(0,758)
Viúvo	8	16,0	9	22,0	17	18,7	
Solteiro	6	12,0	5	12,2	11	12,1	
RAÇA/COR							
Branca	14	28,0	12	29,3	26	28,6	
Preta	9	18,0	5	12,2	14	15,4	0,596
Parda	26	52,0	23	56,1	49	53,9	(0,897)
Amarela	1	2,0	1	2,4	2	2,2	
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
ESCOLARIDADE							
Analfabeto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Fundamental incompleto	4	8,0	6	14,6	10	11,0	
Fundamental completo	2	4,0	2	4,9	4	4,4	2,301
Médio incompleto	4	8,0	1	2,4	5	5,5	(0,806)
Médio completo	15	30,0	13	31,7	28	30,8	
Superior incompleto	5	10,0	4	9,8	9	9,9	
Superior completo	20	40,0	15	36,6	35	38,5	
RENDA							
Sem renda	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Menor que 1 SM**	1	2,0	0	0,0	1	1,1	0,829
De 1 até 2 SM	25	50,0	21	51,2	46	50,6	(0,660)
Maior que 2 SM	24	48,0	20	48,8	44	48,4	
ATIVIDADE FÍSICA REGULARMENTE							
Sim	27	54	25	61	52	57,2	0,208
Não	23	46	16	39	39	42,9	(0,648)
QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO							
Excelente	0	0,0	3	7,3	3	3,3	
Boa	37	74,0	22	53,7	59	64,9	11,031
Regular	10	20,0	15	36,6	25	27,5	(0,026)
Ruim	3	6,0	0	0,0	3	3,3	
Muito ruim	0	0,0	1	2,4	1	1,1	
TABAGISMO							
Tabagista	1	2,0	1	2,4	2	2,2	0,719
Não tabagista	37	74,0	27	65,9	64	70,4	(0,6979)
Ex tabagista	12	24,0	13	31,7	25	27,5	
CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA							
Consumidor	14	28,0	7	17,1	21	23,1	
Não consumido	30	60,0	27	65,9	57	62,7	1,695
Ex consumidor	6	12,0	7	17,1	13	14,3	(0,429)

ATIVIDADE EM GRUPO							
Sim	23	46,0	24	58,5	47	51,7	0,960
Não	27	54,0	17	41,5	44	48,4	(0,327)
PARTICIPAÇÃO DE GRUPO DE REPRESENTAÇÃO							
Sim	2	4,0	3	7,7	5	5,6	0,082
Não	48	96,0	36	92,3	84	94,3	(0,774)
VISITA AMIGOS OU PARENTES							
Sim	23	46	16	40	39	43,4	0,127
Não	27	54	24	60	51	56,7	(0,721)
TOTAL	50	100	41	100	91	100	

*Teste estatístico qui-quadrado de independência

** Salário Mínimo

DV= Desvantagem Vocal

Fonte: A autora (2022).

Tabela 2 – Distribuição de pessoas idosas, segundo a desvantagem vocal, Recife, 2022.

DESVANTAGEM VOCAL	N	%	IC* (95%)
Menor Desvantagem Vocal	50	54,9	44,7% a 65,1%
Maior Desvantagem Vocal	41	45,1	34,9% a 55,3%
Total	91	100	-

* Intervalo de Confiança
 Fonte: A autora (2022).

Tabela 3 – Distribuição de pessoas idosas com menor e maior desvantagem vocal segundo ansiedade e depressão, Recife, 2022.

VARIÁVEIS	DESVANTAGEM VOCAL						X ² * (VALOR DE P)
	MENOR DV		MAIOR DV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
SRQ-20							
Com Transtorno	4	8,0	10	24,4	14	15,4	3,475
Sem Transtorno	46	92,0	31	75,6	77	84,6	(0,062)
Ansiedade Traço							
Baixa Ansiedade	47	94,0	33	80,5	80	87,9	2,703
Alta Ansiedade	3	6,0	8	19,5	11	12,1	(0,099)
Ansiedade Estado							
Baixa Ansiedade	47	94,0	35	85,4	82	90,1	1,040
Alta Ansiedade	3	6,0	6	14,6	9	9,9	(0,308)
Escala de Depressão Geriátrica							
Sem Depressão	47	94,0	38	92,7	85	93,4	0,063
Depressão Leve	2	4,0	2	4,9	4	4,4	(0,969)
Depressão Severa	1	2,2	1	2,4	2	2,2	
TOTAL	50	100	41	100	91	100	

*Teste estatístico qui-quadrado de independência

DV= Desvantagem Vocal

Fonte: A autora (2022).

Tabela 4 – Resultado das análises univariada e multivariada entre a desvantagem vocal de pessoas idosas e ansiedade traço, fatores demográficos, socioeconômicos e estilo de vida entre os idosos, Recife, 2022.

VARIÁVEIS		DESVANTAGEM VOCAL					
		ANÁLISE UNIVARIADA			ANÁLISE MULTIVARIADA		
		OR*	IC** (95%)	VALOR DE P	OR	IC (95%)	VALOR DE P
Ansiedade Traço	Baixa Ansiedade Alta Ansiedade	3,798	1,015 a 18,332	0,062	5,151	1,269 a 26,999	0,031
Idade	Variável contínua	1,078	0,994 a 1,170	0,071	1,100	1,01 a 1,204	0,036
Faixa etária	60 a 69 anos 70 anos ou mais	1,569	0,786 a 3,216	0,206	-	-	-
Sexo	Masculino Feminino	3,174	0,716 a 22,17	0,165	-	-	-
Estado civil	Casado Separado judicialmente Divorciado Viúvo Solteiro	1,015	0,768 a 1,34	0,918	-	-	-
Raça/cor	Branca Preta Parda Amarela Indígena	1,046	0,663 a 1,658	0,846	-	-	-
Escolaridade	Analfabeto Fundamental incompleto Fundamental completo Médio incompleto Médio completo Superior incompleto Superior completo	0,507	0,122 a 1,91	0,321	-	-	-
Renda	Sem renda Menor que 1 SM*** De 1 até 2 SM Maior que 2 SM	1,032	0,45 a 2,365	0,941	-	-	-
Atividade física regularmente	Sim Não	0,751	0,322 a 1,733	0,504	-	-	-
Qualidade da alimentação	Excelente Boa Regular Ruim Muito Ruim	1,822	0,751 a 4,501	0,187	-	-	-
Tabagismo	Tabagista Não tabagista Ex tabagista	1,367	0,579 a 3,275	0,476	-	-	-
Consumo de bebida alcoólica	Consumidor Não consumidor Ex consumidor	1,559	0,783 a 3,215	0,213	-	-	-

Atividade em grupo	Sim Não	0,603	0,259 a 1,382	0,235	-	-	-
Participação de grupo de representação	Sim Não	0,377	0,055 a 1,563	0,221	-	-	-
Visita amigos ou parentes	Sim Não	1,278	0,552 a 2,994	0,568	-	-	-

* *Odds Ratio*. ** Intervalo de Confiança. *** Salário Mínimo. Os valores de P calculados correspondem ao teste de significância de Wald. **** Método de regressão logística, Forward.

Fonte: A autora (2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou verificar que a desvantagem vocal em pessoas idosas ativas tem associação com a ansiedade traço e idade. Idosos ativos com ansiedade traço apresentaram cinco vezes mais chance de ter desvantagem vocal em comparação aos idosos com baixa ansiedade traço no contexto da pandemia da COVID-19, o que confirma a hipótese inicialmente levantada.

Em decorrência do período pandêmico, muitos idosos que tinham uma vida ativa foram obrigados a manter o isolamento social, o que os tornou menos ativos. No entanto, vale ressaltar que o perfil de atividade dessa população pode ter influenciado de maneira positiva os achados sobre saúde mental e desvantagem vocal. Presume-se que muitos desses idosos conseguiram se manter ativos por conta própria ou fazendo uso de telessaúde.

Dessa forma, destaca-se a importância de unidades que ofereçam e priorizem atividades de cunho interpessoal, físico, cognitivo e de aprendizagem para estimulação de um envelhecimento ativo e saudável. Assim, torna-se possível a redução de quadros depressivos e de ansiedade, bem como o impacto desses fatores na voz e comunicação.

Os achados do presente estudo fornecem indicadores importantes para o direcionamento de ações de prevenção e promoção da saúde dos idosos, incluindo os aspectos da saúde mental, visando ao bem-estar e melhoria na qualidade de vida dessa população. Ressalta-se o estímulo às ações de saúde vocal e de comunicação no desenvolvimento de políticas públicas que melhor atendam às necessidades intrínsecas do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. G. et al. Capacidade Funcional e Linguagem de Idosos Não-Participantes e Participantes de Grupos de Intervenção Multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde. Revista CEFAC, São Paulo, 2011.
- ALMEIDA, A. A. F.; BEHLAU, M.; LEITE, J. R. Correlação entre ansiedade e performance comunicativa. Rev Soc BrasFonoaudiol.,v. 16, n. 4, p. 384-9, 2011.
- ALMEIDA, L. N. A.; LOPES, L. W.; COSTA, D. B.; SILVA, E. G.; CUNHA, G. M. S.; ALMEIDA, A. A. F. Características vocais e emocionais de professores e não professores com baixa e alta ansiedade. Audiol Commun Res., v.19, n. 2, p.179-85, 2014.
- ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. São Paulo, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999.
- BEHLAU, M. S.; PONTES, P. O desenvolvimento ontogenético da voz: do nascimento à senescência. In: Behlau M, Pontes P. Avaliação e tratamento das disfonias. São Paulo: Lovise; p. 39-52, 1995.
- BEHLAU, M, SANTOS, L. M. A.; OLIVEIRA, G. Cross-cultural adaptation and validation of the Voice Handicap Index into Brazilian Portuguese. J Voice., v. 25, n. 3, p.354-9, 2011.
- BEHLAU, M.; GIELOW, I.; GONÇALVES, M. I.; BRASIL, O. In: BEHLAU, M. (Org.). Voz: o livro do especialista. Vol. II. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
- BEHLAU, M; SANTOS, L. M. A.; OLIVEIRA, G. Cross-cultural adaptation and validation of the voice handicap index into brazilian Portuguese. J Voice, 2009.
- BEHLAU, M. The 2016 G. Paul Moore Lecture: Lessons in Voice Rehabilitation: Journal of Voice and Clinical Practice. J Voice, v. 33, n. 5, p. 669-81, Set. 2018.
- BEHLAU, M. et al. Efficiency and Cutoff Values of Self-Assessment Instruments on the Impact of a Voice Problem. J Voice. v. 30, n. 4, p. 506. 2015.
- BESSER, A.; LOTEM, S.; ZEIGLER-HILL, V. Psychological Stress and Vocal Symptoms Among University Professors in Israel: Implications of the Shift to Online Synchronous Teaching During the COVID-19 Pandemic. Journal of Voice, 2020.
- BIAGGIO, A.M.B; NATALÍCIO L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada; 1979.
- BOWLING, A.; GRUNDY, E. Differentials in mortality up to 20 years after baseline interview amongolder people in East London and Essex. *Age Ageing*, London, v. 38, n.1, p.51-55, Jan. 2009.
- BRAGA, C. D; MARQUES, A. L. Comunicação e mudança: a comunicação como elemento facilitador do processo de mudança organizacional. Revista da FAE., v. 11, n. 1, p. 9-17, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>
BRASIL. IBGE. <https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>

_____. Informe Epidemiológico Coronavírus (COVID-19) | Nº 277/22 – Pernambuco em 22/10/2022; [acesso em 22 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.cievspe.com/novo-coronavirus-2019-ncov>

_____. Ministério da saúde. Caderneta de saúde da pessoa idosa, 4º edição, Brasília- DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília, v. 132, n. 3, jan. 1994. p. 1-3.

_____. Estatuto da pessoa idosa: Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022.

BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K. SMITH, L. E.; WOODLAND, L.; WESSELY, S.; GREENBERG, N.; RUBIN, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, v. 395, p. 912–20, 2020.

CASTIEL, D. L.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. Correndo risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CARREIRA, L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, 2011.

CAVALCANTI, A. D.; MOREIRA, R. S.; BARBOSA, J. M. V.; SILVA, V. L. Envelhecimento ativo e estilo de vida : uma revisão sistemática da literatura. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 71-89, 2016.

CATTELL R. B.; SCHEIER I. H. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. Ronald Press, New York, 1961.

CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS. Quarentena e isolamento. 2017. <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> (acessado em 05 de outubro de 2020).

CETRON, M.; SIMONE, P. Battling 21st-century scourges with a 14th-century toolbox. *Emerging Infectious Diseases*, v. 10, n. 11, p. 2053–2054, 2004.

Centro Internacional de Longevidade Brasil. ENVELHECIMENTO ATIVO: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade / Centro Internacional de Longevidade Brasil. 1ª edição – Rio de Janeiro, 2015.

CHIOSSI, J. S. C; ROQUE, F. P.; GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Impacto das mudanças vocais e auditivas na qualidade de vida de idosos ativos. *Cien Saúde Colet.*, v.19, n.8, p. 3335-42, 2014.

COSTA, M.; COSTA, E. Envelhecimento, comunicação e suas relações. In: QUEIROGA, B. (Org). Desenvolvimento da Comunicação Humana nos Diferentes Ciclos de Vida. Barueri, SP: Pró Fono, p. 213-227, 2015.

DANTAS, M.; OLIVEIRA, L. C.; TAVARES, C. F.; BEZERRA, C. M. O.; PEREIRA, M. D.; SANTOS, C. K. A.; DANTAS, E. H. M. The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, 2020.

Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) Faculdade de Medicina de Lisboa, DOU, Diário Oficial da União do Brasil. (2020). Portaria No 340, de 30 de março de 2020.

DUNCAN, B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable Diseases in Brazil: priorities for disease management and research. *Rev Saúde Pública*. 46(Supl):126-34, 2012.

GONÇALVES, D. M., STEIN, A. T., KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do SelfReporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 380-390, 2008.

GOIS, A. C. B.; PERNAMBUCO, L. A.; LIMA, K. C; Factors associated with voice disorders among the elderly: a systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol*. v. 84, n. 4, p. 506-513, 2018.

GOLUB, J.; et al. Prevalence of perceived dysphonia in a geriatric population. *J Am Geriatr Soc*. v. 54, p.1736-9, 2006.

GOMES, G. C.; SAMELA, L. F. T.; FREITAS, A. S.; FONSECA, M. L. M.; PINHEIRO, M. B.; MORAIS, V. A. C.; CARMELLO, P. Desempenho de idosos na marcha com dupla tarefa: uma revisão dos instrumentos e parâmetros cinemáticos utilizados para análise. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, v. 19, n. 1, p. 165-82, 2016.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. Common mental disorders: a bio-social model. New York: Tavistock/Routledge, 1992.

GREGORY, N. et al. Voice disorders in elderly. *J. Voice*. v. 26, n. 2, p. 254- 258, 2012.

GUILLAND, R., CRUZ, R. M., KASZUBOWSKI, E. Propriedades Psicométricas do Inventário de Fatores Psicológicos de Doenças Relacionadas ao Trabalho: Um Estudo com Trabalhadores de Frigoríficos. *Psico-USF*, v. 23, n. 3, p. 539-554, 2018.

GUERDAN, V. La participation: un paradigme incontournable. In: _____ *et al.* (Ed.). *Participation et responsabilité sociales*. Berne: Peter Lang Editions, p. 3-16, 2009.

HARTMANN JUNIOR J. A. S.; GOMES, G. C. Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. *Ciências & Cognição*, v. 21, n. 1, p. 137-54, 2016.

HARDING, T. W.; ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A.; LADRIDO-IGNACIO, L. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* v. 10, n. 2, p. 231-41, 1980.

HO, C. S.; CHEE, C. Y.; HO, R. C. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singapore*, v. 49, n. 3, p. 155–160, 2020.

HOLMES, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. 2th ed. New York: John Wiley and Sons; 2000.

LIMA, D. L. F. (2020). COVID-19 no Estado do Ceará: Comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-estado-do-cearacomportamentos-e-crencas-na-chegada-da-pandemia/17540>.

MACHADO, M. B.; IGNÁCIO, Z. M.; JORNADA, L. K.; RÉUS, G. Z.; ABELAIRA, H. M.; ARENT, C. O.; SCHWALM, M. T.; CARETTA, R. A.; CARETTA, L. B.; QUEVEDO, J. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr.*, v. 65, p. 28-35, 2016.

MACHADO, M.; LIMA, M.; COSTA, M. Envelhecimento, Cognição e Memória. In: QUEIROGA, B. A. M. (Org). *Desenvolvimento da Comunicação Humana nos Diferentes Ciclos de Vida*. Barueri, SP: Pró Fono, p. 201-212, 2015.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, v. 16, n. 4, p. 1024-32, 2010.

MALTA, M.; CARDOSO, L. O.; BASTOS, F.; I. MAGNANINI MMF, SILVA CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 559-65, 2010.

MANUELL, M. E.; CUKOR, J. Mãe Natureza versus natureza humana: conformidade pública com evacuação e quarentena. *Desastres*, v. 35, p. 417–42, 2011.

MARCHAND, D. L. P.; BONAMIGO, A. W. Atuação Fonoaudiológica na Voz do Idoso: Revisão Sistemática Exploratória de Literatura. *Distúrb Comun, São Paulo*, v. 27, n. 2, p. 309-317, junho, 2015.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *J Psychiatry*, 148:23-6, 1986.

MISONO, S. *et. al.* Dysphonia, Perceived Control, and Psychosocial Distress: A Qualitative Study. *Journal of Voice*, v. 33, n. 5, 2019.

MINAYO, C. S, FIRMO, J. O. A. Longevidade: bônus ou ônus?, 2018.

- MIRZA, N.; RUIZ, C.; BAUM, E. D.; STAAB, J. P. The prevalence of major psychiatric pathologies in patients with voice disorders. *Ear Nose Throat J.*, v. 82, n. 10, p. 808-10, 812, 814, 2003.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface Comum Saúde Educ.*, v. 21, n. 61, p. 309-20, 2017.
- MORAES, E. N.; CARMO, J. A.; MORAES, F. L.; AZEVEDO, R. S.; MACHADO, C. J.; MONTILLA, D. E. R. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20. *Rev Saúde Pública*, v. 50, p. 81, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.
- OHAYON, M. M.; SCHATZBERG, A. F. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, v. 60, n. 1, p. 39-47, 2003.
- PAULA, A. G. Modelos de regressão com apoio computacional versão, São Paulo, Brasil: IME-USP, 2013.
- PARENTE, C. M. D.; VALLE LELR, MATTOS, M. J. V. M. A formação de professores e seus desafios frente às mudanças sociais, políticas e tecnológicas. Porto Alegre: Penso, 2015.
- PERNAMBUCO L.; ESPELT, A.; BALATA, P. M.; DE LIMA, K. C. Prevalence of voice disorders in the elderly: a systematic review of population based studies. *Eur Arch Otorhinolaryngol.*, v. 272, n. 10, p. 2601-9, 2015.
- PENTEADO, R. Z.; SANTOS, V. B. Educational actions of voice practice groups. *Distúrb. Comun.*, v. 27, n. 2, p. 253-63, 2015.
- RAMÍREZ-ORTIZ, J. ; CASTRO-QUINTERO, D.; LERMA-CÓRDOBA, C.; YELACEBALLOS, F.; ESCOBAR CÓRDOBA, F. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental asociada al aislamiento social. *SciELO Preprints*, p. 1–21, 2020.
- RAMOS, N. S. Validação do índice de desvantagem vocal com base na teoria de resposta ao item. 2020. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Curso: Modelos de Decisão e Saúde – Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.
- RIBEIRO, et al. Desvantagem, queixa vocal e tempo máximo de fonação de mulheres tabagistas. *Distúrb Comun.* São Paulo, v. 26, n. 2, p. 213-221, jun. 2014.
- RODRIGUES, A. V. Presbifonia. Dar voz a um “Velho” problema. Lisboa, 28f, 2017.
- SANTOS, K. O. B., ARAÚJO, T. M., PINHO, P., SILVA, A. C. C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, p. 544-544, 2010.
- SANTOS, P. C. et al. Alteração vocal em idosos ativos e fatores associados. *Audiol Commun Res*, v. 25, p. 2365, 2020.

- SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLZE, S. D. A.; NEIVA-SILVA, L., & DEMENECH, L. M. Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). *SciELO Preprints*, v. 1, n. 1, p. 1–26, 2020.
- SCOTTINI, A. *Dicionário da Língua portuguesa; 60.000 verbetes/ Scottini.- Blumenal, SC: Todolivre Editora, 2019.*
- SHIGEMURA, J.; URSANO, R. J.; MORGANSTEIN, J. C.; KUROSAWA, M.; BENEDEK, D. M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 74, n. 4, p. 281–282, 2020.
- SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. D. *STAI: manual for the State – Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
- SILVA, et al. A Promoção da Saúde do Idoso na Perspectiva da Fonoaudiologia. In: SILVA, V. (Org). *A Prática Fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde*. São José dos Campos- SP: Pulso Editorial, p. 165-179, 2013.
- TWIST, M. L. C.; HERTLEIN, K. M.; HAIDER, A. Electronic Communication in Supervisory Relationships: A Mixed Data Survey. *Contemporary Family Therapy*, v. 38, p. 424–433, 2016.
- NBER. The National Bureau of Economic Research. The Effects of Education on Health [Internet]. [Acesso em: 16 de novembro de 2022]. Disponível em: <http://www.nber.org/digest/mar07/w12352.html>
- United Nations. *World Population Prospects: the 2015 revision* [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2019 Aug 10]. Available from: http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf Miranda
- UCHMANOWICZ, I.; GOBBENS, R. J. J. The relationship between frailty, anxiety and depression, and health-related quality of life in elderly patients with heart failure. *Clin Interv Aging*, v. 10, p. 1595-600, 2015.
- VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.
- VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.
- VILANOVA, J. R.; ALMEIDA, C. P. B.; GOULART, B. N. G. Self-declared communication disorders and associated factors in the elderly. *Rev. CEFAC*. v. 17, n. 3, p. 720-6, 2015.
- WANG, C.; PAN, R.; WAN, X.; TAN, Y.; XU, L.; HO, C. S.; HO, R. C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 17, n. 5, p. 1–25, 2020.

WORLD REPORT ON AGEING AND HEALTH. In: World Health Organization, 2015.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T. L., ROSE, T. L. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res, v. 17, p. 37-49, 1983.

ZAMBON, F; BEHLAU, M; ROY, N. Considerações Preliminares sobre um Levantamento Epidemiológico Brasileiro de Distúrbios Vocais em Professores. In: 36th Annual Symposium: Careofthe Professional Voice. Philadelphia : The Voice Foundation, 2007.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - COLETA DE DADOS VIRTUAL

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (Ansiedade, depressão e fatores associados à desvantagem vocal em pessoa idosa ativa no contexto da pandemia de COVID-19), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) (Angelina Travassos de Queiróz Coutinho, residente na Rua Oliveira Lima, nº 249 – Bairro São José – Carpina-PE, CEP: 55815-090; e-mail: angelinatravassos@msn.com; telefone: (81) 9 9912-4375 (inclusive ligações a cobrar).

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Maria Eduarda Farias da Silva e André Cavalcanti de Lima, telefones para contato: (81) 9 83229480 e (81) 9 83619607 respectivamente, sob a orientação de: Jônia Alves Lucena, telefone: (81) 9 9168-0045, e-mail: jonialucena@gmail.com e co-orientação de: Vanessa de Lima Silva, telefone: 996572306, e-mail: vanelima@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A população idosa é uma população que está mais suscetível a doenças. No contexto de pandemia do COVID-19, os idosos precisaram se manter isolados, já que fazem parte de grupo de risco, com maior vulnerabilidade. Tal medida de isolamento pode não somente gerar quadros de ansiedade e depressão, mas também problemas de voz e comunicação bem como está relacionado ao estilo de vida, aspectos demográficos e socioeconômicos. O objetivo deste estudo é analisar a influência de transtornos mentais comuns e outros fatores associados à desvantagem vocal em pessoas idosas ativas no contexto da pandemia da COVID-19.

➤ Após assinado o termo de consentimento livre e esclarecido o (a) senhor (a) passará por uma entrevista na qual irá responder questionários que irão contar com algumas perguntas sobre seus dados pessoais, aspectos emocionais e da voz. A entrevista para coleta de dados acontecerá de forma individual e virtual em videochamada por meio da às plataformas Meet e/ou ligação telefônica. Os pesquisadores irão realizar a leitura dos questionários e estes serão preenchidos de forma verbal pelos mesmos. Se o (a) senhor (a) desejar participar, serão agendados dias e horários oportunos para a entrevista.

➤ **RISCOS:** o risco pode ser o constrangimento de responder às perguntas da entrevista. Se isso acontecer o (a) Sr.(a) pode deixar de responder ou pedir para suspender a entrevista e não mais participar, se assim desejar.

➤ **BENEFÍCIOS:** o participante poderá refletir sobre sua saúde emocional e desvantagem vocal e ampliar seus conhecimentos acerca de aspectos importantes para o bem estar social, biológico e social

➤ Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Angelina Travassos de Queiróz Coutinho no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.

(Assinatura do Pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo _____ (Transtornos mentais comuns e outros fatores associados à desvantagem vocal em pessoa idosa ativa no contexto da pandemia de Covid-19.) como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

- () Aceito Participar da pesquisa
- () Não aceito participar da pesquisa

APÊNDICE B - PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

Nº: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

FATORES DEMOGRÁFICOS

Q1) Idade (anos completos): _____

Q2) Sexo: (1) masculino (2) feminino

Q3) Estado civil: (1) Casado (2) Separado judicialmente (3) Divorciado (4) Viúvo (5) Solteiro

Q4) Raça/cor: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena.

FATORES SOCIOECONÔMICOS

Q5) Fonte de renda da pessoa idosa: (1) Trabalho formal/informal (2) Aposentadoria (3) Benefício social (4) Pensão (5) Terceiro

Q6) Ocupação: _____

Q7) Renda familiar (salários mínimos): (1) Sem renda (2) < 1 salário mínimo (3) De 1 até 2 salários mínimos (4) > 2 salários mínimos

(Q8) Escolaridade: (1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental incompleto (3) Ensino Fundamental completo (4) Ensino Médio incompleto (5) Ensino Médio completo (6) Ensino Superior incompleto (7) Ensino Superior completo

ESTILO DE VIDA DOS INDIVÍDUOS

Q9) Pratica atividade física regular semanalmente? (1) sim (2) não

Q10) Quantas vezes na semana? _____

Q11) Tipo de atividade:

Q12) Como o senhor (a) percebe a sua alimentação? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

Q13) Tabagismo (1) Tabagista (2) Não tabagista (3) Ex tabagista

Q14) Nº Cigarros/dia: **Q15)** Se parou, faz quanto tempo? _____

Q16) Consome alguma bebida alcoólica pelo menos 1 vez por mês? (1) Consumidor (2) Não consumidor (3) Ex consumidor

Q17) Quantas vezes na semana? ____ **Q18)** Tipo de bebida: .

Q19) Ingeriu bebida alcoólica no passado? (1) Sim (2) Não

Q20) Parou há quanto tempo? _____

Q21) O senhor(a) considera que vem passando por alguma vivência sob pressão, tensão, ansiedade e/ou esgotamento? (1) Sim (2) Não

Q22) Atividade de lazer: _____ **Q31)** Quantas vezes no mês? .

Q23) Meios de informação que utiliza: (1) rádio (2) televisão (3) rádio comunitária (4) jornal/revista (5) outros: _____

Q24) Participa de alguma atividade de grupo, pelo menos 1 vez a cada 15 dias (grupos religiosos, associação de moradores, grupos de convivência e/ou clubes, grupos de dominó? (1) sim (2) não

Q25) Há quanto tempo? (anos)

Q26) Tipo de grupo:

Q27) Participa algum grupo de representação, como conselho de idosos, conselhos de saúde ou educação, associação de moradores? (1) sim (2) não

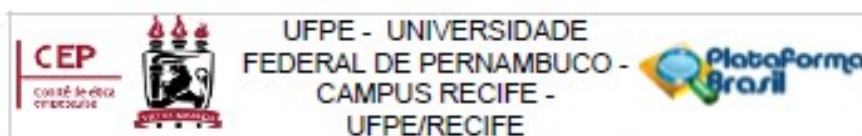
Q28) Há quanto tempo? _____(anos)

Q29) Tipo de grupo: _____

Q30) Visita amigos ou parentes pelo menos 2 vezes por semana? (1) sim (2) não

Q31) Frequência de visitas: (1) diária (2) semanal (3) quinzenal (4) mensal (5) semestral

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE, DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS À DESVANTAGEM VOCAL EM IDOSOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: Jônia Alves Lucena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45205021.5.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.696.048

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado da fonoaudióloga Angelina Travassos de Queiróz Coutinho do Programa de pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana, sob a orientação da profa. Dra. Jônia Alves de Lucena e coorientação da profa. Dra. Vanessa de Lima Silva.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivos:

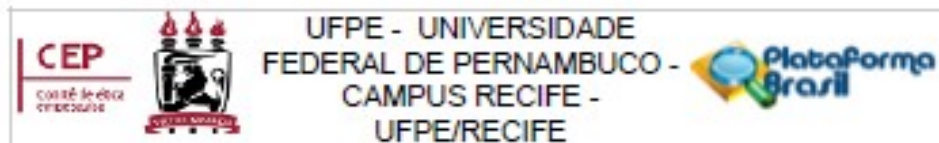
Objetivo Geral

Analisar se existe associação entre fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida, fatores emocionais e a desvantagem vocal em idosos no contexto da pandemia de COVID-19.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil de idosos segundo fatores demográficos, socioeconômicos e estilo de vida no contexto da pandemia de COVID-19;
- Identificar a ansiedade e depressão em idosos no contexto da pandemia de COVID-19;
- Investigar a desvantagem vocal em idosos no contexto da pandemia de COVID-19;
- Analisar a associação entre os fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida e fatores emocionais e a desvantagem vocal em idosos no contexto da pandemia de COVID-19.

Endereço: Av. Professor Moraes Rêgo, nº 50 - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 2126-3743 E-mail: cepufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.096.043

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, pode ocorrer a possibilidade de constrangimento do participante com relação a alguma pergunta apresentada durante a aplicação da entrevista. No entanto, se isso acontecer, o idoso poderá deixar de responder ou pedir para suspender a entrevista e avaliação e não mais participar. O constrangimento também poderá ser evitado, já que todos os procedimentos e objetivos do estudo serão apresentados previamente.

Dentre os benefícios, o participante poderá ampliar seus conhecimentos acerca de aspectos importantes no cuidado à saúde emocional e vocal. Será realizada também devolutiva a respeito do resultado do estudo, chamando-se a atenção para os fatores relacionados à desvantagem vocal e qualidade de vida.

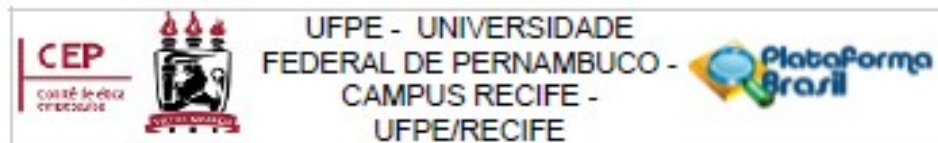
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância fundamentada visto busca apontar fatores a serem considerados para investir na melhoria da voz e bem estar da população idosa. Busca-se valorizar a prevenção, o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da saúde, a independência e a autonomia da pessoa com 60 anos ou mais.

A temática poderá salientar a importância do desenvolvimento de ações sociais e criação de políticas públicas, visto que o envelhecimento é uma fase da vida caracterizada por uma série de mudanças morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas ocorridas no organismo e é um período onde o indivíduo está mais suscetível a doenças.

No contexto de pandemia do COVID-19, os idosos precisaram se manter isolados, já que fazem parte de grupo de risco, com maior vulnerabilidade. Tal medida de isolamento pode não somente gerar quadros de ansiedade e depressão, mas também problemas de voz e comunicação, mudanças relacionadas ao estilo de vida, aos aspectos demográficos e socioeconômicos, desta forma o objetivo do estudo busca analisar a associação entre fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida, fatores emocionais e a desvantagem vocal em idosos no contexto da pandemia de COVID-19, utilizando-se de um método de estudo transversal, com abordagem analítica.

Endereço: Av. Professor Moraes Rago, nº 50 - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-3743 E-mail: cep@ufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.096.043

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, pode ocorrer a possibilidade de constrangimento do participante com relação a alguma pergunta apresentada durante a aplicação da entrevista. No entanto, se isso acontecer, o idoso poderá deixar de responder ou pedir para suspender a entrevista e avaliação e não mais participar. O constrangimento também poderá ser evitado, já que todos os procedimentos e objetivos do estudo serão apresentados previamente.

Dentre os benefícios, o participante poderá ampliar seus conhecimentos acerca de aspectos importantes no cuidado à saúde emocional e vocal. Será realizada também devolutiva a respeito do resultado do estudo, chamando-se a atenção para os fatores relacionados à desvantagem vocal e qualidade de vida.

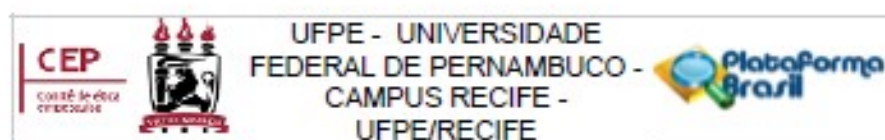
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância fundamentada visto busca apontar fatores a serem considerados para investir na melhoria da voz e bem estar da população idosa. Busca-se valorizar a prevenção, o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da saúde, a independência e a autonomia da pessoa com 60 anos ou mais.

A temática poderá salientar a importância do desenvolvimento de ações sociais e criação de políticas públicas, visto que o envelhecimento é uma fase da vida caracterizada por uma série de mudanças morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas ocorridas no organismo e é um período onde o indivíduo está mais suscetível a doenças.

No contexto de pandemia do COVID-19, os idosos precisaram se manter isolados, já que fazem parte de grupo de risco, com maior vulnerabilidade. Tal medida de isolamento pode não somente gerar quadros de ansiedade e depressão, mas também problemas de voz e comunicação, mudanças relacionadas ao estilo de vida, aos aspectos demográficos e socioeconômicos, desta forma o objetivo do estudo busca analisar a associação entre fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida, fatores emocionais e a desvantagem vocal em idosos no contexto da pandemia de COVID-19, utilizando-se de um método de estudo transversal, com abordagem analítica.

Endereço: Av. Professor Moraes Rêgo, nº 50 - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-3743 E-mail: cepoufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.096.043

Será realizado com idosos acima de 60 anos, inscritos na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco (UNATI UFPE).

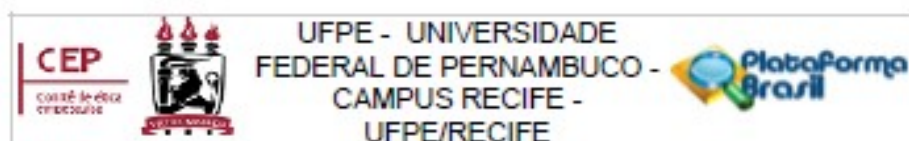
A coleta de dados será realizada entre os meses de maio a julho do ano de 2021 por meio de entrevista e aplicação de protocolos com os idosos. A entrevista colherá dados para obtenção dos fatores demográficos, socioeconômicos e estilo de vida; a medida de ansiedade será obtida por meio do Self-Report Questionnaire - SRQ-20 e do Inventário de Ansiedade Traço e Estado; para a identificação de depressão, a Escala de Depressão Geriátrica será empregada; e para a caracterização da desvantagem vocal, será utilizado o protocolo do Índice de Desvantagem Vocal. Os dados serão analisados segundo estatística descritiva e inferencial. A análise comparativa será realizada utilizando-se testes qui-quadrado e exato de Fisher, considerando o nível de significância estatística de 5%. Para a análise de associação, será utilizado o modelo binário e multivariado de regressão logística, com o método de Backward =5%.

Foram considerados como 400 participantes para a pesquisa, tendo como Critério de Inclusão no estudo idosos que possuam idade superior a 60 anos e estejam inscritos na UNATI. Como Critérios de exclusão serão excluídos aqueles que tenham antecedentes ou doenças laringeas relacionadas aos diagnósticos de refluxo gastroesofágico, sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), traumas laringeos, lesões de massa de prega vocal e alterações que comprometam domínios cognitivos como: memória; linguagem; Atenção; Praxias e Habilidades Visuoespaciais decorrentes de demência e doenças mentais. Também serão excluídas pessoas que fazem uso de psicofármacos, psicoterapia ou fonoterapia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Projeto Completo;
2. TCLE;
3. Instrumentos para coleta de dados;
4. Cronograma;
5. Orçamento;
6. Currículo Lattes dos pesquisadores envolvidos;
7. Comprovante de vínculo com o programa de pós-graduação;
8. Declaração de uso de dados do UNATI UFPE;
9. Carta de anuência;

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, nº 511 - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-3743 E-mail: cep@ufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.096.043

10. Termo de confidencialidade;

11. Folha de rosto.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Professor Moraes Rêgo, nº 50 - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-3743 E-mail: cep@ufpe@gmail.com

 CEP Conselho de Ensino e Pesquisa	 UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CAMPUS RECIFE - UFPE/RECIFE	 Plataforma Brasil
--	---	---

Continuação do Parecer: 4.096.043

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1688731.pdf	29/04/2021 07:37:51		Acelto
Outros	Carta_de_resposta_a_pendencias.docx	29/04/2021 07:36:54	Jonila Alves Lucena	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	23/04/2021 20:21:57	Jonila Alves Lucena	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	23/04/2021 20:20:21	Jonila Alves Lucena	Acelto
Outros	Instrumentos_para_coleta_de_dados.docx	23/04/2021 20:19:31	Jonila Alves Lucena	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/04/2021 20:15:45	Jonila Alves Lucena	Acelto
Orçamento	Orcamento.docx	31/03/2021 19:21:39	Jonila Alves Lucena	Acelto
Outros	Curriculo_Lattes_Vanessa.pdf	31/03/2021 19:17:54	Jonila Alves Lucena	Acelto
Outros	Comprovante_de_vinculo_pos.pdf	20/03/2021 12:04:08	Jonila Alves Lucena	Acelto
Outros	Declaracao_de_Uso_de_Dados.pdf	20/03/2021 11:59:56	Jonila Alves Lucena	Acelto
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	20/03/2021 11:57:55	Jonila Alves Lucena	Acelto
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	20/03/2021 11:54:38	Jonila Alves Lucena	Acelto
Outros	Curriculo_Lattes_Angelina.pdf	14/03/2021 11:05:21	Jonila Alves Lucena	Acelto
Outros	Curriculo_Lattes_Jonila_Alves.pdf	14/03/2021 11:03:09	Jonila Alves Lucena	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Pesquisa_Angelina.pdf	18/02/2021 19:30:34	Jonila Alves Lucena	Acelto

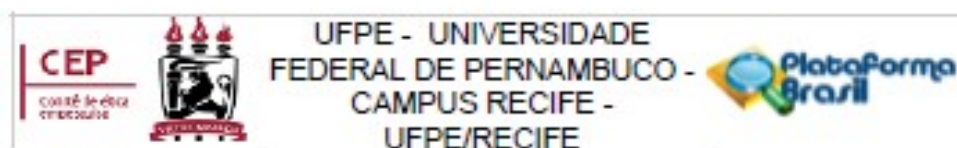
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Professor Moraes Rêgo, nº 50 - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico,
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (011) 2126-3743 E-mail: cep@ufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.096.043

RECIFE, 06 de Maio de 2021



(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, nº 524 - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2125-3743 E-mail: cepufpe@gmail.com

ANEXO B - REGRAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO DOS ARTIGOS - JOURNAL OF VOICE

AUTHOR INFORMATION

Submission checklist

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

Manuscript:

- Include keywords
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided
- Indicate clearly if color should be used for any figures in print

Graphical Abstracts / Highlights files (where applicable)

Supplemental files (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed

- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

For further information, visit our Support Center.

Ethics in publishing

Please see our information on Ethics in publishing.

Declaration of interest

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential competing interests include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. Authors must disclose any interests in two places: 1. A summary declaration of interest statement in the title page file (if double anonymized) or the manuscript file (if single anonymized). If there are no interests to declare then please state this: 'Declarations of interest: none'. 2. Detailed disclosures as part of a separate Declaration of Interest form, which forms part of the journal's official records. It is important for potential interests to be declared in both places and that the information matches. More information.

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see 'Multiple, redundant or concurrent publication' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify compliance, your article may be checked by Crossref Similarity Check and other originality or duplicate checking software.

Use of inclusive language

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Content should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader; contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition; and use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, stereotypes, slang, reference to dominant culture and/or cultural assumptions. We advise to seek gender neutrality by using plural nouns

("clinicians, patients/clients") as default/wherever possible to avoid using "he, she," or "he/she." We recommend avoiding the use of descriptors that refer to personal attributes such as age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition unless they are relevant and valid. When coding terminology is used, we recommend to avoid offensive or exclusionary terms such as "master", "slave", "blacklist" and "whitelist". We suggest using alternatives that are more appropriate and (self-) explanatory such as "primary", "secondary", "blocklist" and "allowlist". These guidelines are meant as a point of reference to help identify appropriate language but are by no means exhaustive or definitive.

Reporting sex- and gender-based analyses

Reporting guidance

For research involving or pertaining to humans, animals or eukaryotic cells, investigators should integrate sex and gender-based analyses (SGBA) into their research design according to funder/sponsor requirements and best practices within a field. Authors should address the sex and/or gender dimensions of their research in their article. In cases where they cannot, they should discuss this as a limitation to their research's generalizability. Importantly, authors should explicitly state what definitions of sex and/or gender they are applying to enhance the precision, rigor and reproducibility of their research and to avoid ambiguity or conflation of terms and the constructs to which they refer (see Definitions section below). Authors can refer to the Sex and Gender Equity in Research (SAGER) guidelines and the SAGER guidelines checklist. These offer systematic approaches to the use and editorial review of sex and gender information in study design, data analysis, outcome reporting and research interpretation - however, please note there is no single, universally agreed-upon set of guidelines for defining sex and gender.

Definitions

Sex generally refers to a set of biological attributes that are associated with physical and physiological features (e.g., chromosomal genotype, hormonal levels, internal and external anatomy). A binary sex categorization (male/female) is usually designated at birth ("sex assigned at birth"), most often based solely on the visible external anatomy of a newborn. Gender generally refers to socially constructed roles, behaviors, and identities of women, men and gender-diverse people that occur in a historical and cultural context and may vary across societies and over time. Gender influences how people view themselves and each other, how they behave and interact and how power is distributed in society. Sex and gender are often incorrectly portrayed as binary (female/male or woman/man) and unchanging whereas these constructs actually exist along a spectrum and include additional sex categorizations and gender identities such as people who are intersex/have differences of sex development (DSD) or identify as non-binary. Moreover, the terms "sex" and "gender" can be ambiguous—thus it is important for authors to define the manner in which they are used. In addition to this definition guidance and the SAGER guidelines, the resources on this page offer further insight around sex and gender in research studies.

Authorship

All authors should have made substantial contributions to all of the following: (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (3) final approval of the version to be submitted.

Changes to authorship

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors before submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only before the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the corresponding author: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed.

Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors after the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

Clinical Trials

CONSORT statement

If a manuscript concerns a clinical trial, the journal requires that it conform to the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) statement (<http://www.consort-statement.org/consort-2010>). Use the appropriate CONSORT extension for specific trial design type (for example, crossover trial, cluster trial). Authors must also use intention-to-treat analysis in their clinical trial.

Registration of clinical trials

The journal requires that clinical trials be registered publicly before any participants are enrolled in the study. The specific trial registry name and the registry number (for example, ClinicalTrials.gov identifier NCT00000000) should be included in full on the title page of each manuscript reporting a clinical trial.

The journal follows ICMJE suggestions that clinical trials be registered in any publicly accessible registration registry listed on the WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) that includes the minimum acceptable 24-item trial registration dataset or on ClinicalTrials.gov.

Systematic Reviews and Meta-analyses

If the manuscript involves a systematic review, the journal requires that it conforms to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement, available at <http://prisma-statement.org/>. Systematic reviews should also be registered with PROSPERO

Questionnaire or Survey Instrument

If the study involves a questionnaire or survey instrument created by the authors, please upload the file containing that instrument with your submission as a supplemental file.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see more information on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases.

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. More information.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier to comply with potential manuscript-archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies, please visit <https://www.elsevier.com/open-access/funding-arrangements>.

National Institutes of Health public access policy

The National Institutes of Health (NIH) Public Access Policy law mandates that all peer-reviewed articles that arise, in whole or in part, from direct costs funded by NIH, or from NIH staff, that are accepted for publication by a peer-reviewed journal-including the Journal of Voice - must be deposited with the National Library of Medicine's PubMed Central, in the form of a copy of the manuscript's final version on its acceptance. NIH provides a website at <http://publicaccess.nih.gov> that contains answers to questions the authors may have about this policy.

As a service to our authors, where authors have identified themselves as being NIH funded or NIH employees, Elsevier will deposit the accepted manuscript to PMC on behalf of the author. See more information at <https://www.elsevier.com/open-access/funding-arrangements/elsevier-nih-policy-statement>.

Responsible sharing

The Journal of Voice supports and encourages responsible sharing. Find out how authors can share research published in the Journal of Voice. The Journal of Voice adheres to the principles of transparency and best practices as outlined by COPE (<https://publicationethics.org/>) and ICMJE (<http://www.icmje.org/>).

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement, it is recommended to state this.

Open access

Please visit our Open Access page for more information.

Please write your text in American English. Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the English Language Editing service available from Elsevier's Author Services.

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

Suggesting reviewers

Please submit the names and institutional e-mail addresses of several potential reviewers.

You should not suggest reviewers who are colleagues, or who have co-authored or collaborated with you during the last three years. Editors do not invite reviewers who have potential competing interests with the authors. Further, in order to provide a broad and balanced assessment of the work, and ensure scientific rigor, please suggest diverse candidate reviewers who are located in different countries/regions from the author group. Also consider other diversity attributes e.g. gender, race and ethnicity, career stage, etc. Finally, you should

not include existing members of the journal's editorial team, of whom the journal are already aware.

Note: the editor decides whether or not to invite your suggested reviewers.

Peer review

Manuscripts received by the Journal are read by two or three reviewers who are knowledgeable in the topic in question. The role of the reviewer(s) is to read the manuscript critically, comment on possible or needed changes, and assist the Editor in making a decision concerning the acceptance or rejection of the manuscript for publication. Final page proofs sent to the author(s) can be changed only minimally.

Research Subjects, Ethical Approval of Studies and Informed Consent/Assent

Research studies reported in manuscripts submitted to the Journal of Voice must abide by the ethical principles for the protection of human and animal subjects. The Journal endorses those principles found in the Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects (1979, Office of the Protection from Research Risks Report, Bethesda, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services); the Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (DHEW Publication No. (NIH) 80-23, Revised 1978, Reprinted 1980, Office of Science and Health Reports, DDR/NIH, Bethesda, MD 20205); and the World Medical Association Declaration of Helsinki guidelines (JAMA. 1997;277:925-926). To be considered for publication, studies involving experimenting on human or animal research subjects ordinarily require a statement indicating Institutional Review Board approval and/or compliance with the Guidelines specified. For investigations involving human participants, authors must state in the Methods section that study participants provided informed consent/assent. For more information, please review the Elsevier Policy on the Use of Images or Personal Information of Patients or other Individuals. Unless you have written permission from the patient (or, where applicable, the next of kin), the personal details of any patient included in any part of the article and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission.

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the Guide to Publishing with Elsevier). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Form of manuscript

Manuscripts should be submitted in American English. The paper should be divided into sections with appropriate section headings. Each heading should appear on its own separate line. Pages must be numbered sequentially with the first page of the manuscript being page 1 (title page and abstract page are not numbered). Authors are cautioned to type, where possible, all mathematical and chemical symbols, equations, and formulas and to identify all unusual symbols the first time they are used. Author(s) will use the AMA Manual of Style, A Guide for Authors and Editors, Eleventh Edition, ISBN 978-0190246556, as a reference guide for writing purposes.

Cover Letter

Please include a cover letter indicating the name, mailing address, email address, and telephone number of the person to whom correspondence, proofs and reprint requests are to be sent.

Title Page

The title page should contain the title, list of authors with affiliations, and complete mailing address, email address, and telephone number of the author to whom correspondence, proofs, and reprint requests are to be sent. If the research was presented at a meeting, the name of the meeting, location, and date should be given.

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Material and methods

Provide sufficient details to allow the work to be reproduced by an independent researcher. Methods that are already published should be summarized, and indicated by a reference. If quoting directly from a previously published method, use quotation marks and also cite the source. Any modifications to existing methods should also be described.

Theory_Calculation

This section is optional. A Theory section should extend, not repeat, the background to the article already addressed in the Introduction and lay the foundation for further work. In contrast, a Calculation section represents a practical development from a theoretical basis.

Results

Results should be clear and concise.

Discussion

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is occasionally appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature except as directly relevant to the paper.

Conclusions

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

Appendices

If there is more than one appendix, they should be identified as A, B, etc. Formulae and equations in appendices should be given separate numbering: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.; in a subsequent appendix, Eq. (B.1) and so on. Similarly for tables and figures: Table A.1; Fig. A.1, etc.

Essential Title Page Information

- Title. Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- Author names and affiliations. Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lowercase superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address.
- Corresponding author. Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.
- Present/permanent address. If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Abstract

A concise, factual and preferably structured abstract is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article. So, it must be able to stand alone. For this reason, references should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, non-

standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

Limit the abstract to 300 words. Use the following subheads: Objectives/Hypothesis, Study Design (randomized, prospective, etc.), Methods, Results, and Conclusions. Abbreviations and general statements (e.g., "the significance of the results is discussed") should be avoided.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Body of Paper The beginning of the manuscript should be an introduction to the topic discussed including references to related literature, followed by a statement of the purpose and, where applicable, specific questions to be answered by the research. Typically, this section is followed by labeled sections with a sequence similar to Methods, Results, Discussion, and Conclusions.

Math Formulae

Please submit math equations as editable text and not as images. Present simple formulae in line with normal text where possible and use the solidus (/) instead of a horizontal line for small fractional terms, e.g., X/Y. In principle, variables are to be presented in italics. Powers of e are often more conveniently denoted by exp. Number consecutively any equations that have to be displayed separately from the text (if referred to explicitly in the text). Eq. (1), Eq. (2)

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many word processors can build footnotes into the text, and this feature may be used. Otherwise,

please indicate the position of footnotes in the text and list the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.
- When color images are prepared, ensure they are understandable to all, including those with impaired color vision. Here, black and white or gray scale images can sometimes do a better job.
- Be certain that phonetic alphabet symbols are correct. /a/ is not the same sound as /?/.

A detailed guide on electronic artwork is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article. Please indicate your preference for color: in print or online only. Further information on the preparation of electronic artwork.

Figure Captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately or at the end of the manuscript document, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (not on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

For manuscripts that contain PHOTOGRAPHS OF A PERSON, submit a written release from the person or guardian, or submit a photograph that will not reveal the person's identity (eye covers may not be adequate to protect patient identity). If a figure has been taken from previously copyrighted material, the legend must give full credit to the original source, and letters of permission must be submitted with the manuscript. Articles appear in both the print and online versions of the Journal, and wording of the letter should specify permission in both forms of media. Failure to get electronic permission rights may result in the images not appearing in the online version

Video/Audio Clips

The JOV invites authors to submit video/audio clips to be published on the Journal's website at www.jvoice.org as illustrations or recordings incorporated in an article that the author is submitting for publication. All video/audio clips are subject to peer review.

Copyright for all video/audio clips published on the Journal's website will be held by the Voice Foundation. Video clips must be limited to no more than 1 minute in length and no more than 10 MB in file size.

Video and audio files

The Journal of Voice will accept video files in the following formats: mp4, mpg, mov, avi, gif. The maximum size is 150 MB per file. The acceptable format for audio files is mp3. More information can be found at <https://www.elsevier.com/authors/policies-and-guidelines/artwork-and-media-instructions/media-specifications>

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

Tables should be self-explanatory and should supplement, rather than duplicate, the material in the text.

Figures and Illustrations

All figures and illustrations must be cited sequentially in the text, numbered, and supplied with legends. Figures and illustrations should not be supplied within the body of the manuscript. Each individual figure must be separately uploaded into Editorial Manager. Legends to figures should be brief, specific, and explanatory, and should be submitted separately or at the end of the manuscript document. They should not unduly repeat information already given in the text. Magnification and stain should be provided where appropriate. All photographs and illustrations documenting any postoperative change must be labeled with the postoperative interval.

General points

- ? Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- ? Embed the used fonts if the application provides that option.
- ? Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- ? Number the illustrations according to their sequence in the text.
- ? Use a logical naming convention for your artwork files.
- ? Provide captions to illustrations separately.

? Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.

References

Citation in Text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. Please refer to the "Reference Style" section for further guidance. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication. The date of personal communications should be specified.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Data References

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your reference List. Data references should include author name(s), data set title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add "[data set]" immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [data set] identifier will not appear in your published article.

Example

[data set] 5. Oguro, M, Imahiro, S, Saito, S, Nakashizuka, T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015. <http://dx.doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>

Preprint references

Where a preprint has subsequently become available as a peer-reviewed publication, the formal publication should be used as the reference. If there are preprints that are central to your work or that cover crucial developments in the topic, but are not yet formally published, these may be referenced. Preprints should be clearly marked as such, for example by including the word preprint, or the name of the preprint server, as part of the reference. The preprint DOI should also be provided.

References in a special issue

Please ensure that the words 'this issue' are added to any references in the list (and any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support Citation Style Language styles, such as Mendeley. Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style.

If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript

Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link.<http://open.mendeley.com/use-citation-style/journal-of-voice>

Reference Style

All published references should be cited in the text and numbered consecutively in the order in which they are referenced in the text. No references should be cited in the abstract. Each reference should be numbered only once; on subsequent citations, the original number should be used.

Text: Indicate references by

(consecutive) superscript Arabic numerals in the order in which they appear in the text. The numerals are to be used outside periods and commas and inside colons and semicolons. For further detail and examples, you are referred to the AMA Manual of Style, A Guide for Authors and Editors, Eleventh Edition, ISBN 978-0190246556.

Examples:

Reference to a journal publication:

1. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun*. 2010;163(1):51-59. <https://doi.org/10.1016/j.Sc.2010.00372>

Reference to a journal publication with an article number:

2. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *Heliyon*. 2018;19:e00205. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00205>

Reference to a book:

3. Strunk W Jr, White EB. *The Elements of Style*. 4th ed. Longman; 2000.

Reference to a chapter in an edited book:

4. Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, eds. *Introduction to the Electronic Age*. E-Publishing; 2009:281-304.

Reference to a website:

5. Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK. 2003. Accessed 13 March 2003. <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>

Reference to software:

7. Coon E, Berndt M, Jan A, et al. Advanced Terrestrial Simulator (ATS) v0.88 (Version 0.88). Zenodo; 2020, March 25. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3727209>

Where appropriate, volume and issue numbers, specific beginning and ending pages, and, in case when the reference was translated from a different language, name of translator should be included.

Journal title abbreviations should follow the practices of Index Medicus. Provide all author names when there are seven or fewer co-authors. If there are more than seven co-authors, list only the first three and use et al. Authors are responsible for the bibliographic accuracy of all references. ?Personal communications? and ?unpublished observations? should be indicated within the text but excluded from the reference list (such communications and observations should be used only with the permission of those cited).

Symbols and Abbreviations

Use of symbols and abbreviations should conform to those provided by professional standards publications such as the American National Standard Letter Symbols and Abbreviations for Quantities Used in Acoustics Y10.11-1984, and the American National Standard Acoustical Terminology S1.1- 1994. These two publications are available from the American National Standards Institute, 11 West 42nd Street, New York, NY 10018, 212-642-4900.

Video

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the file in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB per file, 1 GB in total. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect. Please supply 'stills' with your

files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our video instruction pages. Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

Research data

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the research data page.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the database linking page.

For supported data repositories a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Data statement

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the Data Statement page.

Accuracy of Data

For all studies dealing with instrumental quantities, the reported values should be provided along with their uncertainty. For studies dealing with judgments, a statement concerning the procedure for determining the 'reliability' of the judgments is expected.

Glossary

Authors are encouraged to define or explain jargon, and technical or novel language (or expressions) for terms not commonly known across the voice science professions professions. These terms and explanations can be placed in a glossary table. If few, the terms can be explained in the text.

Online proof correction

To ensure a fast publication process of the article, we kindly ask authors to provide us with their proof corrections within two days. Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only

be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive a customized Share Link providing 50 days free access to the final published version of the article on ScienceDirect. The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado: Fatores Associados à Desvantagem Vocal em Idosos no Contexto da Pandemia de Covid-19, a ser desenvolvido por Angelina Travassos de Queiróz Coutinho discente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana da UFPE, sob a orientação do Prof. Jônia Alves Lucena, facultando-lhe o acesso aos dados de endereço virtual e físico dos alunos regularmente matriculados na UnATI/UFPE, além do agendamento para coleta de dados junto a clientela, os quais serão usados para fins exclusivo da referida pesquisa.

A presente anuência está condicionada ao pleno cumprimento pelas partes envolvidas, pesquisador(ES), orientador e demais membros envolvidos no processo de pesquisa, dos princípios e atribuições estabelecidos pela Resolução 466/2012 do CNS, e suas Resoluções complementares,

Considerações/solicitação:

- Anexar cópia do projeto de pesquisa encaminhado para o CEP/CCS/UFPE ou outro, com objetivos e cronograma;
- A atividade só poderá ser desenvolvida após aprovação do Projeto pelo CEP/CCS/UFPE ou outro;
- Entregar cópia da Aprovação do CEP/CCS/UFPE ou outro a Coordenação da UnATI;
- Informar término da coleta de dados para viabilizar o acesso a novos pesquisadores.

Recife, 19/03/2019

Atenciosamente,



ANEXO D - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20)
(MORAES et al., 2016)

Questão	Resposta	
1. Algum familiar ou amigo(a) falou que você está ficando esquecido(a)?	SIM ()	NÃO ()
2. O esquecimento está piorando nos últimos meses?	SIM ()	NÃO ()
3. O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	SIM ()	NÃO ()

ANEXO E - SELF-REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

(MARI; MILLIAMS, 1986)

Instruções: Estas questões são relacionadas a problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

1- Você tem dores de cabeça frequente?	☐ SIM	☐ NÃO
2- Tem falta de apetite?	☐ SIM	☐ NÃO
3- Dorme mal?	☐ SIM	☐ NÃO
4- Assusta-se com facilidade?	☐ SIM	☐ NÃO
5- Tem tremores nas mãos?	☐ SIM	☐ NÃO
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	☐ SIM	☐ NÃO
7- Tem má digestão?	☐ SIM	☐ NÃO
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	☐ SIM	☐ NÃO
9- Tem se sentido triste ultimamente?	☐ SIM	☐ NÃO
10- Tem chorado mais do que costume?	☐ SIM	☐ NÃO
11- Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	☐ SIM	☐ NÃO
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	☐ SIM	☐ NÃO
13- Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	☐ SIM	☐ NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	☐ SIM	☐ NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	☐ SIM	☐ NÃO
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	☐ SIM	☐ NÃO
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	☐ SIM	☐ NÃO
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	☐ SIM	☐ NÃO
19- Você se cansa com facilidade?	☐ SIM	☐ NÃO
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	☐ SIM	☐ NÃO

ANEXO F - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO ESTADO (IDATE)

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO

(BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979)

INSTRUÇÕES: Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

Avaliação: Quase nunca: 1; Às vezes: 2; Frequentemente: 3; Quase sempre: 4.

1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de pode ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado	1	2	3	4
7	Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido	1	2	3	4

16	Estou satisfeito	1	2	3	4
17	Às vezes, ideias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO

(BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979)

INSTRUÇÕES: Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo em uma única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

Avaliação: Absolutamente não: 1; Um pouco: 2; Bastante: 3; Muitíssimo: 4.

1	Sinto-me calmo	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro	1	2	3	4
3	Estou tenso	1	2	3	4
4	Estou arrependido	1	2	3	4
5	Sinto-me a vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7	Estou preocupado com possíveis problemas	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10	Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13	Estou agitado	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraído	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17	Estou preocupado	1	2	3	4
18	Sinto-me super-agitado e confuso	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO G- ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS

(ALMEIDA; ALMEIDA 1999)

INSTRUÇÕES: Aplicar o questionário computando as respostas que indicam como a pessoa tem se sentido na última semana. Assinalar SIM ou NÃO. Cada resposta deverá ser pontuada conforme o indicativo ao lado. O resultado final será a soma das 15 respostas.				
Questão	Resposta	Pontuação	Resposta	Pontuação
1. Está satisfeito (a) com a sua vida?	SIM ()	0	NÃO ()	1
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	SIM ()	1	NÃO ()	0
3. Acha sua vida vazia?	SIM ()	1	NÃO ()	0
4. Aborrece-se com frequência?	SIM ()	1	NÃO ()	0
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM ()	0	NÃO ()	1
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	SIM ()	1	NÃO ()	0
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	SIM ()	0	NÃO ()	1
8. Sente-se desamparado com frequência?	SIM ()	1	NÃO ()	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM ()	1	NÃO ()	0
10. Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	SIM ()	1	NÃO ()	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo (a)?	SIM ()	0	NÃO ()	1
12. Sente-se inútil?	SIM ()	1	NÃO ()	0
13. Sente-se cheio (a) de energia?	SIM ()	0	NÃO ()	1
14. Sente-se sem esperança?	SIM ()	1	NÃO ()	0
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	SIM ()	1	NÃO ()	0
TOTAL				

ANEXO H - PROTOCOLO DO ÍNDICE DE DESVANTAGEM VOCAL – IDV

(BEHLAU, et al., 2009)

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ DATA DA APLICAÇÃO ____/____/____

As afirmativas abaixo são usadas para descrever como a voz impacta na vida de muitas pessoas. Assinale uma opção de resposta para cada questão, fique atento para não deixar nenhuma resposta em branco

		SIM	NÃO
1	As pessoas têm dificuldade em me ouvir por causa da minha voz		
2	Fico sem ar quando falo		
3	As pessoas têm dificuldade de me entender em lugares barulhentos		
4	Minha voz varia ao longo do dia		
5	Minha família tem dificuldade em me ouvir quando os chamo de um outro cômodo da casa		
6	Uso menos o telefone do que eu gostaria		
7	Fico tenso quando falo com os outros por causa da minha voz		
8	Tenho tendência a evitar grupos de pessoas por causa da minha voz		
9	As pessoas parecem se irritar com a minha voz		
10	As pessoas perguntam: “O que você tem na voz?”		
11	Falo menos com amigos, vizinhos e parentes por causa da minha voz		
12	As pessoas pedem para eu repetir o que falo quando conversamos pessoalmente		
13	Minha voz parece rouca e seca		
14	Sinto que tenho que fazer força para a minha voz sair		
15	Acho que as pessoas não entendem o meu problema de voz		
16	Meu problema de voz limita minha vida social e pessoal		
17	Não consigo prever quando minha voz vai sair clara		
18	Tento mudar minha voz para que ela saia diferente		
19	Eu me sinto excluído nas conversas por causa da minha voz		
20	Faço muito esforço para falar		
21	Minha voz é pior no final do dia		
22	Meu problema de voz me causa prejuízos econômicos		

23	Meu problema de voz me chateia		
24	Fiquei menos expansivo por causa do meu problema de voz		
25	Minha voz faz com que eu me sinta em desvantagem		
26	Minha voz falha no meio da fala		
27	Fico irritado quando as pessoas me pedem para repetir o que falei		
28	Fico constrangido quando as pessoas me pedem para repetir o que falei		
29	Minha voz me faz sentir incompetente		
30	Tenho vergonha do meu problema de voz		