



**Contribuições
da
Fonoaudiologia
para o
Envelhecimento Ativo
Estudo de Caso:
Idosa de 78 anos¹**

*Ana Carla Santos Nogueira de Sousa
Raquel Aparecida Sousa Azevedo Sousa*

Neste artigo será apresentado um estudo de caso de uma idosa com diagnóstico inicial de Parkinson, fruto de um seminário apresentado para a disciplina *Modalidade de Atenção à Saúde do Idoso: uma visão interprofissional*, do curso de Especialização em Gerontologia-PUC/2012. O referido estudo teve, como propósito, descrever as contribuições da Fonoaudiologia em uma equipe multidisciplinar para a promoção do envelhecimento ativo – que consente ao idoso preservar e melhorar sua saúde, mesmo em presença de morbidades ou comorbidades.

A escolha do caso de Dona C. se deu durante as aulas, quando uma psicóloga do grupo mencionou e descreveu uma idosa que atendia em seu consultório. O desejo em contribuir, como fonoaudióloga, fez-me pensar em condutas que pudessem possibilitar a Dona C. um envelhecimento ativo apesar dos percalços relatados por sua terapeuta. Afinal, saúde é promoção de qualidade de vida e a Fonoaudiologia como ciência assume um papel significativo em sua manutenção (ALMEIDA e FURTADO, 2006).

Para que o envelhecimento seja ativo é necessário aprimorar a saúde. Tendo como intuito aumentar a expectativa de uma vida saudável e melhorar a qualidade de vida de Dona C. ao longo desse processo natural de sua vida, inclusive por ser uma idosa fragilizada, ou seja, apresenta alterações

¹ Este artigo foi extraído do meu trabalho de conclusão de curso, intitulado: *Memória de curto prazo no envelhecimento: efeitos de uma intervenção fonoaudiológica*, da UNIME-BA, 2011, orientado por Raquel Aparecida Sousa Azevedo Sousa.

determinadas por afecções que a tornam uma pessoa idosa debilitada e que requer cuidados de terceiros.

O objetivo geral da atuação da fonoaudiologia nesse caso foi potencializar a comunicação no que se refere à linguagem, fala, voz e audição, com objetivo de preservar ou aperfeiçoar o convívio social da idosa. Essa intervenção contribuiu para a socialização e estimulação mútua do idoso e de sua família, proporcionando a Dona C. a possibilidade de postura ativa no seu dia a dia.

Tendo como base o entendimento de que o envelhecimento é um processo natural de redução gradativa da reserva funcional dos indivíduos (senescência), o que não costuma ocasionar qualquer transtorno, advertimos que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais participativo e ativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Isso porque o processo de envelhecimento e a velhice são experiências heterogêneas com possibilidades de ganhos e/ou perdas e implica diferentes estratégias para a obtenção de bem-estar e qualidade de vida – são fenômenos multidimensionais e multideterminados (NERI, 2001).

Ressaltamos que a qualidade de vida não inclui apenas a omissão de doenças, mas também a capacidade de atender as necessidades funcionais diárias, a independência e a autonomia do indivíduo, entre outros aspectos (SOUZA, 2007).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima, ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, o estilo de vida, a satisfação com atividades diárias, as expectativas, as preocupações e o ambiente em que se vive. A qualidade de vida do idoso, portanto, é intensamente marcada por sua capacidade de conservar autonomia e independência.

Se a autonomia é a habilidade de lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências, a independência é, portanto, geralmente entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O processo de envelhecimento ativo depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, que o levará a lidar com diferentes condições de vida e também com as perdas ocorridas com o envelhecimento. Este processo não pode ser visto, portanto, como um conjunto único de condições ou como uma única trajetória de envelhecimento, mas como um processo geral de adaptação (CACHIONI, 1998).

Pode ser considerado uma inadvertência pensar no envelhecimento como um ciclo do desenvolvimento caracterizado somente por decréscimos e perdas de

competências (GOMES, 2007). Este tipo de convicção pode condenar o envelhecer, colocando-o como um sinônimo de doença, como um estágio absoluto de perda de aptidões (GROISMAN, 2002).

A Fonoaudiologia tem ampliado seu campo de trabalho e áreas de atuação, também junto ao idoso, atuando em pesquisa, prevenção, avaliação, assessoria, consultoria, perícia, diagnóstico, terapia, ensino, orientação, promoção de saúde e aperfeiçoamento nas áreas da Linguagem, Voz, Audiologia, Motricidade Orofacial e Saúde Coletiva.²

Em especial, a atuação na Saúde Coletiva, recomenda um novo modo de organização do processo de trabalho do fonoaudiólogo ao ressaltar a importância da promoção da saúde, da prevenção de riscos e agravos, da reorientação da assistência a doentes, e da melhoria da qualidade de vida, privilegiando modificações nos modos de vida e nas relações sociais entre todos os sujeitos envolvidos no cuidado.³

A atuação da Fonoaudiologia dentro de uma equipe multidisciplinar se apoia no conceito de Saúde Coletiva. Isso significa proporcionar saúde, assegurando meios que ampliem o bem-estar do indivíduo, intervindo especialmente em situações de risco, redimensionando e dirigindo o foco para a qualidade de vida e não mais apenas para o tratamento de doenças.

Caso Dona C.

Mulher idosa, 78 anos, viúva, tem acompanhamento médico e psicológico regularmente, apresenta memória preservada, edentulismo - faz uso de prótese dentária superior e inferior que incomoda, machuca e dificulta a fala; com diagnóstico de início da doença de Parkinson, apresenta os seguintes sintomas motores: tremor nas mãos e no queixo, além de marcha rápida cambaleante, e sintomas não motores: incontinência urinária, alterações no equilíbrio (sofreu uma queda com fratura exposta no pulso, desde então as quedas se tornaram frequentes); queixa-se de muitas dores nos membros inferiores, zumbido no ouvido constante, engasgo e tosse durante deglutição.

² De acordo com a Lei 6965/81, de 9 de dezembro de 1981. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/129429/lei-6965-81>.

³ Para o Conselho Federal de Fonoaudiologia (2006): "A Saúde Coletiva, na Fonoaudiologia, é um campo voltado a construir estratégias de planejamento e gestão em saúde, com vistas a intervir nas políticas públicas, bem como atuar na atenção à saúde, nas esferas de promoção, prevenção, educação e intervenção, a partir do diagnóstico de grupos populacionais" (parágrafo 5.1; do art. 4º da Res.320/2006). Para saber mais ver Instituto de Saúde Coletiva UFBA. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/isc.php?externa=3>. Acesso em 8 de maio de 2012.

Discussão

Vou começar definindo a doença de Parkinson que é uma doença neurológica, degenerativa, crônica e progressiva, que acomete em geral pessoas idosas. Existe dentro do tronco encefálico, região posterior do cérebro, dois pequenos núcleos muito segmentados chamados de substância negra. Os neurônios dessa região produzem uma substância chamada dopamina, que conduz as correntes nervosas (neurotransmissores) ao corpo. A falta ou diminuição da dopamina provoca sintomas principalmente motores. Os principais sintomas motores se manifestam por tremor, rigidez muscular, diminuição da velocidade dos movimentos e distúrbios do equilíbrio e da marcha. Entretanto, também podem ocorrer outros sintomas, como depressão, alterações do sono, diminuição da memória e distúrbios do Sistema Nervoso Autônomo (SNA).⁴

Quando uma pessoa com doença de Parkinson é avaliada por um fonoaudiólogo, as alterações mais frequentes estão concentradas nas áreas da linguagem, voz, articulação, deglutição e equilíbrio.

Se houver dificuldade de comunicação esta pode ser em decorrência de diversos fatores como: rigidez muscular (inclusive músculos da face e laringe), intensidade da voz reduzida, voz monótona, alterações na velocidade de fala, dificuldade de articular e pronunciar palavras, irregularidade e fraqueza durante a respiração, disfunção cognitiva.⁵

No caso de Dona C. essa inabilidade de comunicação tornou-se efetiva e está prejudicando sua qualidade de vida e autoestima. Como fonoaudióloga tracei como meta possibilitar o desenvolvimento de estratégias que ajudem a aprimorar suas interações sociais e familiares, através de orientações, exercícios para melhorar a articulação e voz, e dicas:

Falar alto: Aumentar o volume de voz. A princípio, pode-se ter a sensação de estar falando alto demais ou gritando, quando na verdade está apenas falando numa intensidade normal a audível. Isso porque se habituou a ouvir numa intensidade reduzida e então no começo pode parecer estranho, mas aos poucos se acostumará a falar na intensidade habitual e as pessoas vão compreender melhor.

Articular melhor as palavras: Quanto melhor articular as palavras, melhor será a compreensão delas. Uma boa articulação deixa a fala mais clara, aberta e audível.

⁴ Ver Doença de Parkinson. Disponível em: <http://www.doencadeparkinson.com.br/resumodp.htm>. Acesso em: 8 de maio de 2012.

⁵ Cf. Associação Brasil Parkinson. Disponível em: <http://www.parkinson.org.br/firefox/index.html>. Acesso em: 8 de maio de 2012.

Velocidade de fala: Falar rápido demais dificulta a articulação e a compreensão das palavras. E falar lento demais pode tornar a fala monótona e desinteressante. O ideal é a busca pelo equilíbrio.

Postura adequada: Procurar falar de frente para as pessoas, assim, elas poderão compreender melhor a fala. A expressão facial ajuda a transmitir a mensagem. Manter a cabeça erguida, sem esticar demais o pescoço; manter as costas eretas e evitar que os ombros fiquem arqueados para frente. Deixar o corpo livre para se movimentar. A postura adequada permite uma boa respiração que é essencial na comunicação.

Beber bastante água: Manter sempre uma boa hidratação ajuda no funcionamento das pregas vocais. Salvo restrições, procurar beber pelo menos 2 litros de água por dia.

Evitar pigarrear: O ato de pigarrear (ficar raspando a garganta) pode “agredir” as pregas vocais, causando uma irritação. Quando sentir necessidade de pigarrear, respirar e engolir saliva em seguida. A ingestão de água também ajuda a aliviar o pigarro.

Por vezes, o declínio cognitivo traz repercussões que podem manifestar-se tanto na forma de dificuldades nas atividades de vida diárias (AVDs) do idoso dificultando a realização de tarefas básicas, como na forma de dificuldades no convívio social que podem vir a causar dispersão e isolamento (RAMOS, 2003). Ainda não é o caso de Dona C., mas o enfoque do fonoaudiólogo centrado na comunicação do idoso promove e busca manter a efetividade cognitiva durante o processo de envelhecimento.

Para isso, dinâmicas da estimulação cognitiva têm características lúdicas, objetivando estimular e favorecer os atos da vida cotidiana, as funções cognitivas – estimulá-lo a estar atento ao que vê e ouve e a reter o fato globalmente. Para tanto é essencial suporte psicológico e socialização do idoso, além do uso da técnica de memorização utilizando cores, calendários (dias da semana, mês e dias do mês), relógios (hora), etc. (CAMARA, 2009).

Muitos idosos começam a manifestar dificuldade de comer (problemas na mastigação), no caso de Dona C. agravada pela ausência de dentes (edentulismo) e utilização de prótese dentária mal adaptada, que causa engasgos e tosses. A literatura especializada ainda descreve perda ou acúmulo ou espessamento de saliva, alguns anos após o início da doença (CALDAS JÚNIOR, 2005).

Para evitar possíveis pioras são indicados exercícios específicos de mobilidade e sensibilidade das estruturas que fazem parte do sistema estomatognático⁶, bem como mudanças de postura⁷ para facilitar e adequar mastigação e

⁶ As estruturas que fazem parte do sistema estomatognático são: lábios, língua, bochechas, dentes, articulação temporomandibular, ossos e músculos da face, sistema vascular e nervoso.

⁷ As alterações posturais podem modificar a relação anatômica normal entre cabeça, pescoço, cintura escapular e, com frequência, causar dor, disfunções craniomandibulares e transtornos na deglutição e

deglutição (SILVA *et. al*, 2004). As orientações para auxiliar na mastigação e deglutição são: Concentrar e se lembrar de engolir sempre, tanto a saliva, quanto os alimentos; Dar pequenos goles e pequenas mordidas; Não beber goles seguidos; Depois de mastigar, procurar engolir pelo menos duas vezes, para limpar resíduos na boca; Fazer revisões constantes de próteses dentárias (PALERMO, 2009).

No que diz respeito à presença de múltiplos sintomas otoneurológicos associados, tais como vertigem e outras tonturas, perda auditiva, zumbido, alterações de equilíbrio corporal, distúrbios da marcha e quedas ocasionais, entre outros; estudos mostram que esses sintomas são diretamente proporcionais ao aumento da idade (ZEIGELBOIM *et. al.*, 2008).

Portanto, quedas são muito frequentes nos idosos, inclusive nos que têm Parkinson, uma vez que esta doença é caracterizada pela degradação contínua da capacidade de movimento, do aumento dos tremores e da consequente perda de equilíbrio.

Já o zumbido pode motivar isolamento social, distúrbios do sono, deficiência de concentração, desequilíbrio emocional e gerar incapacidade, consequente dependência e perda a autonomia (COSTA, 2010). Ou seja, está afetando significativamente a qualidade de vida da Dona C.

Nestes casos, a Reabilitação Vestibular (RV), definida como o conjunto de procedimentos que visam restabelecer ou promover o equilíbrio corporal perdido e diminuir o zumbido, trará resultados satisfatórios com relação à melhora, especialmente da qualidade de vida. Como por exemplo, o Protocolo de RV de Cawthorne e Cooksey (Quadro 1) (PEDALINI, 2002).

A efetividade da RV quanto à melhora da qualidade de vida em idosos, tornando-a uma importante alternativa terapêutica para promoção de saúde em indivíduos que sofram desse agravo. Por meio da realização dos exercícios de RV periodicamente, obtém-se também uma melhora na relação social, aumentando a autoestima, fazendo-os perceber que os distúrbios de equilíbrio são comuns no idoso e que podem deixar de ser incapacitantes (COSTA, 2010).

Algumas orientações que podem favorecer a melhora do desequilíbrio: Não evitar movimentos corporais, evitando passar a maior parte do tempo deitado ou sentado; Praticar atividades esportivas como nadar, jogar tênis, hidroginástica e jogos com bola; Praticar caminhadas em horários e lugares apropriados, de maneira regular e sistemática; Mudança no estilo de vida como parar de fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, evitar café e situações de estresse.

mastigação. Deve-se adotar uma postura corporal global ereta, pois a mesma interfere na posição da cabeça (ideal: posição ortostática) que por sua vez, é diretamente responsável pela postura da mandíbula e da língua na cavidade oral e consequentemente intervém na competência das funções alimentares (sucção, mastigação e deglutição).

Quadro 1 – Exercícios de Cawthorne e Cooksey (BASSETTO, et. al., 2007)

Movimentos de olhos e cabeça em posição sentada
<ol style="list-style-type: none"> 1. Olhar para cima e para baixo 2. Olhar para a direita e para esquerda 3. Aproximar e afastar o dedo, olhar para ele (lentamente e depois rapidamente) 4. Mover a cabeça em flexão e extensão com os olhos abertos (lentamente e depois rapidamente) 5. Mover a cabeça para a direita e para a esquerda com os olhos (lentamente e depois rapidamente) 6. Repetir os exercícios 4 e 5 com olhos fechados
Movimentos de cabeça e corpo na posição sentada
<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar um objeto no chão e apanhá-lo realizando o movimento de flexão e extensão do tronco (olhar para o objeto o tempo todo) 2. Flexionar o tronco e passar um objeto pela frente e por trás dos joelhos
Exercícios na posição ortostática
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentar e levantar para a posição ortostática com os olhos abertos 2. Repetir o exercício 1 com os olhos fechados 3. Repetir o exercício 1 fazendo, porém, uma volta para a direita na posição ortostática 4. Repetir o exercício 1 fazendo, porém, uma volta para a esquerda na posição ortostática
Atividade para melhorar o equilíbrio
<ol style="list-style-type: none"> 1. Caminhar fazendo rotação cervical para a direita e para a esquerda 2. Na posição ortostática fazendo voltas repentinas de 90° com o corpo (com os olhos abertos e, depois, com os olhos fechados) 3. Subir e descer escadas (usar corrimão se necessário) 4. Na posição ortostática, ficar em um pé (com o pé direito, e depois, com o pé esquerdo) com os olhos abertos e, depois, com os olhos fechados 5. Ficar em posição ortostática sobre uma superfície macia 6. Caminhar sobre uma superfície macia 7. Andar pé-ante-pé com os olhos abertos e, depois, com os olhos fechados 8. Repetir o exercício 4 em uma superfície macia

Qualquer empenho no sentido de promover o envelhecimento ativo saudável procederá em efetiva melhoria na qualidade de vida²¹. O envelhecimento pode ser uma experiência prazerosa principalmente se for um processo vivido com qualidade, mas para isso é necessário pensar na interação de múltiplos fatores,

dentre eles: saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (SMETHURST, 2005).

Por outro lado, indícios da doença de Parkinson podem ser acompanhados por restrições das atividades de vida diária (AVD's) (SILVA, et. al., 2010). A promoção e a manutenção dos cuidados pessoais estão intimamente relacionadas a essas atividades, que se referem ao autocuidado, por exemplo: alimentação, vestir e despir, banho e higiene pessoal.

Em decorrência das limitações que podem ocorrer no envelhecimento, o idoso pode apresentar uma série de dificuldades para efetuar tarefas rotineiras e, considerando essa possibilidade e tendo como objetivo conservar o convívio social e a qualidade de vida de Dona C., o papel do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar é muito importante para intervir e sensibilizar o idoso e seus familiares. Principalmente sobre o cuidado com o outro e consigo, além de buscar minimizar as limitações decorrentes do processo de envelhecimento e da progressão de (qualquer) doença, cooperando, assim, para melhoria da qualidade de vida do idoso, e o enfrentamento desse processo como parte do ciclo vital.



Ao contrário do que se pensa, é possível sim preservar e ganhar durante a velhice. Esses ganhos são efetivos e evolutivos em determinados domínios do funcionamento do corpo humano (independente da idade cronológica), como por exemplo, o intelectual e afetivo-emocional, pois no envelhecimento ativo também pode ser velhice produtiva.

Referências

ALMEIDA, E. C. de; FURTADO, L de M. Acolhimento em Saúde Pública: a contribuição do fonoaudiólogo. *Rev. Ciênc. Méd.*, v. 15, n. 3, p. 249-256, maio/jun., 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

NERI, A. L. Envelhecimento e Qualidade de Vida na Mulher. 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

SOUZA, A. F. de. *Contribuição da Atividade Física na Promoção da Qualidade de Vida dos Indivíduos Idosos*. Ceará, 2007, 57 p. Programa de Especialização em Gerontologia, Escola de Saúde Pública, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.*

CACHIONI, M. *Envelhecimento bem-sucedido e participação numa Universidade para a Terceira Idade: A experiência dos alunos da Universidade São Francisco.* Campinas, 1998. Tese (Dissertação de Mestrado), Universidade Estadual de Campinas.

GOMES, J. O. A Memória e suas Repercussões no Envelhecimento Saudável. Juiz de Fora, 2007. 40 p. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007.

GROISMAN, D. A Velhice, entre o Normal e o Patológico. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan./abr. 2002.

Instituto de Saúde Coletiva UFBA. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/isc.php?externa=3>. Acesso em 8 de maio de 2012.

Doença de Parkinson. Disponível em: <http://www.doencadeparkinson.com.br/resumodp.htm>. Acesso em: 8 de maio de 2012.

Associação Brasil Parkinson. Disponível em: <http://www.parkinson.org.br/firefox/index.html>. Acesso em: 8 de maio de 2012.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, 2003, vol.19, no.3, p.793-797.

CAMARA, V. D, et. al. Reabilitação Cognitiva das Demências. *Rev Bras Neurol*, 45 (1): 25-33. 2009.

CALDAS JÚNIOR, A. de F. et .al. O Impacto do Edentulismo na Qualidade de Vida de Idosos. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, 14(3):229-238, maio/jun., 2005.

SILVA, A. P. P. P. da, et.al. Correlação entre Postura Corporal e Mastigação após a Dentição Mista. *Revista CEFAC*, São Paulo, v.6, n.4, 363-9, out-dez, 2004.

PALERMO, S et. al. Avaliação e intervenção fonoaudiológica na doença de Parkinson. Análise clínica-epidemiológica de 32 pacientes. *Revista Brasileira de Neurologia*, vol 45, n 4, out - nov - dez, 2009.

ZEIGELBOIM, B. S, et.al., Achados Vestibulares em População Idosa. *Fisioter. Mov.* 2008 out/dez;21(4):89-99.

COSTA, A. C. *Estudo Comparativo da Eficácia da Reabilitação Vestibular em Idosos.* Fernadópolis, 2010. Monografia (Bacharel em. Fonoaudiologia), Faculdades Integradas de Fernadópolis, Fundação Educacional de Fernadópolis.

PEDALINI, M. E. B, et.al. Importância de Esclarecimentos Ministrados em Grupo para o Equilíbrio do Idoso. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, vol. 6 (8), n. 4, out-dez, 2002.

BASSETTO, J. M, et.al. Reabilitação Vestibular em Idosos com Parkinson. *Revista CEFAC*, São Paulo, v.9, n.2, 269-81, abr-jun, 2007.

SMETHURST, W. S. *Envelhecimento ativo: da intenção à ação.* Anais do Seminário Quanto somos e quem somos no nordeste, p. 150-155, 2005.

LIMA, A. M. M. de; SILVA, H. S. da; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, n.27, v.12, p. 795-807, 2008.

SILVA, F. S, et.al. Evolução da doença de Parkinson e comprometimento da qualidade de vida. *Revista Neurociências*. v.18, n.4, p. 463-468, 2010.

Data de recebimento: 30/05/2012; Data de aceite: 25/06/2012.

Ana Carla Santos Nogueira de Sousa – Fonoaudióloga clínica, formada pela UNIME-BA, especializando em Gerontologia pela PUC-SP. E-mail: nogueira.fono@yahoo.com.br.

Raquel Aparecida Sousa Azevedo Sousa - Fonoaudióloga pela UNIFOR-CE, mestrado em Fonoaudiologia pela PUC-SP, coordenadora do curso de Fonoaudiologia da UNEB-BA, docente do curso de Fonoaudiologia da UNIME. E-mail: fono_raquel@yahoo.com.br.